

# MASTEROPPGAVE

Mastergrad i Organisasjon og ledelse:  
Helse- og velferdsledelse

## Sykepleierstudenter i sykehjem


En kvalitativ studie om sykepleierstudenters  
opplevelser fra sykehjemspraksis

av

Elise Jakobsen

Juni 2015



 <b>HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE</b>	<h1>Masteroppgave</h1>	
Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no		
Masteroppgave i:  Organisasjon og ledelse: Helse- og velferdsledelse		
Tittel: Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis. En kvalitativ studie om sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis.		
Engelsk tittel: Students practicing in nursing homes. A qualitative study about nursing students` experiences of nursing practice.		
Forfatter: Elise Jakobsen		
Emnekode og emnenavn: MR691 Masteroppgave i organisasjon og ledelse	Kandidatnummer:  2	
Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):  Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.  Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.  Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett  JA : <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Dato for innlevering:  12.06.2015	
Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF	Emneord (minst fire): - Sykepleierstudent, - Sykehjemspraksis, - Sykehjem, - Opplevelse - Eldreomsorg	

**Tittel og sammendrag:** Sykepleierstudenter i sykehjem. En kvalitativ studie om sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis.

**Bakgrunn:** Etter at Samhandlingsreformen ble innført 1.januar 2012 har de kommunale oppgavene i sykehjem blitt av mer faglig utfordrende karakter. Dette krever dyktige og erfarne sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Mange norske sykehjem erfarer at det er vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere. Studier viser også at det er svært få nyutdannede sykepleiere som ønsker å arbeide i sykehjem. Hva er det som gjør at nyutdannede sykepleiere velger bort sykehjem?

**Målet:** Målet med denne studien er å undersøke hvilke opplevelser fra sykehjemspraksis som engasjerer og gjør størst inntrykk på studentene. Jeg har forsøkt å finne ut hvilke opplevelser fra praksis som bidrar til at studentene ønsker - eller ikke ønsker seg til sykehjem. Ved å finne ut hva som kjennetegner disse opplevelsene kan man deretter benytte denne kunnskapen til å initiere forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling knyttet til sykepleierstudenters praksisperiode i sykehjem.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med et hermeneutisk fenomenologisk forskningsdesign. Datamaterialet har blitt samlet gjennom kvalitative forskningsintervju med sju sykepleierstudenter som har gjennomført åtte ukers sykehjemspraksis. Datamaterialet er analysert gjennom en kombinasjon av personsentrert og temasentrert analyse.

**Resultat:** Denne studien presenterer og drøfter fire tematikker som viser seg å ha betydning for studentenes opplevelse av sykehjemspraksis: I møte med sykehjemmet, praksisveileders betydning, samarbeid mellom faggrupper og holdninger i møte med pasienten. Alle hovedfunn i denne studien omhandler møter mellom mennesker og understreker betydningen av de sosiale relasjonene som studentene introduseres for gjennom praksis. Denne studien viser at studenter som følte seg inkludert i praksisfellesskapet i avdelingene, som følte seg ivaretatt av praksisveileder, som opplevde godt samarbeid mellom faggruppene og som erfarte at pleierne hadde gode holdninger i møte med pasientene angir en bedre praksis enn dem som ikke erfarte dette. De studentene som følte seg som "gratis arbeidskraft" forteller om dårlige opplevelser fra praksis. Noen opplevde lite oppfølging fra praksisveileder, baksnakking innad personalgruppen og respektløse pleiere i møte med pasientene. De som angir gode opplevelser fra praksis ønsker ikke nødvendigvis å arbeide i sykehjem som nyutdannet, mens dem som har negative opplevelser kategorisk utelukker sykehjem som fremtidig arbeidsplass. Denne studien konkluderer med at negative opplevelser fra praksis veier tyngre enn positive. Å iverksette forbedringsarbeid knyttet til arbeidsmiljø, samt drive holdningsskapende arbeid innad sykehjemmene kan være et viktig steg i riktig retning for å heve kvaliteten på sykepleierstudenters praksisperiode i sykehjem.

**Title and abstract:** Students practicing in nursing homes. A qualitative study about nursing students' experiences of nursing practice.

**Background:** After the Coordination Reform was introduced on January 1<sup>st</sup> 2012, the tasks in municipal nursing homes have become more academically challenging. This requires skilled and practiced nurses in community healthcare. Many Norwegian nursing homes find it difficult to recruit and retain nurses. Studies have also shown that few recently graduated nurses want to work in nursing homes. What makes those nurses opt out of elderly care?

**The objective:** The objective of this study is to examine which experiences from practice make the biggest impact on nursing students. My goal is to investigate what make students want - or not want - a future career in nursing homes. By studying what characterizes these experiences, one may use the knowledge to initiate changes and quality improvements related to nurses' practical training.

**Method:** This is a qualitative study with a hermeneutic phenomenological research design. The data have been collected through qualitative interviews with seven nursing students who have completed an eight-week practice in nursing homes. The data are analyzed by a combination of person centered and thematic analysis.

**Results:** This study presents and discusses four main points that prove significant for students' experience of nursing practice: Students' initial introduction to elderly care, tutors' importance, collaboration between professional disciplines and finally attitudes towards patients. All the main findings concern human interactions and underline the importance of social relations in nursing practice. This study shows that students who felt included in the community of practice, who felt taken care of by their tutor, who experienced good collaboration between the nurses and the nurses assistants, and who found that nurses had positive attitudes towards patients, tell of a better practice than those who experienced the opposite. The students who claim that they were treated like "unpaid labor" tell about negative experiences in practice. Some told about poor monitoring by their tutor, backbiting within the staff, and nurses who disrespected patients. Even though some students had mostly good experiences from practice, they would not choose a career in nursing homes as a recent graduate. Those students who had mainly negative experiences completely excluded nursing homes as a future place to work. This study shows that negative experiences from practice had a much more significant impact on students when compared to positive experiences. To implement improvements in working environment and to carry out awareness-raising activities, may be important steps to improve the quality of students' practice in nursing homes.



## **Forord**

Så var jeg endelig i mål! Denne masteroppgaven markerer avslutningen på et fireårig deltidsstudium i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

De siste fire årene har jeg sjonglert 50% deltidsstudier og en 100% stilling som sykepleier i sykehjem. Denne kombinasjonen hadde ikke vært mulig dersom min arbeidsgiver i Hol kommune ikke hadde utvist fleksibilitet og vært villig til å tilrettelegge for meg gjennom disse årene. Jeg vil derfor benytte anledningen først som sist til å si tusen takk. Jeg setter stor pris på at jeg har fått innvilget utdanningspermisjoner. Dette har gitt meg anledning til å følge studieløpet og delta på nesten samtlige studiesamlinger.

Jeg må selvfølgelig få takke de sju sykepleierstudentene som har deltatt i denne studien. Det har vært så inspirerende å møte dere! Denne oppgaven ville ikke vært det den er uten deres bidrag og engasjement. Takk også til læreren på sykepleiehøgskolen som ikke bare hjalp meg i prosessen med å finne aktuelle kandidater til studien, men som også reserverte grupperom og tilrettela for gjennomføring av datainnsamling.

En stor takk rettes til min veileder Olina Kollbotn ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Du har gitt meg grundige og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Jeg setter stor pris på ditt engasjement og dine motiverende innspill. Takk for at du har loset meg trygt i havn.

Sist, men ikke minst må jeg få takke Christoffer Boge, min tålmodige bestevenn og kjæreste som gjennom hele prosessen har oppmuntret meg, trøstet meg og trodd på meg. Du har vasket klær og skrubbet hus, laget deilige middager og lokket meg med på turer i fjellet. Jeg er så takknemlig for at du har støttet meg gjennom denne intense skriveperioden. Du er god som gull!

Geilo, juni 2015

Elise Jakobsen



# Innholdsfortegnelse

Forside.....	s. 1
Sammendrag.....	s. 3
Abstract.....	s. 3
Forord.....	s. 5
<b>Kapittel 1: Innledning.....</b>	<b>s.11</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	s. 12
1.2 Hensikten med studien og problemstilling.....	s. 13
1.3 Søkeprosess etter tidligere forskning.....	s. 13
1.4 Kunnskapsstatus.....	s. 14
1.5 Annen faglitteratur.....	s. 16
1.6 Oppgavens oppbygging.....	s. 17
<b>Kapittel 2: Teoretiske perspektiver.....</b>	<b>s. 19</b>
2.1 Sykepleie som profesjon.....	s. 19
2.2 Profesjon og identitet.....	s. 20
2.3 Sykehjemmet som læringsarena.....	s. 21
2.4 Sykepleier – fra nybegynner til ekspert.....	s. 23
2.5 Sykepleierens handlingskunnskap i praksis.....	s. 24
2.6 Samarbeid og profesjonskamp i sykehjem.....	s. 26
2.7 Verdibasert ledelse i sykehjemmet.....	s. 28
2.8 Organisasjonskultur.....	s. 30
2.9 Subkulturer innen en organisasjon.....	s. 32
<b>Kapittel 3: Metodisk tilnærming.....</b>	<b>s. 33</b>
3.1 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.....	s. 33
3.2 Det kvalitative forskningsintervju.....	s. 34
3.3 Utvalg og rekruttering av informanter.....	s. 34
3.4 Gjennomføring av datainnsamling.....	s. 35

<b>3.5</b>	<b>Transkribering.....</b>	<b>s. 36</b>
<b>3.6</b>	<b>Kombinasjon av personsentrert og temasentrert analytisk tilnærming.....</b>	<b>s. 37</b>
<b>3.7</b>	<b>Fremgangsmåte analysearbeid.....</b>	<b>s. 38</b>
<b>3.8</b>	<b>Forskerens forforståelse.....</b>	<b>s. 40</b>
<b>3.9</b>	<b>Forholdet mellom forsker og den det forskes på.....</b>	<b>s. 40</b>
<b>3.10</b>	<b>Studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet.....</b>	<b>s. 41</b>
<b>3.11</b>	<b>Etiske overveielser og personvern.....</b>	<b>s. 43</b>
	<b>Kapittel 4: Presentasjon av empiriske funn.....</b>	<b>s. 45</b>
<b>4.1</b>	<b>Presentasjon av utvalg og demografiske data.....</b>	<b>s. 46</b>
<b>4.2</b>	<b>Sykehjemmet som læringsarena - samsvar mellom forventinger og realitet?.....</b>	<b>s. 46</b>
	Erfaring, forberedelse og forventinger.....	s. 46
	I møte med sykehjemmet.....	s. 48
<b>4.3</b>	<b>Praksisveileders betydning for studentenes opplevelse av praksis.....</b>	<b>s. 51</b>
	Behov for forutsigbarhet, oppfølging og ivaretagelse.....	s. 51
	Forventinger til praksisveileder.....	s. 52
	Praksisveileder som lærer.....	s. 53
	Praksisveileder som studentenes advokat.....	s. 53
	Praksisveileder som rollemodell og forbilde.....	s. 54
	Studentenes arbeidsoppgaver i praksis.....	s. 55
	Når praksisveilederen ikke følger opp.....	s. 57
	Kvalitetssikre praksisplasser.....	s. 58
<b>4.4</b>	<b>Studentenes opplevelse av samarbeid mellom faggruppene.....</b>	<b>s. 58</b>
<b>4.5</b>	<b>Holdninger i møte med pasienten.....</b>	<b>s. 60</b>
	Sykepleierstudentenes verdigrunnlag i møte med pasienten.....	s. 61
	Opplevelser av uverdige møter mellom pleier og pasient.....	s. 61
	Uverdige behandling på grunn av dårlig tid?.....	s. 63
<b>4.6</b>	<b>Konsekvenser av opplevelsene.....</b>	<b>s. 67</b>
	Sykehjem som aktuell fremtidig arbeidsplass?.....	s. 67
	Fire positive til sykehjem.....	s. 67
	To negative til sykehjem.....	s. 69
	En vet ikke helt.....	s. 69



<b>4.7 Oppsummering av empiriske funn.....</b>	<b>s. 69</b>
Sykehjemmet som læringsarena - samsvar mellom forventninger og realitet?.....	s. 70
Praksisveileder sin betydning for studentene sin opplevelse av sykehjemspraksis.....	s. 70
Studentenes opplevelse av samarbeid mellom faggruppene.....	s. 71
Holdninger i møte med pasienten.....	s. 71
Konsekvenser av opplevelsene.....	s. 72
<b>Kapittel 5: Drøfting.....</b>	<b>s. 73</b>
<b>5.1 Sykehjemmet som læringsarena – samsvar mellom forventninger og realitet?.....</b>	<b>s. 73</b>
I møte med sykehjemmet.....	s. 73
Praksissjokk?.....	s. 74
Stell i fokus.....	s. 74
Å inngå i et praksisfellesskap.....	s. 75
Profesjon og praksisfellesskap.....	s. 76
<b>5.2 Praksisveileders betydning for studentenes opplevelse av sykehjemspraksis.....</b>	<b>s. 78</b>
Betydningen av veiledet praksis.....	s. 78
To praksisveiledere.....	s. 79
Prosedyrekunnskap.....	s. 79
Når praksisveileder hjelper studenten å se sammenhenger.....	s. 81
“Å snakke sykepleie” med praksisveileder.....	s. 82
Når praksisveileder <i>ikke</i> hjelper studenten å se sammenhenger.....	s. 83
Fraværende praksisveileder.....	s. 84
Nyttig for kontaktsykepleier å veilede studenter?.....	s. 85
<b>5.3 Studentenes opplevelse av samarbeid mellom faggruppene.....</b>	<b>s. 85</b>
Bedre samarbeid mellom faggruppene gir trolig bedre trivsel for studentene.....	s. 85
Få ressurser ensbetydende med konflikter?.....	s. 86
Manglende anerkjennelse av sykepleier skaper usikkerhet hos studentene.....	s. 87
Kampen om prosedyrene.....	s. 88
Sykepleierstudenter og hjelpepleiere.....	s. 89
<b>5.4 Holdninger i møte med pasienten.....</b>	<b>s. 91</b>
Omsorg og respekt.....	s. 91
Sykefravær, lav bemanning og dårlig tid.....	s. 93

Subkulturer.....	s. 94
Når studentene lar være å varsle – for det nytter ikke uansett.....	s. 94
Pleierenes prioriteringer.....	s. 95
Kan negative erfaringer bli til læring?.....	s. 97
<b>5.5 Konsekvenser av opplevelsene.....</b>	<b>s. 97</b>
Negative opplevelser fra praksis veier tyngre enn de positive.....	s. 97
<b>5.6 Oppsummering.....</b>	<b>s. 98</b>
Opplevelsen av faglig utbytte kan bidra til utvikling av profesjonsidentitet.....	s. 98
Sosiale relasjoner.....	s. 99
<b>Kapittel 6: Konklusjon – med forslag til tiltak og videre forskning.....</b>	<b>s. 101</b>
<b>6.1 Konklusjon.....</b>	<b>s. 101</b>
<b>6.2 Hva kan denne forskningen bidra med i feltet?.....</b>	<b>s. 102</b>
<b>6.3 Forslag til tiltak og videre forskning.....</b>	<b>s. 102</b>
Litteraturliste.....	s. 105

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Meldeskjema for prosjektet sendt til NSD

Vedlegg 3: Prosjektvurdering NSD

Vedlegg 4: Intervjuguide

## Kapittel 1: Innledning

En nyhetsartikkel i Dagbladet datert 1. juli 2010 hevder at undersøkelser viser at 24 av 25 nyutdannede sykepleiere ikke ønsker å arbeide i sykehjem (Andersen, 2010). Det betyr at kun én av 25, tilsvarende fire prosent, nyutdannede sykepleiere faktisk ønsker å arbeide i sykehjem. Dette understøttes av forskning som viser at andelen sykepleierstudenter som ønsker å arbeide med eldre varierer mellom 2-10 prosent (Bergland & Lærum, 1999). Med tanke på den kommende eldrebølgen og behovet for økt kompetanse i helsevesenet – spesielt innen eldreomsorgen - er dette alarmerende tall. Norge har en liten og aldrende befolkning. Over 15% av befolkningen er over 65 år (Romøren, Torjesen & Landmark, 2011). Med en høy andel eldre mennesker vil også forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer øke (Halvorsen, 2005). Dette stiller det norske helsevesenet overfor store utfordringer. Eldre mennesker opptar omtrent halvparten av norske sykehussenger og er storforbrukere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester (Romøren, 2008). Bare i kommunale alders- og sykehjem er det ca 40 000 brukere i Norge (St.meld nr 47 (2008-2009) ).

Samhandlingsreformen sier “Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Den ønsker å sikre en bærekraftig utvikling av helsesektoren ved å fremme mer helhetlige og koordinerte tjenester. Reformens hovedformål er å dempe etterspørselen etter sykehustjenester i en raskt aldrende befolkning, samt å flytte en større del av helsetjenestene ut i kommunene (Romøren et al., 2011). Dette setter visse krav til bemanningen i norske sykehjem. En av de viktigste ressursene i helsetjenesten er helsepersonell (St.meld nr 47 (2008-2009) ). Etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft har de kommunale oppgavene i sykehjem blitt av mer faglig utfordrende karakter. Kortere liggetid på sykehusene øker behovet for sterke fagmiljøer i kommunehelsetjenesten. Det er særlig eldre som legges inn i kommunale institusjoner før, etter eller istedet for i sykehus. En svært stor diagnosebredde hos disse pasientene krever at kommunene satser på kompetanse som kan knyttes til akkurat disse pasientene. Å diagnostisere og vurdere forverring hos multisyke eldre er noe av det vanskeligste vi kan drive med (Laudal, 2013). Det faglige miljøet i sykehjem er preget av at mange medarbeidere har et generelt lavt helsefaglig utdanningsnivå og lite formell kompetanse (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2008). For å sikre kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene pålegger Samhandlingsreformen kommunene å øke kompetansen hos helsepersonell (St.meld nr. 47 (2008-2009) ). På tross av at politikere presenterer reformer med gode intensjoner og målsetninger, kan det være vanskelig at disse får gjennomslag i praksis. Politikerne må derfor

sørge for å formulere klare mål (Offerdal, 1999). Den kommende eldrebølgen vil kreve økt personellkapasitet i fremtiden. Å rekruttere og beholde helsearbeidere i kommunehelsetjenesten er viktig (St.meld nr. 47 (2008-2009)). Det kan være vanskelig å standardisere, lage rutiner og delegere bort en sykepleiers arbeid, spesielt i akutte situasjoner (Benner, 1982). Dette vil kreve dyktige og erfarne sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Da syke eldre er den største brukergruppen av helse- og omsorgstjenester i landet, vil en sykepleier innen eldreomsorgen være en viktig ressurs. Mange norske sykehjem erfarer at det er vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere (Bergland, Vibe & Martinussen, 2010). Å rekruttere og beholde gode sykepleiere er viktig for å opprettholde faglig forsvarlig drift, samt ivareta og videreutvikle kvaliteten på tilbudet til sykehjems pasienter (Bergland, Martinussen & Vibe, 2013).

## **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

Mine personlige erfaringer som sykepleier i sykehjem spiller en rolle for min interesse for temaet og kan spores tilbake til allerede den gang jeg selv var sykepleierstudent i sykehjemspraksis. Jeg opplevde at praksisperioden som ble tilbudt gjennom sykepleierstudiet ikke ga et riktig bilde på hvordan en sykepleiers hverdag virkelig er. Jeg hadde den gang erfaring fra sykehjem som pleiemedarbeider og jeg hadde allerede bestemt meg for at det var sykepleier i sykehjem jeg ønsket å bli. På tross av en skuffende praksisperiode var jeg overbevist om at sykehjemsarbeid er mer spennende, givende og lærerikt enn hva jeg ble forespeilet gjennom studiet. Jeg har nå arbeidet ved sykehjem i ni år og erfarer stadig at sykepleierstudenter jeg møter ikke ønsker seg til sykehjem. Jeg stiller meg undrende til hva som er årsaken til at nyutdannede sykepleiere velger bort sykehjemsarbeid. Når så mange som 24 av 25 nyutdannede sykepleiere ikke ønsker å arbeide i sykehjem mener jeg at dette er et problem som bør adresseres allerede i læringsinstitusjonene. I et politisk perspektiv bør sykepleierutdanningen prioritere å fokusere på fordelene ved å arbeide innen eldreomsorgen dersom ønsket er å rekruttere fagkompetanse til sykehjem. Å avklare hva som gjør at sykepleierstudenter ikke anser sykehjem som en attraktiv arbeidsplass vil kunne bidra til forståelse. Først når vi forstår hva som gjør at sykepleierstudenter ønsker, eller ikke ønsker seg til sykehjem, da kan vi sette igang riktige tiltak for endre dette mønsteret.

## **1.2 Hensikten med studien og problemstilling**

Jeg har definert følgende problemstilling:

*Hva kjennetegner sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis?*

Med utgangspunkt i problemstillingen er formålet med denne studien å få mer kunnskap om norske sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis. Ettersom Samhandlingsreformen krever økt fagkompetanse i kommunene og flere sykepleiere til sykehjem vil det være interessant å se om sykepleierstudentenes holdninger til sykehjem har endret seg i takt med det økte behovet for faglighet innen eldreomsorgen.

Norsk sykepleierutdanning inneholder sykehjemspraksis i første studieår med fokus på grunnleggende sykepleie (Bruun & Skaalvik, 2010). I denne studien undersøker jeg hvilke erfaringer sykepleierstudenter har gjort seg gjennom denne praksisperioden. Jeg har gjennomført en kvalitativ forskningsstudie der jeg har samlet data om sykepleierstudenters personlige erfaringer i møte med denne delen av helsevesenet. Jeg har søkt å finne ut hvilke opplevelser fra praksis som bidrar til at studenter ikke ønsker seg til sykehjem, samt sett på hva som gjør at sykepleierstudenter faktisk vil arbeide videre innen geriatri. Håpet er at informasjonen som fremkommer i denne studien kan benyttes konstruktivt i videre arbeid for å heve kvaliteten på praksisperiodene i sykehjem - og på sikt også øke rekrutteringen av fagpersonell til sykehjem.

## **1.3 Søkeprosess etter tidligere forskning**

For å få en oversikt over tidligere forskning benyttet jeg bevisst tilfeldig søking (Rienecker & Jørgensen, 2006) i ulike databaser, uten å lykkes med å finne relevant forskning om temaet. Jeg antok derfor at det fantes lite eller ingen forskning rundt problemstillingen og tema jeg ønsker å studere. Da jeg deretter gjorde et enkelt søk i Google, fant jeg ulike nyhetsartikler med følgende eller lignende overskrifter: ”Pleiere vil ikke jobbe på sykehjem”, ”Sykepleiere vil ikke jobbe med eldre” og ”Sykepleiere velger bort sykehjem”. Ettersom disse artiklene ikke er godkjente forskningsartikler, men kun nyhetsoppslag med usikre kilder, vil disse artiklene ikke benyttes videre i oppgaven. Jeg velger likevel å presentere dem i denne delen av teksten ettersom de understøtter min hypotese om at de fleste sykepleierstudenter ikke ønsker å arbeide i sykehjem. For å få en oversikt over tidligere forskning rundt tema forsøkte

jeg deretter systematisk søking i databasene PubMed, Medline, Cochraine, SveMed+, Sykepleien forskning, Idunn, Helsebiblioteket og i Bibsys med følgende søkeord: nurse, nursing student, nurse education, nursing home, elderly care, geriatric, career, sykepleierstudent, læring, learning, sykehjem, sykepleierstudent, praksis, utdanning, karriere, eldreomsorg. Jeg benyttet søkeordene både alene og i ulike søkekombinasjoner. Jeg valgte bort flere artikler ut fra tittel, deretter leste jeg flere artiklers sammendrag. De som ikke var relevante for mitt studie ble valgt bort. Etter kritisk utvelgelse gjenstod fem relevante artikler fra tidligere forskning. Disse artiklene presenteres i neste avsnitt. Jeg har ikke lyktes med å finne studier datert til etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft.

#### **1.4 Kunnskapsstatus**

Følgende forskningsartikler presenterer studier som omhandler norske sykepleierstudenters holdninger til sykehjemsarbeid og eldreomsorg. Jeg har kun tatt utgangspunkt i forskningsartikler som tar for seg Norge og Norden. Dette er et bevisst valg, da målet mitt er å fokusere på nasjonale forhold og tidligere norske og nordiske studier.

Bergland et al. (2010) presenterer i sin artikkel et prosjekt kalt ”Kunsten å bli på sin post”. Dette prosjektet ble gjennomført ved et sykehjem i Oslo i 2008 og hadde som mål å finne ut hva som skal til for å beholde sykepleiere i sykehjemmet. De hevder at mange norske sykehjem erfarer at det er vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere. De begrunner dette med at sykepleiere ofte opplever at de ikke får anerkjennelse for jobben de gjør i sykehjem. Sykepleierrollen er for utydelig og det forventes av kollegaer at sykepleiere bidrar til annet arbeid i avdelingen som ikke er sykepleierrelatert. Sykepleierrollen i sykehjem er med andre ord for lite avgrenset, slik at sykepleierne opplever at det blir utilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleiekompetanse. Når nyutdannede sykepleiere starter å arbeide i sykehjem kan de bli overveldet av både arbeidspress og det store ansvaret det innebærer. Få sykepleiere og et begrenset fagmiljø gjør at nyutdannede sykepleiere også kan oppleve det som utrygt å skulle stå alene med ansvaret for mange beboere. Dette prosjektet fremlegger et resultat som lister opp hvilke forutsetninger som skal til for at sykepleierrollen i sykehjem skal ansees attraktiv. Dette inkluderer anerkjennelse og tydeliggjøring av sykepleierrollen. Det betyr at sykepleiere skal få prioritere sykepleiefaglige vurderinger og dokumentasjon i sitt arbeid. Dette krever også en rolleavklaring i forhold til hjelpepleiere og omsorgsarbeidere - samt

tydelige stillingsinstruksjoner. Arbeidsstedet bør videre tilrettelegge for muligheter for faglig utvikling. Lønnskompensasjon for ansvarsvakter står også sentralt.

Bergland og Lærums (2002) artikkel ”Norske sykepleierstudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning” lister opp årsaker for og imot for sykepleierstudenters begrunnelse for å velge – eller ikke velge – arbeid med eldre. De som ønsket å arbeide med eldre mennesker hadde en genuin interesse for disse, og finner eldre mennesker givende, trivelige og takknemlige å jobbe med. Disse sykepleierstudentene ser at arbeidet gir faglige utfordringer der mye kan endres og forbedres. Da syke eldre er den største brukergruppen av helse- og omsorgstjenester i landet, vil en sykepleier innen eldreomsorgen anees som en viktig ressurs. De som ikke ønsker å arbeide med eldre sier at ressursmangel både i form av fagpersonale og tid gjør at det ikke er mulig å yte faglig forsvarlig helsehjelp. De forteller også om negative erfaringer med personalet som allerede arbeider innen eldreomsorgen. Dårlige arbeidsforhold, samt et fysisk og psykisk tungt arbeid med mye pleie, er også av betydning. Studentene hevder videre at de har svært mye praksis med eldre i løpet av sykepleierstudiet og at de som ferdigutdannet ønsker kontakt også med andre pasientgrupper. De vil også ha mer sykehuspraksis enn det utdanningen har gitt, da de ønsker å bli dyktigere i konkrete sykepleieprosedyrer.

En annen studie ”Hvem vil arbeide med eldre?” bruker begrepet alderisme – som innebærer at eldre oppfattes som en byrde i samfunnet. Da de eldste ikke lenger er yrkesaktive eller bidrar til verdiskapning i samfunnet, blir de verdsatt lavere enn resten av den yngre befolkningen. Samtidig blir eldreomsorgen stadig fremstilt i negativt lys av media. En kombinasjon av alderisme og medias dekning av sykehjemsarbeid kan bidra til å gjøre det mindre attraktivt for en nyutdannet sykepleier å søke seg til et yrke der tjenestemottakeren er eldre mennesker (Bergland & Lærum, 1999).

Bruun og Skaalvik (2010) fant gjennom sin forskning at studentenes praksiserfaringer gjennom utdanningen har stor betydning for senere valg av karrierevei. De hevder at studenter har en tendens til å vise mindre interesse for å arbeide i eldreomsorgen ved studieslutt, enn i starten av sykepleiestudiet. Kan dette indikere at studentene ikke har hatt positive erfaringer fra praksis? Mangel på sykepleiere kan føre til dårlig oppfølging av studenter i praksis, og

mangel på riktig veiledning. Dette kan gjøre at studentene ikke får anledning til å se hvilke sykepleiefaglige utfordringer som eksisterer i eldreomsorgen.

Abben (2008) presenterer en artikkel kalt ”What on earth can I learn at a nursing home”. Denne danske artikkelen hevder at kun få sykepleierstudenter ønsker å arbeide med eldre, og at sykepleierstudenter er generelt negative til arbeid med eldre. Studentene mener at læringsutbyttet i sykehjemspraksis er minimal. Artikkelen tar utgangspunkt i et prosjekt som søker å øke interessen for arbeid i sykehjem. Målet er å oppnå dette gjennom å gi sykepleierutdannelsen et kvalitetsløft gjennom bedre tilrettelegging av praksisperioden i sykehjem. For et optimalt læringsmiljø skal studentene følges tett opp av faste veiledere. Det vil bli stilt høyere krav til studentene, som forventes å delta i kvalitets- og utviklingsarbeid, samt tverrfaglige møter. Målet er at studentene får et balansert bilde av hva en sykehjemshverdag består av. Utvikling av sykepleierstudentenes profesjonskompetanse skal stå i fokus og sykepleie som fag skal derfor prioriteres. En kombinasjon av teori og praksis, utvikling av klinisk blikk, tverrfaglig samarbeid og pårørendekontakt skal derfor stå sentralt gjennom hele praksisperioden.

Bergland og Lærum (1999) mener at det vil være essensielt å introdusere sykepleierstudenter til lærere som er engasjerte i aldring, eldreomsorg og sykehjemsarbeid for å klare å skape interesse for faget. De konkluderer med at det er viktig å få kunnskap om studentenes erfaringer med eldre som de har fått gjennom utdanningen, og slik finne ut hva som påvirker studentene til å velge bort arbeid med eldre.

## **1.5 Annen faglitteratur**

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg også oppdaget flere fagbøker og forskningsartikler som jeg har valgt å benytte videre i oppgaven. Dette er fagstoff som jeg har funnet litt mer ”tilfeldig”. Litteraturen omhandler ikke forskning knyttet direkte til problemstillingen min, men viste seg likevel relevant til å belyse noen av funnene mine gjennom drøftingen. Jeg velger å ikke presentere alle disse under ”kunnskapsstatus” eller gjennom teorikapittelet da dette ikke er egne utarbeidede teorier, men faktakunnskap som bidrar til å underbygge studiens funn. Jeg presenterer disse bidragene kort i teksten her.



Daatland og Solem (2000) har skrevet en fagbok som omhandler sosialgerontologi. Boken handler om aldring og om hvilken plass man inntar i samfunnet når man blir “gammel”. Den sier en del om eldre i sykehjem og om hva som oppleves viktig for den eldre pasienten. Den sier også en del om hva som kan påvirke pleiere i møte med pasienten.

Haddeland og Søderhamn (2013) har gjort en studie om sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis. I sin artikkel sier de noe om hvilke forutsetninger som bør være tilstede for at studentene skal oppleve veiledningssituasjoner med sykepleiere som tilfredsstillende. Artikkelen tematikk sammenfaller med deler av det jeg har funnet ut i min studie. Jeg vil derfor referere til denne underveis i drøftingen.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

I dette kapitlet har jeg gjort rede for bakgrunnen for valg av tema. Jeg har sagt noe om min interesse for temaet, presentert studiens problemstilling, samt gjort rede for hvilken forskning som allerede finnes innen dette feltet.

I kapittel to presenterer jeg aktuelle teorier og begreper som kan bidra til å belyse studiens funn.

I kapittel tre gjennomgås valg av metode og forskningsdesign. Jeg forklarer bakgrunnen for utvalg av informanter og gjør rede for innsamling og analysering av datamaterialet. Jeg forsvarer studiens troverdighet og forklarer hvilke etiske vurderinger som er gjort underveis.

I kapittel fire blir studiens hovedfunn presentert.

Kapittel fem drøfter hovedfunn i lys av forskning og teoretiske perspektiver som er presentert i tidligere kapitler.

Kapittel seks inneholder en konklusjon. Her viser jeg til hva denne studien kan bidra med innen feltet. Jeg presenterer også forslag til videre forskning.



## **Kapittel 2: Teoretiske perspektiver**

I dette kapittelet presenteres aktuell teori som kan bidra i drøftingen av studiens funn.

### **2.1 Sykepleie som profesjon**

En profesjon er et kunnskapsbasert yrke der høyere utdanning står helt sentralt. Ordet ”profesjonell” brukes i hverdagstale om personer som er dyktig, kunnskapsrik eller erfaren innen et spesielt arbeidsfelt. Tradisjonelt er tanken at den kunnskapen og de ferdigheter som blir tilegnet gjennom høyere utdanning er essensielt for å kunne utføre yrket på en kompetent måte (Fauske, 2013).

Abbott (1988) forklarer profesjon som en yrkesgruppe med en spesiell kompetanse som blir brukt til å utføre et arbeid. Denne kompetansen består av tillært kunnskap som yrkesutøveren anvender i praksis. Man kan si at profesjonalisering organiserer bruken av spesialisert kunnskap. Det er gjennom profesjonell yrkesutøvelse at vitenskapelig kunnskap kan komme befolkningen til gode (Grimen, 2013). En profesjons arbeid handler om å gi klienter hjelp ved å tilby dem eksperttjenester (Abbott, 1988). Målet med profesjonaliseringen er å øke kvaliteten på tjenestene (Hatland & Terum, 2010).

Sykepleie er en profesjon (Melby, 1990). Det betyr at en sykepleier er en profesjonell utøver av faget sykepleie. Det tillærte kunnskapsgrunnlaget gjennom sykepleierutdanningen gir sykepleierne en rett til profesjonell yrkesutøvelse og autonomi. Sykepleiere er en yrkesgruppe som har kontroll over arbeidsoppgavene sine – de er opplært til å kunne utføre spesifikke sykepleieoppgaver og ha oversikt over disse. I sykehjem har sykepleiere et stort ansvar. Selv om sykehjemslegen har det øverste behandlingsansvar for pasientene, er det sykepleierne som har det daglige ansvaret for å ivareta pasientene, observere og utøve medisinskfaglige prosedyrer (Ranhoff et al., 2008, s. 17).

Profesjonsutdanningene ved høyskolene blir nøye regulert. For å sikre en felles nasjonal standard må høyskolene følge nasjonale reguleringer og utarbeide fagplaner innenfor rammen av disse. Den nasjonale rammeplanen inneholder krav som spesifiserer utdanningens mål, innhold, studieløp og organisering (Smeby, 2013). Norsk Sykepleierforbund har lagt vekt på at sykepleierutdanningen bør inneholde teoretisk, vitenskapelig kunnskap, samtidig som de har understreket viktigheten av å styrke praksisundervisningen (Fauske, 2013).

Sykepleierfaget er svært sammensatt rent teoretisk. Vitenskapene det bygger på er flere, blant annet biologi, psykologi, kjemi og samfunnsvitenskap. Samtidig har sykepleien en konkret funksjon der målet er å forebygge, diagnostisere, behandle og pleie. Sykepleie er en profesjon der fagets ulike verdier kan komme i konflikt med hverandre og sammenhengen mellom teori og praksis er dermed ikke alltid gitt. Sykepleieren må hele tiden foreta vanskelige verdivalg uten klare regler for prioritering. Disse valgene baseres på kommunikasjon og sykepleierens fortolkning av pasientens livssituasjon (Grimen, 2013, s. 72-73)

Møtet med arbeidslivet blir ofte omtalt som et praksissjokk. For å gjøre overgangen fra utdanning til arbeid mykere, har sykepleierstudenter praksisperioder som en del av utdanningen. Dette er en måte å la studentene øve seg på å benytte sin tillærte teoretiske kunnskap til å løse reelle situasjoner i praksis. Slik blir de bedre rustet til å møte overgangen til arbeidslivet ved endt utdanning (Smeby, 2013).

## **2.2 Profesjon og identitet**

Profesjonsutdanning handler ikke bare om å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter. Det handler også om å identifisere seg med profesjonen (Heggen, 2013). Sykepleieren må forholde seg både til pasienten og den aktuelle situasjonen hun står ovenfor. Å handle i en slik situasjon krever omfattende kunnskap, da ingen situasjoner er like og kan kreve forskjellige handlingsmåter. Sykepleieren er selv en ressurs i møte med pasienten, der pleien hun utøver tar utgangspunkt i hennes egne erfaringer, tanker og vurderinger. Det sies at en sykepleier ikke bare jobber som sykepleier, men at hun *er* en sykepleier. Læring handler ikke bare om kunnskapsutvikling, men også om å utvikle sine verdier og sosiale ferdigheter innen en sosial kontekst (ibid.). Man kan anta at studenter som velger å starte med sykepleierutdanning allerede identifiserer seg med sykepleierrollen og allerede har en forhåndsoppfatning om hvordan de som fremtidige sykepleiere ønsker å være. En sykepleierstudent vil gjennom utdanningen sannsynligvis forsøke å tilegne seg de verdiene som en sykepleier er forventet å ha. Det handler om at studenten må finne ut hvor hun står sosialt og moralsk. Hun må skape en oppfatning av hvem hun er og hvem hun ønsker å være som sykepleier. Slik kan hun danne seg en profesjonell identitet. Dette er den identiteten sykepleieren viser gjennom handling. Heggen (ibid.) påpeker at denne identiteten handler om hvilke egenskaper, ferdigheter, holdninger og hvilke etiske retningslinjer yrkesutøveren bør følge for å anse seg selv som en

god yrkesutøver. Sykepleierstudentene vil finne tilhørighet hos hverandre, der de sammen opplever en profesjonsidentitet. Studentene som starter i praksis har sannsynligvis allerede en idé om hva slags sykepleier de vil bli og hvilke verdier som er viktige for dem. Denne identiteten er langt fra ferdig utviklet, men påvirkes kontinuerlig både gjennom utdanning, refleksjon, i praksis og gjennom yrkeslivet (ibid.). Wenger understreker betydningen av sosial identitet for å forstå læring (Filstad, 2012). Læring skjer gjennom ”en interaksjon mellom sosialt definert kompetanse og personlig opplevelse.” Forholdet mellom yrkesutøvernes identitet og hvem vi ønsker å være, vil være avgjørende om vi identifiserer oss med praksisfellesskapet (ibid.). Gjennom utdanningen vil studentene presenteres for teorier og begreper som ansees som gode eksempler på praktisk yrkesutøvelse. Denne læringen handler om å overføre kunnskap fra ekspert til student, på en mest mulig effektiv måte. Heggen (2013) hevder at den mest hensiktsmessige måten å gjøre dette på er gjennom dialog mellom lærer og student. Slik får en også frem studentenes erfaringer. En student kan introduseres for ulike perspektiver innen forskjellige kulturer, og kan oppleve motsetninger og konflikter i læringen. Dette kan bidra til ny kunnskap, der konfrontasjoner kan utgjøre basis for ny læring.

### **2.3 Sykehjemmet som læringsarena**

I helsesektoren er arbeidsrelatert praksis en viktig del av utdanningen (Filstad, 2012). Sykepleierstudenter har åtte ukers praksisperiode i sykehjem i første studieår. Sykehjemmet vil da i en begrenset periode fungere som en forlengelse av utdanningsintitutsjonen. Det er i sykehjemmet at sykepleierstudenten skal tilegne seg praktiske ferdigheter, samt knytte teori opp mot praksis. Svensson (2013) påpeker at *menneskebehandling organisasjoner* er bedrifter der hovedvirksomheten foregår gjennom møter mellom profesjonelle yrkesutøvere og tjenestemottakere. Et sykehjem kan også kalles en slik menneskebehandling organisasjon, fordi sykehjemmets hovedvirksomhet foregår gjennom møter mellom pleiere og pasienter. Møtene mellom pleier og pasient i sykehjemmet vil stadig presentere forskjellige problemstillinger. Sykepleierstudenten kan befinne seg i praksissituasjoner som oppleves både utfordrende og kaotiske. Ikke bare skal studentene forsøke å anvende teori i praksis, de skal også inngå i sosiale relasjoner med menneskene de skal utøve sykepleie til. En student vil normalt ha et begrenset kunnskapsgrunnlag og kan oppleve det som vanskelig å mestre situasjonen på egenhånd. At studentene får følge profesjonelle yrkesutøvere og lære fra dem, vil derfor være en hensiktsmessig og effektiv læringsform i praksis (Rønnestad, 2013).

Når en sykepleierstudent lærer av en profesjonell sykepleier, kan dette kalles *mesterlære*. Mesterlære kan best forklares som relasjonen mellom en ekspert og en nybegynner innen et fagfelt, der nybegynneren har behov for å tilegne seg ny kunnskap. For at overføringen av kunnskap mellom ekspert og nybegynner skal fungere optimalt, er det viktig at mesteren utøver faget på en måte som lærlingen kan identifisere seg med. Mesterlæring kan foregå gjennom praksisfellesskap, ved tilegnelse av faglig identitet, i læring gjennom handling og ved evaluering gjennom praksis (Filstad, 2012).

Læring foregår når kunnskap deles og utvikles blant ansatte i organisasjoner (Argyris & Schön, 1996). Lave og Wenger (2012) presenterer begrepet *situert læring*. Dette handler om at læring foregår gjennom deltakelse i sosiale praksisfellesskap og gjennom utøvelse av praktisk arbeid. Læring blir en integrert del av hverdagen gjennom praktisk yrkesutøvelse (Filstad, 2012). Institusjonen i seg selv kan ikke utføre handlinger som fører til læring, men individene i organisasjonen kan bidra til en adferd som fremmer læring (Argyris, 2012). Individuell læring er en forutsetning for at organisasjonen skal utvikle seg (Filstad, 2012). Wenger (2012) hevder også at sosial deltakelse er en *forutsetning* for læring. Han sier at mennesket alene ikke kan lære, og han introduserer begrepet praksisfellesskap som en arena for læring. Et *praksisfellesskap* er en gruppe mennesker som arbeider sammen og lærer av hverandre. De løser felles problemer og tilegner seg kompetanse innenfor det praksisfellesskapet de deltar i. Et praksisfellesskap utvikler seg naturlig, og foregår i uformelle rammer (ibid.).

*Legitim perifer deltakelse* fokuserer på læringsprosessene fra en nybegynner blir introdusert som deltaker i et praksisfellesskap, til hun sees på som etablert i denne gruppen. Dette begrepet forsøker å forklare overgangen fra å være en nykommer til å bli en del av en sosial praksis (Filstad, 2012). Til å begynne med vil studenten være en perifer deltaker, som observerer gruppen utenfra. Hun vil slik finne ut hvilke regler som gjelder innad i praksisfellesskapet. Hun vil finne ut hvilke erfarne deltakere innen praksisfellesskapet som er gode kilder for videre læring. Hun vil etter hvert inkluderes i kulturen på arbeidsplassen og hun lærer hvordan de erfarne arbeider, hvem som liker hverandre, hvem som er i konflikter med hverandre og hvem som respekteres innad i kulturen (ibid.).

Innen en organisasjon vil de ansatte tilhøre flere uformelle praksisfellesskap. De ansatte søker etter felles interesser og kompetanse hos sine medarbeidere og identifiserer seg med hverandre. Hvilken profesjon man tilhører kan her ha betydning for hvem man danner uformelle praksisfellesskap med. Sykepleiere kan for eksempel danne et eget praksisfellesskap. Kulturen er styrende for hvordan praksisfellesskapet ser ut. De erfarne deltakerne i et praksisfellesskap vil fremstå som eksempler for hvordan praksisfellesskapet fungerer (ibid.). Innen et praksisfellesskap vil læring foregå mellom individene som tilhører denne gruppen. De personene med mye erfaring vil fremstå som læremestere og nykommere i fellesskapet kan lære gjennom å observere, imitere og utøve samme praksis som læremesterne (Argyris & Schön, 1996). En sykepleierstudent i sykehjemspraksis vil for eksempel tilegne seg handlingskompetanse ved å observere hva en erfaren sykepleier gjør og deretter forsøke å gjøre det samme. Denne formen for kunnskapsoverføring inneholder elementer av taus kunnskap (ibid.).

## **2.4 Sykepleier - fra nybegynner til ekspert**

Dreyfus og Dreyfus` (2012) læringsmodell handler om hvordan mennesker gjennom læring kan utvikle seg fra nybegynner til ekspert innen et bestemt felt. De hevder at mennesket tilegner seg ferdigheter gjennom minst fem stadier. Disse fem stadiene inkluderer nybegynner, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Man kan si at disse stadiene utgjør en ferdighetsstige, der hvert trinn tilsvarer et eget kunnskapsnivå. For å kunne klatre i denne stigen må man stadig tilegne seg kunnskap, samle erfaring og reflektere over hvorfor man gjør det man gjør – inntil man når ekspertnivå der man intuitivt klarer å handle i en situasjon (Dreyfus & Dreyfus, 2012, s. 425).

Patricia Benner (1982) har skrevet en artikkel der hun tar for seg Dreyfus og Dreyfus` læringsmodell. Hun har satt denne læringsmodellen i sammenheng med kunnskapsutviklingen en sykepleier kan forventes å ha fra nybegynner til ekspert. Hun kaller nybegynneren en novise. En novise vil i dette tilfellet henseile en sykepleierstudent. Å bli en dyktig sykepleier baseres på både utdanning og praktisk erfaring. Utviklingen fra *nybegynner* til *ekspert* går via *avansert nybegynner*, *kompetent*, og *dyktigere* (Benner, 1982, s. 402).

En *nybegynner* kan ikke forventes å ha erfaring med å utføre oppgaver i reelle situasjoner. Selv om hun har en teoretisk forankring, kan hun likevel ha problemer med å evaluere situasjonen i sin helhet og vite hvilke oppgaver som bør prioriteres i en gitt setting. *En*

*avansert nybegynner* er en som så vidt utfører jobben sin på akseptabelt nivå. Vedkommende har hatt akkurat nok reelle situasjoner å bryne seg på. *Nybegynnere* og *avanserte nybegynnere* tar inn lite av situasjonen. Det er fortsatt for nytt og fremmed. I tillegg forsøker hun å huske teorien hun har lært og forsøker å sette denne i sammenheng med det hun ser. Hun trenger støtte i en klinisk situasjon og hjelp til å prioritere, da hun ennå ikke klarer å sortere ut de viktigste momentene i situasjonen. En *kompetent* sykepleier har typisk arbeidet i to-tre år, og hun klarer å sette langsiktige planer for sykepleien hun utøver. Sykepleieren har nok kunnskap til å kunne skille viktige og mindre viktige prioriteringer fra hverandre, og føle at hun har kontroll over ulike gjøremål. Vedkommende mestrer faget sitt. Mange blir værende på dette nivået og utvikler seg ikke videre til neste nivå. En *dyktigere* sykepleier ser situasjoner som en helhet. Erfaring forteller henne hva hun kan forvente i en situasjon og kan gjenkjenne, tolke og vurdere situasjoner raskt. Sykepleieren har en dyp forståelse av situasjonen. Mange avgjørelser blir tatt nesten automatisk. En *ekspert* kan forklares som en *dyktigere* sykepleier som i tillegg har bred erfaring, intuisjon og en dyp forståelse av situasjonen. En ekspert kan ikke alltid forklare hvorfor eller hvordan hun tok en avgjørelse annet enn av erfaring og på intuisjon. ”Det føltes riktig.” (Benner, 1982, s. 405).

## **2.5 Sykepleierens handlingskunnskap i praksis**

Kunnskap kan deles i to, eksplisitt kunnskap og taus kunnskap. Eksplisitt kunnskap er det som kan uttrykkes gjennom språk, formuleringer, tall eller symboler (Filstad, 2012). Dette kan for eksempel være det som studentene lærer gjennom undervisning på skolen: det de leser eller har forelesninger om. Med andre ord, tillært teori. Taus kunnskap kan ikke uttrykkes gjennom språket, men må vises gjennom handling. Å presentere situasjoner, påpeke og vise gjennom handling, vil være en måte å videreformidle taus kunnskap på (ibid.).

Schöns teori omhandler handlingskunnskap og kan særlig settes i sammenheng med utdanning og videreutvikling av personer innen praktisk yrkesutøvelse. Donald Schön presenterer begrepet “den reflekterende praktiker”. Teorien fokuserer på hvorfor vi tenker og handler som vi gjør i praksis (Schön, 2014). Schön hevder at det er viktig å være bevisst både forskjellen og sammenhengen mellom teori og praksis. En må kjenne det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for å bli en god praktiker. Men en yrkesutøver trenger også mer enn tillært teorisk kunnskap, hun må også kunne benytte denne kunnskapen i praksis. En dyktig



praktiker besitter kunnskap som danner basis for hvordan hun handler i en situasjon. Dette kan være bevisst og ubevisst kunnskap som danner grunnlag for hvorfor praktikerer handler som hun gjør. Dette inkluderer blant annet tillært teori, holdninger og erfaringer. Praktikerer samler egne strategier for hvordan hun handler i praktiske situasjoner, men hun er sjelden bevisst disse mønstrene. Disse mønstrene kaller Schön for *theory in use*. Jeg vil videre i oppgaven omtale dette som handlingskunnskap.

Schön (2014) søker å forklare hvordan praktikerer handler og tenker for å løse gitte situasjoner. I hverdagen kan yrkesutøveren møte situasjoner som er så komplekse at den tillærte kunnskapsteorien ikke passer inn. Praktikerer må forsøke å skape mening i situasjonen ved å sette rammer for oppmerksomheten. Slik blir det lettere å sortere ulike problemstillinger fra hverandre og fokusere på hva som er galt i situasjonen og finne ut hva som bør endres. Dette er en prosess for problemavklaring som Schön definerer som *Naming and Framing*. Forskjellige yrkesutøvere innen samme profesjon kan i samme situasjon velge å handle ulikt. Etter å ha rammet inn problemet, definerer praktikerer en problemstilling som hun arbeider ut fra. Å definere et problem kaller Schön for *problem-setting*. Ved å se på konsekvensene av innrammingen - det man gjør i praksis - kan sykepleieren gjøre en ny vurdering og sette nye rammer for situasjonen. En dyktig praktiker vil alltid være oppmerksom på hvilke konsekvenser handling i situasjonen vil resultere i, og ta hensyn til disse.

*Knowing in action* kan best forklares som en handling som utføres spontant, uten at yrkesutøveren trenger å reflektere over situasjonen underveis. En dyktig praktiker handler spontant ut fra sin erfaring som bygger på både praktisk og teoretisk kunnskap. Dette kan også forklares som taus kunnskap. Det er ikke alltid praktikerer kan forklare hvorfor hun velger å gjøre det hun gjør i en gitt situasjon. Taus kunnskap kan være vanskelig å sette ord på (Filstad, 2012). Utvikling av taus kunnskap krever praktisk utførelse, der læring skjer gjennom handling. Det betyr at en mester demonstrerer gjennom handling hvordan nybegynneren skal utføre en oppgave. Deretter imiterer nybegynneren handlingen, samtidig som at de reflekterer over hvorfor de gjorde det på denne måten (ibid.).

*Reflection in action* utdyper begrepet *Knowing in action*. I visse situasjoner handler praktikerne uten å tenke over det, mens i andre situasjoner reflekterer hun over hvorfor og hvordan situasjonen ble akkurat slik. Dette er som oftest situasjoner som ikke sammenfaller med det man hadde forventet kom til å skje. Dette inkluderer blant annet uønskede situasjoner og overraskende situasjoner (Schön, 2014) Det er spesielt hensiktsmessig å benytte refleksjon i vanskelige situasjoner (Rønnestad, 2013) Over tid vil en yrkesutøver samle bred erfaring fra sitt yrkesfelt. Hun lærer hva som er viktig i en situasjon og hun handler intuitivt deretter. Dess mer erfaring yrkesutøveren har, dess mindre vil hun bli overrasket over sammenhengen mellom handling og resultat. Når yrkesutøveren handler spontant, uten refleksjon, vil arbeidet etterhvert bli rutinepreget. Derimot vil en praktiker som reflekterer, ”forske” seg frem til ulike handlingsalternativer i de ulike situasjonene hun står i, ved å analysere situasjonen, reflektere og teste ut nye handlingsmåter. Slik vil hun kontinuerlig utvikle sitt eget repetoar og bli en stadig dyktigere praktiker. Når man i ettertid av en hendelse reflekterer over hvilke vurderinger man gjorde i en situasjon, kalles det “reflection-on-reflection-in-action” (Schön, 2014), eller “refleksjon-på-handling” (Filstad, 2012). Hvis man skal forsøke å sette ord på sin tause kunnskap for å benytte dette i en læringsprosess mellom ekspert og nybegynner, vil refleksjon som ved “refleksjon-på-handling” være det viktigste verktøyet (Rønnestad, 2013).

Det å bli bevisst grunnlaget for eget handlingsrepetoar krever refleksjon. Bare når praktikerne reflekterer over sine handlinger, kan hun utvikle seg videre (Schön, 2014). Schön hevder at veiledning og refleksjon er nødvendig for å utvikle seg som en reflekterende praktiker. Dette kan bidra til at praktikerne blir seg bevisst sine egne strategier for handling. Hvis praktikerne ikke setter ord på kunnskapen sin og handler uten å tenke, kan dette resultere i at arbeidet føles rutinepreget og kjedelig. Hun føler at hun kan det hun må kunne og at hun ikke lenger har utfordringer i yrket. Schön kaller dette ”overlæring” (ibid.).

## **2.6 Samarbeid og profesjonskamp i sykehjem**

Helsepersonell med felles ansvar for pasienter er avhengig av å samarbeide (Aanderaa, 1999). I et sykehjem finner man vanligvis et helt knippe av forskjellige stillingsbeskrivelser og ulike profesjoner. Legene troner øverst i hierarkiet, deretter kommer sykepleierne, hjelpepleierne og til sist de ufaglærte assistentene. Plasseringen i hierarkiet indikerer en lagdeling som også forteller om du har lang utdanning, god lønn og vel anseelse i samfunnet (Elstad, 1991).

En grunnleggende forutsetning for god samhandling er kjennskap og respekt for samarbeidspartnerens faglige kompetanse og arbeidsområde (Øgar & Hovland, 2009), samt at de ulike faggruppene har tillit til hverandres kompetanse (Elstad, 1991). En bør være enige om hva som er et rimelig ansvars- og oppgavefordeling (Øgar & Hovland, 2009).

Alle profesjoner har jurisdiksjon over egne spesielle arbeidsoppgaver og er gjensidig avhengig av hverandre (Abbott, 1988). Gjensidig oppgaveavhengighet gjør at profesjonene er i kontinuerlig befatning med hverandre (Hatch, 2011). Det er et generelt fenomen at det forekommer vanskeligheter i alt samarbeid (Øgar & Hovland, 2009). Helsepersonell utgjør sterke profesjonsgrupper med egne interesser som kan komme i konflikt med hverandre. Det kan dreie seg om faglig status, om hvilke yrkesgrupper som skal ha lederposisjoner og om hvem som skal være ansvarlig for ulike oppgaver. Profesjonsstrid kan forklares som når ulike yrkesgrupper kniver seg imellom om å ha enerett til en bestemt oppgave (Elstad, 1991). Profesjonsstrid kan også kalles revirtenkning.

“Revirtenkning. Faget blir delt opp i mitt og ditt. De som er gode på noe får et eierforhold til akkurat det fagområdet og påberoper seg retten til å være de eneste som skal drive med det” (Steinsvåg, 2011).

Revirtenkning og de enkelte profesjoners roller har - ifølge Stortingsmelding nr 8 - forhindret fagpersonell i å se hverandres arbeidsområder (Sæterstrand & Tingvoll, 2008). Konflikt mellom faggruppene sykepleier og hjelpepleier er ikke et ukjent fenomen (Øgar & Hovland, 2009). En profesjon har kontroll over spesielle arbeidsfelt og arbeidsoppgaver. Denne forbindelsen mellom en profesjon og dens rett på kontroll over visse arbeidsfelt, kaller Abbott for *jurisdiksjon*. Dette gir grobunn for konflikt og konkurranse mellom ulike profesjoner (Abbott, 1988). Noen profesjoner har jurisdiksjonen beskyttet gjennom ulike lovverk (Fauske, 2013). En sykepleiers jurisdiksjon er for eksempel beskyttet gjennom helsepersonelloven og krav om autorisasjon. I følge Abbott (1988) kan uenigheter rundt en profesjons jurisdiksjon løses på alternative måter. En profesjon kan tilstrebe full kontroll, underordning, arbeidsdeling eller intellektuell kontroll. Abbott presenterer en modell som han kaller for en ledighetsmodell. I visse situasjoner kan enkelte arbeidsoppgaver bli utsatt for endringer og flere profesjoner blir berørt. Noen profesjoner forsvinner og andre kommer til og overtar. Dette kan for eksempel skje gjennom det Abbott kaller kommodifisering. Dette betyr at ekspertkunnskaper blir automatisert og profesjonsarbeiderne blir overflødige. Dette skyldes

som oftest teknologisk utvikling, der maskiner eller ulike programvarer overtar (Abbott, 1988, s. 184). Abbott (1988) hevder at all profesjonell praksis består av tre trinn: *Diagnose, inferens og behandling*. Dette betyr at dersom en har et problem, vil profesjonene tolke problemet og redusere det til å passe inn i profesjonens eget kunnskapssystem. Abbott kaller dette å stille en diagnose. Kun det som blir ansett som relevant innen profesjonens kunnskapssystem blir tatt hensyn til i videre behandling av problemet. Ethvert kunnskapssystem inneholder instruksjoner som bidrar til å løse problemet. Dette kaller Abbott for behandling. Selve behandlingen kan i visse situasjoner delegeres til ansatte som ikke innehar profesjonskunnskap (Abbott, 1988, s. 48). En lege kan gjennom sitt kunnskapssystem bestemme hva som skal gjøres, mens selve behandlingen kan delegeres til sykepleieren som gjennomfører det som er bestemt. Mellom diagnostisering og behandling kommer inferens. Inferens er vurdering og refleksjon av problemet. Inferens er den måten profesjonen, gjennom sitt kunnskapssystem, forstår og løser problemene på. Inferens blir spesielt mye brukt dersom det er vanskelig eller utydelig å finne rett behandling i forhold til diagnosen. Dess lavere graden av inferens er, dess mer vil arbeidet preges av rutineoppgaver. Rutineoppgaver vil dermed lettere kunne delegeres bort til andre arbeidsgrupper eller bli utsatt for konkurranse fra andre yrkesgrupper. Flere steder vil profesjonelle arbeidsoppgaver som egentlig er tiltenkt eksempelvis sykepleieprofesjonen, bli utført av andre helsefagarbeidere som ikke er formelt kvalifisert til å gjøre arbeidet. I et sykehjem kan dette for eksempel skyldes lav fagdekning fordi det ikke er mulighet for å rekruttere nok sykepleiere. Grensene mellom de forskjellige profesjonenes jurisdiksjon kan slik bli utydelige. Dette kaller Abbott for *arbeidsplassassimilering*: hvor personer uten formell utdanning og utdypende kunnskap utfører en prosedyre som egentlig krever en profesjonell yrkesutøver. Dette skjer spesielt i organisasjoner med stor arbeidsbyrde, der det kan lønne seg at profesjonelle lærer opp andre ansatte uten profesjonell status til å utføre bestemte oppgaver for å få arbeidet gjort (Abbott, 1988, s. 65).

## **2.7 Verdibasert ledelse i sykehjemmet**

Relasjonen mellom profesjonelle og pasienter er vanskelig for ledelsen å styre. Fordi det er vanskelig å definere menneskers behov, kan ikke ledelsen lage nøyaktige regler for hvordan arbeidet skal utføres. Arbeidet består av komplekse situasjoner og den profesjonelles tolkning av pasientenes behov “der og da” (Svensson, 2013). De ansatte får mulighet til å gjøre egne

vurderinger i arbeidshverdagen (Busch, 2011). De gies en autonomi til å utføre yrket og arbeidet foregår utenfor lederens umiddelbare kontroll. Organisasjonslæring skjer på individnivå, men det er opp til ledelsen å sette rammer for hvordan de ansatte skal møte og takle problemer som skulle oppstå (Argyris, 2012). Det ledelsen kan gjøre, er å sette kriterier for hvilke verdier som er ønsket innad i organisasjonen. Dette kalles *verdibasert ledelse* (Busch, 2011). I et sykehjem kan disse verdiene for eksempel være å behandle pasienter med respekt, høy faglig standard og at man skal etterleve aktuelle lover og regler i arbeidsutførelsen. Det er forventet at de ansatte jobber i tråd med disse verdiene og at disse inngår på alle nivå innen organisasjonen. Dette inkluderer individnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå. For at verdibasert ledelse skal være en bærebjelke i organisasjonen, er det nødvendig at lederen fokuserer på å sikre at disse verdiene danner grunnlag i den praktiske jobbutførelsen. Det må settes klare rammer for hva som er akseptabelt, og hva som ikke er akseptabelt i sykehjemmet. Det må arbeides aktivt med å danne en organisasjonkultur som baserer seg på de overordnede verdiene. Verdibasert ledelse finnes på alle nivåer innen organisasjonen (ibid.). Om organisasjonens overordnede verdier blir fulgt kan være vanskelig å overvåke, da yrkesutøverne i organisasjonen er mennesker med egne holdninger og verdier. Disse kan stå i kontrast med organisasjonens overordnede mål (Svensson, 2013). Dersom ledelsen spør de ansatte i en organisasjon hvordan de utfører arbeidet sitt, vil de ansatte svare med uttrykt teori. Det er ikke sikkert at dette samsvarer med hvordan de faktisk utfører arbeidet i avdelingene (Argyris & Schön, 1996). For å sikre at de ansatte arbeider ut fra de verdiene som er ønsket i organisasjonen, må ledelsen kontinuerlig stille spørsmål ved de underliggende holdningene hos sine ansatte. Dette kan gjøres ved å bevisst satse på dobbelkretslæring innad organisasjonen. Dersom man kun løser situasjoner ved å korrigere oppståtte feil og ikke ser på de underliggende årsakene til at situasjonen oppstod, vil dette resultere i enkeltkretslæring (Argyris & Schön, 1996). Ved enkeltkretslæring retter man feilen "der og da". Et eksempel fra sykehjem kan være at en pleier som har mer handlingskunnskap i hvordan takle utagerende pasienter enn andre pleiere, griper inn i en vanskelig pasientsituasjon og løser problemet der og da. Dobbeltkretslæring kan først skje dersom man undersøker og forsøker å endre den underliggende årsaken til at situasjonen oppstod. Kanskje pleierne i forkant av utageringen hadde provosert pasienten? Kanskje pasienten ikke ville dusje idag, men at pleierne likevel forsøkte å tvinge ham til det? Ved dobbelkretslæring tar man uttrykt teori og bruksteori i nærmere øyesyn og reflekterer rundt hvorfor situasjonen

oppstod i utgangspunktet. Først når det skjer en endring i de grunnleggende holdningene som var utgangspunkt for konflikten, og det resulterer i en endring i arbeidsutførelsen, har det skjedd dobbeltkretslæring (ibid.). Verdibasert ledelse er avhengig av forankring gjennom en felles organisasjonskultur (Busch, 2011).

## 2.8 Organisasjonskultur

Det er vanskelig å forklare hva begrepet organisasjonskultur innebærer (Hatch, 2011). Schein (2010) ser på kultur som et sosialt fenomen. Han hevder at den atferden som utøves innad i gruppen er et resultat av, og et uttrykk for, organisasjonens kultur. Han hevder blant annet at organisasjonskultur er noe som ledelsen kan manipulere eller endre. Edgar Schein definerer organisasjonskultur som følger:

”Mønsteret av grunnantagelser som en gruppe har kommet frem til, oppdaget eller utviklet etter hvert som den har lært seg å mestre sine problemer med ytre tilpasning og indre integrasjon, og som har fungert lenge nok til å bli betraktet som holdbare, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.” (Schein i Hatch, 2011, s. 231).

Schein forklarer organisasjonskultur ved å dele den opp i tre nivåer: Artefakter, verdier og grunnleggende antakelser.

*Artefakter* inkluderer alle måter som kultur kommer til syne på, dersom man observerer organisasjonen utenfra. Dette kan være alt fra fysiske, muntlige og kroppslige tegn. Hvordan snakker de ansatte sammen? Artefakter kan være lette å se, men vanskelige å forstå betydningen av. Artefaktene gir et overfladisk uttrykk for hvilke verdier og holdninger som ligger under (Schein, 2010). I sykehjem kan dette komme til uttrykk i for eksempel hvordan pleiepersonalet snakker sammen eller hvordan de oppfører seg overfor pasienter.

Innen hver kultur finnes det uskrevne regler om hva som ansees som rett og galt. Dette er kulturens *normer og verdier*. Verdier er sosiale prinsipper som innen bestemte kulturer blir ansett som viktige moralkodekser. Disse verdiene definerer hva som betyr noe for organisasjonens medlemmer. Det handler ofte om hva som ansees som rett og galt, og er ofte forbundet med sterke følelser. Reelle verdier må observeres i atferd, holdninger og handlinger. Til sammenligning med ”grunnleggende antagelser” er medlemmene ofte mer bevisst hvilke verdier de har, selv om de ikke vanligvis tenker over det. Medlemmene av

organisasjonen vil likevel straks kunne identifisere seg med disse verdiene, særlig dersom noen utenfra forsøker å endre eller fokusere på andre verdier (Hatch, 2011). Normer er hva som forventes og hva som blir akseptert av gruppen i organisasjonen. Normer kan kalles for uskrevne regler for hva som er passende oppførsel og handlinger innad i gruppen. Ved å se hvilke verdier som prioriteres blant de ansatte kan man få et inntrykk av hva slags kultur som er dominerende i organisasjonen. Schein (2010) beskriver de *grunnleggende antagelsene* som kjernen i en organisasjonskultur. Disse antagelsene er det som medlemmene i organisasjonen oppfatter som virkelighet. Disse grunnleggende antagelsene taes for gitt, men påvirker ubevisst hva medlemmene oppfatter, tenker og føler. De grunnleggende antagelsene kan kanskje best forklares som medlemmenes virkelighetsoppfatning innen organisasjonskulturen. De grunnleggende antagelsene legger føringen for hvordan man oppfører seg og handler innen en bestemt kultur. De ansatte i organisasjonen kan ha vanskeligheter med å definere de grunnleggende antagelsene. Det er ikke noe som man snakker om, det er ”bare noe man gjør”. Med utgangspunkt i denne virkelighetsoppfatningen, skaper de ansatte mening i sine opplevelser (ibid.).

Argyris og Schön (1996) forsøker å forklare hvorfor vi handler som vi gjør gjennom en handlingsteori. Denne skiller mellom *bruksteori* og *uttrykt teori*. Profesjonsutøvere kan hevde at de ønsker å handle på en bestemt måte, men at de gjør annerledes i praksis. De handlingene som profesjonsutøvere ønsker å utøve kalles uttrykte teorier, mens bruksteori er det de faktisk viser i handling (ibid.). Profesjonsutøverens uttrykte teori er farget av hennes iboende holdninger og verdier, mens bruksteorien kan være et resultat av kulturen i organisasjonen – innad i et praksisfellesskap. Profesjonsutøveren kan ha tilegnet seg uvaner i arbeidsutførelsen som hun ikke lenger tenker over, fordi det ansees om akseptert innad i gruppen (ibid.). En profesjonutøver med lang erfaring, men som ikke reflekterer over sin iboende handlingskunnskap og som heller ikke blir utfordret eller irettesatt av dem hun inngår i praksisfellesskap med, kan ha vanskeligheter med å utføre arbeidet slik at uttrykt teori og bruksteori samsvarer med hverandre. Selv om disse to handlingsteoriene bør samsvare mest mulig med hverandre, er dette altså ikke alltid tilfellet i realiteten (ibid.).

Pleiekulturen i en sykehjemsavdeling blir et mønster for handlemåte som holdes oppe av fellesskapets verdier og holdninger. Dersom en kultur har vært rådende over lengre tid, vil måten å handle på bli så innøvd at det tilslutt faller naturlig. Til sist vil man ikke lenger

reflekterer over hvorfor eller hvordan man handler som man gjør da ”alle gjør det” eller ”slik gjør vi det her” (Eide & Aadland, 2008).

## **2.9 Subkulturer innen en organisasjon**

Schein (2010) hevder at kulturen i en organisasjon kan deles inn i mindre, enkeltstående kulturer. Disse kaller han delkulturer. Delkulturer kalles ofte også for subkulturer. De oppstår som grupperinger av mennesker med egne verdier - som avviker fra de rådende verdiene i organisasjonen (Hatch, 2011). Når grupper av enkeltpersoner innad en organisasjon ikke etterkommer organisasjonens krav om arbeidsutførelse, skjer det en motstand mot læring. Siden læring i organisasjoner avhenger av læring på individnivå, vil dette hemme organisasjonen i å utvikle seg i ønsket retning (Argyris & Schön, 1996).

Subkulturer inkluderer en gruppe av organisasjonens medlemmer som identifiserer seg med hverandre. Disse personene har nær kontakt over en lengre tidsperiode, deler kanskje samme yrkestittel, de har felles, delte erfaringer og føler at de har en felles forståelse innad i gruppen. Hatch (2011) presenterer John van Maanen og Stephen Barleys definisjon av subkultur:

”...en undergruppe av organisasjonens medlemmer som samhandler regelmessig med hverandre, som oppfatter seg selv som en egen gruppe innenfor organisasjonen, som deler et sett av problemer som defineres som felles for alle, og som rutinemessig handler på grunnlag av kollektive forståelse som gruppen er alene om.” (Maanen & Barley i Hatch, 2011, s. 251).

I sykehjem er det vanlig at de ulike profesjonene tilhører forskjellige delkulturer. Sykepleiere kan ha en annen oppfatning av arbeidet i sykehjemmet enn for eksempel hjelpepleiere, og danner et eget fellesskap basert på gruppens grunnleggende antagelser. Det samme kan hjelpepleierne gjøre, de kan finne tilhørighet hos hverandre og danne en egen subkultur innad organisasjonen. Bang (2011) hevder at slike delkulturer kan være uavhengige av hverandre og at de dermed heller ikke påvirker hverandre. I et sykehjem vil disse delkulturene uansett ha en relasjon til hverandre, da helsepersonellet er avhengig av å arbeidet tett sammen i sykehjemshverdagen. Delkulturene kan virke både fremmende og hemmende på hverandre. De kan enten fremme og støtte hverandre, eller være i konflikt og hemme hverandre. Van Maanen og Barley hevder at subkulturer bygger på mellommenneskelig tiltrekning og handler om at like barn leker best. De hevder også at personer som arbeider sammen og har mye kontakt over lengre tid, danner grupper med tett samhold (Hatch, 2011).



## **Kapittel 3: Metodisk tilnærming**

I dette kapitlet presenteres valg av metode, forskningsdesign og analyseprosess.

### **3.1 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming**

Denne studien søker å finne ut hvordan sykepleierstudenter opplever sin praksisperiode i sykehjem. Jeg har med utgangspunkt i problemstillingen valgt kvalitativ metode og jeg støtter meg til et hermeneutisk fenomenologisk forskningsdesign. Jeg begrunner valg av hermeneutisk fenomenologisk design med at denne studien søker å samle data om sykepleierstudentenes personlige opplevelser og erfaringer. Hermeneutikk og fenomenologi er vitenskapsteoretiske retninger som kan beskrives som fortolkende. Hovedbudskapet til fenomenologien forstår jeg dithen at alt er mer enn det vi kan se med det blotte øyet. Det handler om persepsjon: om hvordan vi ser og tolker våre omgivelser. Edmund Husserls fenomenologi hevder at vi ikke ser og hører tingene i våre omgivelser som det de er i seg selv. Mennesket tolker og vi oppfatter mer enn det øyet ser. Bevisstheten forlenger øyet. Den hevder at menneskene kun kan forholde seg til verden – ikke slik den er - men slik vi oppfatter den. Fenomenologien ønsker å la ethvert fenomen - det som viser seg - fremstå mest mulig i samsvar med seg selv (Aadland, 2004, s.179). Hermeneutikken søker å sette det som forskes på i sammenheng med en helhet. Denne retningen fokuserer på meningsinnholdet bak det som blir sagt, heller enn ordenes konkrete betydning (Thagaard, 2013, s. 42). Dersom jeg har forstått det riktig, søker hermeneutikken å “lese mellom linjene” for å finne mening bak ord og handling, samt sette det som sies inn i en større sammenheng. Ved å ta utgangspunkt i enkeltmenneskers erfaringer vil hermeneutisk fenomenologi studere verden slik menneskene vi forsker på oppfatter den, samt tolke og tillegge mening. Dette krever at forskeren er åpen og genuint interessert i informantenes erfaringer (ibid.). Bare slik kan intervjuobjektet gi et tydelig bilde av hvem hun er, hva hun mener, tenker eller føler om en gitt sak (Aadland, 2004, s. 211). Ved å benytte en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming er målet å finne en dypere mening i intervjuobjektene opplevelser og deres erfaringer (Thagaard, 2013). Ved å være innlevende, emaptisk og fokusert på det som er virkelig for sykepleierstudentene vil jeg kunne oppnå en forståelse for deres livsverden. Dette er også en vitenskapsteoretisk retning som passer godt til å belyse forskning hvor forskeren selv har erfaringer og forestillinger om tema (ibid.).

### **3.2 Det kvalitative forskningsintervju**

Kvalitativ forskning stiller gjerne spørsmål ved forhåndsdefinerte oppfatninger av sosiale problemer og ønsker å forstå bakgrunnen for hvorfor det er slik. Mediebildet gir et inntrykk av at det er en oppfatning i det norske samfunnet om at de fleste sykepleiere velger bort sykehjem som arbeidsplass. Denne forskningen vil sette spørsmålstegn ved hvorfor det er slik. Kvalitative metoder egner seg godt til studier av temaer som det er lite forskning på fra før. I likhet med den vitenskapsteoretiske retningen fenomenologi, søker kvalitative metoder å oppnå en dypere forståelse for det som forskes på. De vektlegger å finne betydningen bak ord, handling og tekst. Kvalitative metoder går i dybden og fokuserer ofte på mindre grupper eller færre enheter. Målet er å skape forståelse for det fenomenet som studeres (ibid.). Ved å intervjuer noen få studenter, og deretter lete etter fellestrekk blant disse, søker jeg å oppnå en dypere forståelse for hvilke opplevelser i praksis som påvirker sykepleierstudentenes oppfatning av sykehjemsarbeid. Gjennom dybdeintervjuer har jeg forsøkt å finne ut hvilke inntrykk studentene sitter igjen med etter avsluttet praksisperiode i sykehjem. Kan opplevelser fra sykehjemspraksis ha sammenheng med at de fleste velger bort sykehjem som fremtidig arbeidsplass? Kvalitative intervju samtaler er en god fremgangsmåte dersom målet er å innhente informasjon om enkeltmenneskers holdninger, erfaringer og tanker. Intervju samtaler er en av de mest brukte metodene innen kvalitativ forskning og egner seg godt til å undersøke hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over sin egen situasjon (ibid.).

### **3.3 Utvalg og rekruttering av informanter**

Dette er en kvalitativ studie. Jeg har gjennom forskningen fokusert på å gå i dybden og få frem studentenes holdninger og meninger om gitte tema. Jeg har forsøkt å finne ut om det er spesielle opplevelser fra praksis som har påvirket studentens holdninger til sykehjemsarbeid. Jeg har gjort et strategisk utvalg. Dette betyr at jeg har rekruttert deltakere ut fra deres kvalifikasjoner eller egenskaper som er relevante for å besvare problemstillingen min (ibid.). Jeg utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg nr. 1) der jeg søkte etter sykepleierstudenter som hadde gjennomført og bestått åtte ukers praksisperiode i sykehjem. Dette utvalget skulle bestå av både kvinner og menn, samt variasjon i alder. Det var også viktig for meg at studentene hadde vært utplassert i forskjellige sykehjem. Det ble ikke satt noen krav til om studentene skulle ha, eller ikke ha, erfaring fra eldreomsorgen fra perioden før studiet. Dette ble overlatt

til tilfeldighetene. Slik søkte jeg etter et variert utvalg til å representere “helt vanlige sykepleierstudenter”.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å kontakte to eller tre ulike sykepleiehøgskoler for å sikre et spredt utvalg av kandidater til studien, men endte med å finne alle informantene på samme skole. Dette fordi den første skolen jeg kontaktet ga umiddelbart respons. En lærer på denne skolen tilbød seg å hjelpe til med å velge ut passende kandidater til studien. Hun presenterte først studien for hele klassen og ba om frivillige deltakere. Dette resulterte i to studenter som ønsket å delta i studien. Disse to studentene tok direkte kontakt med meg pr mail. Læreren spurte deretter studenter én og én om noen kunne tenke seg å delta i studien. Slik formidlet denne læreren kontakt med totalt sju studenter som sa seg villige til å intervju. Av disse studentene var det kun to som hadde vært i praksis i samme sykehjem, og disse var utplassert i to forskjellige avdelinger. Det betyr at jeg gjennom dette utvalget får presentert og belyst opplevelser fra sykehjemspraksis i seks ulike sykehjem i én storbykommune i Norge. Kandidatene spenner i alder fra 20 til 28 år og inkluderer seks kvinner og én mann. De har alle ulike forutsetninger for gjennomføring av praksisperioden. Noen av studentene har lang erfaring fra sykehjem og fra arbeid innen eldreomsorgen, mens andre har lite eller ingen erfaring. Alle informantene er andreårs sykepleierstudenter som gjennomførte sykehjemspraksisen i første studieår. Studentene hadde åtte ukers praksisperiode i sykehjem våren 2014. Intervjuene ble gjennomført høsten 2014.

### **3.4 Gjennomføring av datainnsamling**

Gjennomføring av intervjuene foregikk i høyskolens lokaler i egnede grupperom. Tidspunkt for intervju ble avtalt med hver enkelt student og grupperom ble reservert på forhånd. Intervjuet tok utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg nr. 4) og foregikk som en samtale der studentens opplevelser fra praksis stod i fokus. Med min forforståelse (se kap 3.8) synes jeg det var utfordrende å ikke skulle tolke og gi tilbakemelding på det som ble sagt. Jeg som forsker har vært spesielt forsiktig med å stille ledende spørsmål. Jeg forsøkte også å si så lite som mulig, slik at studenten fikk styre samtalen mot det hun synes var viktige hendelser fra praksis. Intervjuet tok én klokke time pr informant.

Deltakerne ble i forkant av intervjuene informert om bruk av båndopptaker. De fikk utlevert informasjonsskriv og de signerte egne samtykkeskjema før deltakelse i studien. Før hvert intervju fikk studentene anledning til å spørre dersom det var noe spesielt de lurte på før båndopptakeren ble startet. Studentene var generelt opptatt av å ikke røpe sensitiv pasientinformasjon under opptakene. I forkant av hvert intervju ble det presisert at navn på sykehjem, delikate pasientopplysninger eller gjenkjennbare situasjoner ikke skulle nevnes gjennom intervjuet. Båndopptakeren ble deretter satt på og lagt på bordet mellom informant og forsker.

Båndopptaker ble benyttet gjennom intervjuene for å sikre at jeg som forsker ikke gikk glipp av viktige momenter i samtalen. Formålet ved å benytte båndopptaker under intervjuet var at jeg da kunne rette all fokus mot intervjuobjektet og samhandlingen oss imellom. Det var viktig for meg å kunne konsentrere meg fullstendig i samtalen med intervjupersonen, uten å være avhengig av å måtte notere alt som ble sagt. Slik stod jeg friere til å involvere meg i samtalen, lytte aktiv og observere intervjuobjektets reaksjoner og kroppspråk underveis i intervjuet (ibid.). Jeg lærte underveis å evaluere egen fremgangsmåte og bli bevisst min egen fremtoning. Her spilte kroppspråk og ansiktsmimikk en stor rolle. Dersom jeg hevet eller rynket øyebrynene, så overrasket ut eller ristet på hodet mens studentene fortalte noe som jeg ikke hadde forventet, så jeg at dette påvirket studentene. Dette ble tydelig da studentene umiddelbart responderte på uttrykkene mine med setninger som “Joda, det er helt sant!” eller “Uff, nei, det var kanskje ikke så ille som det høres ut”. Jeg forsøkte derfor å minimere reaksjonene mine for å unngå at studentene ble ledet eller følte at de måtte utdype meningene sine hver gang jeg reagerte. Slik ble jeg stadig mer bevisst min egen rolle i forskningen, og jeg videreutviklet spørsmål og samtaleteknikk til neste intervju. Etterhvert lærte jeg å benytte en teknikk der jeg nikket lett med hodet og iblant gjorde små notater mens studentene fortalte. Dette ble en annen, men naturlig måte å bekrefte for dem at jeg lyttet interessert til dem og deres historier, uten at min mimikk fikk påvirke samtalen. I tillegg til båndopptakeren hadde jeg alltid penn og papir tilgjengelig, ekstra batterier til båndopptakeren, samt en bærbar datamaskin. Dette hadde jeg med som sikkerhet i tilfelle jeg skulle få tekniske problemer med båndopptakeren midtveis i intervjuet. Slik kunne jeg også notere viktige poeng underveis, skrive ned oppfølgingsspørsmål eller annet som kunne bli aktuelt i løpet av intervjuet.

### **3.5 Transkribering**

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Transkriberingen ble gjort fortløpende etter hvert intervju. Opptakene ble lyttet til og skrevet ordrett av inn i et tekstbehandlingsprogram. Hvert intervju tok mellom fire og fem timer å transkribere. Deretter ble hvert intervju lyttet gjennom og kontrollert opp mot det skrevne materialet for å sikre at intervjuet var nøyaktig gjengitt. Det transkriberte datamaterialet utgjorde totalt 120 sider.

### **3.6 Kombinasjon av personsentrert og temasentrert analytisk tilnærming**

I mange studier kan det å kombinere personsentrert og temasentrert analyse være en fordel (ibid.) Det har jeg også valgt å gjøre i denne studien. Slik oppnår jeg større innsikt ved å sammenligne både personheter og temaer (ibid.). Etersom alle informantene er fra samme høyskole og klasse, var det viktig for meg å presentere funnene i denne oppgaven på en slik måte at deltakerne ikke kan gjenkjennes. Prinsippet om anonymitet har altså blitt vektlagt. Ved temasentrerte analyser er det vanskelig for den enkelte student å kjenne seg igjen i det ferdige, skriftlige materialet. Dette fordi hver enkelt deltakers situasjon ikke vil bli presentert i sin helhet. Det vil kun trekkes ut relevante data og utsagn i forhold til det temaet som belyses. Jeg har gjennom analyseringen av stoffet gjennomgått to trinn. Først personsentrert analytisk tilnærming, deretter temasentrert analytisk tilnærming. Den temasentrerte analytiske tilnærmingen vil videre i oppgaven fremstå som den dominerende analyseformen, da funnene hovedsakelig sorteres etter tema og ikke etter person. Teksten bærer likevel preg av at jeg som forsker har tatt hensyn til at studentene har ulike forutsetninger for sine opplevelser i praksis, basert på den personsentrerte analysen.

Hovedpoenget med temasentrert analytisk tilnærming er å gå i dybden på enkelte temaer (ibid.). For å oppnå en dypere forståelse for hvert enkelt tema, har jeg gjennom analysering av datamaterialet sammenlignet studentenes historier og søkt etter felles mønstre. Jeg var avhengig av informasjon fra alle informantene om de samme temaene (ibid.). I denne studien har alle deltakerne kommentert på de samme spørsmålene. For å sikre at intervjusamtalen i sin helhet dekket bestemte temaer ble det i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide. Denne sikret at jeg gjennom alle intervjuene stilte relevante spørsmål i forhold til å kunne belyse problemstillingen. Selv om studentene hadde svært ulike erfaringer å dele, så var det hovedsakelig de samme temaene det ble fokusert på.

Ved temasentrerte analytiske tilnærminger blir deler av den transkriberte teksten ofte løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng (ibid.). Jeg har derfor vært svært nøye med å gjengi alle sitater i den konteksten som de opprinnelig var ment i. Studentenes utsagn har blitt vurdert opp mot intervjuet i sin helhet (ibid.).

### **3.7 Fremgangsmåte analysearbeid**

I første omgang ønsket jeg full oversikt over hver enkelt student sin totalopplevelse av praksisperioden. Jeg leste derfor gjennom intervjuene flere ganger og forsøkte å danne meg et inntrykk av hvilke temaer som gikk igjen og som engasjerte studentene.

Med utgangspunkt i temaene fra intervjuguiden utarbeidet jeg et skjema som man bruker i personsentrert analyse (ibid.). Her sorterte jeg inn studentenes opplevelser, meninger og direkte sitater basert på den transkriberte teksten. På denne måten kunne jeg lettere se sammenhenger mellom studentenes erfaringer, deres opplevelser og hvilke temaer som var viktige for dem. Dette ble gjort for å synliggjøre at to studenter som hadde erfart de samme tingene i praksis, likevel kunne ha to vidt forskjellige opplevelser. Opplevelsen er personlig og baserer seg på studentens egen forforståelse. For eksempel; en student som har arbeidet som pleiemedhjelper i sykehjem i seks år vil ha andre forventninger til praksis enn en som aldri har arbeidet i pleie før. Da kan det å skulle ”gå i pleien” og ”lære seg å bli trygg og arbeide selvstendig” ikke by på nok utfordringer, og studenten vil kanskje føle at denne praksisen er unødvendig. En student som aldri har vært i pleien før, trenger imidlertid tid på å bli trygg, og kan kjenne mestring når hun klarer å hjelpe en pasient med morgenstellet alene. Læringssituasjonene blir slik helt annerledes, og studentene kan ha vidt forskjellig opplevelse av sykehjemspraksisen.

Kondensering er et viktig begrep innen innholdsanalyse. Dette er en prosess der man korter ned teksten samtidig som man bevarer kjernen (Granheim & Lundemann, 2004). Først ble datamaterialet sortert i skjema for personsentrert analytisk tilnærming. Disse personsentrerte skjemaene ble deretter lest gjennom flere ganger. Dette var en tidkrevende, men nyttig prosess. Slik ble jeg som forsker bedre kjent med stoffet og fant viktige sammenhenger mellom hver enkelt student og deres opplevelse av sykehjemspraksis. Jeg noterte først

stikkord i marginen, deretter skrev jeg et kort sammendrag av hovedinnholdet i teksten. Stoffet ble på denne måten kuttet ned til relevante og meningsbærende enheter (ibid.). Det å sortere stoffet inn i slike egne kategorier er en kjernefunksjon innen kvalitativ analyse. Denne metoden fokuserer på emne og innhold og understreker forskjeller og likheter (ibid.). Disse meningsbærende enhetene skal gjengi hovedpoenger i det informanten faktisk forteller. Ved å skrive korte sammendrag basert på disse kodeordene gir denne teksten en kortfattet, men nøyaktig gjengivelse av informantenes hovedpoenger (Thagaard, 2013). Analyse av kvalitative intervjuer gjengir ofte ikke bare en nøyaktig liste over innholdet i kommunikasjonen, men omfatter også tolkninger av skjult innhold. Dette fordi det i tekstanalyse alltid vil være en grad av tolkning (Granheim & Lundemann, 2004).

“Det var ganske kjipt at jeg ikke fikk bli med kontaktsykepleieren når hun skulle skifte urinkateter på pasienten. Jeg spurte og hun sa rett og slett nei. Hun sa jeg heller kunne bli med en annen gang når det ikke var så travelt. Jeg fikk beskjed om være på avdelingen og hjelpe til fordi det var så lite folk. Og dette skjedde liksom hele tiden. Jeg ble ganske paff, for det var ikke dette jeg hadde forventet. Greit at jeg har erfaring fra sykehjem, men jeg gikk alltid alene. Alltid. De hadde jo ikke tid å lære meg noenting. Jeg skjønner jo at de hadde det travelt, for det var mye sykemeldinger på den tiden. Men likevel, for meg som student var det en ganske kjip praksis.”

Tar man eksempelet over og kondenserer dette ned til meningsbærende enheter vil studentens opplevelse av sykehjemspraksis kanskje se slik ut:

“Studenten har erfaring fra sykehjem. Lite oppfølging fra sykepleier. Sykepleiefaglige prosedyrer blir utført i sykehjemmet, men studenten får ikke delta eller observere i utførelsen av disse, på tross av at hun selv tar initiativ og spør om dette. Mye sykemeldinger. Travelt. Føler at hun ikke lærte noe fra sykehjemmet. Kjipt praksisplass.”

Basert på sammendragene var det noen hovedtemaer som skilte seg ut. Eksempelet over ville videre sorteres under følgende stikkord:

“Forventninger. Erfaring. Bemanning. Tid. Veiledning. Læring.”

På denne måten ga sammendragene fra personsentrert analyse et utgangspunkt for videre temabasert analyse. Datamaterialet ble slik kategorisert under overordnede stikkord. I bearbeiding av materialet oppdaget jeg at flere av stikkordene overlappet hverandre og at de

kunne samles under felles betegnelser. Jeg fant blant annet sammenheng mellom studentenes forventinger og erfaringer. Jeg så at opplevelse av tid, bemanning, læring og veiledning også hang sammen. Noen temaer engasjerte studentene mer enn andre. Gjennom analyseringsarbeidet fant jeg tydelige mønstre og oppdaget flere fellestrekk i studentenes fortellinger fra praksis. I kapittel fire blir disse temaene presentert som studiens hovedfunn.

### **3.8 Forskerens forforståelse**

Forskerens rolle påvirker hele forskningsprosessen (Thagaard, 2013). For meg handler dette særlig om å være bevisst min forforståelse. Den har sitt utgangspunkt i at jeg selv er sykepleier på sykehjem. Som sykehjemssykepleier innehar jeg kunnskap om hvordan en arbeidsdag for en sykepleier i sykehjem fortoner seg. Min forforståelse bygger på teoretisk og praktisk kunnskap som jeg hadde med meg inn i dette prosjektet. Min forforståelse baseres på antagelser, som delvis bekreftes gjennom forskning. Jeg innbiller meg at mange tror at sykehjemsarbeid dreier seg mer om stell, øreskyl og toalettbesøk, enn om kompliserte diagnoser og indremedisin. Etersom jeg selv har vært sykepleierstudent og var skuffet over tilnærmingen til sykehjem som vi studenter ble tilbudt, var jeg klar over at jeg måtte være bevisst min rolle i alle deler av forskningsprosessen - både ved innsamling av, ved bearbeiding av og ved tolkning av data. Utfordringen ved dette er at dersom jeg som forsker kun hadde søkt for å få bekreftet egne antagelser, kunne forskningen endt med et lite troverdig resultat. Derfor var det viktig for meg som forsker å stille åpne spørsmål. Jeg var også forberedt på å finne både overraskende og annerledes svar enn jeg i utgangspunktet hadde forventet og jeg var forberedt på å anerkjenne disse (ibid.).

### **3.9 Forholdet mellom forsker og den det forskes på**

Å samle data ved intervjusamtale byr på visse utfordringer. Siden intervju er basert på et møte mellom to eller flere mennesker, vil både forsker og deltaker påvirke forskningsprosessen (ibid.). Dette har jeg vært særlig oppmerksom på gjennom intervjusamtalene. Hvordan jeg som forsker fremstår overfor intervjuobjektet er relevant i forhold til hva deltakeren ønsker å dele av egne opplevelser og erfaringer. Jeg måtte være oppmerksom på at informanten kunne tilpasse seg og si “det de trodde at jeg som forsker ønsket å høre”. Dette ville følgelig påvirket det endelige resultatet av forskningen og dermed ikke representere en troverdig konklusjon. Som forsker var jeg derfor kontinuerlig nødt å reflektere over hvordan jeg selv kunne



tilrettelegge for naturlig og ærlig dialog i møte med sykepleierstudentene. Som forsker i en intervjusituasjon var jeg oppmerksom på mine egne reaksjoner gjennom samtalen. Da jeg selv er sykepleier i sykehjem var jeg forberedt på å bli utfordret med en rekke meninger og uttalelser som jeg personlig kanskje kunne oppleve feilaktige eller krenkende. Her var det essensielt at jeg klarte å tre ut av rollen som sykehjemssykepleier og inn i rollen som en nysgjerrig forsker. I stedet for å bruke min erfaring fra sykehjem til å fortelle dem at “de tok feil” i sin opplevelse av hvordan det er å arbeide i sykehjem, brukte jeg min bakgrunn til å skape en relasjon til intervjuobjektet. Jeg forsøkte å fremstå nøytral, men samtidig interessert og forståelsesfull. Her måtte jeg som forsker klare å ta en skritt tilbake fra følelser og egen overbevisning og la intervjuobjektet få stå frem med sine tanker, meninger og opplevelser fra sykehjemspraksis. Jeg stilte åpne spørsmål, var lyttende og oppmerksom. Jeg forsøkte å skape en dialog der studenten fikk fremme sine personlige erfaringer (ibid.).

### **3.10 Studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet**

Studiens reliabilitet handler om man kan stole på funnene som er gjort. For å øke studiens troverdighet må forskeren stille seg kritisk til egen fremgangsmåte, gjøre nøye rede for forskningsprosessen, samt forklare hvordan hun har kommet frem til resultatene. Forskerens forforståelse, samt tilknytning til miljøet hun studerer, vil gjennom tolkning påvirke forskningsresultatene. Innen temasentrert analytisk tilnærming er det en ulempe at forskeren velger ut hvilke tema som ansees relevant å se nærmere på. Dette kan resultere i at noen temaer blir grundig belyst, mens andre ansees som uviktige (ibid.). Min rolle som sykepleier i sykehjem er en relevant faktor. Dette kan ha bidratt til at jeg har fokusert på andre deler av empirien enn hva en annen forsker kanskje ville gjort. I møte med informantene opplevde jeg at min erfaring fra sykehjem gjorde det lettere for meg å relatere meg til situasjoner de beskrev. Som forsker er jeg farget av min bakgrunnskunnskap fra feltet. Dette kan være både en fordel og en ulempe. Hvis jeg gjenkjenner og tolker informantenes historier gjennom min egen forforståelse fra feltet, kan dette hindre meg i å se og anerkjenne historier som ikke sammenfaller med mine egne idèer. Denne studien vil uansett bære preg av forskerens rolle, ettersom det er jeg som har utarbeidet intervjuguide, gjennomført samtaler og i ettertid analysert innholdet i intervjusamtalene. Det er derfor viktig at jeg gjennom hele prosessen stiller meg kritisk til min egen fremgangsmåte og til studiens funn. Det er også viktig å huske på at studentene har deltatt frivillig i denne studien. De har ikke mottatt noen form for

godtgjørelse og de har blitt intervjuet i egen fritid. Man kan da kanskje anta at disse studentene har hatt spesielle opplevelser fra sin sykehjemspraksis som de har ønsket å formidle videre. Jeg som forsker vil hevde at hovedfunn i denne studien er basert på temaer som studentene selv har ytret sterke meninger om, og som de selv mener har bidratt til å forme deres opplevelse av sykehjemspraksis.

Validitet betyr bekreftbarhet og handler om de fortolkningene som forskeren har gjort. Er disse tolkningene gyldige i forhold til det man har studert? Har man forsket på det som var hensikten å undersøke? I denne studien jeg har samlet datamateriale gjennom intervjuer med sykepleierstudenter som har gjennomført sykehjemspraksis. Gjennom intervjuene ble det i all hovedsak stilt åpne spørsmål der studentene ble oppfordret til å fortelle om sine opplevelser fra praksis. Studentene fikk styre samtalen mot det som engasjerte dem og som de anså som relevante historier til å belyse sin sykehjemspraksis. Ved å benytte en intervjuguide sikret jeg at vi gjennom samtalen dekket aktuelle temaer. Allerede gjennom intervjuet kan forskeren gjøre egne tolkninger av det som blir sagt. Studenten sier det travelt på grunn av mye sykemeldinger. Betyr dette kanskje at det er færre pleiere på jobb enn vanlig? Eller var det satt inn ekstrahjelpere som arbeidet langsomt og urutinert? For å unngå slike fortolkninger i intervjusituasjonen stilte jeg stadige oppfølgingsspørsmål for å få bekreftet eller avkreftet disse antagelsene. For eksempel: "Hvorfor var det travelt i avdelingen?" Slik sikret jeg å få frem studentenes virkelige mening, istedenfor min tolkning av det som ble sagt.

Jeg mener at datamaterialet må ansees som gyldig, da jeg har undersøkt det jeg i utgangspunktet planla å forske på. Jeg har også gjort rede for valgene jeg har gjort i forhold til utvalg av informanter, forskningsdesign, metode og analysering av datamaterialet. I kapittel fire presenteres studiens funn gjennom korte sammendrag og direkte sitater. Her blir datamaterialet presentert uten at jeg som forsker legger til tolkninger eller egne meninger. Dette møter kravet om "gjennomsiktighet". "Gjennomsiktighet" betyr at forskeren viser direkte til grunnlaget for sine tolkninger (ibid.). Slik kan leseren gjøre seg kjent med datamaterialet uten at dette er farget av forskerens tolkning. Først i kapittel fem blir empirien tolket og drøftet i lys av teoretiske perspektiver, tidligere forskning og egne meninger. Den forskningen som finnes fra før og som omhandler sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjem sammenfaller med funn gjort i denne studien. Dette bidrar til å styrke studiens

validitet (Thagaard, 2013, s. 208).

Studiens overførbarhet handler om studiens funn er generaliserbare (ibid). Er funnene relevante i flere sammenhenger enn i denne ene studien? Studiens hovedfunn handler om hvordan mennesker inngår i sosiale relasjoner og hvordan de forholder seg til hverandre gjennom en sykehjemshverdag. Spørsmålet er om dette er funn som også kan gjelde i andre sammenhenger. Er disse funnene relevante i andre sykehjem enn dem som allerede er omfattet i studien? Jeg tror det. Det finnes lite forskning fra før som omhandler sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis. Jeg har erfart at dersom jeg diskuterer studiens resultater med studenter, lærlinger og kollegaer, så kan de umiddelbart kjenne igjen og identifisere seg med funnene. Flere jeg snakker med anser studiens funn som en selvfølgelighet. Dette kan tyde på at resultatene av studien er overførbare. Jeg vil tro at hovedfunn i denne studien er overførbare til sykepleierstudenter sin praksis i andre sykehjem. Det kreves likevel mer forskning før dette kan bekreftes. Kanskje resultatene av denne studien kan være et utgangspunkt for videre forskning innen dette feltet?

### **3.11 Ethiske overveielser og personvern**

Kvalitative studier innebærer en nær kontakt mellom forsker og intervjuobjektet. Gjennom intervjuer tilegner forskeren seg data som kan knyttes til personene som deltar i studien (ibid.). Ethiske betraktninger har utgjort en betydelig del av forskningsprosessen.

Det foreligger etiske retningslinjer som omhandler særskilte etiske forholdsregler som skal taes hensyn til når en behandler opplysninger av sensitiv karakter.

Personopplysningsloven fra 2001 sier at forskningsprosjekter som krever personopplysninger er meldepliktige. Dette prosjektet er meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Dette fungerer som et personvernombud og prosjektene som meldes evalueres i forhold til forskningsetiske regler (ibid.).

For å gjennomføre kvalitative forskningsintervju med sykepleierstudentene måtte jeg ha studentenes frie og informerte samtykke (ibid.). Dette betyr at sykepleierstudentene i forkant måtte informeres om studien og om hva deltakelse innebar. De mottok informasjonsskriv, samt signeringsskjema for godkjenning av deltakelse. Ingen av informantene ble påtvunget deltakelse mot sin vilje. Sykepleierstudentene hadde til enhver tid rett til å avlyse eller si nei

til videre deltakelse uten at dette fikk konsekvenser. Dette er en regel som gjelder i alle forskningsprosjekter som inkluderer personer (ibid.). De som har bidratt med sine erfaringer i denne studien, har blitt sikret anonymitet. De skal kjenne seg trygge på at det ikke er risiko for gjenkjennelse. Kvalitativ forskning reiser mange etiske utfordringer. Jeg som intervjuer måtte opptre tillitskapende for å få tilgang til sykepleierstudenters erfaringer - som jeg videre har brukt i analyse og drøfting. Det ble i forkant avklart at studentene ikke skulle presentere eksempler fra sin praksisperiode som kan bryte med taushetsplikten. Dersom studentene likevel røpet sensitiv informasjon - eller beskrev spesifikke, gjenkjennbare hendelser fra praksis, var dette underlagt gjensidig taushetsplikt. Det som var relevant for forskningen har blitt presentert i teksten på en slik måte at det ikke er fare for gjenkjennelse av noen av partene i historien.

I arbeidet med oppgaven har navn på studentene blitt erstattet med hvert sitt nummer. I stedet for navn har jeg benyttet "Informant 1", "Informant 2" og så videre ved presentasjon av direkte sitater. Dette har sikret at jeg gjennom bearbeidingen av datamaterialet har inkludert og presentert alle informantene gjennom empirien. Slik har også min veileder fortløpende kunnet kontrollere at alle sju informantene er representert når jeg viser til studiens funn. Før innlevering av denne oppgaven velger jeg å fjerne nummereringen av informantene. Årsaken er at dette er en liten studie der alle informantene er i samme klasse. Jeg vil unngå at informantene sorterer sitater og gjenkjenner seg selv og/eller hverandre gjennom nummereringen. Slik møtes kravet om anonymitet og man unngår direkte eller indirekte identifisering av enkeltpersoner.

Alle lister med personopplysninger, koblingsnøkkel og andre opplysninger som kan knyttes til informantene har blitt oppbevart nedlåst og adskilt fra resten av datamaterialet gjennom hele studien. Disse listene makuleres når studien er avsluttet og oppgaven innlevert.

## **Kapittel 4: Presentasjon av empiriske funn**

Formålet med denne studien er å finne ut hva som kjennetegner sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis. Gjennom kvalitative forskningsintervjuer har jeg forsøkt å finne ut hvilke erfaringer studentene har gjort seg i møte med sykehjemmet.

I dette kapittelet presenteres hovedfunn knyttet til sykepleierstudentenes opplevelser fra sykehjemspraksis. Etter nøye gjennomgang av all skriftlig materiale, har data blitt systematisert og kondensert. Funn gjort i studien preges av hvordan jeg som forsker fortolker hovedpoengene i studentenes fortellinger. Ved å kartlegge felles mønstre i studentenes opplevelse av sykehjemspraksis blir funnene presentert sammen med sitater som understøtter hovedpoenger. Utsagn og direkte sitater vil bli presentert i den konteksten de opprinnelig var ment (Thagaard, 2013). Alle studentene snakker godt for seg og forteller åpent på eget initiativ. Det er sjelden behov for å gjenta eller stille hyppige oppfølgings spørsmål. Alle studentene virker engasjerte og de illustrerer opplevelsene med relevante historier fra praksis. De forteller om både positive og negative opplevelser. På tross av et begrenset utvalg av informanter fra én enkelt høyskole, har studentene ulike erfaringer knyttet til sin praksisperiode i sykehjem.

Jeg presenterer i det følgende kjernen i det som studentene har uttrykt gjennom intervjuene. Disse funnene baserer seg på studentenes engasjement i samtalen. Det er disse temaene studentene har vektlagt og som utpeker seg som særlig viktige for meg som forsker.

Hovedfunn i studien blir sortert under følgende tema:

- Sykehjemmet som læringsarena - samsvar mellom forventinger og realitet?
- Praksisveileders betydning for studentenes opplevelse av sykehjemspraksis
- Studentenes opplevelse av samarbeid mellom faggruppene
- Holdninger i møte med pasienten
- Konsekvenser av opplevelsene

Avslutningsvis vil jeg kort oppsummere og presentere hovedlinjene i empirien, samt sammenfatte enkeltfenomener under egne begrep.

## **4.1 Presentasjon av utvalg og demografiske data**

Denne studien tar for seg sju sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis i en storby i Norge. Studentene er mellom 20 og 28 år og inkluderer én mann og seks kvinner. De går på samme høyskole, men var utplassert i seks forskjellige sykehjem. Alle deltakerne i denne studien var utplassert som eneste student i den enkelte avdeling. Av de sju studentene hadde fire ett års erfaring eller mer som ufaglært i sykehjem. Én student hadde erfaring fra hjemmesykepleien, mens to hadde ingen tidligere erfaring fra arbeid innen helsesektoren. For å redusere fare for gjenkjennelse av enkeltstudenter og for å møte krav om anonymisering, omtales alle informantene videre i hunkjønn. Datamaterialet til studien ble samlet høsten 2014.

Gjennom intervjusamtalene med studentene veksles det mellom begrepene bruker, beboer og pasient når det snakkes om sykehjemspasienten. Jeg vil videre i oppgaven benytte termen pasient, men mindre det presenteres direkte sitater eller utsagn fra studenter. Begrepene veileder og kontaktsykepleier vil begge videre representere den sykepleieren som har hovedansvaret for studenten gjennom praksistiden. En prosedyre er en gjennomføring av en sykepleiefaglig metode som er knyttet opp mot sykepleierens profesjon.

## **4.2 Sykehjemmet som læringsarena - samsvar mellom forventninger og realitet?**

I dette underkapittelet vil jeg med bakgrunn i studiens funn presentere faktorer som kan ha påvirket studentens opplevelse av sykehjemmet som læringsarena. Var det samsvar mellom hvilke forventninger studentene hadde og hvilken realitet som møtte dem i praksis?

### **Erfaring, forberedelse og forventninger**

Flere av studentene opplevde sprik i forhold til hvilke forventninger de hadde til praksisperioden, sammenlignet med hvordan den i realiteten viste seg å være. Disse forskjellene blir beskrevet i både positive og negative ordelag.

”Det var bedre enn jeg trodde! Jeg hadde jo hørt skrekkhistorier om folk som har dårlige veiledere, dårlig oppfølging og som må gå med hjelpepleiere, men det var ikke sånn for meg.”

”Jeg hadde jo forventet å få gå ganske mye sammen med sykepleier, men det gjorde jeg jo ikke.”

“Jeg ble kanskje mer en ansatt i praksis enn hva jeg var forberedt på.”

Studentene som hadde erfaring fra arbeid i sykehjem, hadde klart andre forventninger til praksisperioden enn dem som ikke hadde arbeidet i sykehjem tidligere. Av de sju studentene var det to som gruet seg til praksisperioden, mens fem var positive. De to som gruet seg til praksis forklarer dette med at sykehjemspraksis er noe de bare er nødt å gjennomføre for å komme videre på sykepleierstudiet.

“Jeg skal innrømme at jeg kviet meg litt. Sånn, okey, dette blir åtte ukers gratis jobbing. Jeg følte at dette her var noe jeg bare måtte komme meg gjennom og bare bli ferdig med.”

Siden de begge to hadde erfaring fra sykehjemsarbeid fra før, hadde de en idè om at “dette kan jeg allerede” og så for seg åtte uker der de skulle jobbe gratis. Disse to forteller at det er tidligere negative erfaringer fra egen arbeidsplass som gir grunnlag for en slik tankegang.

“Jeg gruet meg fordi jeg vet hva som er på sykehjem, jeg har kjennskap til det.”

De fem som var positive til sykehjemspraksis hadde forventinger om å bruke innlært teori i klinisk praksis og få lære å tenke som en praktiserende sykepleier.

“Jeg håpet å få dilte etter sykepleieren. Jeg har jo lest om mye, men det er annerledes hvordan det er i praksis, ja, disse grunnleggende tingene. Det å være så tett innpå på et menneske. Det er jo litt rart første gangen du skal være med inn på et bad og stelle noen.”

Studentene hevder at de i forkant av praksis trente mye på gjennomføring av prosedyrer på øvelsesposten på skolen. Studentene sier at de trodde at enkelte prosedyrer ville bli spesielt relevante i møte med sykehjemmet. De forventet at de både skulle få observere og gjennomføre prosedyrer i løpet av praksisperioden.

“Jeg var nok mer sulten på å gjøre prosedyrer. Det var det jo ikke så mye av.”

Selv om studentene var jevnt over opptatt av prosedyrekunnskap, ble de også introdusert for mye annen teori før praksisperioden. Dette inkluderte blant annet grunnleggende sykepleie, det gode stell, kommunikasjon, taushetsplikt og hvordan møte og ivareta den eldre pasienten. Alle studentene forteller at lærerne var positive og engasjerte i forberedelsen mot praksis. Lærerne hadde uttrykt at eldreomsorgen er et vesentlig felt og at grunnleggende sykepleie er viktig.

”Jeg føler at lærerne synes eldreomsorgen er veldig viktig.”

Med lærerne sitt fokus på det gode stell, følte flere studenter seg motivert til å se på stellet med nye øyne. Noen hevder også at de observerte og lærte mye nytt når de gjennomførte stell.

“Jeg synes førsteårslærerne var helt fantastiske. Jeg fikk også lyst å bli sånn! Som stellet må man gjøre til noe større enn det man gjerne tenker at det er. Her skal det være grundig og det skal være godt for pasienten. Jeg har jo tenkt at stell liksom har vært sånn swosh bli fort ferdig, få de opp. Men da fikk jeg på en måte litt mer lyst til å gi det gode stellet og ta meg tid. Tid til pasienten og ta det i deres tempo.”

”Jeg lærte masse nytt når jeg stelte de (pasientene). Bare det å se på hudfargen, pusten og ja...alt egentlig.. Noen med kontrakturer, sånn at de var helt stive i kroppen.. Jeg så masse av det som jeg hadde lest om. En som hadde hovne ben for eksempel, det var jo som tatt rett ut av læreboken.”

## **I møte med sykehjemmet**

“Det var veldig spennende og litt skummelt og litt rart å komme på et helt nytt sted. Å kjenne på luktene og se alle beboerne. Det var veldig mye inntrykk. Det var det. Hilse på beboerne. Det ble mye...”

Studentene ble utplassert i forskjellige avdelinger der de møtte ulike pasientgrupper. Fire av studentene var utplassert på langtidsavdeling for pasienter med demens, to på somatisk langtidsavdeling og én på korttidsavdeling. De fleste studentene var med andre ord utplassert på avdeling for pasienter med demens. På disse avdelingene var det lite prosedyrer.

“Man har jo gått og øvd i et halvt år (på prosedyrer) og så gikk det mange måneder der man ikke så de tingene som man hadde drevet å øvd så mye på og lært så mye om.”



Studentene erfarte at pasientene, på tross av sin demensdiagnose, var fysisk oppegående og somatisk “friske”. Det var hovedsakelig hygiene, kommunikasjon og ernæring som ble hovedfokus her.

“..demensavdeling kunne kanskje vært et sted man hospiterte, men at det ikke var der du hadde praksis..(...) Det ble ingen prosedyrer. Det ble mer mengdetrening i kommunikasjon og stell.”

Ingen av studentene sier at det var uinteressant å arbeide med pasienter med demens, men flere av studentene uttrykker likevel at sykehjemspraksis for sykepleierstudenter burde finne sted på en annen type post. De begrunner dette med at det sykepleiefaglige læringsutbyttet ikke var som forventet i disse avdelingene.

“Jeg føler ikke at jeg har sett hele spekteret av pasienter.”

“Det er selvfølgelig viktig med kommunikasjon og stell og disse basale tingene, men i forhold til praksis og det vi hadde hatt fra før i prosedyreprøve og sånn, var helt umulig for meg å gjøre mye av dette her.”

Studenten utplassert på korttidspost var derimot svært fornøyd med sin praksisperiode. Hun forteller at hun lærte mer enn hun hadde forventet. Hun fikk blant annet mengdetrening i en rekke prosedyrer.

“Jeg følte at jeg fikk veldig god oppfølging og at jeg fikk gjøre alle prosedyrene selv. Det var aldri rullering og derfor fikk jeg kanskje ekstra mye mengdetrening på det. Det satte jeg veldig pris på.”

Studentene forteller at de savnet reell informasjon fra skolen om hvordan praksis i sykehjem er og hva som vil forventes av deg i avdelingen helt konkret. Flere sier at de ikke var forberedt på å inngå som en av pleiepersonalet – uten skikkelig oppfølging av praksisveileder. De mener at dette burde vært avklart i forkant av praksis. En student benevner dette som et praksissjokk, og forteller at hun vet at flere av hennes medstudenter følte seg brukt som ren arbeidskraft gjennom store deler av praksisperioden.

“Mange av de (medstudenter) følte seg brukt. Kanskje de (lærene på skolen) burde vært mer åpen om hvordan det egentlig fungerer praktisk i sykehjemmet...”

Studentene sier at de føler i sin rolle at de må de være litt ”på”. De vil fremstå som engasjerte og positive og bidrar derfor til fellesskapet med å påta seg dagligdagse rutineoppgaver. De angir at dette er viktig for å bli akseptert og inkludert i personalgruppen.

”Det er jo litt sånn når man er ny. Man må liksom være litt ”på” og vise at man vil gjøre en innsats. Man blir på en måte vurdert etter humør og innsats og...det er jo noe med det at man vil at de andre (pleiepersonalet) skal like deg.. Ja, å bli akseptert inn i gruppen.. Da blir det kanskje til at jeg gjør mer enn jeg kanskje skal gjøre i min rolle som student. Det er jo ikke meningen at jeg skal smøre brødkiver hele dagen, men jeg vil jo heller ikke at de andre (pleiepersonalet) skal bli sur fordi jeg nekter å gjøre som jeg får beskjed om”.

”Jeg tror de (pleiepersonalet) likte meg. Også sa de jo at jeg var flink...Men det gikk jo ikke på det sykepleiefaglige liksom. Jeg tror kanskje det var fordi jeg tok ansvar for å få gjort ting. Som å rydde litt på kjøkkenet og tømme søppel og sette frem mat...ja.. sånne småting som jeg kanskje ikke hadde trengt å gjøre, men som jeg gjorde likevel.”

Disse studentene presiserer at de gjerne hjelper til ved underbemanning og sykdom og at de oppnår mestringsfølelse ved å arbeide selvstendig. Problemet oppstår når studentene opplever at de ikke får den oppfølgingen og veiledningen de forventer, og ved avsluttet praksis ikke føler at de har lært noe.

“Jeg ble kanskje mer en ansatt i praksis enn hva jeg var forberedt på. Vi blir nok ofte brukt i praksis som en ekstra ressurs. Etter at du har blitt kjent på avdelingen i hvert fall. Men samtidig så lærer en jo noe av det, å jobbe på egenhånd. Det er noe med det å jobbe på egenhånd og få det ansvaret. Men det er vel en mellomting mellom det ansvaret og det å bli utnyttet som arbeidskraft.”

Det var særlig studenter med tidligere arbeidserfaring fra sykehjem som opplevde at personalet i avdelingene forventet at de skulle gå som arbeidskraft, da de har gjort tilsvarende arbeid før. Det at flere av studentene opplevde at de ble brukt som ”gratis arbeidskraft” sammenfaller også med øvrige funn i denne studien. Jeg vil se nærmere på dette under neste avsnitt om veileders rolle.

### **4.3 Praksisveileders betydning for studentenes opplevelse av sykehjemspraksis**

Studien antyder at veilederen har en viktig rolle for studentens opplevelse av sykehjemspraksis. Samtlige studenter hadde sykepleiere som veiledere, men opplevde oppfølgingen fra disse som svært forskjellig.

#### **Behov for forutsigbarhet, oppfølging og ivaretagelse**

Alle studentene uttrykker viktigheten av å bli møtt på en positiv måte.

“Det å bli godt ivaretatt er viktig helt i begynnelsen når du formes som sykepleier.”

Studentene sier at det er en klar fordel å bli møtt og introdusert for veilederen sin allerede første dag i praksis. Flere av studentene forteller om varm velkomst og informasjonsmøte. Studentene ble deretter fulgt til aktuell avdeling og introdusert for veileder. Etter en individuell samtale med veileder, ble studentene introdusert for resten av personalet i avdelingen. Disse studentene følte seg godt mottatt og ivaretatt. Disse hevder at de trivdes allerede fra første dag i praksis.

“Jeg følte at dette kom til å bli en bra praksis, for jeg ble tatt veldig godt imot. Ikke bare av veileder, men av alle. Det virket som at de synes det var kjekt med studenter.”

Studien viser likevel at erfaringene er delte. Studenter ble også utplassert i sykehjemsavdelinger der de ansatte ikke engang var klar over at det skulle komme student.

“De visste ikke at jeg kom. De var ikke forberedt på meg. De hadde ikke lest noenting og de var ikke forberedt på hva mine oppgaver skulle være. Burde jeg stått i et hjørne?”

Ved flere tilfeller var heller ikke den sykepleieren som var oppnevnt som studentenes veileder på jobb første dag.

“Så ble jeg plassert på avdelingen – og da var ikke veilederen min der. Og de som var på jobb visste ikke at jeg skulle være der.”

Disse studentene forteller om en opplevelse av å være til bry og følte mest at de gikk i veien. Deres første møte med sykehjemmet ble beskrevet som en vond opplevelse. Noen av studentene hadde liten eller ingen erfaring fra arbeid i sykehjem og følte seg derfor i utgangspunktet på utrygg grunn. De opplevde at det ikke var noen å henvende seg til i avdelingen og følte seg overlatt til seg selv. De ble satt til tilfeldige gjøremål, uten konkret rettleiding.

“Jeg skulle hjelpe en beboer med middagen. Men hun bare samlet all maten i munnen og svelgte ikke ned. Så satt hun der med munnen full av mat da. Jeg fikk henne verken til å svelge ned eller til å spytte ut. En av hjelpepleierne kjeftet på meg fordi jeg ikke visste hvordan jeg skulle håndtere dette. Det synes jeg var veldig ubehagelig (...) Jeg hadde ikke lyst til å komme tilbake.”

Forutsigbarhet, oppfølging og det å føle seg ivaretatt angir studentene som særdeles viktig. De studentene som laget en plan for praksisperioden og som sammen med veileder planla dagen før arbeidet startet, opplevde praksisperioden som mer positiv enn dem som ble overlatt til seg selv uten en konkret oppfølgingsplan.

“Veilederen lærte meg opp, lot meg være selvstendig og jeg fikk prøve meg frem. Jeg fikk veldig den tiden til å bli trygg. For selv om jeg har lest teori, anatomi og grunnleggende sykepleie, så er det det der at det er annerledes å gjøre det i praksis.”

### **Forventninger til praksisveileder**

Studentene mener sykepleieren bør oppfylle visse kriterier for å egne seg som veileder i sykehjemspraksis. Veileder bør ha god kompetanse og en evne til å lære fra seg. Hun må involvere seg i studentenes læring og møte studenten der studenten er. Hun bør være engasjert i studentene og være villig til å sette av tid til veiledning og refleksjonssamtaler. Studentene understreker at også erfaring er viktig.

”Erfaring er veldig viktig. Når du har vært i situasjoner og du har sett mye, så styrker det deg mer enn om du har lest fem kapitler i noe.”

Kjemien mellom veileder og student er også av betydning for å skape trygg dialog med rom for refleksjon.

”Jeg følte meg egentlig veldig heldig, for vi hadde god kjemi. Det kunne jo vært veldig annerledes. Det handler litt om hvordan jeg er, hvordan hun (praksisveileder) er og...jeg husker at jeg tenkte...denne sykehjemspraksisen...det er litt lotto om det går bra eller dårlig.”

Alle studentene uttrykte viktigheten av at veileder holder seg faglig oppdatert. De var likevel forberedt på at en del tillært teori ikke kom til å stemme overrens med hvordan ting ble utført i praksis.

“På skolen lærer vi det å gjøre ting helt perfekt. Det var liksom standarden. Vi ble forberedt på at det kunne være forskjellige måter å gjøre ting på ute i sykehjemmet. Men det er greit å vite hvor langt under standarden man kan tillate seg å gå.”

### **Praksisveileder som lærer**

De som opplevde at veileder fremsto både pedagogisk og faglig oppdatert, uttrykte at de hadde et tilfredsstillende læringsutbytte. Det ga trygghet å se at prosedyrer og resten av det praktiske pasientarbeidet samsvarte med det studenten hadde lært på skolen.

“Hun gjorde alt det vi hadde lært, og det samsvarte veldig. Også ting som jeg hadde lært på skolen som jeg av og til kunne glemme, det påpekte hun.”

Noen av studentene fikk oppnevnt en veileder nummer to som hadde ansvaret for dem når hovedveileder ikke var tilstede. En student forteller at hun aldri ble overlatt til seg selv. Dersom hun ikke gikk sammen med hovedveileder, så gikk hun sammen med veileder nummer to. Hun hadde et spesifikt sykepleiefaglig fokus gjennom hele praksisperioden og gikk aldri med hjelpepleier eller assistent som veileder. Denne studenten var én av kun to studenter som forteller om svært tett oppfølging av veileder gjennom praksis. Felles for de to studentene som hadde tett oppfølging av veileder gjennom praksis er at de begge har en svært positivt opplevelse fra sin sykehjemspraksis.

### **Praksisveileder som studentenes advokat**

I sykehjemsavdelingene var det vanlig at pleiepersonalet forventet at studenten skulle delta i den daglige stell og pleie. Studentene synes til tider det var vanskelig å skulle forlate avdelingen for å hospitere på andre avdelinger, da de måtte forklare sitt fravær til resten av pleiepersonalet. Dette gjaldt spesielt dem som ikke hadde tett oppfølging i praksis. Det endte

ofte med at studentene ble værende i avdelingen hele dagen for å avhjelpe resten av personalet med rutinearbeid. Studentene som opplevde at de ble utnyttet som ubetalt arbeidskraft i avdelingen, var generelt mer misfornøyd med praksisperioden enn dem som hadde tett oppfølging av veileder. Noen opplevde at dersom veilederen deres ikke var tilstede, benyttet andre pleiere i avdelingen anledningen til å kommandere studenten rundt til rutinearbeid som ikke var rettet mot hverken pasienter, pleie eller dokumentasjon.

“Jeg synes ikke det er riktig at jeg skal tømme oppvaskemaskinen gang på gang, tørke av gulvene eller stå og vaske rommene til brukerne. Det var ikke det jeg var der for. Ikke kommander meg til å gjøre det bare fordi jeg er gratis arbeidskraft.”

De studentene som hadde tett oppfølging av veileder opplevde i slike situasjoner at veilederen inntok en beskyttende rolle overfor studenten. I disse tilfellene grep veilederen inn og ledet studenten ut av situasjonen. Veilederen ble studentens advokat og forklarte øvrig personell at studenten ikke skal settes til rutinearbeid, men at hun er der for å følge veileder og gjøre sykepleiefaglige oppgaver.

”(Veileder sa:) Nei, hun er student og hun skal gjøre sykepleieoppgaver sammen med meg.”

Dette opplevde studentene som positivt, da de som studenter befinner seg i en rolle som gjør det vanskelig å gå i opposisjon mot et pleiepersonell som forteller deg hva du skal gjøre.

### **Praksisveileder som rollemodell og forbilde**

Studentene ser sykepleieren i sykehjemmet som en rollemodell.

“Det er veldig stor forskjell på sykepleiere. Jeg ser stor forskjell på hvem jeg vil være - og hvem jeg ikke vil være.”

”Jeg ble veldig inspirert når jeg så hvordan hun (veileder) håndterte situasjonene (...) Hun stilte meg til veggs hele tiden med vanskelige spørsmål om hvordan jeg selv ville gjort ting. Det var veldig lærerikt, men jeg skjønner jo at det er veldig mye jeg ennå ikke kan.. Du skal kunne ganske mye fag for å jobbe i sykehjem, det er ikke tull engang.”

“Hun kontaktsykepleieren min var helt fantastisk. Hun tok seg tid (med pasienten), sa fra når hun tok på lyset. Tenkte sånn “hvordan ville jeg hatt det selv?” Sånn som vi alle også bør tenke, men som det er lett å glemme når man har det presset på seg: Alle opp til frokost!”

Studentene sa at det var godt å få rom til å være selvstendig, men at det samtidig var trygt å vite at de alltid hadde en veileder i ryggen. Veilederne som kom med eksempler, rettleidet, utfordret til refleksjon og samtidig ga studenten rom til å få teste ut egne ferdigheter ble beskrevet som ”supre og flinke” veiledere. Studentene opplevde disse sykepleierne som trygge i sin rolle som veiledere, og som solide forbilder.

“Jeg fikk forsterket mitt inntrykk av hvordan en sykepleier bør være, gjennom henne (studentens veileder).”

### **Studentenes arbeidsoppgaver i praksis**

Studentenes vanlige arbeidsoppgaver i praksis ble i stor grad definert av den oppfølgingen studenten fikk- eller ikke fikk - av veileder. På tross av at studentene generelt var sultne på prosedyrer, så sier samtlige at hovedfokuset i praksisperioden var stell. Da alle studentene har ulike utgangspunkt før praksis, ga studentene uttrykk for at det var greit å fokusere på det grunnleggende. De som tidligere hadde arbeidet som pleiemedhjelpere i sykehjem, følte at de hadde en fordel i praksis. Noen av disse følte seg allerede såpass trygge i stellesituasjoner med pasienter, at veilederen deres utfordret dem med andre oppgaver. De fikk utvidet sitt repetoar av oppgaver i praksis til å gjelde mer enn ”bare” stell og pleie. Dette kunne dreie seg om sykepleiefaglige prosedyrer, dokumentasjon, medisiner og legevisitt. Disse studentene føler seg heldige, men sier at det kun er takket være tidligere erfaring at de fikk muligheten til å ”slippe unna pleien”. Hadde det ikke vært for denne erfaringen, ville de – som andre, uerfarne studenter – også hatt behov for å bruke mer tid i stell.

“Jeg vet at jeg ville ikke vært der jeg var når jeg begynte, hadde det ikke vært for den arbeidserfaringen jeg har fra før. Jeg hadde nok mye i hendene fra før. Uten dette så hadde jeg nok vært mye mer inne i stell. Jeg hadde *trengt* å være mer i stell. Gjøre alle de tabbene man må gjøre for å lære.”

De fleste studentene fulgte en eller to pasienter gjennom dagen og utarbeidet pleieplaner for disse. De var med pasienten i stell, hjalp til ved toalettbesøk, bidro til hjelp i ernærings situasjon og tilstrebet generelt velvære for pasienten. Studentene som sjelden hadde oppfølging av veileder gjennom arbeidsdagen, synes disse grunnleggende

pleieoppgavene på sikt var lite motiverende. Studentene følte seg iblant som selskapsdamer som bare var tilstede i avdelingen for å holde de gamle engasjert.

“Man blir etterhvert ganske god på småprat og på å lakke negler.”

“Det var veldig mange timer at man bare sitter der. Jeg fant på litt sånn håndmassasje og sånn, men å gjøre det hver dag...”

De studentene som fulgte veileder tett, sier at de føler seg svært heldige. De satt igjen med et helt annet inntrykk av hvordan en sykepleiers hverdag fortoner seg i sykehjemmet, enn dem som gikk mye alene og uten systematisk oppfølging.

Disse studentene fulgte også opp egne pasienter i stell og pleie gjennom dagen, men reflekterte samtidig mye sammen med sykepleier. De ble introdusert for temaer som var nye og ukjente for dem. De diskuterte også tanker rundt døden.

“Er det et mål at vi skal gjenopplive en på 96 år som har vært her i mange år og levd sitt liv? Det tankegangen var veldig ny for meg.”

En student som gikk alene i pleien så gjerne at en pasient hadde hovne ben, mens en student som gikk sammen med veileder fikk observert, forklart og reflektert rundt de hovne bena. Slik lærte studentene å knytte sammen teori og praksis.

”Du blir mer klar over hva du tenker når du sier det høyt.”

Studentene satte pris på kontinuerlig oppfølging. Studentene ble utfordret til å gjøre egne sykepleiefaglige vurderinger gjennom å tenke høyt sammen med veileder. De opplevde det som positivt at veilederen utfordret dem med vanskelige faglige spørsmål. Studentene så på det som en positiv utfordring å få lære å tenke som en sykepleier.

“Etter at jeg hadde utført en prosedyre så satte vi av fem minutter der vi pratet om det. Om hvordan det hadde gått, hvordan jeg kunne gjøre det bedre og hva som var bra.”

Studentene fikk også et bredere innblikk i en sykepleiers hverdag når de fulgte veileder tett. De fikk delta i legevisitter, erfarte kontakt med pårørende, ble introdusert for medisinerrom,



samarbeidet med andre faggrupper og fikk innblikk i dokumentasjonssystemer. Noen fikk også følge sykepleier på ansvarsvakt. Når en sykepleier har ansvarsvakt eller har en ambulerende rolle, så har hun det overordnede ansvaret for hele sykehjemmet. Hun kan bli tilkalt til de ulike avdelingene dersom det er behov for sykepleiefaglig kompetanse eller vurderinger av pasienters helsetilstand.

Disse studentene var de som var mest fornøyd med sin sykehjemspraksis og mest positive til en eventuell fremtid som sykepleier i sykehjem selv. De var forberedt på at praksisperioden skulle handle mest om stell og grunnleggende sykepleie, men ble positivt overrasket over at sykepleiere i sykehjem gjør så mye mer enn bare det.

“Jeg føler jeg har lært mye om sykepleierens rolle, ikke bare det konkrete, men også det organisatoriske. Jeg lærte at sykepleierrollen har flere funksjoner som ikke bare går på den konkrete pleien.”

### **Når praksisveilederen ikke følger opp**

Studenter som møtte faglig utdaterte, fraværende og/eller lite engasjerte sykepleiere, opplevde dette som frustrerende. Det de hadde lært på skolen stemte ikke med det de erfarte i praksis.

“Sykepleierne er gjerne utdaterte og har ikke klart å tilegne seg ny informasjon som er veldig viktig.”

Studentene forteller også om veiledere som er faglig dyktige, men som ikke er særlig pedagogiske eller villige til å lære fra seg. En forteller at veilederen fulgte henne tett den første uken, men at hun deretter ble overlatt til seg selv.

“Jeg følte mer at jeg jobbet der enn at jeg var i praksis der. Det var på en måte opplæring i stell man fikk. Jeg hadde ikke noe problem med være der... Jeg synes bare at dagene var veldig like og jeg følte meg mer som gratis arbeidskraft enn i praksis...Jeg gikk egentlig bare og gledet meg til å bli ferdig.”

Noen studenter hevder til og med at de ikke lærte noe nytt overhodet av sin veileder. Noen fordi veilederen sjelden var tilstede, andre fordi veilederen var faglig utdatert eller upedagogisk. Studentene beskriver det som tungvint når de stadig selv må ta initiativ ved å spørre og grave og vise at de er interessert i å lære. Disse studentene var gjennomgående mer misfornøyd med sin praksisperiode, og sier at det er lite utfordrende eller direkte kjedelig å arbeide i sykehjem.

”Jeg følte ikke at det skilte så veldig mellom å være ufaglært og sykepleier der, annet enn at da var man den hovedansvarlige for medikamenter.”

“Det var veldig mange timer man bare satt der. Ukene gikk veldig sakte.”

### **Kvalitetssikre praksisplasser**

Studentene ser på sykehjemmet som en direkte forlengelsesarm av studiestedet sitt og sier at de forventer at her skal det foregå læring. Praksisen bør holde en viss faglig standard, og det bør settes gitte krav for kvalitet til sykehjem, dersom de skal benyttes i et utdanningsløp. Noen av studentene beskriver sin praksis som en svært god og lærerik periode. Andre er skuffet og klarer ikke helt å forstå hvorfor utdanningsinstitusjonen sender studenter til sykehjem som ikke har noe å tilby dem.

“Veldig viktig at skolen sørger for gode praksisplasser. Hvis de har veldig negative erfaringer med noen sykehjem, hvis de for eksempel ser tredje året på rad at studentene der er veldig lite fornøyd, at de da ser etter andre plasser. For jeg tror det er veldig uinspirerende å gå åtte uker på et sykehjem der ting ikke er på stell. Da er det nesten garantert at de (studentene) ikke vil jobbe innen eldreomsorg.”

## **4.4 Studentenes opplevelse av samarbeid mellom faggruppene**

Sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider og ufaglært har ulik grad av utdanning og har vanligvis forskjellige arbeidsfelt og ansvarsområder innad i sykehjemmet. Sykehjemslegen er den som har det øverste faglige ansvaret, men i mange sykehjem er legen sjelden tilstede. Sykepleieren er dermed den med det øverste daglige, faglige ansvaret, som rapporterer videre til sykehjemslege ved behov. Studentene forteller at de var forberedt på å møte ansatte som - på tross av at de ikke er tilsatt i en offisiell lederrolle - likevel fungerer som småsjefer i hverdagen.

“Jeg husker at jeg tenkte mye i forkant av praksisen at jeg måtte finne ut hvem som var sjef på huset sånn offisielt, og hvem som var de skjulte sjefene. Sånn er det jo alltid i et arbeidsmiljø. Det er noen av de gode, gamle hjelpepleierne som har vært der i hundre år.”

I sykehjem der det var mange sykepleiere og generelt høy fagdekning, opplevde studentene at alle faggruppene hadde tydelige arbeidsoppgaver. Studentene beskriver dette som en naturlig arbeidsdeling.

“Det var jo ingen andre enn sykepleieren som kunne gjøre de sykepleiefaglige oppgavene, så da ble det til at sykepleieren gjorde det, mens de andre måtte ta mer av det hverdagslige rutinearbeidet.”

Det ble et naturlig profesjonsskille. I disse sykehjemmene var det få sykemeldinger, god fagdekning og det studentene vil beskrive som et godt arbeidsmiljø.

“Det var ikke sånn hierarki. De jobbet som et team og de hadde et felles mål, og det er jo en forutsetning for god sykepleie tenker jeg.”

I sykehjem med høy andel sykemeldte, få sykepleiere og generelt lav fagdekning, var uoverensstemmelsene mellom faggruppene mer tydelige. Studenter erfarte blant annet at pleiepersonalet i avdelingen snakket negativt om sykepleier når sykepleier ikke var tilstede.

“Det var en del baksnakking av de andre av personalet. Misnøye om hvordan folk gjør ting. De sa også at sykepleieren bare sitter på kontoret og gjør ingenting. Hvorfor kunne ikke hun bidra med å tømme oppvaskemaskinen eller vaske gulvene?”

”Det ble litt gnisninger jevnt over mellom sykepleieren og pleiepersonalet fordi sykepleieren gikk på topp. Det er noe med strukturen. Hvis du gikk inne på gruppen med pleiepersonalet så hørte du sånn ja sykepleierne sitter bare på kontoret og gjør ingenting. Motsatt hvis du var med sykepleieren så kunne hun si at ja men de gjør ikke så mye de heller.”

Studentene som overhørte eller som ble delaktig i slike samtaler, sammenfalt med dem som hadde liten oppfølging av sykepleier. Studentene som ble inkludert i disse samtalene gjorde seg også opp egne meninger i løpet av praksisperioden

“Jeg tenkte at jeg aldri vil bli en slik sykepleier. Mitt bilde av en sykepleier er ikke en som sitter på kontoret. Jeg har ikke lyst til å være en som bare gjør papirarbeid. Jeg har lyst til å ha kontakt med pasientene (...) Jeg aner ikke hva hun egentlig gjorde på kontoret hele dagen.”

I et sykehjem opplevde en student at hun ikke fikk lov til å praktisere prosedyrer. I forkant av sykehjemspraksisen hadde sykepleierstudentene blitt drillet i sykepleiefaglige prosedyrer som kunne komme til å være aktuelle i løpet av praksis. Studenten så frem til å få utføre noen av

disse i sykehjemmet. Studenten ble overrasket da hun oppdaget at hjelpepleiere utførte sykepleieprosedyrer.

”Jeg ble ganske overrasket og tenkte vel egentlig at det burde vært sykepleieren sin jobb. Men det var visst helt vanlig i den avdelingen der at hjelpepleierne gjorde det (utførte sykepleieprosedyrer).”

På dette sykehjemmet var hjelpepleierne gitt tillatelse til å utføre enkelte sykepleiefaglige prosedyrer. Studenten opplevde at pleierne ikke ville slippe henne til og la henne få prøve å utføre disse prosedyrene.

“Ingen av de tingene (prosedyrene) fikk vi praktisere på sykehjemmet (...) Det virket som at de (hjelpepleierne) ville holde på oppgavene selv.”

Studentene forteller at mange hjelpepleiere praktiserte en nedlatende holdning overfor dem som studenter.

“De (hjelpepleierne) skulle liksom sette oss litt på plass og vise at de var over oss.”

“Du må ikke tro at du er noe. Du må ikke tro at du kan noe.”

Alle hjelpepleiere var ikke negativt innstilt overfor studentene. Noen av studentene sier at det var hjelpepleierne som faktisk lærte dem mest gjennom praksis.

”Hun (hjelpepleieren) ble på en måte en ekstra veileder for meg. Hun hadde jobbet der veldig lenge og var skikkelig dyktig. Skulle nesten tro at hun var sykepleier hun også. Hun lærte meg masse sånne grunnleggende ting... ja og sånne lure, små triks som jeg sikkert ikke hadde kommet til å tenke på selv.”

#### **4.5 Holdninger i møte med pasienten**

Dette underkapittelet tar for seg det temaet som så ut til å engasjere studentene mest. Dette handler om hvilke holdninger man har i møte med pasienten. For å møte kravet om anonymisering vil historiene som omtales fra praksis i dette kapittelet endres noe. Konkrete detaljer og informasjon om type avdeling vil utelates slik at det ikke er fare for gjenkjennelse av studenter, sykehjem eller pasient.

### **Sykepleierstudentenes verdigrunnlag i møte med pasienten**

Ingen av studentene var likegyldige til hvordan pasienter ble behandlet. De var alle opptatt av at pasienten skulle ha det best mulig, og de som opplevde at pasienten ble utsatt for uverdigg behandlig eller kritikkverdige forhold var svært ukomfortable med å være vitne til dette. Studentene som opplevde at pleierne viste mye omsorg for pasientene, hadde generelt en bedre opplevelse av sykehjemspraksis.

“De var litt som en familie. De spiste mat sammen, lagde boller...Det var veldig koselig egentlig.”

Studentene opplevde at der det var tilfredstillende bemanning på vakt i avdelingen, kunne pleierne ta seg god tid i møte med pasientene. Pleierne avfeide aldri pasientene, de lyttet til dem og behandlet dem med respekt.

“Effektivitet er viktig, men det er viktigere å gjøre arbeidet skikkelig og la hensynet til pasienten komme først.”

Alle studentene var enige i at dette er riktig måte å møte pasientene på. I forkant av praksisperioden hadde lærerne reflektert mye sammen med studentene om hvordan møte og ivareta den eldre pasienten. Studentene tenkte mye på hvordan de kunne bidra til å ivareta pasientens integritet i ulike situasjoner. Pasientens selvbestemmelsesrett kom også fram som dypt forankret i studentene. De inntok en ydmyk rolle overfor pasientene.

“Jeg er der for å hjelpe pasienten til å ta vare på seg selv.”

### **Opplevelse av uverdige møter mellom pleier og pasient**

Alle studentene bortsett fra én, opplevde uverdigg og/eller respektløs behandling av pasienter. Studentene forteller om pleiere som ikke viste respekt overfor pasientene. Dette gjorde studentene både usikre og triste. Alle studentene som opplevde dette, forteller at det vanligvis var de samme enkeltpersonene som skilte seg ut på en negativ måte.

“Hun som person var nok ikke egnet for den jobben.”

Det var ikke en gjennomgående trend i noen av avdelingene at det var akseptert å behandle pasienter dårlig, men disse enkeltpersonene gjorde sterke inntrykk på studentene.

“Pleierne var mer opptatt av at de var midt i kryssordet sitt enn å ta vare på pasientene. De kunne si: du har jo bleie uansett, så det gjør ingenting om du tisser på deg.”

Pleiere kunne latterliggjøre pasienter, snakke over hodet på dem og behandle dem som barn. Studenter opplevde også å være vitne til utførelse av fysisk tvang, på tross av at det ikke forelå tvangsvedtak på pasientene. Hvis pasienter gråt eller gjorde motstand, kunne pleiere fysisk overmanne dem og gjennomføre tiltak likevel. Enkelte pleiere benyttet også en form for fysisk avstraffelse for å holde kontroll på enkeltpasienter og for å få dem til å gjøre som pleierne ville. Dette var sterke opplevelser for studentene.

“Det var helt forferdelig. Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre i det hele tatt.”

Det å se at sårbare og skrøpelige, eldre pasienter blir behandlet på en slik måte, gjorde studentene både opprørte og sinte. En student tok mot til seg grep inn i det hun omtaler som en uverdigg pasientsituasjon. Hun forteller at det var ubehagelig, men at hun visste at hennes inngripen var eneste riktig måten å handle på.

“Det gikk for fort og det var på feile premisser. Og da sa jeg ifra. Det var ganske ubehagelig, men samtidig så var det så konkret og grunnleggende at det her går ikke. Jeg følte at jeg ikke kunne stå og se på det.”

Studentene forteller at det generelt var vanskelig å gripe inn i slike situasjoner, og de følte seg ofte som hjelpesløse tilskuere til det som foregikk.

”Jeg hadde sett ting i det sykehjemmet som jeg ønsket å ta avstand fra. Det som man vil ta avstand fra, det var ikke alltid man turde å si det. For selv om jeg er nye øyne på det, så er det kanskje ikke min jobb å si at dette var kanskje en dum måte å gjøre det på.”

En annen student sier at hun forsøkte å melde fra til både pleiere og til ledelse om at det foregikk uverdigg behandling av pasienter i avdelingen hun var utplassert i, men hun opplevde å ikke bli hørt.

”Det skjedde ofte og jeg ga beskjed gang på gang på gang. Jeg skrev det i rapporter og jeg meldte det til og med til lederen, men jeg snakket for døve ører. Ingenting skjedde. Jeg fikk bare beskjed om å dempe meg. Jeg følte at jeg ikke hadde en stemme idet hele tatt. (...) tilslutt lot jeg bare være å si noe som helst.”

Studentene hevder at alle disse uverdige møtene mellom pleier og pasient kunne vært unngått, dersom pleierne hadde benyttet andre teknikker i møte med pasienten. De forteller at andre pleiere fint klarte å forholde seg til de samme pasientene og hjelpe dem på en god måte, uten å benytte noen form for tvang eller fysisk avstraffelse.

“Man skal være litt mer reflektert når man går inn til en person. Man trenger ikke være så voldsom, man kan gjøre mye på en finere måte. Jeg så veldig forskjell på hvem jeg ville være, og hvem jeg ikke ville være. Det var noen som jeg ihvertfall ikke ville gå sammen med i pleien hvis jeg fikk velge.”

Informantene hevder at sykepleierstudenter nesten uten unntak vil ha et grunnleggende og genuint ønske om å gjøre noe godt for andre mennesker. De tror at opplevelsen av respektløse pleiere og dårlig pasientbehandling kan skremme sykepleierstudenter fra å ønske å arbeide i sykehjem.

“Jeg tror de fleste av oss studenter vil være sykepleiere for å gjøre en forskjell og for å kunne gjøre noe godt for noen. Og den sykehjemspraksisen som første praksis kan fort ta knekken på ønsket om å fortsette på sykepleien.”

Studentene hevder at de i etterkant av praksisperioden hadde god nytte av å reflektere sammen med skolelærer og medstudenter om slike situasjoner. Ingen av studentene opplevde tilsvarende episoder når de gikk sammen med sin veileder. En student roser sin veileder for hennes pasienttilnærming og ønsker selv å tilegne seg slike egenskaper.

“Jeg fikk utviklet mine verdier om hvordan man skal være med pasienter som jeg har tatt med meg videre.”

### **Uverdige behandling på grunn av dårlig tid?**

Hvilke holdninger personalet har i møte med pasientene kan også settes i sammenheng med opplevelse av tilgjengelig tid, underbemanning og hva slags kultur som er akseptert i avdelingen.

“Ja, ting kan gjøres effektivt, men du kan samtidig ta vare på det mennesket du har foran deg.”

”Du er fortsatt et menneske selv om du har blitt gammel og bor på sykehjem. Men *det* er det visst ikke alle (pleierne) som husker på.”

“Lytt til brukerne, ikke overkjør dem. Det er tross alt voksne mennesker vi har med å gjøre.”

En student opplevde at ansatte leverte egenmeldinger eller var sykemeldte gjentatte ganger. Dette resulterte i at personalet i avdelingen stadig gikk underbemannet og bestandig hadde dårlig tid. Det ble sjelden eller aldri satt inn ekstra personell for å dekke inn fravær. Personalet var overarbeidet og virket slitne.

“Arbeidsbelastningen ble mye tyngre på noen avdelinger enn andre. Uheldigvis. Så du kunne se en sammenheng med at der det var tungt å gå i pleien, der var arbeidsmiljøet dårligere (...) Når pleien er lett er det få som er sykemeldte, når pleien er tung er det mange som er sykemeldte.”

”Det ble litt sånn hurra og godstemning når en som hadde vært sykemeldt kom tilbake (på jobb). Men det varte aldri lenge, for da forsvant plutselig en annen ut i sykemelding.”

I avdelinger der pasientene ble karakterisert som ”tunge og med stort pleiebehov”, hadde de ansatte jobberelaterte plager i både skuldre og rygg. Disse avdelingene bar preg av mye sykemeldinger. For å møte økonomiske krav, forteller studentene at det ikke ble prioritert å ta inn ekstra folk. Studentene opplevde at dette gikk utover kvaliteten på pleien som ble tilbudt pasientene. I slike avdelinger ble studentene også oppfordret til å steppe inn som arbeidskraft og slik erstatte dem som var borte fra arbeid.

“(Det ble sagt:) Det gjør ingenting om vi har noen syke. Vi har jo studentene.”

”Du fikk automatisk dårligere tid til hver beboer når det var færre på jobb. Det sier jo seg selv.”

Studentene i slike sykehjem presenterer eksempler hvor de mener pasienten utsettes for uverdigg behandling. Det var langt fra alle disse episodene som bar preg av at pleiere var direkte slemme med pasientene eller gjorde ting med vilje. Enkelte situasjoner gikk ikke direkte på pleiernes oppførsel overfor pasientene, men på opplevelsen av tilgjengelig tid. Det var ikke nok tid til å hjelpe pasientene på en god måte. Personalgruppen virket til å trives sammen, men hele arbeidsdagen bar preg av stress og for liten tid.

”Vi har ikke tid. Vel, jeg tok meg tid til det. For jeg visste at jeg var student så jeg har lov til å bruke litt lenger tid.”



De forteller at pasientene ofte måtte vente på hjelp. Dersom pasienter uttrykte at de måtte på toalettet, fikk de som oftest beskjed om å vente, mens pleierne hastet forbi på vei til et annet gjøremål. Prioriteringene av arbeidsoppgavene ble slik at pasientene ofte måtte vente så lenge på hjelp at ”det gikk gale”.

“Jeg synes det er forferdelig trist hvis jeg ikke kan hjelpe pasienten der og da, for det er jo det man ønsker. Jeg er jo på jobb for dem. Men man kan jo ikke få til alt. Jeg er jo ikke to personer.”

De pasientene som fikk følge til toalettet tidsnok, ble ofte sittende altfor lenge. På grunn av andre travle gjøremål i avdelingen ble pasienten rett og slett glemt. Dette var situasjoner som studentene opplevde som negative. De erfarte at personalet jobbet så fort de kunne, men likevel ikke rakk over alt som burde gjøres. Studenter opplevde at personalet hoppet over egen matpause for å prøve å sikre at alle pasientene fikk rask og god hjelp.

”Så måtte vi skippe pausen vår for å få de (pasientene) opp. For der var det egentlig ikke inkludert pause. De fem minuttene vi hadde til å sette oss ned, de fikk vi ikke.”

Studentene som var i sykehjem med lav bemanning og opplevelse av kontinuerlig dårlig tid, beskriver situasjonen i sykehjemmet som uakseptabel. De hevder at ansatte ofte gjør så godt de kan under dagens forutsetninger, men at rammevilkårene er så dårlige at pasientbehandlingen blir uforsvarlig. Studentene retter kritikk mot ledelsen i sykehjemmene, til Helse-Norge og til politikerne. De ser at pleierne gjør så godt de kan, likevel er det ikke godt nok til at pasientene har det så bra som de burde. De hevder at eldreomsorgen nedprioriteres og at dette resulterer i uverdigg behandling av eldre mennesker i sykehjem.

Studentene stiller seg undrende til at enkelte sykehjem overhodet blir benyttet som praksisplass. Det er i utgangspunktet for travelt i avdelingen til at studenten kan få skikkelig oppfølging. I tillegg går studenter i slike sykehjem fort inn i rollen som ulønnet ansatt, uten tilstrekkelig oppfølging. Slik minster de muligheten til å være en nygjerrig, og lærevillig student.

I noen avdelinger opplevde studentene at pleierne fokuserte *for* mye på dårlig tid.

“Det var mye snakk om alt de *ikke* rekker, fremfor å fokusere på hva de faktisk kan få til.”

Studentene hevder at det i noen avdelinger, spesielt på dager med underbemanning, var reell mangel på tid til å gjennomføre alt som måtte gjøres. I andre avdelinger kunne det handle om noe helt annet. De tror at det i flere tilfeller ikke bare handler om *mangel* på tid, men på *prioritering* av tid. Studentene illustrerer dette med eksempler i avdelinger der det var en målsetting om å få alle pasientene opp før frokost klokken ni. Trette pasienter som ønsket å sove noen timer til, ble presset opp tidlig av ”effektive” pleiere.

“Du må kjappe deg, du må kjappe deg. Alle opp til frokost klokka ni. Alt skulle gå så kjapt, man hadde ikke tid til å gjøre det så nøye som det burde vært (...) Det er jo ikke noe gøy å drive å vekke noen som ikke har lyst å stå opp (...) Men etter klokka ni og de har spist frokost så bare sitter man der. De som jobbet der satt og leste avisen og løste kryssord for seg selv. Man kunne heller lagt det opp på en litt annen måte.”

Studentene mener at dette er et godt eksempel der man kunne prioritert annerledes. I andre avdelinger opplevde studentene at pasientene stod opp når de selv ønsket. Dersom pasientene ønsket å sove lenge en dag, ble dette respektert av de ansatte. Da kunne man i mellomtiden prioritere andre gjøremål i avdelingen.

“Hvis pasientene ville sove litt lenger en dag, så fikk de selvfølgelig det. Vi kunne alltid gå tilbake. Det var bare ikke alle *som tok seg tid* til å gå tilbake.”

Også i avdelinger med høy fagdekning, lavt sykefravær og bra bemanning opplevde studenter det de omtaler som negative holdninger overfor pasienter. En student opplevde at enkelte pleiere kunne snakke i negative ordelag om pasienter, men at dette aldri kom til uttrykk foran pasientene. Studenten opplevde likevel denne formen for nedsnakking av pasienter som negativt. Hun mener at dette bidrar til feil fokus som igjen kan påvirke helsepersonellens holdninger i møte med pasienten. Hun mener også at i situasjoner der pasienter er ufine med pleiere, må pleierne likevel handle profesjonelt og yte den helsehjelpen pasienten behøver.

“De sa for eksempel: Jeg går ikke inn til den heksen der! Men jeg var med denne pasienten, ganske ofte i en periode. Jeg ble skjelt ut, men jeg tenker at du må bare forstå at det ikke er personlig. Pasienten må få den hjelpen og vi må gi pasienten den hjelpen pasienten fortjener selv om det er vanskelig. Det er det eneste rette.”

## 4.6 Konsekvenser av opplevelsene

I dette underkapittelet ser jeg på hvilke konsekvenser opplevelsene fra sykehjemspraksis har hatt for studentene. I hvilken grad har praksisperioden påvirket studentenes ønske om videre arbeid i sykehjem?

### Sykehjem som aktuell fremtidig arbeidsplass?

Etter avsluttet praksisperiode stiller fire av de sju studentene seg positive til arbeid i sykehjem. To stiller seg negative og én vet ikke helt. Alle studentene sier at de anser arbeidet som utføres i sykehjem som et viktig og meningsfullt arbeid. De mener at det er viktig å forsøke å få frem det positive ved å arbeide i sykehjem. Spesielt de som har negative opplevelser fra praksis, understreker viktigheten av å få hevet kvaliteten på tjenestene som tilbys pasienter i sykehjem.

”Man føler kanskje at sykehjem er mindre utfordrende, men det er jo feil. Det er veldig masse utfordringer egentlig. For de (pasientene) har jo veldig mange sykdommer på en gang.”

”Også må man tenke litt. Hvordan vil vi ha det når vi blir eldre? Det tenker vi ikke så mye på. Vi må begynne å ta tak i det nå, eller kommer vi til å ha det likedan når vi en gang blir gamle.”

### Fire positive til sykehjem

Den ene studenten forteller at hun er svært fornøyd med sin praksisperiode.

“Det er et helt fantastisk sykehjem og jeg ville med hånden på hjertet sendt mine egne der. Jeg ville ikke sendt de der jeg har jobbet før. Det er veldig stor forskjell på sykehjem...”

Hun trives svært godt i sykehjem, men ser likevel ikke en fremtid for seg selv innen eldreomsorgen. Dette fordi hun startet på sykepleiestudiet med andre ambisjoner.

“Jeg kunne gjerne jobbet på sykehjem. Jeg elsker å jobbe på sykehjem, men det er ikke det som er drømmen min.”

En annen hevder at hun gjerne kan tenke seg å arbeide i sykehjem, men ikke allerede som nyutdannet. Hun ønsker seg mer erfaring først. Hun begrunner dette med at sykepleiere i sykehjem har et enormt ansvar, og at tanken på dette ansvaret virker fullstendig overveldende.

”I forkant så tenkte jeg at jeg aldri kunne tenke meg å jobbe i sykehjem, men i etterkant så kunne jeg kanskje det. Faktisk. Men kanskje ikke som nyutdannet, fordi det er så mye ansvar. Jeg kunne ikke stått der alene som eneste sykepleier på vakt...da måtte jeg hatt mer erfaring og være mer trygg som sykepleier.”

En tredje student sier at hun gjerne jobber i sykehjem, men kanskje i en senere fase av livet. Hun beskriver praksisperioden sin som upåklagelig og omtaler seg selv som en solskinnshistorie. Denne studenten sier at hun vil ha mer fart og spenning når hun er nyutdannet, men at sykehjem absolutt er en aktuell arbeidsplass når hun har blitt eldre, fått mer erfaring, og vil prioritere en rolig og stabil arbeidsplass.

Det er verdt å merke seg at en fjerde student som hadde negativ tidligere erfaring fra arbeid i sykehjem, har gjort helomvending. Hun gruet seg til praksis, men forteller at opplevelsen av sykehjemsarbeid ble positiv. Hun føler at hun har sett et sykehjem som virkelig holder god standard. Hun forteller at hun for første gang har sett et sted der hun kunne sendt sine egne foreldre.

”Jeg føler jeg har sett en plass der jeg fint kunne sendt mine egne foreldre og tenkt at der har de det bra.”

Studenten selv forklarer denne helomvendingen med opplevelsen av at pleierne hadde god tid og gode holdninger i møte med pasientene. Studenten fikk også systematisk oppfølging av veileder. Hun opplevde også at arbeidsmiljøet i avdelingen var svært godt og at de ulike faggruppene arbeidet som et team. Pleierne behandlet både hverandre og pasientene med respekt. Hun sier at hun gjerne vil arbeide som sykepleier i sykehjem, men at det eventuelt må bli frem i tid.

Ingen av disse studentene har en konkret plan om å satse på sykehjem som nyutdannet, men stiller seg likevel positive til at de kan arbeide i sykehjem på et senere tidspunkt i karrieren.

### **To negative til sykehjem**

De to studentene som var negative til sykehjem etter endt praksisperiode inkluderte en uerfaren student, samt en med tidligere erfaring fra sykehjem.

Den uerfarne studenten gikk inn i praksisperioden med positive forventninger, men konkluderer med at sykehjem ikke er noe for henne. Hun begrunner dette med at det er for travelt, pleierne er ufine med pasientene og at sykepleieren aldri er tilstede i avdelingen.

“Jeg har ikke motivasjon for å jobbe i sykehjem nei. Det er det siste jeg kunne tenke meg egentlig. Du blir ikke inspirert av at her er det god sykepleie som foregår. Ikke i det hele tatt.”

En student som hadde tidligere negativ erfaring fra eget arbeidssted opplever at hun gjennom praksis fikk ytterligere bekreftet sine antagelser om at sykehjem ikke er for henne.

“Jeg kommer ikke til å sette en fot i sykehjem igjen.”

### **En vet ikke helt**

Den siste studenten har ingen erfaring fra helsevesenet før praksis. Hun forteller om et greit første møte med eldreomsorgen. Hun stiller seg nølende til spørsmålet om hun selv kan tenke seg å arbeide som sykepleier i sykehjem. Hun konkluderer med et “kanskje” og forklarer hvorfor.

“Jeg føler at jeg har hatt et veldig greit første møte med helsevesenet, med eldreomsorgen (...) Men det er tungt fysisk, det er lite bemanning per pasient, få sykepleiefaglige oppgaver, man tar kjøkkenet, serverer mye mat, tar oppvaskemaskin, er på skyllerommet. Kanskje mange som ikke synes det er greit når man har en bachelor. At det er litt under det man kan.”

## **4.7 Oppsummering av empiriske funn**

I denne oppsummeringen vil jeg sammenfatte enkeltfenomener under egne begrep. Jeg ser her bort fra avvikende detaljer, men presenterer de tydeligeste mønstrene i empirien.

### **Sykehjemmet som læringsarena – samsvar mellom forventninger og realitet?**

Overgangen fra teori til praksis ble for mange av informantene en overraskelse. Hovedsakelig fordi de fleste hadde en idè om at de skulle få jevn og systematisk oppfølging av en kontaktsykepleier gjennom hele praksisperioden. De fleste studentene forteller at de stort sett ble benyttet som gratis arbeidskraft i avdelingen, fremfor å ha et rent sykepleiefaglig fokus. De fleste følte at stell var hovedfokus, og så snart de var ferdig opplært i stell, ble de overlatt til seg selv i avdelingen.

De studentene som hadde tett oppfølging av veileder gjennom hele perioden var mer fornøyd med sin praksis. De opplevde at praksis svarte til forventningene deres. Noen forteller at sykehjemspraksis overgikk forventningene deres.

### **Praksisveileder sin betydning for studentene sin opplevelse av sykehjemspraksis**

De som ble ivaretatt og fulgt opp av veileder gjennom hele perioden hadde en bedre opplevelse av praksis enn dem som ble overlatt til seg selv. De som fulgte veileder tett, angir en brattere læringskurve enn dem som ble gående sammen med pleiepersonalet i avdelingen. De hevder at de lærte mye gjennom å observere og reflektere sammen med sykepleier. Disse opplevde at de fikk et reelt innblikk i sykepleierens vanlige arbeidsoppgaver.

De som ikke gikk sammen med veileder, fikk ikke samme innblikk i hvordan sykepleierens hverdag virkelig fortøner seg i et sykehjem. De forteller at de ikke helt vet hva en sykepleiers oppgaver egentlig er. Noen sier også at det tilsynelatende ikke er særlig stor forskjell på arbeidsoppgavene til en sykepleier og en ufaglært. Det er viktig med en veileder som tar studentene med på arbeidet som skjer også utenfor avdelingen. Selv om praksisperioden skal handle om stell og grunnleggende sykepleie, synes studentene det er viktig å reflektere sammen med en erfaren sykepleier. Det å få innblikk i sykepleierens overordnede rolle i sykehjem er mer inspirerende enn å gå i stell og pleie i åtte uker sammenhengende.

Studentene mener dessuten at utdanningsinstitusjonen har et ansvar for å sikre kvalitet på sykehjemmene som benyttes som praksisplasser. Dersom sykehjemmet ikke fungerer som en læringsarena der studentene kan utvikle seg faglig, ønsker studentene at disse sykehjemmene skal velges bort og ikke bli benyttet videre i utdanningsøyemed.

### **Studentens opplevelse av samarbeid mellom faggruppene**

Samarbeidet mellom faggruppene blir beskrevet som svært forskjellig i de ulike sykehjemmene. Noen steder er det misnøye rundt arbeidsfordelingen mellom de forskjellige profesjonene. Det stilles særlig spørsmålsteget ved hvorfor sykepleieren ikke bidrar i tidkrevende rutinearbeid som kjøkkenoppgaver, skyllerom og renhold. Sykepleieren blir ofte målskive for baksnakking, der resten av pleiepersonalet klager over at hun ikke gjør noenting. Studenter som fulgte sykepleieren tett synes at dette var urettferdig, da de hevder at sykepleieren gjorde viktig arbeid også når hun ikke var tilstedeværende i avdelingen. Studenter som ikke fulgte veileder tok ofte parti med pleiepersonalet. De forteller at de ikke skjønner hva sykepleieren gjorde på kontoret hele dagen, men at de aldri vil bli en slik sykepleier. I andre sykehjem forteller studenter om et harmonisk arbeidsmiljø der alle er med på å dra lasset i samme retning. Her jobber alle faggruppene sammen som et team og ingen stiller spørsmålsteget ved hverandres oppgaver. Her er det et tydelig, men naturlig arbeidskille, der hver profesjon har eget ansvarsområde.

I et sykehjem forteller en student om sykepleiefaglige oppgaver som er delegert til hjelpepleiere. Studentene føler at hjelpepleierne tvilholder på sine tildelte sykepleieprosedyrer og at disse pleierne praktiserer en nedlatende holdning overfor dem. Andre studenter sier at de møtte dyktige hjelpepleiere som tok vare på dem og lærte dem masse.

### **Holdninger i møte med pasienten**

Studentene var alle opptatt av å møte pasientene med respekt og verdighet. De som opplevde at pleiere ikke viste hensyn og respekt i møte med pasientene sier at dette gjorde dem opprørte. De ønsket ikke å ta del i denne måten å arbeide på, og forsøkte å unngå arbeid sammen med ansatte som behandlet pasientene dårlig. Studentene opplevde det som vanskelig å gripe inn eller melde fra når det foregikk overtramp mot pasienter. Studentene sier at pleiepersonalet må begynne å sette pasientenes behov i sentrum, heller enn å fokusere på effektivitet og tidsbruk. I andre sykehjem angir studentene at de ansattes holdninger kunne være gode, men at tiden ikke strakk til for å yte optimal hjelp og pleie til pasientene. Det handlet ikke om at de ansatte var nedlatende eller slemme med pasientene, men at tidspress resulterte i at pasienter som behøvde hjelp ikke ble prioritert. Selv om dette ikke var en

direkte konsekvens av de ansattes holdninger, anså studentene dette som en uverdigg situasjon i sykehjemmet. Det kunne for eksempel bety at pasienter som måtte på toalettet ikke fikk hjelp tidsnok.

### **Konsekvenser av opplevelsene**

Etter avsluttet sykehjemspraksis, er fire positive til sykehjem, to negative og én vet ikke helt. Ingen av studentene har et konkret mål om å begynne å jobbe i sykehjem som ferdig utdannet sykepleier, men noen er likevel åpen for det - en gang i fremtiden. Noen forklarer at de som nyutdannet ønsker med fart og spenning i hverdagen, men at sykehjem er aktuelt i en senere fase av yrkeslivet når de vil ha det mer rolig. Andre begrunner sin skepsis til å starte i sykehjem som nyutdannet ved at sykepleiere i sykehjem pålegges et stort faglig ansvar.



## **Kapittel 5: Drøfting**

Det har vært sentralt i denne studien å undersøke hva som kjennetegner sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis. I forrige kapittel ble funnene presentert. I dette kapittelet vil disse settes inn i en større kontekst, der funnene drøftes opp mot eksisterende teorier, faglige begrep og tidligere forskning. Jeg presenterer også egne tanker og erfaringer gjennom drøftingen.

Dette kapittelet er delt inn i seks mindre kapitler der hvert hovedfunn blir presentert og drøftet under egne avsnitt. Den første delen handler om hvordan sykepleierstudenter opplever sykehjemmet som læringsarena. Den andre delen handler om praksisveilederens rolle. Jeg forsøker deretter å belyse studentenes opplevelse av samarbeidet mellom ulike faggrupper innad i sykehjemmet. Deretter drøftes studentenes opplevelser av holdninger i møte med pasienten. Konsekvenser av opplevelsene blir helt til slutt, etterfulgt av en kort oppsummering.

### **5.1 Sykehjemmet som læringsarena**

#### **- samsvar mellom forventninger og realitet?**

##### **I møte med sykehjemmet**

Informantene i denne studien hevder at det er viktig å bli møtt på en positiv måte av personalet i sykehjemmene. En fordel er om studentene blir møtt og introdusert for sin kontaktsykepleier allerede første dag i praksis. Forutsigbarhet, oppfølging og det å føle seg ivaretatt fremstår som særdeles viktig for studentene. Dette understøttes av forskning som sier at det å føle seg sett og hørt og oppleve forutsigbarhet og mestring er essensielt for studenters læring i praksis (Haddeland & Søderhamn, 2013).

Studenter som ble utplassert i sykehjemsavdelinger der de ansatte ikke var klar over at det skulle komme student, hadde et dårlig førsteinntrykk av praksisstedet. Praksisveileder var heller ikke tilstede for å ta dem imot. Disse studentene synes første møte med sykehjemmet var en vond opplevelse. Filstad (2012) sier at når organisasjoner ikke setter rammer for hvordan møte nykommere, vil dette resultere i usikkerhet og følelse av manglende kontroll hos nykommeren. Dette kan overføres til å gjelde studenter i sykehjemspraksis. Noen av

studentene hadde liten eller ingen erfaring fra arbeid i sykehjem og følte seg derfor i utgangspunktet på utrygg grunn. De opplevde at de ikke hadde noen å henvende seg til i avdelingen og følte seg overlatt til seg selv. Når det mangler klare forventninger til et menneske i en sosial setting, kan det for noen resultere i usikkerhet og passivitet (Daatland & Solem, 2000). Haddeland og Søderhamn (2013) påpeker at sykepleierstudenter som føler seg uvelkommen og i veien bruker unødvendig mye tid på å bare finne seg til rette og bli kjent i avdelingen.

### **Praksissjokk?**

Møtet med arbeidslivet blir ofte omtalt som et praksissjokk (Smeby, 2013). Dette virkelighetssjokket kan skyldes at man ikke er godt nok forberedt på hvordan ting faktisk fungerer i bedriften (Filstad, 2012). Informantene i denne studien sier at de ikke ble godt nok forberedt fra høyskolen på hva som egentlig forventes av dem i sykehjemspraksis. Smeby (2013) hevder at meningen med praksisperioder gjennom sykepleierutdanningen er å la studenter få benytte sin tillærte teoretiske kunnskap til å løse reelle situasjoner. I sykehjemmet er det meningen at studentene skal introduseres for det som Filstad (2012) betegner som situert læring. Denne studien viser at de fleste studentene sjelden fikk teste ut sin kunnskap i praksis. Studentene hadde forventet å ha et mer sykepleiefaglig fokus gjennom praksisperioden enn det de faktisk fikk. De sier at det sjelden var rom for dem å innta en rolle der de bare fikk observere og lære. Flere hevder at de ble benyttet som gratis arbeidskraft gjennom store deler av praksisperioden.

### **Stell i fokus**

Alle studentene sier at hovedfokuset i sykehjemspraksis skulle være stell og de hevder at det egentlig var helt greit. De begrunner dette med at sykepleierstudenter i praksis ofte vil befinne seg på forskjellige kunnskapsnivå og at det derfor er det greit å legge listen lavt. Dette er i tråd med Dreyfus og Dreyfus (2012) som sier at kunnskapsutviklingen vil foregå gjennom flere trinn. For å kunne klatre i denne erfaringstrappen er studentene nødt til å samle erfaring og utvikle seg på ett nivå før de kan bevege seg videre til det neste. Studien viser likevel at studentene hadde forhåpninger om å lære mer enn ”det gode stell” i løpet av sin praksisperiode. Dette gjaldt både studenter med og uten erfaring fra sykehjem. Studentene sier at de flere steder ”bare” fikk opplæring i stell og at de deretter ble overlatt til seg selv. Mange

av dem opplevde stell som ”kjedelig” og ”lite utfordrende” etter kort tid. Det kan se ut til at studentene opplevde seg som ferdig utlært i stell tidlig i praksisperioden, og at de dermed søkte andre utfordringer. Jeg tror egentlig ikke at man noensinne kan bli ”ferdig utlært” i stell, da man alltid skal ta individuelle hensyn til pasientens dagsform og individuelle behov. Man skal også gjøre observasjoner i forhold til pasientens underliggende sykdommer, samt tilrettelegge stellet og definere øvrige tiltak basert på dette. Når man arbeider med mennesker kan situasjonen endre seg fra dag til dag og hvert stell kan således arte seg unikt. Det er også gjennom stellet at sykepleieren kan gjøre gode observasjoner. En av studentene påpeker dette; at det var i nettopp stellsituasjoner med pasienter at hun gjorde de mest interessante observasjonene. Kan dette indikere at studentene som opplevde seg som ”ferdig utlært” i stell ikke er i stand til å se de sammenhenger som en mer erfaren sykepleier gjør? Dette sammenfaller med Dreyfus og Dreyfus (ibid.) som sier at en nybegynner ikke klarer å sette enkeltsituasjoner inn i en større kontekst, da de mangler nødvendig erfaring. Kanskje studentene dermed opplever stellet som en ren rutine? Studenter som blir overlatt til seg selv etter at de er ”ferdig opplært” vil kanskje gjennomføre det de skal gjøre, men uten å tenke over hvorfor de gjør det på den måten. Dreyfus og Dreyfus (ibid.) sier at en nybegynner vil vurdere sin egen innsats etter evnen til å følge tillærte regler. Når studenten opplever at hun følger disse reglene og mestrer stellet, uten at det skjer noe uventet eller utfordrende underveis, vil studenten kanskje tro at hun er utlært. Hun sammenligner et stell med et annet og kan tro at et stell alltid fortøner seg på noenlunde samme måte. Dette kan gjøre at studentene handler uten å tenke seg om. Schön (2014) kaller dette overlæring. For å unngå slik overlæring gjennom praksisperioden er studentene avhengig av å få oppfølging og rettleiding av en praksisveileder. Filstad (2012) bruker begrepet mesterlære når en nybegynner lærer av en ekspert. En slik veiledning kan hjelpe studenten å se stellet med nye øyne og oppdage sykepleiefaglige utfordringer som umiddelbart ikke er synlig for en utrent sykepleierstudent.

### **Å inngå i et praksisfellesskap**

Når en sykepleierstudent blir introdusert for og skal arbeide sammen med personalgruppen i en sykehjemsavdeling, vil hun innta en rolle som en legitim perifer deltaker i et praksisfellesskap. *Legitim perifer deltakelse* fokuserer på læringsprosessene fra en nybegynner blir introdusert som deltaker i et praksisfellesskap, til hun sees på som etablert i

denne gruppen (Lave & Wenger, 2012). Studentene som opplevde at ingen ivaretok dem eller hjalp dem til å finne en plass i fellesskapet forsøkte selv å danne og inngå i relasjoner med arbeidskollegaer. Filstad (2012) hevder at en nykommer vil ha forventninger til arbeidsstedet, mens de som allerede jobber der vil ha forventninger til nykommeren. I sykehjemsavdelingene forventet pleiepersonalet at studenten skulle delta i den daglige stell og pleie. Filstad (ibid.) påpeker at en nykommer vil forsøke å møte de sosiale kravene innad i gruppen så rask som mulig for å unngå å føle seg usikker og ”utenfor”. En nykommer må godta og slutte seg til denne kulturen for å bli anerkjent som en del av fellesskapet. Studentene forteller at ved å fremstå flittige, positive og arbeidsomme ønsket de å bli akseptert og inkludert inn i personalgruppen. Dette medførte at de påtok seg oppgaver som egentlig ikke er meningen at sykepleierstudenter skal gjøre. Dette er i tråd med Lave og Wenger (2012) som hevder at en nykommer i et praksisfellesskap vil forsøke å tilpasse seg praksisfellesskapet ved å handle slik hun tror det er forventet av henne. Som et resultat av dette ble studentene værende i avdelingen hele dagen for å avhjelpe resten av personalet med rutinearbeid, i stedet for å søke faglige utfordringer på andre avdelinger.

Studentene var generelt misfornøyde med å bli benyttet som ”ubetalt arbeidskraft” i avdelingen. Likevel sier de at det var vanskelig å gjøre noe med situasjonen. ”Flittig, positiv og arbeidsom” ble i overført betydning til ”flink student” innad i praksisfellesskapet. Studentene følte at de gjennom hele praksisperioden måtte fremstå engasjerte og vise at de ville gjøre en innsats for fellesskapet for å bli akseptert og inkludert. Haddeland og Söderhamn (2013) påpeker at å føle seg velkommen og inkludert i arbeidsmiljøet er svært viktig for studenter i praksis. Studentene ble tilsynelatende fastlåst i sin rolle som ”flink student”. Tilbakemeldingene fra personalgruppen bidro til å opprettholde og kanskje styrke, forventningene om at studenten skulle delta i det daglige rutinearbeidet. Dette er i tråd med Eiken og Saksvik (2006) som sier at holdninger blant de ansatte i en organisasjon gjør at erfarne personer får makt overfor nye medarbeidere. Disse holdningene er med på å danne en egen kultur innenfor praksisfellesskap.

### **Profesjon og praksisfellesskap**

Det fremkommer at forventningene til sykepleierstudentene var forskjellige i de ulike praksisfellesskapene. I sykehjem er det vanlig at de ulike profesjonene tilhører ulike

praksisfellesskap. Hvilken profesjon man tilhører kan ha betydning for hvem man danner uformelle praksisfellesskap med (Filstad, 2012). Schein (2010) sier at de som deler de samme grunnleggende antagelsene ofte danner egne fellesskap. Sykepleiere kan for eksempel danne et eget fellesskap seg imellom, som baseres på andre holdninger og verdier enn den rådende kulturen i sykehjemsavdelingen. Som nevnt i forrige avsnitt ble det blant pleiepersonalet i sykehjemsavdelingen forventet at studentene skulle inngå som en ”av dem” i arbeidshverdagen og at studentene skulle bidra til forefallende arbeid i avdelingen. Men de studentene som hadde tett oppfølging av kontaktsykepleiere inngikk ofte i egne praksisfellesskap med disse. Disse sykepleierne fokuserte (i stedet) på å utfordre studentene med konkrete, sykepleiefaglige problemstillinger. Ifølge Wenger (2012) blir profesjonell identitet utviklet i samhandlingen mellom nykommer og praksisfellesskap. Profesjonell identitet inkluderer både personlighet og faglighet (Heggen, 2013). Kanskje student og praksisveileder identifiserer seg med hverandres roller, siden de har en felles forankring gjennom sykepleierfaget? Heggen (ibid.) påpeker at det å utvikle en profesjonell identitet handler om hvordan studenten ønsker å bli som profesjonell yrkesutøver. For at en sykepleierstudent skal kunne utvikle både sin personlige og faglige identitet som fremtidig sykepleier, kan det derfor synes viktig at hun først og fremst introduseres til et praksisfellesskap bestående av sykepleiere. Abben (2008) påpeker at sykepleie som fag bør prioriteres gjennom sykehjemspraksis. Det kan fremstå lettere for studentene å ha et rent sykepleiefaglig fokus gjennom praksis, dersom de får tett oppfølging av sykepleiere. Studien viser at studentenes arbeidsoppgaver i praksis i stor grad ble definert av den oppfølgingen studenten fikk - eller ikke fikk - av sin praksisveileder. Med andre ord: de studentene som ble ivaretatt og fulgt opp av en kontaktsykepleier gjennom hele praksisperioden opplevde at de slapp unna rollen som ”gratis arbeidskraft” i sykehjemsavdelingen. Man kan anta at dette er fordi studentene slapp å forholde seg til pleiepersonalets forventninger, da de ikke behøvde å inngå i praksisfellesskap med dem. Denne studien antyder at studenter som inngår i praksisfellesskap med sine kontaktsykepleiere har en bedre opplevelse av sykehjem enn de som går ”alene” i avdelingen.

I neste avsnitt vil jeg se nærmere på praksisveilederens rolle i sykehjemspraksis.

## 5.2 Praksisveileders betydning for studentenes opplevelse av sykehjemspraksis

### Betydningen av veiledet praksis

Gjennom utdanningen blir studentene presentert for teorier og begreper som ansees som gode eksempler på praktisk yrkesutøvelse (Heggen, 2013). I sykehjemmet skal disse teoriene testes ut i praksis. Veiledet praksis har en sentral rolle gjennom utdanningen til de fleste såkalte menneskebehandlerne profesjoner (Rønnestad, 2013). Abben (2008) sier at for et optimalt læringsmiljø skal studentene følges tett opp av faste praksisveiledere. Dette krever tett samarbeid, veiledning og dialog mellom praksisveileder og sykepleierstudent. Når en sykepleierstudent lærer av en profesjonell sykepleier, kan dette kalles *mesterlære*. Mesterlære kan best forklares som relasjonen mellom en ekspert og en nybegynner innen et fagfelt, der nybegynneren har behov for å tilegne seg ny kunnskap (Filstad 2012). Utvikling fra nybegynner til ekspert går via avansert nybegynner, kompetent utøver, og kyndig utøver (Dreyfus & Dreyfus, 2012). En sykepleierstudent vil sannsynligvis befinne seg på et nybegynnerstadium (Benner, 1982). Det er ikke forventet at en sykepleierstudent skal ha tidligere erfaring fra sykehjemsarbeid. En sykepleierstudent kan derfor heller ikke forventes å ha erfaring med å utføre oppgaver i reelle situasjoner. Når studentene blir utplassert i praksis blir de introdusert for det som Lave og Wenger (2012) kaller for *situert læring*. Dette betyr at studentene lærer gjennom deltakelse i sosiale praksisfellesskap og gjennom praktisk yrkesutøvelse. Selv om studentene har en teoretisk forankring gjennom pensum i skolen, kan de ha problemer med å evaluere situasjoner i sin helhet og vite hvilke oppgaver som bør prioriteres i en gitt setting (Benner, 1982).

Ifølge Schön (2014) vil studenter i praksis møte situasjoner som er så komplekse at den tillærte teoretiske kunnskapen ikke passer inn. En kyndig sykepleier vil handle spontant ut fra sin egen erfaring og sin tause kunnskap (Schön, 2014), mens en novise vanskelig vil kunne klare dette (Benner, 1982). En sykepleierstudent på nybegynner eller på avansert nybegynnerstadiet, vil ha begrenset med iboende handlingskunnskap. Både *nybegynnere* og *avanserte nybegynnere* tar inn lite av situasjonen fordi det fortsatt er for nytt og fremmed. En *avansert nybegynner* forsøker å huske teorien hun har lært og forsøker å sette denne i sammenheng med det hun ser i praksis. Hun trenger støtte i en klinisk situasjon og hjelp til å prioritere, da hun ennå ikke klarer å sortere ut de viktigste momentene i situasjonen (ibid.).

Noen av informantene i denne studien hadde allerede erfaring fra arbeid i sykehjem da de startet i praksis. Man kan anta at disse studentene ikke opplever seg selv som nybegynnere innen feltet, men kanskje heller som det Dreyfus og Dreyfus (2012) betegner som en *avansert nybegynner*. Disse studentene hevder at de gjennom praktiske erfaringer har lært seg å gjenkjenne og takle visse situasjoner. Studentene mener at de er forberedt på hva som vil møte dem i sykehjemmet, og at de kan sammenligne og utføre arbeidet basert på egne tidligere erfaringer. En *avansert nybegynner* er likevel bare en som så vidt utfører jobben sin på akseptabelt nivå. Vedkommende har bare hatt akkurat nok reelle situasjoner å bryne seg på. For å kunne klatre i Dreyfus og Dreyfus' ferdighetsstige er de avhengig av å bygge opp et repetoar av handlingsmønstre gjennom praktisk erfaring og bevisst refleksjon (Benner, 1982). Dette indikerer at alle studentene, både de med og uten erfaring fra sykehjem bør få tett oppfølging av en kontaktsykepleier for å få maksimalt utbytte av sin praksis.

### **To praksisveiledere**

Alle informantene i denne studien fikk oppnevnt minst en kontaktsykepleier som skulle ha hovedansvaret for dem gjennom hele praksisperioden. Studien viser at selv om studentene fikk *oppnevnt* en praksisveileder var ikke det ensbetydende med at de fikk systematisk oppfølging fra denne. Flere studenter sier at de ble overlatt til seg selv i avdelingen og at de fikk minimal med oppfølging av kontaktsykepleier gjennom praksisperioden. Et par av studentene fikk også oppnevnt en ekstra praksisveileder. Det kan se ut til at de sykehjemmene som oppnevnte to praksisveiledere til hver student var opptatt av at studentene skulle få skikkelig oppfølging gjennom praksis. Dette kan ha bidratt til at studentene har fått kontinuerlig veiledning – også når hovedansvarlig ikke har vært tilstede. Det var disse studentene som anga mest og best systematisert oppfølging gjennom praksisperioden. De hadde alltid noen å henvende seg til og følte seg sjelden eller aldri overlatt til seg selv i avdelingen.

### **Prosedyrekunnskap**

Alle informantene i denne studien sa at de ønsket å få øve på prosedyrer. Dette sammenfaller med Bergland og Lærum (2002) sin studie som hevder at studenter ønsker å bli flinkere i konkrete sykepleieprosedyrer. Jeg som selv er sykepleier kan forstå at studentene synes det er

nyttig å få øve seg på å få konkrete prosedyrer ”inn i fingrene”. Studentene kan tilegne seg eksplisitt kunnskap om hvordan man skal utføre en prosedyre ved å lese om den, men vil trenge veiledning og praktisk trening ved å gjennomføre den. Bare slik kan studentene opparbeide seg det som Schön (2014) benevner som *handlingskunnskap* i praksis. Den tause kunnskapen som ligger i handlingen, kan kun læres dersom studentene får observere, reflektere og kopiere en erfaren sykepleiers handlinger. Samtidig så er en prosedyre en helt konkret handling der studenten skal følge tillærte regler. De følger en “oppskrift” på hvordan de skal gjennomføre denne handlingen. Dette sammenfaller med Dreyfus og Dreyfus’ (2012) læringsteori som sier at nybegynnere og avanserte nybegynnere er mest opptatt av å følge tillærte regler og at de vurderer sin egen innsats ut fra evnen til å følge disse reglene.

Alle studentene påpeker at det *egentlige* hovedfokuset i praksisperioden var stell og pleie. De hevder også at dette er forståelig, da alle studentene har ulike utgangspunkt og behøver å bli trent i det gode stell. Likevel tolker jeg flere av studentene slik at de er skuffet over at de ikke fikk øve mer på konkrete sykepleieprosedyrer. Studentene har kanskje opparbeidet seg forventninger om hvordan en sykepleier i sykehjem arbeider - gjennom forberedelsene til praksis. Studentene øvet mye på prosedyrer i denne forberedelsesfasen. Studentene antok dermed at prosedyrekunnskap ville stå sentralt gjennom sykehjemspraksis. Dette kan kanskje settes i sammenheng med Heggen (2013) som påpeker at profesjonell identitet blant annet handler om hvilke ferdigheter yrkesutøveren bør tilegne seg - for å anse seg selv som en god yrkesutøver. Kanskje studentene anser gjennomføring av sykepleieprosedyrer som en slik ferdighet? Bergland og Lærum (2002) understøtter dette med sin forskning og hevder at studenter ønsker å bli bedre i spesifikke prosedyrer. Prosedyrer er helt konkrete oppgaver som kan knyttes direkte opp mot sykepleiefaget. Jeg tror derfor at det å få lov å trene på prosedyrer gjennom sykehjemspraksis vil bidra til å styrke studentens opplevelse av sin profesjonelle identitet som fremtidig sykepleier. Heggen (2013) sier at denne identiteten kontinuerlig påvirkes gjennom utdanning, refleksjon, i praksis og i yrkeslivet. Bruun og Skaalvik (2010) hevder at studenter ofte viser mindre interesse for å arbeide innen eldreomsorgen ved studieslutt. Betyr dette at studentene ikke opplever at de får utviklet sin sykepleieidentitet innen dette fagfeltet? Studenter som fikk trene mye på prosedyrer og som fikk ha et rent sykepleiefaglig fokus gjennom praksis angir bedre opplevelser fra praksis enn dem som hovedsakelig gikk i stell og pleie. Disse er også mer positive til å selv arbeide i sykehjem. Jeg



tolker Heggen (2013) dithen at identitet skaper tilhørighet og at disse to begrepene er uadskillig avhengig av hverandre. En kan kanskje tolke funnene slik at en student som opplever å utvikle profesjonell sykepleieridentitet gjennom sykehjemspraksis også vil kjenne profesjonstilhørighet til sykehjem. Dette kan i så fall tyde på at veiledere i sykehjem bør fremme sykepleie som fag gjennom praksisperioden. Ved å fokusere på sykepleiefaglige utfordringer og prosedyrekunnskap og reflektere høyt rundt disse, kan veileder hjelpe studenten til en større forståelse av hva sykepleie i sykehjem er. Dette går jeg nærmere inn på i neste avsnitt.

### **Når praksisveileder hjelper studenten å se sammenhenger**

Studentene sier at praksisveileder bør være personlig egnet for å ha studenter. Med dette menes god formidlingsevne og villighet til å møte studenten ”der studenten er”.

Praksisveilederen må være bevisst at studenten befinner seg på et lavere trinn i ferdighetsstigen enn henne selv, og at handlinger som for henne faller naturlig, likevel kan kreve en forklaring overfor studentene. Dette er i tråd med Dreyfus og Dreyfus' (2012) læringsmodell, samt Schöns (2014) læringsteori om mesterens iboende handlingskunnskap. Begge disse teoriene understreker betydningen av at en person som har *erfaring* innen et bestemt felt, lettere vil kunne se sammenhenger og sette i gang tiltak sammenlignet med en person uten erfaring. En ekspert klarer å vurdere en situasjon gjennom mange synsvinkler på en gang, og intuitivt velge handlingsmønster, mens en sykepleierstudent vil trenge hjelp til dette. På samme måte som Schön (ibid.) hevder at en mester må hjelpe lærlingen til forståelse, skal sykepleieren fungere som en ekspertveileder, og hjelpe sykepleierstudenten å ramme inn, navngi og løse vanskelige situasjoner i praksis.

De praksisveilederne som fremsto pedagogiske, erfarne, trygge, etisk korrekte og som var faglig oppdatert blir beskrevet som gode forbilder som inspirerer studentene. Studentene identifiserer seg med sykepleien som utøves, og gjenkjenner egne holdninger og verdier gjennom disse. Dette er i tråd med Heggen (2013) som sier at læring handler om å identifisere seg med profesjonen og å utvikle sine verdier og sosiale ferdigheter innen en sosial kontekst. Studentene oppgir at det ga trygghet å se at prosedyrer og handlingsmåter samsvarte med det som studenten hadde lært på skolen. Dette kan settes i sammenheng med at det er kort vei mellom uttrykt teori og bruksteori (Argyris & Schön, 1996). Når arbeidsutførelsen stemmer

overens med den måten studentene selv har lært anser studentene dette som god praksis. Filstad (2012) understreker at dersom overføringen av kunnskap mellom ekspert og nybegynner skal fungere optimalt, er det viktig at mesteren utøver faget på en måte som lærlingen kan identifisere seg med.

### **”Å snakke sykepleie” med praksisveileder**

Studentene opplevde det som positivt å øve på å gjøre egne sykepleiefaglige vurderinger. Studentene sa at det var godt å få rom til å være selvstendig, men at det ga trygghet å vite at en praksisveileder passet på dem. Studentene hevder at de lærte mye gjennom det å observere og reflektere sammen med sykepleier. Det å få ”snakke” sykepleie sammen med en erfaren sykepleier, angir studentene som vel så lærerikt som å utøve praktisk sykepleie. Dette understøttes av Heggen (2013) som påpeker at i en læringsprosess vil være en fordel å få frem studentenes egne tanker og erfaringer. Schön (2014) hevder at det vil være nyttig å reflektere over hvorfor man handlet som man gjorde i en situasjon. Han kaller dette *reflection-on-reflection-in-action*, eller *refleksjon-på-handling*. Refleksjon-på-handling vil være nyttig i en veiledningssituasjon i sykehjemspraksis. Det er spesielt hensiktsmessig å benytte refleksjon i vanskelige situasjoner (Rønnestad, 2013). For å sikre at studenten på et nybegynnerstadium forstår at hver situasjon er unik, kan praksisveileder spørre studenten ”hva hvis” og ”tenk om”. Hun kan presentere samme situasjon flere ganger, men hver gang fremme forskjellige problemstillinger som hver gang gir ulike handlingsalternativer og konsekvenser (Schön, 2014). Slik kan studenten lære seg teknikker for å handle og reflektere i en situasjon, vurdere konsekvensene av tiltaket og ramme inn situasjonen på ny. Studentene som opplevde å bli konfrontert med faglige spørsmål sier at de ble inspirert og motivert til videre læring bare av å se hvor mye handlingskunnskap en erfaren sykepleier innehar.

De studentene som hadde tett oppfølging og som reflekterte systematisk sammen med praksisveileder opplevde at de fikk et reelt innblikk i sykepleierens vanlige arbeidsoppgaver. De oppfattet praksisveilederen som faglig sterk og som dyktig i møte med pasientene. De påpeker at sykepleiere i sykehjem har et stort faglig ansvar. Studentene tror ikke at en nyutdannet sykepleier har rukket å tilegne seg den kompetansen og de erfaringene som kreves for å kunne påta seg dette ansvaret. Jeg tolker dette slik at studentene har lært seg å se sine egne begrensninger. Dette indikerer at studentene er bevisst på at de befinner seg på et lavt

trinn i ferdighetsstigen – også når de er ferdig utdannet. Noen av studentene er derfor skeptiske til å tiltre i en sykepleierstilling i sykehjem som nyutdannet. Dette understøttes av forskning som sier at svært få sykepleiere ønsker å arbeide i sykehjem som nyutdannet, da de føler seg overveldet av både arbeidspress og det store ansvaret det innebærer (Bergland et al., 2010). Abben (2008) mener at målet med sykehjemspraksis bør være at studenten får et balansert bilde av hva en sykehjemshverdag består av. Studentene angir at det å få innblikk i sykepleierens overordnede rolle i sykehjem er mer inspirerende enn kun stell og pleie i åtte uker sammenhengende.

### **Når praksisveileder *ikke* hjelper studenten å se sammenhenger**

Dersom praksisveilederen bare handler uten å forklare hva hun gjør, vil studenten ha vanskeligheter med å forstå tankerekken bak avgjørelsene som tas. Når sykepleieren tolker et problem og reduserer det til å passe inn i sykepleieprofesjonens eget kunnskapssystem, kaller Abbott (1988) dette for å sette en diagnose. Inferens er den måten profesjonen, gjennom sitt kunnskapssystem, forstår og løser problemene på. Inferens blir spesielt mye brukt dersom det er vanskelig eller utydelig å finne rett behandling i forhold til diagnosen (ibid.). En sykepleierstudent vil behøve trening i å sette rammer og tolke situasjoner inn i en sykepleiefaglig kontekst.

Empirien i denne studien viser at studentene hadde forventinger om å få teste teori ut i praksis, og få lære å tenke som en “ekte sykepleier”. Når de sier ”lære seg å tenke som en ekte sykepleier”, indikerer det at de ønsker mer enn å *gjøre* sykepleie gjennom kun enkeltstående prosedyrer. Studentene forklarer at de ønsker å innta et sykepleierperspektiv i møte med pasientene, reflektere over handlingsvalg og øve seg i å gjøre egne sykepleiefaglige vurderinger. Noen av studentene forteller at dette ble urealistiske mål, da de ikke fikk tilfredsstillende hjelp til dette fra sin veileder. De forteller om kontaktsykepleiere som virker faglig dyktige, men som ikke eier formidlingsevne. Noen studenter hevder til og med at de ikke lærte noe nytt overhodet av sin veileder. Abben (2008) støtter dette gjennom sin forskning som sier at studenter mener at læringsutbyttet i sykehjemspraksis er minimal.

La oss ta et eksempel: En informant i denne studien ble instruert av sin veileder til å ta urinprøve av en pasient, samt en blodprøve for å måle CRP<sup>1</sup>. Studenten som utførte dette kan ikke gjøre rede for hvilke vurderinger som ble gjort verken i forkant eller i etterkant av disse prøvene. Hun vet ikke hva sykepleieren gjorde av observasjoner eller hva som lå til grunn for at sykepleieren ønsket å få svar på disse prøvene. Hvorfor mistenkte sykepleieren at pasienten var syk? Og hvordan ble prøvesvarene vurdert? Studenten vet ikke. Jeg tenker at dette er et godt eksempel som viser at det å gjennomføre en prosedyre må ledsages av en tanke om hvorfor man velger å utføre denne. Studenten var selv lite fornøyd med oppfølgingen hun fikk av sin kontaktsykepleier. Hun forteller at praksisveileder tok henne med for å gjøre disse oppgavene, men at ingen tiltak ble forklart underveis. Dette understreker viktigheten av at praksisveilederen tenker høyt gjennom hele sykepleieprosessen, slik at også studenten får innblikk i hvordan en sykepleier tenker. Studentene som fikk øve seg på prosedyrer, men som ikke fikk reflektere sykepleiefaglig sammen med praksisveileder om hvorfor konkrete handlinger ble iverksatt, var generelt misfornøyd med læringsutbyttet fra praksis. Dette indikerer at studenter som introduseres for prosedyrekunnskap bør få hjelp til å se sammenhenger i en større sykepleiefaglig kontekst.

Studentene som beskriver situasjoner som nevnt over, opplevde det som tungvint å stadig måtte etterspørre begrunnelser for hvorfor ting blir gjort på spesifikke måter. Disse studentene var jevnt over misfornøyd med sin praksisperiode, og sier at det er lite utfordrende eller direkte kjedelig å arbeide i sykehjem.

### **Fraværende praksisveileder**

De som ikke gikk sammen med praksisveileder, men som ble overlatt til seg selv i avdelingen sammen med øvrig pleiepersonale, forteller at de egentlig ikke vet hva en sykepleiers oppgaver er. Dette understøttes av Bruun og Skaalvik (2010) som sier at dårlig oppfølging og mangel på riktig veiledning kan gjøre at sykepleierstudenter i sykehjemspraksis ikke får anledning til å se hvilke sykepleiefaglige utfordringer som eksisterer i eldreomsorgen. Dette vil jeg drøfte nærmere under avsnittet ”Manglende anerkjennelse av sykepleier skaper usikkerhet hos studentene”.

---

<sup>1</sup> CRP: blodprøve som måler C-reaktivt protein. Stigning i denne kan blant annet indikere bakteriell infeksjon hos pasienten.

### **Nyttig for kontaktsykepleier å veilede studenter?**

Gjennom veiledningssamtaler og refleksjon vil sykepleieren forsøke å sette ord på kunnskapen sin ved å forklare studenten hvorfor hun handlet som hun gjorde i en spesiell situasjon. Dette er i tråd med Schön (2014) som sier at refleksjon-på-handling er viktig. En sykepleier vil i sitt møte med studentene også bli tvunget til å reflektere over sin egen handlemåte. Det å veilede studenter og åpne opp for refleksjonssamtaler kan bidra til bevisstgjøring og utvikling av praksisveilederens egen kompetanse. Sykehjem som stiller med sykepleiere som praksisveiledere kan kanskje slik forhindre det som Schön (ibid.) benevner som *overlæring* hos sine ansatte - og slik unngå at sykepleiere går lei av arbeidet sitt?

### **5.3 Studentenes opplevelse av samarbeid mellom faggruppene**

For å kunne yte optimal pleie til pasientene er man avhengig av at de ulike faggruppene i sykehjemmet klarer å samarbeide på en god måte. Interaksjonen mellom profesjonene blir av informantene i denne studien beskrevet på forskjellige måter i de ulike sykehjemmene. I dette underkapittelet vil jeg drøfte hvordan studentene erfarte dette samarbeidet og hvordan det påvirket studentenes opplevelse av sykehjemspraksis.

#### **Bedre samarbeid mellom faggruppene gir trolig bedre trivsel for studentene**

Studien kan tyde på at eksisterende fagdekning i sykehjemmet spiller en rolle for hvordan samarbeidet mellom faggruppene fungerer. I sykehjem der det var mange sykepleiere og generelt høy fagdekning, opplevde studentene at alle faggruppene hadde tydelige arbeidsoppgaver og det var et naturlig profesjonsskille. I disse sykehjemmene var det få sykemeldinger og det som studentene beskriver som et harmonisk arbeidsmiljø. Her jobber alle faggruppene sammen som et team og ingen stiller spørsmålsteget ved hverandres oppgaver. Her er det et tydelig men naturlig arbeidsskille, der hver profesjon har et eget ansvarsområde. Øgar og Hovland (2009) presiserer at respekt for samarbeidspartneres faglige kompetanse og arbeidsområde er en forutsetning for god samhandling. De ulike faggruppene bør også ha tillit til hverandres kompetanse (Elstad, 1991). Eiken og Saksvik (2006) påpeker at mellommenneskelig støtte og respekt fra kollager er viktig. De studentene som opplevde at de ulike gruppene utviste respekt for hverandres fagkompetanse, forteller om en positiv praksisperiode. De oppfattet arbeidsgruppen som én enhet der de ansatte tok vare på hverandre og fokuserte på pasientenes behov. Aandera (1999) beskriver en godt fungerende

arbeidsgruppe som en gruppe der den enkelte medlems kapasitet og kunnskaper kommer fellesskapet til gode. Når erfaringer og kunnskap deles på tvers av faggruppene, vil de ansatte gjøre hverandre gode. En slik utveksling av kunnskap vil ifølge Argyris og Schön (1996) bidra til læring og økt kunnskap i organisasjonen. Studentene som opplevde godt samarbeid mellom faggruppene i sykehjemmet er også de som angir positive opplevelser fra praksis. Disse studentene sier at det falt naturlig at sykepleierne fikk prioritere sykepleiefaglige oppgaver gjennom arbeidsdagen. Bergland et al. (2013) sier at anerkjennelse og tydeliggjøring av sykepleierrollen er forutsetninger for at sykepleierrollen i sykehjem skal ansees attraktiv. Dette betyr at sykepleierne bør få prioritere sykepleiefaglige vurderinger og dokumentasjon i sitt arbeid. Studentene som erfarte at sykepleierne hadde et tydelig, overordnet ansvar i sykehjemmet opplevde sykepleierrollen i sykehjem som mer attraktiv enn de studentene som ikke erfarte dette.

### **Få ressurser ensbetydende med konflikter?**

Hatch (2011) hevder at når organisasjonen er avhengig av få, felles ressurser oppstår ofte konflikter. Funnene i denne studien underbygger dette. I sykehjem med få sykepleiere og generelt lav fagdekning, var uoverensstemmelsene mellom faggruppene tydelige. Studentene forteller at sykefravær i disse sykehjemmene bidro til at allerede knappe personalressurser ble enda færre. Øgar og Hovland (2009) hevder at samarbeidsproblemer kan resultere i dårlig miljø, mistriivsel og økt sykefravær. Grimsø (2005) påpeker at slike samarbeidsbrister kan føre til feil i pasientbehandlingen og senke kvaliteten på tjenesten. Jeg tror at dette kan resultere i en vond sirkel for sykehjemmet som det kan være nesten umulig å bryte: Lav fagdekning = samarbeidsproblemer = dårlig arbeidsmiljø = økt sykefravær = enda mindre fagmiljø (pga sykefravær) = samarbeidsproblemer... og slik fortsetter det. Studentene som ble utplassert slike steder sier at sykehjem med store, gjennomgående utfordringer ikke bør benyttes i sykepleierutdanningen.

Bergland et al. (2010) påpeker at få sykepleiere og et begrenset fagmiljø gjør at nyutdannede sykepleiere ikke ønsker seg til sykehjem. Det reflekterer også funnene i denne studien. Studentene forteller om sykehjem med lav fagdekning, underbemanning og dårlig samarbeid mellom faggruppene. Studentene sier at opplevelsene fra disse sykehjemmene gjør at de aldri kan tenke seg å arbeide i sykehjem som ferdig utdannet. Øgar og Hovland (2009) sier at

kommuner med lav fagdekning og sårbare fagmiljø kan slite med å rekruttere inn nødvendig kompetanse. Siden sykehjem er en viktig del av kommunehelsetjenesten, tolker jeg Øgar og Hovland (ibid.) til at ”kommuner med lav fagdekning og sårbare fagmiljø” inkluderer sykehjem.

### **Manglende anerkjennelse av sykepleier skaper usikkerhet hos studentene**

Studentene sier at pleiepersonalet i noen av sykehjemmene reagerte på at sykepleieren ikke bidro i tidkrevende rutinearbeid som kjøkkenoppgaver, skyllerom og renhold. Studenter som fulgte sykepleieren tett synes derimot at det var urettferdig når pleiepersonalet hevdet at sykepleieren ikke bidro. Disse studentene hevder at sykepleieren gjorde viktig arbeid også når hun ikke var tilstede i avdelingen. Likevel ble sykepleieren ofte mål for baksnakking, der resten av pleiepersonalet klager over at hun ikke gjør nok. Pleiepersonalet synes at sykepleieren burde bidra med kjøkkentjeneste og gulvvask på lik linje med resten av arbeidsgruppen. Dette sammenfaller med Bergland et al. (2010) som gjennom sin forskning fant ut at det forventes av kollegaer at sykepleiere bidrar til annet arbeid i avdelingen som ikke er sykepleie- eller medisinskfaglig.

Den negative måten å omtale sykepleieren på ser ut til å ha påvirkningskraft på studentene. De studentene som ikke hadde tett oppfølging av praksisveilederen sin tok ofte parti med pleiepersonalet. De forteller at de ikke vet hva sykepleieren gjorde på kontoret hele dagen, og at de ikke vil bli en slik sykepleier selv. Her har studentene inngått i praksisfellesskap med pleiepersonalet i sykehjemsavdelingen, der de har blitt introdusert for en kultur som sier at sykepleiere ”bare sitter på kontoret og gjør ingenting”. Øgar og Hovland (2009) påpeker at kjennskap til hverandres ansvarsområde er viktig. Det var kanskje ikke tilfelle i disse avdelingene. Pleiepersonalet hevder at sykepleieren bare sitter på kontoret og de videreformidler dette til studentene. Det var den virkeligheten som studentene ble introdusert for innad i pleiegruppen. Inntrykket ble bare forsterket etter hvert som tiden gikk. Disse studentene sier at de ikke vil jobbe i sykehjem, da de forbinder sykepleie her med kontorarbeid. De opplevde at sykepleieren ikke hadde en viktig funksjon i sykehjemmet. De var vitne til at den rollen de i utgangspunktet identifiserer seg med, ble devaluert av resten av arbeidsgruppen. Studentene erfarte at sykepleieren verken ble bifalt eller respektert i sin rolle i sykehjem. Dette bidro til at heller ikke studentene anerkjente sykepleierrollen. Noen av informantene hevder at det tilsynelatende ikke forskjell på arbeidsoppgavene til en sykepleier

og en ufaglært, annet enn at en sykepleier hadde hovedansvaret for å dele ut medisiner. Dette understøttes av Bergland et al. (2010) som hevder at sykepleiere ofte opplever at de ikke får anerkjennelse for jobben de gjør i sykehjem. Daatland og Solem (2000) poengterer at et menneske som føler at hun ikke betyr noe i stillingen sin, vil mistrives på jobben. Når studentene ser at sykepleieren ikke får kreditt for jobben hun gjør i et sykehjem, kan dette bidra til at studentene istedet ønsker å søke seg til andre deler av helsevesenet som nyutdannede sykepleiere.

Hvorfor opplever sykepleiere å ikke få anerkjennelse for jobben hun gjør i sykehjem? I sykehjemsavdelinger vil en sykepleier i kraft av utdannelsen sin og plassering i hierarkiet innta en form for lederrolle. Hun vil også ha det overordnede, faglige ansvaret i avdelingen. Når hun trekker seg ut fra sykehjemsavdelingen for å gjøre "kontorarbeid" og bevisst overlater studentene til praksisfellesskapet i avdelingen, bør hun kunne forutse at sykepleierrollen ikke blir anerkjent. Studien indikerer at dersom man ønsker anerkjennelse for den jobben sykepleiere gjør i et sykehjem, bør veiledningsrollen være prioritert. Veilederen bør dessuten introdusere studentene også for de arbeidsoppgavene som foregår utenfor avdelingen, slik at studentene får innblikk i hva sykepleierens "kontorarbeid" egentlig består av.

### **Kampen om prosedyrene**

Studentene forventet at sykepleieprosedyrer skulle inngå som en eksklusiv del av sykepleierens ansvarsområde. Abott (1988) kaller det jurisdiksjon når en profesjon har kontroll og enerett på spesielle arbeidsoppgaver. En sykepleiers jurisdiksjon er beskyttet gjennom helsepersonellovens krav om autorisasjon. Studentene ble derfor overrasket da de oppdaget at også hjelpepleiere gjennomførte sykepleieprosedyrer i sykehjemmene.

I ett sykehjem opplevde en student at hun ikke fikk lov til å praktisere prosedyrer. Her var hjelpepleierne gitt tillatelse til å utføre enkelte sykepleiefaglige prosedyrer. Dette kaller Abott (1988) for *arbeidsplassassimilering*, når profesjonelle arbeidsoppgaver som egentlig tilhører sykepleieprofesjonen blir utført av andre helsefagarbeidere som ikke er offisielt kvalifisert til å gjøre arbeidet. Dette kan skyldes lav fagdekning og at det ikke er mulighet for å rekruttere nok sykepleiere. Studenten opplevde at hjelpepleierne tviholdt på sine tildelte



sykepleieprosedyrer og at de nektet å slippe henne til slik at hun fikk prøve selv. Men visste denne studenten at helsepersonell (i dette tilfellet hjelpepleieren) *ikke har lov* til å delegere videre en oppgave som hun selv har fått delegert - og som i tillegg ligger utenfor hennes egentlige ansvarsområde? Molven (2002, s. 189) viser til Helsepersonelloven paragraf 5 og til Ot prp nr 13 (1998-99, s. 218) som sier at subdelegering ikke er lovlig. Subdelegering betyr å delegere videre oppgaver som ligger utenfor ens normale ansvarsområde. Det betyr at en hjelpepleier som har blitt delegert sykepleieroppgaver i sykehjemmet faktisk ikke har lov å delegere disse videre til sykepleierstudenten. For at sykepleierstudenten skal få lov til å praktisere sykepleiefaglige prosedyrer er hun dermed avhengig av veiledning av sykepleier. Bare en sykepleier kan delegere videre sykepleiefaglig arbeid. Forsvarlighetskravet sier også at en sykepleier kun kan delegere videre sykepleiefaglig arbeid dersom hun vurderer det som forsvarlig praksis.

### **Sykepleierstudenter og hjelpepleiere**

Noen av studentene forteller at det ofte var svært få, eller ingen sykepleiere på jobb i avdelingen. Studentene opplevde at hjelpepleiere inntok roller som ”småsjefer” og ”uoffisielle sjefer”. Studentene forteller at mange hjelpepleiere også praktiserte en nedlatende holdning overfor dem.

Bergland et al. (2013) hevder at det er viktig å rekruttere og beholde gode sykepleiere for å opprettholde faglig forsvarlig drift, samt ivareta og videreutvikle kvaliteten på tilbudet til sykehjempasienter. Øgar og Hovland (2009) påpeker at konflikt mellom faggruppene hjelpepleier og sykepleier ikke er et ukjent fenomen. Jeg som sykepleier har selv opplevd å tre inn i sykehjemsavdelinger med ”hjelpepleierdominert kultur”. Dette har vært både ufordrende og lærerikt. Jeg tror at disse erfaringene har hjulpet meg å forstå bakgrunnen for noen av samarbeidskonfliktene som oppstår mellom disse faggruppene. En sykepleier vil ha en høyere rang i hierarkiet i et sykehjem, sammenlignet med en hjelpepleier. Elstad (1991) påpeker at plasseringen i hierarkiet indikerer makt. Dette betyr at en sykepleier vanligvis vil være den med høyest rang og utøvende makt i en sykehjemsavdeling - foruten sykehjemslegen. Daatland og Solem (2000) sier at de som opplever å kjenne kontroll over sin egen jobbtillværelse trives bedre enn dem som føler seg kontrollert av andre. Fraværet av sykepleiere kan slik resultere i at hjelpepleiere blir vant til å fungere som faglige ledere i

sykehjemsavdelingen. Dette kan også resultere i det som Abbott (1988) kaller arbeidsplassassimilering. I organisasjoner med stor arbeidsbyrde kan det lønne seg at profesjonelle lærer opp andre ansatte uten profesjonell status til å utføre bestemte oppgaver. Dette kan ha medført at sykepleierne i sykehjemmet har overlatt en del sykepleiefaglige oppgaver til hjelpepleierne, for å sikre at arbeidet blir gjort. En direkte konsekvens av slik selvstendig yrkesutøvelse kan være at hjelpepleierene opplever en følelse av kontroll og økt trivsel i arbeidshverdagen.

Kan hende hjelpepleierne har vokst på de utfordringene det har innebært å ikke ha sykepleier lett tilgjengelig? Kanskje de også føler eierskap til helsefaglige oppgaver de har utført tilnærmet alene og kanskje over lang tid? Abbott (1988) påpeker at ved utstrakt bruk av arbeidsplassassimilering kan grensene mellom de forskjellige profesjonenes jurisdiksjon bli utydelig. Dette kan igjen gi grobunn for konflikt og konkurranse mellom ulike profesjoner (ibid.). Hvordan vil dynamikken mellom faggruppene påvirkes når det da kommer sykepleierstudenter i praksis som ønsker å ”ta tilbake” de sykepleiefaglige oppgavene?

Gjennom utdanningen skal studentene tilegne seg kunnskap, ferdigheter og samtidig skape seg en profesjonell identitet som sykepleier. Hvordan vil dette være mulig dersom de introduseres for faggrupper som ikke lenger anerkjenner sykepleierens ansvarsområde, og som kanskje anser det som sitt eget? Studentene forteller at de ofte ble overlatt til seg selv i avdelingen, selv om de egentlig skulle følges tett av praksisveileder. Der inngikk de som en del av pleiepersonalet, uten sykepleiers tilstedeværelse. Noen av studentene opplevde å tre inn i ”hjelpepleierdominerte” praksisfellesskap der pleierne poengterte at det var de som hadde den egentlige kontrollen i avdelingen. Studentene følte at de ble ”satt på plass” av pleierne, og det var ofte i disse sykehjemsavdelingen at det ble forventet at studentene skulle bidra med rutinearbeid. Filstad (2012) sier at de erfarne deltakerne i et praksisfellesskap vil fremstå som eksempler for hvordan praksisfellesskapet fungerer. De erfarne deltakerne innad praksisfellesskapet i avdelingen var i disse tilfellene godt voksne hjelpepleiere med lang erfaring. Argyris og Schön (1996) påpeker at de personene med mye erfaring vil fremstå som læremestere, og nykommere i fellesskapet kan lære gjennom disse. Studentene som møtte positive, erfarne hjelpepleiere sier at de lærte mye av disse. Studentene understreker at erfaring vil styrke en person mer enn kun teoretisk bakgrunnskunnskap. Jeg tror også at praktisk erfaring er viktig for å bygge opp det som Schön (2014) omtaler som

*handlingskunnskap*. Jeg tror at en hjelpepleier med lang erfaring kan inneha mer handlingskunnskap enn en sykepleier med liten eller ingen erfaring, selv med ulik teoretisk forankring. Schön (2014) sier at man må kjenne til det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og kunne bruke dette i praksis for å bli en god praktiker, noe jeg også støtter. Samtidig inkluderer helsefagene mye taus kunnskap som ikke kan læres gjennom teori, men som må tilegnes gjennom konkret handling og erfaring. En sykepleier med lang erfaring vil sannsynligvis stille med sterkere handlingskunnskap enn en hjelpepleier med tilsvarende erfaring. Men det betyr ikke at hjelpepleierens handlingskunnskap er uten verdi i møte med sykepleierstudenter i praksis. En informant i denne studien hevder at hjelpepleiere hun møtte var så dyktige at hun sammenligner dem med sykepleiere. Dette illustrerer at hjelpepleiere med lang, praktisk erfaring kan hjelpe sykepleierstudenter på nybegynnerstadiet med å tilegne seg relevant erfaring. Aanderaa (1999) påpeker at mennesker har behov for å lære noe i jobben, utvikle seg faglig og treffe beslutninger. Selv om studentene ikke inngikk i egne praksisfellesskap med sykepleiere, opplevde de likevel læring og faglig utvikling. Studien viser at studentene sidestiller spesielt dyktige hjelpepleiere med sykepleiere, samtidig som studentene identifiserer faglig dyktighet med selve sykepleierrollen. Studiens funn kan tyde på at studentene forsøker å utvikle sin profesjonelle sykepleieridentitet også gjennom møtet med dyktige hjelpepleiere.

Studentene som opplevde å bli møtt av nedlatende holdninger og lite vennlige hjelpepleiere, følte seg ikke velkommen og inkludert i avdelingen. Dette ble et hinder for situert læring i praksisperioden. Studentene følte at de måtte påta seg oppgaver som ikke hadde noe med sykepleierrollen å gjøre, for å bli akseptert i gruppen. Dette begrenset muligheten for sykepleiefaglig utvikling. Studentene som opplevde dette angir lite eller ingen læring gjennom praksisperioden.

## **5.4 Holdninger i møte med pasienten**

### **Omsorg og respekt**

Eiken og Saksvik (2006) påpeker at læring ikke bare handler om å identifisere seg med en profesjon, men at det også handler om mellommenneskelige faktorer. Informantene i denne studien hevder at en som vil bli sykepleier, sannsynligvis har et grunnleggende ønske om å

gjøre noe godt for andre mennesker. Dette sammenfaller med Heggen (2013) som sier at læring handler om å identifisere seg med profesjonen og finne ut hvordan man ønsker å handle som profesjonell yrkesutøver - både sosialt og moralsk. Man kan kanskje tolke det slik at sykepleiersstudentene i denne studien allerede identifiserer seg med sykepleierrollen og har en idé om hvordan de som fremtidige sykepleiere ønsker å være.

Sykepleierstudentene som opplevde at pleiere viste omsorg og respekt i møte med pasientene hadde en bedre opplevelse av sykehjemspraksis enn dem som erfarte kritikkverdige behandling av pasienter. I forkant av praksis hadde studentene snakket mye om hvordan de skulle møte pasienten på en verdig måte. Studentene hadde slik dannet seg forventninger om hvordan man skal og bør handle i møte med pasienten. Pasientens selvbestemmelsesrett kom fram som dypt forankret i studentene. Studentene ønsket å innta en ydmyk og hjelpende rolle og fremvise omsorg og respekt i møte med pasienten. Dette var verdier som studentene tilsynelatende identifiserte seg med. Forholdet mellom yrkesutøvernes identitet og hvem man ønsker å være, vil være avgjørende om studentene identifiserer seg med praksisfellesskapet (Filstad, 2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 4.2 sier at :

4.2 Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgs- funksjoner.

Det er viktig at mesteren utøver faget på en måte som lærlingen kan identifisere seg med (Filstad, 2012). Praksisveilederne fremstod for flere av studentene som en rollemodell som de kunne identifisere seg med, både personlig og profesjonelt. Dette sammenfaller med Schön (2014) som mener at det er viktig å se hva ”den gode praktiker” gjør i praksis. Noen beskriver sine praksisveiledere som varme personligheter som møtte pasientene med omsorg og respekt. Eide og Aadland (2008) påpeker at innen en kultur kan enkeltpersoner fremme holdninger som oppmuntrer andre ansatte til å tilstrebe det beste for pasienten. Øgar og Hovland (2009) påpeker at lederen skal fremstå som et forbilde for hvordan konkrete oppgaver bør løses. Men hvem er egentlig ”leder” i sykehjemsavdelingen? Studentene forteller at det ofte var uformelle ”sjefer” som tok styringen innad i avdelingene. Det ble heller ikke slått ned på oppførselen til pleiere som var ufine mot pasienter. Selv om sykehjemmet fordrer verdibasert ledelse med tydelige retningslinjer, kan disse overordnede verdiene vise seg uten praktisk betydning i

sykehjemsavdelingene. Schein (2010) forklarer dette med at det kan oppstå delkulturer basert på egne verdier - som ikke sammenfaller med organisasjonens overordnede verdier.

### **Sykefravær, lav bemanning og dårlig tid**

Noen av informantene i denne studien hevder at det ikke var nok tid til å hjelpe pasientene på en god måte. Bergland og Lærum (2010) sier at de som ikke ønsker å arbeide med eldre ofte begrunner dette med ressursmangel både i form av fagpersonale og tid. Slik blir det umulig å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Tid er essensielt i møte med den eldre pasienten.

Denne studien antyder at underbemanning og dårlig tid kan resultere i dårlig kvalitet på pleien, kritikkverdige situasjoner og utførelse av tvang. Flere av informantene forteller om uverdigg behandling av pasienter. Dette funnet støttes av Eide og Aadland (2008) som sier at følelsen av å ha liten tid kan resultere i at pleierne søker lettvinde løsninger som ikke tar hensyn til pasientens selvbestemmelserett. Studien viser at pasienter blir påført ubehag eller smerter, blir holdt mot sin vilje, blir ydmyket, samt at pleiere med overlegg unnlater å gi helsehjelp i noen situasjoner. Daatland og Solem (2000) sier at stress og overbelastning kan påvirke pleiepersonell som skal hjelpe pasienten. I verste fall kan dette resultere i fysisk og psykisk mishandling av pasienter, samt vanskjøtsel. Studentene som opplevde dette reagerte med sterkt engasjement. De ble både sinte og frustrerte når de så pleiere som behandlet pasienter respektløst. Hatch (2011) påpeker at det vil være naturlig at man reagerer dersom noen forsøker å endre eller fokusere på andre verdier enn de man selv står for. Studentene ønsker ikke å identifisere seg med denne måten å handle på, og de er tydelige på at dette er galt. Når studentene introduseres for en kultur i sykehjemmet som går mot det studenten selv anser som god praksis, vil det resultere i sterke og motstridende følelser. Dette sammenfaller med Schein (2010) som sier at opplevelsen av hva som er rett og galt er forbundet med sterke følelser. Argyris og Schön (1996) påpeker at studenten lettere vil reagere dersom uttrykt teori og bruksteori ikke stemmer overens. En sykepleierstudent vil forsøke å tilstrebe at "det man sier at man gjør" stemmer overens med "det man faktisk gjør." Som nykommer inn i et praksisfellesskap har studenten begrenset erfaring, og hun er heller ikke farget av kulturen innad gruppen - ennå. Hun vil dermed søke å foreta valg i samsvar med sine verdier.

## **Subkulturer**

Informantene i denne studien hevder at det ikke var en gjennomgående trend i noen av avdelingene at det var akseptert å behandle pasienter dårlig. Pleiepersonell innad i samme sykehjemsavdeling kunne gjenspeile vidt forskjellige holdninger gjennom arbeidsutførelse. I følge Schein (2010) indikerer dette at arbeidsgruppen er delt inn i flere subkulturer. Enkelte pleiere utførte handlinger som ikke burde vært akseptert i praksisfellesskapet. Disse enkeltpersonene gjorde sterke inntrykk på studentene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier noe om hva som er forventet av sykepleiere i slike situasjoner:

2.7 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.

4.3 Dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger skal hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres.

5.4 Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold.

Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette.

## **Når studentene lar være å varsle – for det nytter ikke uansett**

Studentene følte seg som hjelpesløse tilskuere til uverdigg pasientbehandling. Bare én av studentene som opplevde kritikkverdig behandling av pasienter grep inn i situasjonen. De fleste andre reagerte med unnvikelse. Dette sammenfaller med Hatch (2011) som sier at det å reagere med unnvikelse eller å trekke seg ut av ubehagelige situasjoner er et vanlig reaksjonsmønster om man forsøker å unngå konflikter. I denne studien forteller studentene at det ikke var “deres oppgave” å fortelle hvordan pleierne skal eller bør opptre foran pasienten. Aanderaa (1999) hevder at man ofte føler seg mer hjelpesløs overfor konflikter og spenninger innad i personalgruppen enn overfor pasientgruppen. Dette kan gjøre at man forsøker å overse, unngå eller bagatellisere disse konfliktene. Daatland og Solem (2000) påpeker også at sosiale forventninger innad en gruppe kan virke både støttende eller som en hindring i å utføre arbeidet slik en egentlig ønsker. Som nykommer innad en pleiekultur kan det være vanskelig å opptre som en varsler. En pleiekultur er forankret gjennom de ansattes verdier og holdninger (Eide & Aadland, 2008). En nykommer som kritiserer denne kulturen vil raskt bli utstøtt eller irettesatt med ”slik gjør vi det her” (Schein, 2010). Noen studenter sier at de følte at de snakket for ”døve ører” dersom de forsøkte å komme med innspill. Daatland og Solem (2000) sier at dersom man erfarer at det ikke nytter å ta til motmæle i en situasjon fordi man likevel ikke opplever seg som hørt, resulterer dette ofte i oppgitthet og passivitet. Det er poengløst å

påpeke feil eller prøve å påvirke situasjonen fordi ingen respekterer din mening uansett. Studentene kan da oppnå en (falsk?) følelse av kontroll ved å trekke seg unna ubehagelige situasjoner. Slik kan studentene opprettholde sitt engasjement i praksis og heller fokuserer på de situasjonene som de føler seg komfortable i. Studentene unngår dermed hele problemstillingen ved å bevisst holde seg unna enkeltpersoner i pleiegruppen. Slik håper studentene å unngå lignende situasjoner igjen. Studentene sier at det var en vond opplevelse å være vitne til uverdige møter, og enda vondere å ikke bli hørt da de forsøkte å varsle om forholdene. Studentene som opplevde at det ikke nyttet å rope varsko om kritikkverdige forhold i avdelingen, lot til slutt være å si noe som helst. De hevder at slike opplevelser medførte at de fullstendig mistet motivasjonen til å arbeide i sykehjem. En av informantene påpeker at slike opplevelser i første praksis på sykepleiestudiet kan rokke ved studentens ønske om å bli sykepleier, noe som bør være et alvorlig signal til både sykehjem og læringsinstitusjoner.

### **Pleierenes prioriteringer**

Bergland og Lærum (2002) hevder gjennom sin forskning at årsaken til at sykepleierstudenter ikke ønsker å arbeide i sykehjem skyldes negative erfaringer med personalet som allerede arbeider innen eldreomsorgen. Det sammenfaller med empirien i denne studien. Informantene som opplevde uverdige og respektløs behandling av pasienter, sier at sykehjemsarbeid er uinspirerende og at sykehjem ikke er et sted der det foregår god sykepleie. Studentene forteller også at det i noen av sykehjemmene ikke var reell *mangel* på tid i møte med pasienten, men *feil prioritering* av tid. Studentene forteller om pleiere som tok seg tid til å løse kryssord og lese ukeblader, men som ikke prioriterte å følge pasienter med vannlatingstrang til toalettet. Et arbeidssted som har en kultur der pleierne setter seg selv foran pasientenes behov, ønsker ikke studentene å tre inn i. Eide og Aadland (2008) sier at pleiekulturen i en sykehjemsavdeling blir et mønster for handlemåte som holdes oppe av fellesskapets verdier og holdninger. Måten å handle på faller så naturlig at man ikke lenger tenker over hva man gjør, da alle gjør det samme. Mange pleiere handler kanskje bare som de alltid har gjort innad kulturen. Dette understrekes av Schön (2014) som hevder at dersom yrkesutøveren ikke reflekterer over hva hun gjør og handler uten å tenke, kan dette resultere i at hun til slutt gjennomfører arbeidet som ren rutine uten å tenke seg om. Eide og Aadland (2008) sier at pleierne kanskje ikke engang er klar over at de krenker pasienten.

En student forteller om en ansatt i en sykehjemsavdeling som unnlot å hjelpe pasienter til toalettet, og som begrunnet dette med en holdning om at pasientene heller kan late vannet i bleien. En slik holdning kan gå mot de verdiene som er ønsket i organisasjonen og kan resultere i at pasienter ikke mottar nødvendig helsehjelp. En slik situasjon *kan* reddes ved at andre pleiere griper inn og selv hjelper pasienten på toalettet. Slik får pasienten nødvendig hjelp i situasjonen. Men dersom ingen stiller spørsmål ved de underliggende holdningene hos dem som ikke ville utføre arbeidet, vil dette være det som Argyris og Schön (1996) kaller enkeltkretslæring, der det underliggende problemet ikke blir løst. Dersom man ønsker en endring, må man undersøke og prøve å endre de underliggende holdningene hos personalet som var årsak til at situasjonen oppstod. Først da kan man oppnå det som Argyris og Schön (ibid.) kaller dobbeltkretslæring, for da tar man uttrykt teori og bruksteori i nærmere øyesyn og reflekterer rundt hvorfor pleierne handlet som de gjorde i den gitte situasjonen. Argyris og Schön (ibid.) sier at først når de grunnleggende holdningene hos personalet endres, vil dette vise seg gjennom endret bruksteori i møte med pasienten. Informantene i denne studien sier at det ikke var uvanlige at pleiere ikke ville følge pasienter på WC. Studentene var ofte den pleieren som grep inn i situasjonen og som fulgte pasienten til toalettet. Men forventinger innad et miljø kan være til hinder for at en får handle slik en selv ønsker (Bondevik, 2000). En student fortalte at da hun skulle følge en pasient til toalettet, ble hun stanset av en annen pleier som sa ”Nei, hun skal ikke på do nå. Hun var der for en stund siden”. Studenten valgte likevel å følge pasienten. Slik ble “feilen rettet der og da”. Dette løste denne konkrete situasjonen, men vil ikke bidra til endring i adferd hos dem som unnlot å hjelpe pasienten på toalettet. Hva ville skjedd dersom studenten ikke var tilstede i avdelingen? Ville pasienten fått likevel fått hjelp? Kanskje ikke. Studentene hevder at dette er vondt å tenke på og mener at noen av pleierne ser ut til å ha glemt at pasientene også er *mennesker*. Studentene etterlyser empati og sier at de skulle ønske at pleierne var mer reflekterte i møte med pasientene. Dette sammenfaller med Bondevik (ibid.) som mener at en holdningsendring blant helsepersonell er ønskelig og nødvendig. Daatland og Solem (2000) sier at alle tiltak som får personell til å reflektere over egne holdninger kombinert med kontroll og innsyn i avdelingen, vil bidra til å forhindre at uverdige situasjoner mellom pleier og pasient oppstår. Studien viser at studentene reagerer sterkt på uverdige møter mellom pleier og pasient. For å sikre at sykepleierstudenter får en bedre opplevelse av sykehjemspraksis, kan det derfor synes viktig at sykehjem



prioriterer regelmessig etisk refleksjon og holdningsskapende arbeid blant sykehjemspersonell.

### **Kan negative erfaringer bli til læring?**

Studentene som hadde negative erfaringer i praksis opplevde det som spesielt nyttig å reflektere sammen med skolelærer og medstudenter. Det ble et praksisfellesskap der sykepleierstudentene fant tilhørighet hos hverandre. De reflekterte over erfaringene de gjorde seg i avdelingene, også det som de ikke anerkjenner som god praksis. Heggen (2013) mener at studentene på denne måten kan få bekreftet sine faglige og personlige idealer i et fellesskap der de sammen opplever en profesjonsidentitet. Daatland og Solem (2000) påpeker at man kan innta to vidt forskjellige roller i ett fellesskap sammenlignet med i et annet. En student som fremstår stille og forsiktig som nykommer i sykehjemsavdelingen, kan likevel ytre sterke meninger sammen med "sine egne". Studentene sier at negative erfaringer fra sykehjemsavdelingene har, tross alt, bidratt til læring. De forklarer dette med at de gjennom negative erfaringer har lært hva man *ikke* skal gjøre. Heggen (2013) sier at studenter som introduseres for ulike perspektiver innen forskjellige kulturer kan oppleve motsetninger og konflikter i læringen.

## **5.5 Konsekvenser av opplevelsene**

### **Negative opplevelser fra praksis veier tyngre enn de positive**

Etter avsluttet praksisperiode stiller fire av de sju studentene seg positive til arbeid i sykehjem. To stiller seg negative og én vet ikke helt. Studentene sier at de anser arbeidet som utføres i sykehjem som et viktig og meningsfullt arbeid og påpeker betydningen av å heve kvaliteten på tjenestene som tilbys pasientene.

Selv om studentene hevder at de anser eldreomsorgen som et viktig felt, har *ingen* av studentene har et konkret ønske om å starte i sykehjem som nyutdannet sykepleier.

Studentene som angir positive opplevelser fra sykehjemspraksis er likevel åpen for det på et senere tidspunkt i livet. De med negative erfaringer derimot, de utelukker sykehjem kategorisk som fremtidig arbeidsplass. Det kan dermed se ut til at negative opplevelser fra praksis veier tyngre enn positive.

## 5.6 Oppsummering

### Opplevelsen av faglig utbytte kan bidra til utvikling av profesjonsidentitet

Jeg tolker studentenes historier dithen at det er viktig å få utvikle sin profesjonsidentitet som sykepleier gjennom praksisperioden i sykehjem. Studien antyder at sykepleierstudentene allerede identifiserer seg med sykepleierrollen når de utplasseres i praksis. Dette betyr at studentene aksepterer og følger de holdninger og det verdigrunnlaget som sykepleien bygger på. I forkant av praksis ble de introdusert for engasjerte lærere på skolen som lærte studentene hvordan det "skulle og burde" være i sykehjem. Disse forberedelsene skapte forventninger til hvordan praksisperioden kom til å bli. Forventningene ble derimot ikke alltid innfridd i møte med sykehjemmet. Overgangen fra teori til praksis ble av noen av studentene beskrevet som et praksissjokk. De ble skuffet da de oppdaget at det var et stort gap mellom hvordan ting burde være sammenlignet med hverdagens realiteter. Noen av informantene stiller seg undrende til at enkelte sykehjem overhodet blir benyttet som praksissykehjem. Flere avdelinger var underbemannet og arbeidshverdagen var preget av dårlig tid. Studentene gikk flere steder inn i rollen som ulønnet ansatt, uten systematisert oppfølging av fagpersonell. Disse studentene sier at manglende veiledning, manglende samarbeid mellom faggruppene og dårlige holdninger i møte med pasientene resulterte i negative opplevelser fra praksis. De hevder at de primært lærte hvordan ting *ikke* skal gjøres. Disse studentene identifiserer seg ikke med det arbeidet som foregår i sykehjem og ønsker heller ikke å arbeide i sykehjem som ferdig utdannet.

De studentene som hadde tett oppfølging av sin praksisveileder, som opplevde godt samarbeid mellom faggruppene og som opplevde at pleierne var omsorgsfulle og hjelpsomme i møte med pasientene, angir gode opplevelser fra praksis. De studentene som hadde ekstra tett oppfølging av kontaktsykepleier og som fikk delta i viktig arbeid også utenfor pleieavdelingene, var de som var mest fornøyd med sin praksisperiode. Studien antyder at sykepleierstudenter bør få tett og systematisk oppfølging fra en trygg og sterk fagperson, som har interesse av å veilede studenter. Studentene sidestiller faglig kompetanse med sykepleieprofesjonen, og studentene forventer et konkret, faglig læringsutbytte i praksis. Studien antyder at erfarne, dyktige og imøtekommende hjelpepleiere kan bidra til slik faglig utvikling hos uerfarne studenter, særlig i mangel på kontaktsykepleiers tilstedeværelse. En hjelpepleierveileder er tilsynelatende et bedre alternativ enn ingen veileder. Likevel bør

studentene fortrinnsvis følges opp av sykepleiere. Studien antyder at studenter som får et større innblikk i sykepleierens overordnede rolle i sykehjem, på en bedre måte vil utvikle og styrke sin profesjonelle sykepleieridentiteten gjennom praksisperioden.

### **Sosiale relasjoner**

Slik jeg tolker hovedfunnene som er drøftet i dette kapitlet, handler alle om sosiale relasjoner. Det handler om hvordan studentene danner seg en identitet når de inngår i – og påvirkes av - relasjoner med pleiepersonell, praksisveileder, medstudenter og pasienter. Disse sosiale relasjonene viser seg gjennom hvordan studentene inngår i praksisfellesskap, hvordan kunnskap overføres mellom mennesker, hvordan studentene påvirkes av holdninger innad en kultur og hvordan de opplever å samarbeide med andre faggrupper. Alt dette foregår i møter mellom mennesker. Jeg kommer til å si litt mer om dette i konklusjonen i neste kapittel.



## **Kapittel 6: Konklusjon – med forslag til tiltak og videre forskning**

### **6.1 Konklusjon**

Målet med denne studien var å få mer kunnskap om norske sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis. Ved å finne ut hva som kjennetegner studentenes opplevelser, søkte jeg også å finne ut om disse opplevelsene kan ha påvirket studentenes syn på en fremtid i eldreomsorgen.

Alle hovedfunn presentert i denne studien omhandler sosiale relasjoner. Dette er et gjennomgående mønster hos alle studentene som har blitt intervjuet. Det handler om hvordan studentene blir møtt og ivaretatt i sykehjem og om hvordan relasjonen til veileder påvirker praksisperioden. Det handler om hvordan studentene opplever at personalet i sykehjem arbeider sammen og om hvordan de oppfører seg i møte med pasienter. Gjennom sykehjemspraksis inngår studentene i relasjoner med andre mennesker; med medarbeidere, ledere og ikke minst med pasienter. Disse sosiale møtene vil utfordre - og kanskje bryte med - studentenes virkelighetsoppfatning *av* og forventninger *til* sykehjem som institusjon. For å svare på problemstillingen: Hva kjennetegner sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis? Sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis kjennetegnes og påvirkes av de sosiale relasjonene som studentene inngår i gjennom praksisperioden.

Denne studien konkluderer med at studentenes opplevelse i praksis påvirkes av kulturen og de holdningene som eksisterer innad i personalgruppen i sykehjemsavdelingene. Det er viktig at studentene introduseres for en kultur som de kan identifisere seg med. Denne studien viser at de studentene som ble introdusert for et praksisfellesskap og en kultur som de kunne relatere seg til, opplevde praksisperioden som særlig lærerik. De følte seg inkludert og akseptert i arbeidsgruppen. De som i tillegg følte seg godt ivaretatt av praksisveileder og som erfarte et høyt faglig nivå, samt gode holdninger i møte med pasientene, beskriver sin totalopplevelse av sykehjemspraksis som svært positiv. De som derimot hadde negative erfaringer i møte med sykehjem hevder at de fikk bekreftet sine antagelser om hvordan det er i sykehjem. De negative opplevelsene handler om å ikke føle seg velkommen i avdelingen. Liten oppfølging av praksisveileder, følelsen av å bli benyttet som ”gratis arbeidskraft”, dårlig samarbeid mellom faggruppene og baksnakking innad personalgruppen var gjennomgangstema for disse

studentene. De forteller også om respektløse pleiere i møte med pasienter, noe som ble oppfattet som særlig negativt.

Personalressurser kan se ut til å være en av nøkkelfaktorene i studentenes møte i sykehjem. Denne studien konkluderer med at negative opplevelser fra sykehjemspraksis veier tyngre enn positive. Ingen av informantene i studien har en plan om å arbeide i sykehjem som nyutdannet. De studentene som har hatt positive opplevelser fra praksis sier likevel at de er åpen for å jobbe i sykehjem – en gang i fremtiden. Studentene som har gjennomgående negative opplevelser fra praksis, utelukker sykehjem fullstendig som fremtidig arbeidsplass. Det ser dermed ut som at studentenes opplevelser fra sykehjemspraksis har spiller en vesentlig betydning for studentenes ønske om å arbeide i sykehjem. Dersom negative opplevelser fra praksis gjør at studenter utelukker sykehjem som fremtidig arbeidsplass, så mener jeg at disse negative praksiserfaringene bør taes på alvor. Det vil være nyttig å forske mer på dette for å finne ut om dette funnet er generaliserbart - og eventuelt i hvor stor utstrekning.

## **6.2 Hva kan denne forskningen bidra med i feltet?**

På tross av at dette er en liten studie som bare inkluderer sju sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis, er det grunn til å tro at funnene har overføringsverdi også til andre sykehjem. Å aktivt prioritere forbedringsarbeid knyttet til arbeidsmiljø, samt holdningsskapende arbeid innad sykehjemmene kan være viktige tiltak for å heve kvaliteten på tjenesten. Denne studien indikerer at godt arbeidsmiljø, pasientrettet fokus og en faglig sterk pleiegruppe med gode holdninger kan bidra til å bedre studentenes opplevelse av sykehjemspraksis. Praksisveiledere bør også være bevisst sin betydning i møte med studenten. Kanskje praksisveiledere ikke bør *pålegges* å ha ansvar for studenter? Kanskje det ville vært mer hensiktsmessig at sykepleiere som selv fremmer en interesse for å veilede studenter kan få denne oppgaven? Dette kan være avgjørende for å sikre nødvendig rekruttering av sykepleiere til sykehjem i fremtiden.

## **6.3 Forslag til tiltak og videre forskning**

Det er en lederoppgave å prioritere og iverksette forbedringsarbeid. Dette forutsetter tydelig, tilgjengelig og oppmerksom ledelse. Den viktigste bæreren av organisasjonens kultur og

verdigrunnlag vil alltid være lederen. Jeg tror videre at det vil være nyttig å involvere sykehjemsledere i forskningsprosjekter der man studerer sammenhengen mellom uttrykt teori og bruksteori innad i sykehjemsavdelinger. Slike studier kan gi verdifull informasjon om hvilke holdninger som eksisterer blant de ansatte. Dette kan for eksempel gjøres ved å kombinere fokusgruppeintervjuer og feltstudier. Slik kan man søke å få et innblikk i hvilke holdninger og verdier som eksisterer innad i de ulike miljøene i sykehjemmene, og deretter skreddersy forbedringsarbeid til hver enkelt avdeling. Jeg tror også det vil være nyttig om utdanningsinstitusjonene søker å kartlegge studenters opplevelser fra sykehjemspraksis på samme måte som jeg har gjort i denne studien. På denne måten kan man avsløre om de negative opplevelsene fra praksis utgjør et repeterende mønster i enkelte sykehjem. Slik kan sykehjem "svartelister" og bli pålagt et kvalitetsløft innen de blir benyttet i sykepleierutdanningen igjen. Dette kan også hindre at studenter benyttes som "gratis arbeidskraft" i institusjoner som ikke tilbyr studenten den oppfølgingen hun har krav på. Det krever tillit og tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksissykehjem. Utdanningsinstitusjonene kan på sin side videreformidle verdifull informasjon om hvordan sykepleierstudentene opplever arbeidsmiljø, kultur og holdninger i avdelingene, samt oppfølging av veileder og faglig utbytte. Dette kan lederen i sykehjemmet aktivt benytte i kvalitetsarbeidet, noe som igjen kan gi bedre tjeneste til pasientene og kanskje også økt rekruttering av fagpersonell til sykehjem.





## Litteraturliste

- Abben, V.A. (2008) What on earth can I learn at a nursing home *Sygeplejersken 2008 nr 23 s. 58 – 61.*
- Abbott, A. (1988) *The system of professions. An essay on the Division of Expert Labor* London: The University of Chicago Press.
- Aadland, E. (2004) *Og eg ser på deg – vitenskapsteori i helse- og sosialfag* Oslo: Universitetsforlaget.
- Aanderaa, I. (1999) *Relasjoner i teamarbeid - Et psykodynamisk perspektiv* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Andersen, Ø. (2010) 24 av 25 sykepleiere ønsker ikke å arbeide i sykehjem  
*Dagbladet 2010* Hentet fra  
<http://www.dagbladet.no/2010/07/01/nyheter/innenriks/helsepersonell/helse-norge/12382624/>
- Argyris, C. (2012) Organisatorisk læring single- og double-loop. I Illeris, K. (Red) *49 tekster om læring* Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Argyris, C. & Schön, D. (1996) *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice* University of Michigan: Addison-Wesley publishing company.
- Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur (4.utg.)* Oslo: Universitetsforlaget.
- Benner, P. (1982) From Novice to Expert *American Journal of Nursing Vol 82 nr 3 s. 402-407.*

Bergland, Å., Martinussen, N. & Vibe, O. (2013) Utvikling av et praksisfellesskap blant sykepleiere i sykehjem. I Bergland Å. og Moser, I. (Red) *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bergland, Å., Vibe, O. & Martinussen, N. (2010) Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien, Vol 98 nr 1 s. 52-54.*

Bergland, Å. & Lærum, H. (2002) Norske sykepleierstudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning *Vård i Norden 2002 Vol 22 nr 2 s. 21-26.*

Bergland Å, & Lærum, H. (1999) Hvem vil arbeide med eldre? En undersøkelse blant norske sykepleierstudenter *Vård i Norden 1999 Vol 19 nr 3 s. 4-10.*

Bondevik, M. (2000) *De eldste eldre – erfaringer og refleksjoner* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bruun, S.G. & Skaalvik, M.W. (2010) Den gamle kroppen - Sykepleierstudenters tanker om eldreomsorg som fremtidig arbeidsplass *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010 nr 2 s. 49-59.*

Busch, T. (2011) Nye trender i offentlig ledelse. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K. & Vanebo, J.O. (Red) *Modernisering av offentlig sektor* Oslo: Universitetsforlaget.

Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2000) *Aldring og samfunn – en innføring i sosialgerontologi* Bergen: Fagbokforlaget.

Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (2012) Fem stadier av ferdighetstilegnelse – fra nybegynder til ekspert. I Illeris, K. (Red) *49 tekster om læring* Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Eide, T. & Aadland, E. (2008) *Etikkhåndboka* Oslo: Kommuneforlaget AS.

Eiken, T. & Saksvik, P. E. (2006) Det psykososiale arbeidsmiljøet – hvor er det blitt av den sosiale dimensjonen. I Saksvik, P.Ø. & Nytrø, K. (Red) *Ny personalpsykologi for et arbeidsliv i endring. Nye perspektiver på samspillet organisasjon og menneske* (2. utg.) Oslo: Cappelen forlag.

Elstad, J.I. (1991) En helse- og sosialarbeider? Profesjonsstrid og lagdeling i helse- og sosialsektoren. I Piene, H. (Red) *Helsevesen i knipe* Oslo: Ad Notam.

Fauske, H. (2013) Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I Moland, A. & Terum, L.I. (Red) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Filstad, C. (2012) *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse* Bergen: Fagbokforlaget.

Granheim, U.H. & Lundeman, B. (2004) Qualitative content analyses in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness *Nurse education today 2004 nr 24 s. 105-112*.

Grimen, H. (2013) Profesjon og kunnskap. I Moland A. & Terum, L.I. (Red) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Grimso, E.R. (2005) *Personaladministrasjon - Teori og praksis* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Haddeland, K. & Søderhamn, U. (2013) Sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis *Nordisk sygeplejeforskning 2013 Vol 3 nr 1 s. 18-32*.

Halvorsen, K. (2005) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk* (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Hatch, M.J. (2011) *Organisasjonsteori* Oslo: Abstrakt forlag AS.

Hatland, A. & Terum, L.I. (2010) Profesjoner, skjønn og rettigheter. I Bay, A.H., Hatland, A., Hellevik, T. & Koren, C. (Red.) *De norske trygdene. Framvekst, forvaltning og fordeling* (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heggen, K. (2013) Profesjon og identitet. I Moland, A. & Terum, L.I. (Red) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Laudal, M. (2013) To gode grunner til å unngå akuttinnleggelse i sykehjem. *Utposten 2013 Vol 42 nr 1 s. 22-23.*

Lave, J. & Wenger, E. (2012) Situert læring - Legitim perifer deltagelse. I Illeris, K. (Red) *49 tekster om læring* Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Melby, K. (1990) *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie* (2.utg.) Oslo: Cappelen forlag.

Molven, O. (2002) *Helse og jus. En innføring for helsepersonell* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske retningslinjer* Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Offerdal, A. (1999) *Den politiske kommunen* Oslo: Samlaget.

Ot prp nr.13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99-/id159428/>

Ranhoff, A.H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (2008) *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger* Oslo: Universitetsforlaget.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. (2006) *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* Bergen: Fagbokforlaget.

Romøren, T.I., Torjesen, D.O. & Landmark, B. (2011) Promoting coordination in Norwegian Healthcare *International Journal of Integrated Care* 2011 Jan-Dec s. 11.

Romøren, T.I. (2008) Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rønnestad, M.H. (2013) Profesjonell utvikling. I Moland, A. & Terum, L.I. (Red) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Schein, E.H. (2010) *Organizational culture and leadership* (4.utg.) Edison: John Wiley and Sons Ltd.

Schön, D.A. (2014) *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder* (1.utg.) Aarhus: Forlaget Klim.

Smeby, J-C. (2013) Profesjon og utdanning. I Moland, A. & Terum, L.I. (Red) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Steinsvåg, S. (2011) Kommentar: Mitt og ditt fag *Tidsskrift Den Norske Legerforening* 2011 nr 1 s. 131.

St.meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Svensson, L.G. (2013) Profesjon og organisasjon. I Moland, A. og Terum, L.I. (Red)  
*Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Sæterstrand, T. og Tingvoll, A. (2008) Sats på rehabilitering *Sykepleien 2008 Vol 96 nr. 13 s.*  
84-85.

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* Bergen:  
Fagbokforlaget.

Wenger, E. (2012) En sosial teori om læring. I Illeris, K. (Red) *49 tekster om læring*  
Frederikberg: Samfundslitteratur.

Øgar, P. & Hovland, T. (2009) *Mellom kaos og kontroll - Ledelse og kvalitetsutvikling i*  
*kommunehelsetjenesten* Oslo: Gyldedal Akademisk.

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis”**

### **Bakgrunn og formål**

Jeg er student ved masterstudiet i Organisasjon og ledelse – helse og velferdsledelse ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Jeg skal det kommende året arbeide med en masteroppgave kalt "Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis».

Tidligere forskning hevder at andelen sykepleierstudenter som ønsker å arbeide med eldre varierer mellom 2-10 prosent. Dette betyr at en svært høy prosentandel ikke ønsker å arbeide med eldre. Jeg vil gjennom dette prosjektet forsøke å finne ut om dette er holdninger som fortsatt er aktuelle. Ved å gjennomføre en kvalitativ forskningsstudie vil jeg samle data om sykepleierstudenter sine erfaringer i sin praksisperiode på sykehjem. Ved å dybdeintervjue 6-8 sykepleierstudenter som allerede har gjennomført 8 ukers praksisperiode i 1.studieår, vil jeg prøve finne ut hvordan sykepleierstudenter opplever sykehjem som praksisplass og hva de tenker om sykehjem som eventuell senere arbeidsplass.

Studien sin hensikt er å bidra med økt kunnskap om hva som er viktig å fokusere på i sykehjemspraksis, dersom ønsket er å øke rekrutteringen av nyutdannede sykepleiere til sykehjem.

### **Utvalg**

Jeg ønsker å komme i kontakt med 6-8 sykepleierstudenter som har gjennomført og bestått 8 ukers praksisperiode i sykehjem - og som er villig til å dele sine erfaringer derfra. Utvalget bør bestå av både kvinner og menn, og variasjon i alder er også å foretrekke. Studentene bør ha vært utplassert i og representere forskjellige sykehjem.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien innebærer én samtale med undertegnede. Denne samtalen vil gjennomføres som et intervju. Studenten vil bli bedt om å svare på konkrete spørsmål som omhandler deres sykehjemspraksis. Studenten vil også oppfordres til å fortelle om egne erfaringer fra denne praksisperioden. Studenten vil ikke bli avkrevd pasientopplysninger eller annen taushetsbelagt informasjon. Navn på studenten, praksissted, veiledere, pasienter, medstudenter og annet vil anonymiseres i videre arbeid med innsamlet data. På grunn av taushetsplikten kan sykepleierstudenten ikke gi noen opplysninger som kan identifisere pasienter. Det innebærer at både navn og identifiserbare bakgrunnsopplysninger (som tid/sted, alder, kjønn, diagnose, botid, og helt spesielle hendelser) må utelates ved eventuell omtale av enkeltteksempler. Medstudenter, kollegaer, ledere og veiledere bør i størst mulig grad omtales slik at de ikke kan gjenkjennes. Båndopptaker vil bli benyttet gjennom hele intervjuet. Undertegnede vil også ta notater underveis. Intervjuet antas å ha en varighet på 45 – 60 minutter. Undertegnede og studenten møtes et bestemt sted som er avtalt på forhånd – gjerne på et møterom/grupperom i høgskolens lokaler. Intervjuene skal gjennomføres i løpet av høsten 2014.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare undertegnede som vil ha tilgang til navneliste og koblingsnøkkel. Det betyr at deltakerens navn vil - i all skriftlig materiale- bli erstattet av et nummer. Koblingsnøkkel med navn på studenten og praksisstedet vil lagres nedlåst og adskilt fra intervjudata i prosjektperioden. Prosjektet skal etter planen avsluttes senest i oktober 2015. All datamateriale som er innhentet i løpet av prosjektet blir da makulert og/eller slettet. Dette inkluderer personopplysninger, lydopptak, notater og annet. I den ferdigstilte oppgaven vil all datamateriell være anonymisert. Det betyr at dersom mastergradsoppgaven publiseres, vil det ikke være fare for gjenkjennelse.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil all datamateriale makuleres og allerede innhentede opplysninger om deg vil bli anonymisert.

### **Kontaktinformasjon**

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med

Elise Jakobsen,  
mob: 979 70 683  
E-post: [elise1512@hotmail.com](mailto:elise1512@hotmail.com)

eller med min veileder for studien:  
Olina Kollbotn ved Høgskolen i Sogn og Fjordane  
Tlf: 57676138  
Mobil: 936 41 256  
E-post: [olina.kollbotn@hisf.no](mailto:olina.kollbotn@hisf.no)

*Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.*

---

## **Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet ”Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis”**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato



## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskulen i Sogn og Fjordane	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	HiSF	
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Olina	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Kollbotn	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.  NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Stipendiat	
Arbeidssted	Høgskolen i Sogn og Fjordane	
Adresse (arb.sted)	Postboks 523	
Postnr/sted (arb.sted)	6803 FØRDE	
Telefon/mobil (arb.sted)	57676138 / 93641256	
E-post	olina.kollbotn@hisf.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Elise	
Etternavn	Jakobsen	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Postboks 118	
Postnr/sted (privatadresse)	3581 GEILO	
Telefon/mobil	97970683 /	
E-post	elise1512@hotmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Norsk sykepleierutdanning inneholder sykehjemspraksis i første studieår. Jeg vil gjennom dette prosjektet undersøke hvilke erfaringer sykepleierstudenter har gjort seg i denne praksisperioden. Hvordan opplever de at en sykehjemshverdag fortøner seg gjennom sykepleierstudiets introduksjon til dette? Hensikten med studien er å øke forståelsen for hvordan sykepleierstudenter erfarer sykehjemshverdagen og forsøke å finne ut hvilke følger dette kan ha for videre valg av karriere innen sykepleierfaget.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkel institusjon</li> <li>○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt</li> <li>○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt</li> </ul>	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		

Opggi hvordan samarbeidet foregår		
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	6-8 sykepleierstudenter som har gjennomført sykehjemspraksis i første studieår.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Kontakte en sykepleierhøyskole direkte og be om tillatelse og hjelp til å gjennomføre prosjektet mitt ved å rekruttere studenter derfra.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Telefonisk kontakt direkte til høyskolen, samt mailkorrespondanse med én kontaktperson/lærer. Jeg vil oversende informasjonsskriv om prosjektet, hvilke studenter jeg som forsker ønsker kontakt med samt lage avtaler om når og hvor intervju gjennomføres.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	6-8	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Personlig intervju med 6-8 sykepleierstudenter.	
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Se vedlegg intervju/temaguide. Studentenes personlige opplevelse av praksisperioden i sykehjem. Hva har de reagert positivt på? Hva har de reagert negativt på? Faglig fokus? Hvorfor tror de at det er slik? Skjedde det noe i praksis som de husker spesielt godt? Eksempler fra pasientpleien som var spesielt bra/dårlig? Hvilket inntrykk har de av hvordan det er å arbeide som sykepleier i sykehjem? Kunne de tenke seg å arbeide i sykehjem som ferdig utdannet sykepleier? Hvorfor? Hvorfor ikke? Refleksjon? Etikk?	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er

Spesifiser hvilke	Informantenes navn, alder, telefonnummer, samt e-post vil registreres i prosjektet. Disse opplysningene vil være ført opp på en egen navneliste/koblingsnøkkel som vil holdes adskilt fra resten av datamaterialet. Dette vil makuleres etter at prosjektet er gjennomført. All informasjon vil anonymiseres i oppgaven slik at gjenkjenning ikke er mulig.	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.  Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Hvis ja, hvilke?		
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?	Tredjeperson kan i dette tilfellet være ikke-navngitte kollegaer, medstudenter eller pasienter som studenten har møtt iløpet av sin praksisperiode. Det vil ikke registreres personidentifiserende opplysninger om disse, da dette ikke er relevant for oppgaven.	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input checked="" type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn	Det er ikke disse tredjepersonene som er i fokus i oppgaven, men studentens opplevelse av praksisperioden. Dersom studenten foreksempel forteller at han/hun hadde en praksisveileder som ikke var engasjert nok, eller at praksisveilederen behandlet pasientene uverdige, så vil dette samles inn i et av flere eksempler og anonymiseres slik at gjenkjenning ikke er mulig.	

## 10. Informasjon og samtykke

Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		

## 11. Informasjonssikkerhet

Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ● Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Studentene vil bli tildelt nummer 1,2,3,4,5,6, 7, og 8. Bare jeg har tilgang til navnelisten. Denne vil låses inn i mitt personlige pengeskrin/safe med nøkkel til.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei ●	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja ○ Nei ●	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja ○ Nei ●	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Data er beskyttet med brukernavn og passord. Ingen personopplysninger vil lagres der. Hver student blir tildelt et nummer, og alle filer på data vil bli lagret under disse numrene istedetfor navn.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja ○ Nei ●	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback,

Hvis ja, hvilken?		Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.10.2014	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
	Prosjektslutt:01.10.2015	
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Koblingsnøkkel/navneliste makuleres og datamaterialet bearbeides slik at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.  Les om arkivering hos NSD
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?		
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	2	

Olina Kollbotn  
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Vie, Postboks 523  
6800 FØRDE

Vår dato: 23.10.2014

Vår ref: 40110 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40110</i>	<i>Sykepleierstudenter i sykehjemspraksis</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Olina Kollbotn</i>
<i>Student</i>	<i>Elise Jakobsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elise Jakobsen [elise1512@hotmail.com](mailto:elise1512@hotmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



Data innhentes ved individuelt intervju med sykepleiere.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men denne setningen bør endres til: "Navn på studenten og praksisstedet vil lagres adskilt fra intervjudata i prosjektperioden."

Vi anbefaler at intervjuer minner informanten om følgende:

- Pga. taushetsplikten kan sykepleieren ikke gi noen opplysninger som kan identifisere pasienter. Det innebærer at både navn og identifiserbare bakgrunnsopplysninger (som tid/sted, alder, kjønn, diagnose, botid, og evt. helt spesielle hendelser) må utelates ved eventuell omtale av enkeltteksempler.
- Medstudenter, kollegaer, ledere og veiledere bør i størst mulig grad omtales slik at de ikke kan gjenkjennes. Hvis det er nødvendig å nevne personidentifiserende opplysninger, skal de ikke være sensitive, og det skal bare registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet.

Så fremt personvernulempen for tredjeperson (medstudenter, kollegaer, ledere og veiledere) reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig. Navn skal lagres fysisk adskilt fra intervjumaterialet. Det innebærer bl.a. at minnepenn med sikkerhetskopi bør lagres innelåst et annet sted enn der koblingsnøkkelen lagres.

Opplysningene skal anonymiseres i masteroppgaven/publikasjon, slik at ingen kan gjenkjenne enkeltpersoner verken direkte eller indirekte.

Forventet prosjektslutt er 01.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak.

# INTERVJUGUIDE

## Sykepleierstudenter i sykehjem

Informant nr:

Kjønn:

Praksissted:

Informer om bruk av båndopptaker. Er det noe studenten lurer på før vi setter i gang?

<b>Litt om studentens bakgrunn</b>	Hvor gammel er du? Kan du fortelle litt om deg selv? Hvordan vil andre beskrive deg? Interesser?
<b>Arbeidserfaring</b>	Har du tidligere erfaring fra arbeidslivet? Deltidssjobb ved siden av studiene? Erfaring fra arbeid innen eldreomsorg? (Sykehjem, hjemmesykepleie, aldershjem, dagsenter, annet?)  Hva var det som gjorde at du valgte å starte med sykepleierutdanning? Hvorfor vil du bli sykepleier?  Hvor lenge siden er det du hadde sykehjemspraksis? Gikk du delt turnus? Dag, aften, natt? Hvilke vakter hadde du mest av?
<b>Litt om sykehjemmet studenten var utplassert ved</b>	Vet du hvor mange sykehjemsplasser sykehjemmet du var utplassert ved har? I hvilken type avdeling hadde du praksisen din i? Hvilken type pasientgruppe? Hvor mange pasienter var det i denne avdelingen? Hvor mange ansatte på sykehjemmet? Vet du hvilke stillingsstørrelser de ansatte hadde? Mange i store stillinger? Utstrakt bruk av assistenter og ufaglærte? Hvor mange på jobb pr vakt? Hvor mange av disse var sykepleiere? Hadde sykepleierne ofte "ansvarvakt" med ansvar for hele sykehjemmet? Var avdelingen ledet av sykepleier eller hjelpepleier?
<b>Om forventninger</b>	Hvilke forventninger hadde du til praksisperioden i sykehjem? Så du frem til sykehjemspraksisen? Hvorfor? Gruet du deg til sykehjemspraksisen? Hvorfor?
<b>Om forberedelse før praksis</b>	Hvordan forberedte skolen dere for praksisperioden? (Teori? Refleksjoner? Øvinger? Øvelsespost?) Var det noen praktiske prosedyrer som var mer fokus på enn andre? I så fall hvilke og hvorfor? Hvilke type pensum måtte dere lese før praksis?



	<p>Lærernes engasjement:          Kan du fortelle om en engasjert lærer? Hva gjorde denne læreren for å motivere dere? Hva gjorde dette med deg?          Hvordan introduserte lærerne dere for sykehjemspraksis?          Vet du om noen av disse lærerne selv har erfaring fra å arbeide i sykehjem?          Hva tenker du om det? En fordel eller ulempe?          Kunne du ønsket at dere hadde blitt forberedt på en annen måte? - i så fall, hva savnet du?</p> <p>Hvordan ble du som student tatt imot på sykehjemmet første dag i praksis?          Hvordan ble du som student tatt imot i avdelingen du var utplassert i?          Beskriv din første dag i praksis          Hvilket førsteinntrykk fikk du av avdelingen der du var utplassert?          Endret dette inntrykket seg etter hvert i praksisperioden? På hvilken måte?          Hvorfor?</p>
<p><b>Utplassert alene eller sammen med medstudenter?</b></p>	<p>Var det flere studenter utplassert på samme sykehjem/avdeling som deg?          Ble dere satt på like vakter?          Kunne dere som studenter arbeide sammen?          Hvordan opplevde du det å være/ikke være utplassert sammen med andre studenter?          Ble det satt av tid til at dere kunne arbeide med teori, reflektere sammen eller lese dere opp på fagkunnskap?</p>
<p><b>Arbeidsoppgaver i praksis</b></p>	<p>Hva var dine vanlige arbeidsoppgaver i praksis – beskriv så konkret som mulig.          Hva likte du å gjøre? Hvorfor?          Hva likte du ikke å gjøre? Hvorfor?          Hadde du det travelt? Gi eksempel.          Opplevde du arbeidsoppgavene som slitsomme? Gi eksempel.</p>
<p><b>Om veiledning og læring</b></p>	<p>Hadde du egen kontaktsykepleier/veileder?          Hvilken rolle hadde denne kontaktsykepleieren?          Var kontaktsykepleier alltid tilstede?          Dersom kontaktsykepleier ikke var tilstede, hadde du noen andre å forholde deg til?          Hvor ofte fikk du veiledning av kontaktsykepleier?          Var den systematisk eller tilfeldig?          Beskriv veiledningen. Gi eksempel.          Hvordan opplevde du denne veiledningen?          Hva var nyttig?          Hva manglet?          Var det noe du skulle ønske var annerledes? Iså fall hva?          Opplevde du situasjoner der du følte deg usikker?          Opplevde du dette ofte?          Hva gjorde deg usikker?          Tror du at slike situasjoner kunne vært unngått, i så fall hvordan?          Når du følte deg usikker – var det det enkelt å be om hjelp?          Hvem ba du om hjelp?          Kan du fortelle om en episode der du fikk hjelp? Hvordan opplevde du dette?          Hendte det noen gang at du ikke fikk hjelp? Kan du fortelle litt om den episoden?          Hvordan opplevde du støtte fra de andre ansatte i avdelingen?          Ble du gjennom praksisperioden mer trygg på deg selv og arbeidet i</p>

	<p>avdelingen? Arbeidet du selvstendig? Hvorfor? Hvorfor ikke? Hvordan opplevde du dette?</p>
<p><b>Motivasjon og mestring</b></p>	<p>Hvor motivert var du for sykehjemspraksis før praksisperioden. Hva forventet du å lære? Hvordan gikk det med motivasjonen da du var i praksis. Hva gjorde at du ble mer motivert/mindre motivert? Når når du har vært i sykehjemspraksis, hvor motivert er du til å jobbe i sykehjem? Hadde du fravær iløpet av praksisperioden? Hvorfor? Hvorfor ikke? Lærte du noe nytt i praksis?</p> <p>Opplevde du at det var samsvar mellom det du hadde lært på skolen og hvordan ting ble utført i praksis? I hvilke situasjoner opplevde du at du lærte noe nytt? Kan du gi eksempler på det du vil beskrive som en gode læringsituasjoner i sykehjemmet? Opplevde du sykehjemspraksisen om en nyttig praksis? Hvorfor? Hvorfor ikke?</p>
<p><b>Organisering av arbeidsdagen</b></p>	<p>Hadde de ulike faggruppene ulike arbeidsfelt og arbeidsoppgaver i løpet av en arbeidsdag? Hvem gjorde hva? Opplevde du noen gang at det var misnøye mellom personalgruppen pga arbeidsfordelingen? Hvorfor det, hva ble sagt mellom personalet?</p> <p>Hvem hadde ansvar for kontakt med lege/legevisitt? Deltok du noen gang på denne visitten? Hva ble i så fall din rolle under legevisitten? Hva lærte du av dette?</p> <p>Hvilke andre faggrupper kom du i kontakt med i løpet av praksisperioden i sykehjem? Samarbeidet disse i tverrfaglige grupper? Hvordan vil du beskrive dette samarbeidet? (Lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, vernepleier med mer)</p> <p>Arbeidet de ulike faggruppene bra sammen? Opplevde du overensstemmelser eller maktkamper mellom disse? Kan du i så fall fortelle litt om hva dette gikk ut på?</p> <p>Var det ting som ble snakket om blant personalet som ikke ble tatt opp på formelle møter?</p>
<p><b>Om kvalitet, verdighet og respekt i møte med pasienten</b></p>	<p>Hvordan opplevde du at pasientene ble møtt av pleiepersonalet? Var det noe du reagerte på i pleiernes møte med pasientene? Positivt? Negativt? Hvorfor? Dersom de forteller om et vanskelig møte mellom pleier og pasient: Ble det snakket om denne situasjonen i ettertid?</p>

	<p>På hvilken måte. I hvilket forum?          Hadde de ulike faggruppene ulik tilnærming til pasientene, i så fall – på hvilken måte?</p> <p>Hvordan vil du beskrive et godt stell?          Opplevde du at dere hadde nok tid til dette?          Nok tid også når studentene ikke er tilstede?</p> <p>Hvordan opplevde du at tidsrammene påvirket personalet i møte med pasienten?</p> <p>Hva tenker du om det?          Hvordan ble du som student møtt dersom du videreformidlet ønsker og/eller krav fra pasienter til personalet?          Noen pasienthistorier du vil dele som du reagerte på?          Husk å anonymisere!          Var det noe i denne situasjonen som du ville gjort annerledes?          Hvorfor? Hvorfor ikke?</p> <p>Tidstyver?</p> <p>Skrev du eller kontaktsykepleier noen gang avvik ilt praksisperioden? Hva omhandlet i så fall disse avvikene?          Hvilket betydning tror du det har å skrive avvik?</p>
<p><b>Sykepleie som fag</b></p>	<p>Du fortalte i sted at avdelingen var ledet av en .....          Hvordan opplevde du dette?          Vil du si det hadde en praktisk betydning? På hvilken måte?</p> <p>Hva opplevde du var hovedfokus i praksis?</p> <p>Hva tenker du om dette?</p> <p>Hadde du en plan over hva du skulle/burde gjennom ilt praksisperioden?          Ble denne fulgt?</p> <p>Fikk du utøve sykepleiefaglige prosedyrer mens du var utplassert i sykehjem?          Var det ting du har lært på skolen som ikke ble fulgt opp i praksis?          Hva var sykepleierens hovedoppgaver i løpet av en vanlig arbeidsdag?</p> <p>Hvordan opplevde du det å skulle utøve "sykepleie" til sykehjemspasienten?          Var det noen oppgaver du ikke fikk gjøre?          Hvorfor det tror du?          Var det oppgaver som du mener du burde ha fått trening på, men som du ikke ble satt til å gjøre?          Hvorfor tror du at du ikke fikk øvd på disse oppgavene?          Var det ting du har øvd på på forhånd som du fikk teste ut i sykehjemmet?          Fikk du øve deg på å gjøre egne sykepleiefaglige vurderinger? Hvordan ble du som student møtt når du gjorde slike vurderinger?</p>
<p><b>En oppsummering</b></p>	<p>Hvordan opplever du at dine medstudenter og andre tenker om det å arbeide innen eldreomsorgen?</p> <p>Hvorfor tror du at det er slik?</p>

	<p>Hva tror du er viktig å fokusere på for å gjøre sykehjem til en "innbydende" arbeidsplass?</p> <p>Har praksisperioden påvirket deg i noen grad? Var det slik du trodde? Hvordan var det å arbeide med eldre som pasientgruppe?</p> <p>Var det noe som burde vært annerledes? I så fall hva. Fortell litt om dette.</p> <p>Hvordan opplevde du sykepleierene sin arbeidshverdag på sykehjemmet? Hvordan/hva fortalte sykepleierene om sin arbeidshverdag? Hva gjorde dette med ditt eget ønske om å arbeide på sykehjem?</p> <p>Tidligere forskning viser at bare 1 av 25 nytdannede sykepleiere kunne tenke seg å arbeide i sykehjem. Hvorfor det tror du?</p> <p>Kunne du tenke deg å arbeide som sykepleier i sykehjem når du er ferdig utdannet? Hvorfor? Hvorfor ikke?</p> <p>Er det noe du ønsker å føye til som vi ikke har snakket om i dag, men som du synes er viktig å sette fokus på?</p>
--	---