

SY180H 000
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Hvordan kan sykepleiere mestre stress i akutte livstruende
situasjoner hos eldre pasienter i sykehjem?

23.10.2009.

Kandidatnummer:

109

111

Oppgaven har 8995 ord.

[Knutsen, May Heidi
Lauritsen, Solvi]

Kull 06 Vår

Forord:

Vi er to sykepleierstudenter som skriver avsluttende Bacheloroppgave. Fokus er på sykepleiere i sykehjem. Vi har vært så heldige å få lov å foreta et fokusgruppeintervju med to erfarne sykepleiere som jobber i sykehjem, men som også har erfaring fra andre arbeidsforhold. Vi takker dem for at de tok seg tid til å bli intervjuet, og for gode og utfyllende svar. Diktet nedenfor synes vi gjenspeiler hvor viktig det er å se hele pasienten, ikke bare sykdom og dårlig helse. Man må ha pasienten i fokus, og kunne ta seg tid i en stresset og utfordrende hverdag.

*Hva ser du søster i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt griset, og rotet hvor hun har ligget.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, og har dårlig humør.*

*Hva ser du søster?
En tung og senil og trett gammel skrott?
- Nei, prøv en gang til – Se bedre etter – se om du kan finne;
et barn, en brud, en mor – en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se – og finne.*

(Utdrag fra: Ukjent, hjemmesykepleieren.wordpress.com).

Innhold:

1.0 Metode	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	1
1.4 Oppgavens hensikt	1
1.5 Oppgavens oppbygning	1
1.6 Definisjon av begrep brukt i oppgaven	2
1.7 Metodebeskrivelse	2
1.8 Innhenting av data	2
1.9 Kildekritikk/metodekritikk	3
2.0 Teori	5
2.1 Presentasjon av teoretikerne	5
2.1.1 Menneskesyn	5
2.1.2 Helse	6
2.1.3 Omsorg	6
2.1.4 Stress og mestring	6
2.2 Stress	7
2.3 Mestring	8
2.4 Akutte livstruende situasjoner	8
2.5 Eldre og eldreomsorg	9
3.0 Drøfting	11
3.1 Stress og mestring	11
3.2 Trygghet og forutsigbarhet	14
3.3 Utfordringer i sykehjem	18
3.4 Hvordan mestre?	20
4.0 Oppsummering.	26
Litteraturliste	27
Vedlegg	
Vedlegg 1: Intervjuguide	31
Vedlegg 2: Brev til informantenes arbeidsledelse	33
Vedlegg 3: Skjema for tillatelse innhenting av informasjon	34

1.0 Metode:

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling:

Temaet for oppgaven er mestring av jobbrelatert stress i sykepleieres hverdag. Problemstillingen er som følger; Hvordan kan sykepleiere mestre stress i akutte livstruende situasjoner hos eldre pasienter i sykehjem?

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling:

Vi er to sykepleiestudenter som er begynt på siste halvåret av vår utdanning. Vi har tenkt mye på hvordan det skal gå den dagen vi skal jobbe selvstendig. Å ha sykepleieransvar i en akutt pasientsituasjon, med fare for pasientens liv og helse er det vi frykter mest. Usikkerheten vår dreier seg om hvordan vi som nyutdannede kan mestre rollen som sykepleiere. Klarer vi i en stresset situasjon å sette våre teoretiske kunnskaper ut i praksis til det beste for pasientene vi har ansvaret for?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling:

På grunn av oppgavens retningslinjer og tid vi har til rådighet har vi forsøkt å trekke ut essensen i et stort tema. Vi har valgt å skrive om sykepleiere som jobber i sykehjem med pasienter som i utgangpunktet har svekket helse, og ikke ansees å ha videre rehabiliteringspotensial. Med akutte livstruende situasjoner mener vi store raske innsatte forandringer i pasientens helsetilstand som kan føre til massive skader eller død. Vi vil ikke komme nærmere inn på årsaker til den akutte situasjonen. Vi ønsker å belyse sykepleierens mestring av stresset i den første akutte fasen, når lege ikke er tilstede.

1.4 Oppgavens hensikt:

Dette er en avsluttende Bacheloroppgave, med valgfritt tema. Grunnen til det valgte temaet er at vi ønsker å få kunnskaper om hvordan vi som sykepleiere, på best mulig måte kan mestre stressende, akutte og livstruende pasientsituasjoner i sykehjem. Med dette håper vi å bli tryggere den dagen vi er ferdig utdannede sykepleiere, og skal jobbe selvstendig.

1.5 Oppgavens oppbygning:

I innledningen er temaet og problemstillingen presentert og begrunnet. Vi har gjort rede for avgrensninger og presiseringer i problemstillingen og oppgavens hensikt. I oppgaven er det også beskrevet sentrale begrep, metode og hvordan vi har funnet litteratur. Videre har vi

presentert teoretikere og deres syn på blant annet stress og mestring. Vi har også valgt å komme inn på teori knyttet til eldreomsorg, stress, mestring og livstruende pasientsituasjoner. Til slutt har vi drøftet sentrale temaer rundt den valgte problemstillingen. Oppgaven avsluttes med en oppsummering.

1.6 Definisjon av begrep bruk i oppgaven:

Vi har valgt å omtale sykepleieren som hun, og den hun pleier som han eller pasienten. Sykepleierne som ble intervjuet i forkant av oppgaven, omtales heretter som informantene.

1.7 Metodebeskrivelse:

Før oppgaven ble påbegynt skrev vi en prosjektplan, der vi valgte tema, problemstilling, metode og teoretikere. I tillegg laget vi en fremdriftsplan der vi beskrev hvordan vi planla å jobbe med oppgaven. Dette ble innlevert til veileder og godkjent. Det ble også samlet og lest litteratur. Vi begynte oppgaven med å skrive metodedelen, deretter fortok vi fokusgruppeintervjuet og transkriberte det. Videre møttes vi jevnlig for å skrive drøftingsdelen.

Vi har valgt en kvalitativ metode i oppgaven vår. Denne metode har vi valgt fordi den lar oss redegjøre for opplevelse og meninger som ikke lar seg måle eller telle. På denne måten fikk vi kunnskaper om problemstillingens tema. Målet var å få helhet og dybde i teksten (Dalland, 2007). Oppgaven har et hermeneutisk fenomenologisk utgangspunkt. Det vil si at vi fokuserer på en helhetlig og individrettet sykepleie. Vi har fortolket og sett på med våre øyne det andre har sagt og skrevet om temaet (Martinsen, 2003). Vi har foretatt ett fokusgruppeintervju. Det vil si at vi har intervjuet to sykepleiere samtidig om et bestemt tema. Vi var ute etter deres opplevde erfaringer, synspunkt og meninger, for så å bruke informasjonen vi fikk i oppgaven vår. Vi har også brukt egne opplevelser fra praksis i sykehjem. Oppgaven deles grovt inn i metodedel, teoridel og drøfting (Dalland, 2007).

1.8 Innhenting av data:

Vi har brukt pensumlitteratur fra hele studiet. En del litteratur fant vi i høgskolens bibliotek. Det lokale folkebiblioteket var behjelpelige med å bestille litteratur vi trengte fra andre bibliotek. Vi har valgt å bruke intervju, bøker, artikler og vitenskaplige artikler i oppgaven vår. Under litteratur innsamlingen, har vi brukt internett søk. Vi har funnet

artikler på internettsider som; sykepleien.no, forskning.no, og på helsedirektoratet.no. Vi har brukt "Vård i Norden" til å søke etter forskningsbaserte og vitenskaplige artikler. Under innsamling av litteratur på internett brukte vi NORART og Helsebiblioteket som søkermotor, uten å finne artikler vi syntes kunne brukes i oppgaven. Søkerord vi brukte, som ga resultat var: sykepleiere og mestring, sykepleier and stress. Stressorer, definisjon mestring, definisjon stress og hvordan mestre stress.

Da temaet for oppgaven var bestemt lagde vi intervjuguide, og gjorde muntlig avtalte om intervju med to erfarne sykepleiere som jobber på et somatisk sykehjem. Så sendte vi søknad til Høgskolen om tillatelse for innhenting av data fra informantene. Etter det sendte vi et formelt brev til informantenes avdelingsleder, med forespørsel om tillatelse til å gjennomføre intervjuet. I brevet opplyset vi om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd, formålet med intervjuet, og at all informasjon ville bli anonymisert og makulert etter bruk. Intervjuguiden var lagt ved slik at informantene kunne forberede seg før intervjuet. Vi hadde valgt en halvstrukturert intervjumetode, som ga rom for åpen dialog mellom intervjuer og informantene (Dalland, 2007). Etter å ha fått positiv tilbakemelding fra avdelingslederen ble intervjuet gjennomført på informantenes arbeidsplass. Til slutt ble intervjuet transkribert og anonymisert for videre bruk i oppgaven.

1.9 Kildekritikk/metodekritikk:

Da vi utformet intervjuguide i forbindelse med fokusgruppeintervjuet, hadde vi problemstilling som fokuserte på sykepleieprosedyrer og akutt sykepleie ved akutt sykdom hos eldre i sykehjem. Etter at intervjuet var gjennomført valgte vi imidlertid å forandre på problemstillingen. Da vi likevel hadde fått mye relevant informasjon i intervjuet valgte vi å bruke det videre i oppgaven.

Vi fant lite litteratur som omhandler problemstillingen vår direkte, men mye som kan knyttes opp mot temaet. Vi har imidlertid vært nødt til å velge ut den litteraturen vi fant mest relevant og interessant på grunn av oppgavens retningslinjer som begrenser antallet ord. I følge emnebeskrivelsen skal vi ikke bruke litteratur som er mer enn ti år gammel. Vi opplevde at vi fant mange bøker og artikler som var eldre enn dette, dermed kunne de ikke brukes i oppgaven vår. Etter samtale med veileder valgte vi likevel å bruke to eldre bøker med primærlitteratur. Disse bøkene omhandlet teoretikerne vi har valgt. Vi erfarte at det

var vanskelig å finne nyere litteratur som beskrev deres teorier fullt ut. I boka "*En hatt med slør*" (Konsmo, 1995) omskriver forfatteren Benner og Wrubels teorier til å passe inn i en norsk setting.

2.0 Teori:

2.1 Presentasjon av teoretikerne:

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretikerne Benner (f. 1934) og Wrubel (f. 1942) i vår oppgave (Kristoffersen, 2005). De er amerikanske sykepleier med professorater i ulike grener av sykepleiefaget. Benner og Wrubel har drevet med forskning på flere områder innenfor helse og sykepleiefaget, blant annet på stress og mestring. De er ettertraktede forelesere i fagmiljøet, og har gitt ut flere bøker og artikler. Benner og Wrubel har kritisert andre sykepleieteoretikere for å gi inntrykk av at det finnes oppskrift på hvordan god sykepleie skal være. Benner og Wrubel ønsker at deres teorier skal hjelpe oss til å tenke selv, samtidig som de gir oss gode mønstereksempler som vi kan ta lærdom av. Tanken om at Benner og Wrubel ikke nødvendigvis har fasiten i sine teorier, er noe av det vi fant tiltrekkende når vi skulle velge teoretiske referanser til oppgaven. På grunn av deres fokus på stress og mestring mener vi deres tanker og teorier er relevante for vår problemstilling, som fokuserer på sykepleierens mestring og stress i ulike situasjoner (Benner, 1995), (Konsmo, 1995). For å få frem helhet i presentasjonen av Benner og Wrubels sykepleieteorier vil vi først kort presentere deres syn på mennesket, helse og omsorg. Så presenterer vi teorien rundt stress og mestring med fokus på sykepleierens ståsted.

2.1.1 Menneskesyn:

Benner og Wrubel (1984), ser på kropp og skjel som ett. Mennesket preges av omgivelsene og kulturen det lever i. Det er i stadig utvikling og kan ikke sees på som konstant. Mennesket må sees ut fra situasjonen det befinner seg i, og dets egen oppfattning av seg selv og omgivelsene. Her presenteres noen forenklete begreper, Benner og Wrubel (1984) hevder er sentrale i beskrivelse av mennesker: Et menneske har evne til omsorg for andre mennesker og for ting som betyr noe for personen. Det har kroppslige kunnskaper, som levd erfaring, tenkning og evne til refleksjon. Evne til å forstå og se bakgrunnsforståelse, som kan forklares med en felles forståelse og oppfatninger som alle mennesker i en "setting" eller gruppe har. Og til sist noe Benner og Wrubel (1984) kaller spesielle anliggender, det vil si at ting har verdi for mennesket. I en stressende akutt livstruende pasientsituasjon er det pasientens ve og vell som er truet. Pasienten har verdi for sykepleieren (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995), (Kristoffersen, 2005).

2.1.2 Helse:

Helse er menneskers subjektive følelse av velvære, ikke målbare fysiologiske og psykologiske normalverdier hevder Benner og Wrubel (1984). De fokuserer på det enkelte menneskets følelse av muligheter til mestring, i forhold til psyke, kropp og skjel. Viktige elementer for velvære hevder de er god egenomsorg, omsorg for andre, det selv å få omsorg, samt å stole på seg selv og andre. De er skeptiske til at god helse nødvendigvis er å være totalt fri for plager (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995), (Kristoffersen, 2005).

2.1.3 Omsorg:

For at sykepleieren skulle kunne gi sine pasienter god omsorg og sykepleie er det viktig at hun engasjerer seg i hans situasjon, og oppriktig bryr seg om han, hevder Benner og Wrubel (1984). Pasientene opplever stress som følge av helsesvikt, og har behov for helhetlig mestringshjelp, pleie og omsorg fra sykepleieren. Omsorgen er en grunnleggende del av den gode pleien. Sykepleieren må bry seg om pasientene på en slik måte at hun kan se og forstå hva som er riktig pleie og tiltak for denne bestemte pasienten. Benner og Wrubel (1984), setter ikke faste rammer på hva omsorg og sykepleie er. Det individuelle i hver situasjon, og i ethvert menneske er avgjørende for hva som er god pleie i den bestemte situasjonen (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995), (Kristoffersen, 2005).

2.1.4 Stress og mestring:

Når en ikke lenger vet hvordan en kan mestre en situasjon, oppstår stress. Situasjoner der sykepleieren opplever at noe betydningsfullt (pasienten, karrieren og lignende), er i fare kan utløse stress. Sykepleieren opplever at hennes lærdom og virke utfordres, slik at hun må sørge for nye forståelsesmåter og ferdigheter. Ytre forhold som fører til stress slik som lav bemanning, dårlige arbeidsforhold med mer, er i følge Benner og Wrubler (1984), særlig vanskelig å mestre. Disse forholdene vanskeliggjør den viktige omsorgen (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel (1984), er opptatte av at konteksten rundt utførelsen av sykepleie bør legges bedre til rette for at sykepleiere skal kunne føle mestring i jobben. Omsorgen må settes i fokus. De legger vekt på to hovedpunkter de oppfatter som viktige. Det første punktet er økt fokus på hvor viktig omsorgen sykepleiere gir er, slik at den sosiale og

personlige anerkjennelsen av sykepleiere øker. Det andre er sosial og organisasjonsmessig støtte, bedre arbeidsforhold, økt status og lønn som samsvarer med det store ansvaret sykepleiere har. På det personlige plan hevder Benner og Wrubel (1984), at den enkelte sykepleier må erkjenne at det eksisterer lidelse, og at hun må finne balanse i sitt engasjement i pasientenes liv. For at sykepleiere skal kunne føle at de mestrer jobben er det viktig at de kan snakke åpent med, og finne støtte i sine kollegaer. Et markert skille mellom arbeid og privatliv er unaturlig når det gjelder å samle krefter hevder Benner og Wrubler (1984). I sykepleien bør det være rom for å samle krefter både på jobb og i det private. Den sosiale støtten og helsefremmende arbeid på sykepleiernes arbeidsplass bør i så måte være et svært viktig satsningsområde, for best mulig stressmestring (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995).

2.2 Stress:

I Hummelvoll's bok "*Helt ikke stykkevis og delt*" (2008), beskrives stress som psykofysiske reaksjoner i organismen. Reaksjonen oppstår ved store fysiske, og eller psykiske belastninger. Dette fører til at menneskets kontrollmekanismer settes på prøve, og utfordrer dets vanlige mestringsstrategier (Hummelvoll, 2008). Når en sykepleier opplever stress i forbindelse med akutte livstruende pasientsituasjoner, oppstår det en hel rekke biologiske og fysiologiske reaksjoner. Det finnes mange typer stress, men kroppens reaksjoner er tilnærmet lik ved alle typer. Stressopplevelsen formidles til stressentret i hjernen, som ligger i hypothalamus (Stresslab, 2009). Kortisolsekresjonen øker fra sentralnervesystemet, i tillegg aktiveres det sympatiske autonome nervesystemet, og frigjør adrenalin fra binyremargen. Begge prosessene fører blant annet til økt innhold av glukose i blodet. Adrenalin øker fettsyrekonsentrasjonen i blodet, hjertets minuttvolum og blodtrykket. Blodkonsentrasjonen i skjelettmuskulaturen stiger, alle disse prosessene fører til at sykepleieren blir mer årvåken, hun er klar for utfordringen (Bjålie, 2004). Det finnes ulike måter å definere stress på, noen har definert det som ytre og ofte negative påvirkning. Andre mener at stress er reaksjoner på disse ytre påvirkningen (Espnes og Smedslund, 2001). I en ordbok defineres stress som psykisk eller legemlig overbelastning. De ytre påvirkningen som fremkaller stress kalles ofte for stressorer. En stressor er det samme som stressfaktor (Bokmålsordboka, 2009).

2.3 Mestring:

For å takle forstyrrelsene av meninger, betydninger, forståelse og ubesværet funksjon som stressreaksjonen utløser, aktiveres mestringsstrategier. Mestringsstrategiene kan gå ut på å forsøke å skape avstand til, og få kontroll over den stressende situasjonen. En ønsker å oppnå spenningsreduksjon, og å søke etter meningen i situasjonen. Dette for å klare å gjennomgå, stå i og takle stressituasjonen. Mestring kan også være å involvere og engasjerer seg i de vanskelige situasjonene. Mestring kan ikke sies å være endelig behandling av stressopplevelse, og kan heller ikke brukes som entydig oppskrift på hvordan stress kan behandles. Stressmestring vil være individuell i forhold til personens opplevelse av situasjonen, livsverdier, hva som er viktig for dem, kroppslige ferdigheter, og deres historie (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995). Mestring kan også være og ikke la seg affisere av stresset, det er noe man stiller opp med mot stresset og forstyrrelsen (Benner og Wrubel, 2002). De fleste tiltakene for å øke mestringsevnen går ut på generell stressmestring som sykepleieren kan bruke i hverdagen. Det er viktig å være i balanse og ha overskudd, siden man ikke kan vite når en akutt livstruende pasientsituasjon oppstår.

Hvorfor er mestring så viktig? Mennesker har behov for å ha mål og ønsker. Alt vi foretar oss i livet er rettet mot disse. Det er derfor viktig at vi føler at vi har kontroll over målene og ønskene som vi har satt oss (Espnes og Smedslund, 2001). Mestring og stress kan noen gang stå i motforestilling til hverandre. Mestring går ut på fortolkning av følelser, og eller å tilegne seg nye ferdigheter (Benner og Wrubel, 2002). Økt mestring gjør at vi utvikler oss, noe som igjen kan gi redusert stressopplevelse i en bestemt setting (Espnes og Smedslund, 2001).

2.4 Akutte livstruende situasjoner:

Eldre i sykehjem er særlig disponert for akutt og livstruende sykdom. Nedsatt allmenntilstand, funksjonssvikt og kronisk sykdom kan øke risikoen for utvikling av akutte tilstander. Symptomer og tegn kan opptre diffust og uspesifikk hos eldre pasienter. Allmennsymptomer er ofte mest synlig, mens blant annet smerteopplevelsen kan være mindre uttalt. Det kan være flere årsaker til ett symptom, for eksempel at anstrengt respirasjon kan komme av KOLS -forverring, men det kan også skyldes hjertesvikt som følge av infarkt. Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å skille mellom alvorlige, og mindre alvorlige symptomer (Kirkevold, 2008). Vi vurderer om situasjonen er alvorlig

og livstruende ut i fra avvik fra det som kalles normalverdier eller referanseverdier, samt avvik fra pasientens normale tilstand. Normalverdi på blodtrykk for friske voksne er 120-130/80-85 mmHg, oksygenmetningen i blodet skal være fra 97-100 %. Pulsen skal normalt være 60-100 slag per minutt, regelmessig og hard hos friske voksne. Verdiene kan blant annet variere etter alder og kjønn. Ved høy alder og ved enkelte sykdommer vil verdiene på de overnevnte målingene være over eller under det som er satt som normalverdi (Kristoffersen, 2005). I en akutt livstruende situasjon med store avvik, og synlige forstyrrelser vil vi undersøke hva normalverdiene på de vitale tegnene vanligvis er for pasienten. Vi vil måle blodtrykk, oksygenmetning, og puls, men også bruke alle våre sanser for å observere pasienten. Deretter kontaktes lege slik at han kan få et bilde av våre observasjoner, dette for å kunne vurdere eventuelt behandling eller tilsyn. Dersom pasienten ikke har frie luftveier er å tilstrebe det vårt første mål, samt og få oversikt over situasjonen. Kan vi ikke kjenne puls, og pasienten ikke har synlig respirasjon vil vi starte med hjerte- lunge redning, dersom annet ikke er avklart med pasient, pårørende og lege.

2.5 Eldre og eldreomsorg:

Antallet eldre i Norge over 80 år er beregnet å øke med i overkant av 100 000 fra år 2007 til 2030. "*Omlag 40 000 brukere mottar tjenester i alders og sykehjem*" (Stortingsmelding 47:6.2, 2008-09). Sykehjem kommer inn under heldøgns omsorg og reguleres blant annet av: kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven, og forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Kommunehelsetjenestelovens § 2.1 sier at kommunen er pliktig til å gi alle sine innbyggere nødvendig helsehjelp, uansett omsorgs- og pleiebehov (Kirkevold, 2008). Pasienter skrives i dag tidlig ut fra sykehus, mange eldre har imidlertid fortsatt et stort pleiebehov den dagen de betegnes som utskrivningsklare fra sykehuset. Dette fører til at de ikke kan sendes direkte hjem, men at mange blir overført til sykehjem. Sykehjemmet fungerer i noen tilfeller som sykehusets "forlengede arm". Sykdomsbildet til pasientene er ofte mer sammensatt og komplisert nå enn tidligere. Statistikk viser at pasienter over 75 år som er innlagt i sykehus har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig, 25 % av dem har seks diagnoser. Enkelte sykehjem gir, dersom det er forsvarlig, medisinsk behandling til sine pasienter for å unngå sykehusinnleggelse. En av årsakene til det er at spesialisthelsetjenesten (sykehus) er mer kostbar enn behandling gitt i sykehjem. Det blir i større grad forsøkt å gi for eksempel intravenøs, og palliativ behandling der pasienten bor. Legen og sykepleieren må vurdere nødvendigheten av

sykehusinnleggelse, også på grunn av at det kan være uheldig for pasienten å bli flyttet fra vante, trygge omgivelser med kjent personell (Stortingsmelding 47, 2008-09).

3.0 Drøfting:

3.1 Stress og mestring:

Tanken på de første sekunders rådvillhet, og usikkerhet etter å oppdage at en pasient vi har ansvaret for er blitt akutt og livstruende syk, virker skremmende på oss, som om kort tid skal ut og jobbe som selvstendige sykepleiere for første gang.

Vanskelige jobbrelevante situasjoner og settinger en sykepleier befinner seg i, kan utløse stressreaksjon samtidig som høyt press i jobben kan føre til et mer generelt stress. For at en sykepleier skal kunne mestre stresset i en akutt, og livstruende pasientsituasjon på en god måte er det viktig at hun også har det generelle stresset under kontroll. Stressorer kan oppleves ulikt fra menneske til menneske, slik at terskelen for opplevelsen av stresset kan variere (Espnes og Smedslund, 2001). Vi blir oppmerksomme på stressorer når vi blir utsatt for press, for eksempel når vi opplever konflikter eller ved frustrasjon. Stresset kommer som følge av at man må oppføre seg i henhold til ulike krav og regler som oppstår på grunn av, eller i situasjonen. Det kan også komme som følge av krav en setter til seg selv, eller som følge av krav fra andre. Stressorer kan blant annet være knyttet til arbeidsplassen og arbeidsforholdene. Det kan være endringer i daglige rutiner, oppsigelse, forfremmelse eller endring i ansvarsmengde. Ytre faktorer som høye krav til effektivitet og økonomi, kan påvirke sykepleieres stressopplevelse.

Stress oppleves imidlertid ikke alltid negativt. Enkelte kan oppleve stress som utviklende, og vokser på å måtte håndtere stressende utfordringer. I en artikkel som omhandler Tveits doktoravhandling "*Ny ungdom i gammelt yrke...*" (2008), er det nettopp søken etter spenning, dramatikk og eksistensielle øyeblikk som motiverer ungdom til å velge sykepleieryrket (Johansen, 2008). Det er når sykepleieren ikke takler stresset at hun kan få en negativ opplevelse. Situasjoner i arbeidslivet som ikke settes i forbindelse med store omveltninger, men som bare skaper irritasjon, kan settes i sammenheng med sykdomsutvikling som for eksempel hjerte og kar sykdommer hos helsepersonell. Det samme kan man se dersom arbeidsplassen over tid krever et høyt tempo eller stadig endrer rutine (Espnes og Smedslund, 2001). En av informantene i vårt intervju sier dette:

"Faren med å jobbe som sykepleier i sykehjem er at du plutselig står oppi det. Det skjer at du må trå til med en gang, da er det kanskje verre å håndtere situasjonen".

Filosofen Lazarus (f.1824, 1993), hevdet at dersom man tolker situasjonen som stressende, så er det mer stressende enn situasjonen selv. Når en situasjon oppleves stressende, kommer det av at vi ser på situasjonen som skadende, utfordrende og eller truende (Lazarus, 1993 i Espnes og Smedslund, 2001). Vi som snart skal jobbe som selvstendige sykepleiere ønsker å bli trygge i sykepleierollen raskt, slik at vi kan handle rasjonelt og stødig dersom det oppstår akutte, og livstruende situasjoner hos pasientene vi har ansvaret for. Dette vet vi imidlertid er umulig, men ønsket om å gjøre det aller beste ut av situasjonen er likevel der. En av informantene i intervjuet svarte dette på spørsmål om hvordan hun håndterer stressende pasientsituasjoner:

“Man blir tryggere etter hvert som man får mer erfaringer. Når du opplever flere situasjoner så kan du sammenlikne de med andre situasjoner. Da får du erfaring, så blir du tryggere på at du gjør det rette neste gang. Det er ingen som er ekspert når de er nyutdannet”.

I sin bok *“Fra novise til ekspert”* (1995), understøtter Benner dette i sin gradering av sykepleieres ferdigheter i fem nivå. Graderingen er basert på Dreyfusmodellen (1980), som er en studie gjort av brødrene Dreyfus, for å kartlegge tilegnelse av kunnskap og ferdigheter blant sjakkspillere og flypiloter. Benner har i ettertid overført modellen til sykepleiere og utøvelse av sykepleiefaget. Modellen beskriver utviklingen fra den usmidige lærebokavhengige novise, til den profesjonelle ekspert, som på grunn av stor bakgrunns erfaring nærmest kan forutse hva som kommer til å skje med pasienten før symptomer og tegn er synlig for andre. I akutte og stressende situasjoner har erfaringer både fra arbeid og fritid betydning for hvordan en sykepleier klarer å håndtere og mestre situasjonen. De ulike nivåene i modellen er: nybegynner, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og til sist ekspert (Benner, 1995).

Benner og Wrubel (1984) hevder at nyutdannede og lite erfarende sykepleiere ofte ser situasjoner ut fra faste standarder og idealer, som ikke alltid stemmer overens med situasjonen de befinner seg i. Dette kan føre til at de ikke ser mulighetene i situasjonen, men heller begrensningene, som igjen kan føre til skuffelse, maktesløshet og handlingslammelse (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995).

Bandura (f.1925), er opptatt av hvordan vi som sykepleiere kan etterligne personer vi har som forbilde og rollemodeller. Han mener at man lærer mye fra disse rollemodellene, og kaller det for modellering. Han mener også at det finnes ulike belønningsmodeller i forbindelse med læringen. Man får belønning fra andre for eksempel i form av ros, belønning fra seg selv når man ser at man mestrer, og belønning i form av at man ser andre får belønning for lignende adferd (Helsedirektoratet, 2009). Når sykepleieren får mer erfaring og praksis kan det utvikles evne til å se muligheter, og tiltak bak problemene. Hennes eget og lærte syn på hva som er ideell sykepleie må tilpasse situasjonen, og tilgjengelige ressurser for da å kunne se etter sammenhenger og muligheter for en selv, og for pasienten. Dette kan føre til at sykepleieren kan mestre situasjonen hun befinner seg i på en god måte (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995). Sykepleieren må imidlertid ikke gi opp å strebe etter lærte og egne idealer, det er viktig å ha mål å jobbe mot. *”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere”* bygger på prinsipper i FNs menneskerettighetserklæring og ICNs etiske regler, og sier noe om hvordan sykepleieren skal opptre i forhold til pasient, pårørende, arbeidsplassen og samfunnet. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt, barmhjertighet og omsorg. Det er viktig at sykepleieren har disse retningslinjene med seg i jobben, også i stressende situasjoner som er vanskelig å mestre. Pasientens ve og vell skal alltid være i fokus, også i akutt livstruende situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

I en artikkel av Johannessen (2004), er det beskrevet en undersøkelse gjort på “belastningsprofiler” for ulike yrkesgrupper. Der ble det dokumentert at pleiepersonell i sykehjem har både “stress og slit profil”, i motsetning til mange andre yrkesgrupper, som ofte har enten eller (Johannessen, 2004). Vi mener at denne kombinasjonen med både “stress og slit profil” er vanskelig og utfordrende, og at det kan oppleves belastende å jobbe med dette over tid. Skålid (2008) skriver i en artikkel basert på Forbech Vinjes doktoravhandling (2007), med tema engasjement og sykepleie, at jobbengasjement ser ut til å være viktig faktor for å kunne mestre utfordringene i sykepleieyrket. Det er vanskelig, men viktig å kunne balansere mellom sykepleierens pliktfølelse, og det som faktisk lar seg gjennomføre med gitte rammer. Forbech Vinje har valgt å se på hvordan sykepleiere som lykkes og holder ut i yrket, opplever krevende arbeidsforhold. På tross av økte krav til effektivitet og økonomi klarer noen av disse sykepleierne å ha høyt jobbengasjement, samtidig som de bevarer en god helse (Forbech Vinje, 2007 i Skålid, 2008). En av

informantene sa dette i intervjuet:

“Vi er heldige på denne avdelingen, personalet er veldig interesserte og engasjerte. Også når vi møtes privat, kan vi snakke om jobben. Vi får snakket ut om situasjoner og ting som opptar oss. Jeg tror at vi på den måten kan lære hverandre en del”.

Vi tror at det er lettere å utvikle gode erfaringer, og økt mestringsevne dersom man er genuint engasjert og har interesse for faget. Dette kan gjenspeiles i hvordan sykepleieren mestrer akutte livstruende pasientsituasjoner. Den tryggheten sykepleieren utvikler gjør at hun kan mobiliserer handlingskraft til å handtere stressende, og akutte situasjoner på en god måte. I praksis har vi møtt sykepleiere som har innehatt en fantastisk ro og mestringsevne, selv i stressende og vanskelige situasjoner. Det har vært svært lærerikt og fasinende å se de utstråle en slik trygghet og ro, som igjen har påvirket både pasienter og medarbeidere. Mekki og Tollefsen (2000) sier: *“Det er en sammenheng mellom fleksibilitet og evnen til å takle stress”* (Mekki og Tollefsen, 2000:89).

3.2 Trygghet og forutsigbarhet:

Sykepleieren må i stressede situasjoner beholde roen, få oversikt og kunne prioritere hva som er de viktigste oppgavene der og da. Det vil si at den akutt livstruende syke pasienten må være i sykepleierens fokus. Andre mindre viktige oppgaver må midlertidig nedprioriteres, og eventuelt delegeres til medarbeidere som sykepleieren stoler på, og som mestrer de oppgavene de får utdelt. Sykepleieren må ta ansvar for situasjonen og kunne begrunne sine valg og prioriteringer. Ofte fører akuttsituasjoner til økt press på de andre som jobber i avdelingen, på grunn av at sykepleieren blir opptatt med den syke pasienten. Dersom det ikke er forståelse i avdelingen for dette, kan presset på sykepleieren øke, stressnivået stige, med det kan mestringsevne hennes nedsettes. Sykepleieren kan i slike situasjoner oppleve å få en dobbeltrolle på grunn av at hun har det sykepleiefaglige ansvaret, samtidig som hun er inkludert i pleierantallet. Dette kan føre til en tilleggslastning for sykepleieren (Johannessen, 2004). En informant beskriver det slik:

“... Sykepleieren må gjøre det som sykepleieren skal gjøre. Man må heller legge opp arbeidet hensiktsmessig etterpå... Det kan oppfattes feil ute i avdelingen. Det blir liksom slik at når det er noe “spennende” er det sykepleieren som får delta. Det er jo faktisk slik fordi det er behov for en sykepleier hos pasienten, og at annet arbeid ute i avdelingen også må gjøres”.

Alle pasientsituasjoner er ulike, selv om sykepleieren kan sammenligne, kjenne seg igjen i, og se likhetstrekk i situasjonene. Det er viktig at sykepleieren hurtig oppfatter hva som er problemet i den enkelte pasientsituasjon. Hun må raskt avklare pasientens spesielle behov, og hvilke ressurser som er til rådighet. Sykepleieren må i akutte og livstruende pasientsituasjoner fungere som koordinator, videreformidle, og deligere oppgaver til annet personell (Benner, 1995). Fleksibilitet, evne til å prioritere og at man har gode arbeidsrutiner er viktig for å kunne mestre stress, omstillinger og forstyrrelser i en hektisk arbeidshverdag på sykehjem. Fleksibilitet er viktig for å kunne mestre stressede situasjoner uten å miste grepet (Mekki og Tollefsen, 2000).

“... Fleksibiliteten består i å kunne kombinere kunnskaper fra mange ulike kunnskapsfelt, og kunne anvende ekspertens faktakunnskap, klokskapens hverdagskunnskap, etterforskerens innsikt, organisatorens oversikt, den handlekraftiges ferdigheter og medmenneskets moralske ansvar”.

(Krogstad og Foss, 1997 i Mekki og Tollefsen, 2000: 91).

Benner hevder i boken *“Fra novise til ekspert”* (1995), at en ekspertsykepleier på grunn av sin erfaring nærmest bør kunne forutse fremtidig pasientforløp (Benner, 1995). Sykepleieren er den som observerer pasientens forverring først på grunn av at hun ser pasienten ofte, har en langvarig relasjon til, kjennskap og kunnskap om hans situasjon (Mekki og Tollefsen, 2000). En informant sier:

“... Klarer man å være i forkant med for eksempel å få forordninger på eventuelt medikamenter fra legen er det kjempe bra. Da er det lettere å behandle i akutte situasjoner...”.

Med dette mener vi at sykepleieren og legen sammen kan fjerne en del av stresset og usikkerheten rundt en eventuell akutt og livstruende pasientsituasjon. Når legen har undersøkt pasienten, gitt medikamentforordning, og eventuell behandling er diskutert med pasient, pårørende og sykepleier, er en mulig situasjon gjennomtenkt og drøftet. Dette kan føre til økt trygghet og mestringsfølelse hos sykepleieren, og kan også hindre unødvendige, og uønskede sykehusinnleggelser.

En av informantene svarte dette på spørsmål om hva som er hennes sykepleiefaglige fokus i stressede akutte og livstruende pasientsituasjoner:

”Det første jeg tenker på er at pasienten skal ha det best mulig. Her i sykehjemmet vil jeg ikke først og fremst tenke på å få tak i lege. Jeg vil første prøve å gi pasienten oksygen, få han opp i sengen, få lettet på klærne, og få bredde over toraks. Fukte munnen, det kan være mange ting...”

Fokuset her er å gjøre det mest mulig behagelig for pasienten, skape ro og trygghet med det en har for hånden i situasjonen. Oksygen regnes som medikament og må foreskrives av lege (Almås, 2005). Vi mener det er svært viktig i slike situasjoner at sykepleieren faktisk vet hvordan systemet for, for eksempel oksygen behandling fungerer på dette sykehjemmet. For å kunne håndtere dette på en god måte er det viktig at sykepleieren får opplæring i avdelingens rutiner, slik at hun kan handle raskt og sikkert når hun starter i jobb. Hun må selv være engasjert og interessert i å finne ut av hvordan ting gjøres. Vite hvor hun kan finne, og hvordan hun kan bruke utstyr hun kan komme til å få bruk for i en akutt pasientsituasjon. Sykepleieren må forberede seg på at akutte situasjoner kan oppstå når som helst, og at det er hennes eget ansvar å være forberedt. Gode rutiner i forhold til oppfylling av utstyrslager i avdelingen, og at nødvendig akuttutstyr har sine faste plasser, gjør at sykepleieren unngår å kaste bort unødvendig tid på å lete etter dette i en akuttsituasjon. Dersom forholdene i avdelingen er lagt godt til rette for effektiv akuttbehandling, kan sykepleierens stressnivå reduseres, da hun vet hvor hun kan finne det hun trenger til en hver tid.

I bladet “*Sykepleien*” (2002) skriver Svendsrud at sykepleiere må få en teoretisk og praktisk gjennomgang av hvordan medisinsk apparatur virker, for å kunne klare å få apparatfortrolighet, som der igjen gir sykepleieren trygghet til å sette pasientens behov i fokus. Hvordan medisinsk utstyr skal brukes bør sykepleieren regelmessig øve på, på lik linje med for eksempel lovpålagte brannøvelser. Nytt utstyr må demonstreres, og prøves ut slik at alle sykepleierne føler de behersker bruken av det.

I en artikkel skrevet av førsteamanuensis Alsvåg og høgskole lektor Førland (2006), er det nettopp praktisk kunnskap som etterlyses. I en studie gjort blant sykepleiere, ett år etter avsluttet grunnutdanning, kommer det frem at de ferske sykepleierne ønsker at de hadde fått mer praktisk trening, og forberedelse før de gikk ut i yrkeslivet. De mener at det er stor forskjell mellom rollen som student og rollen som sykepleier. Man møter som sykepleier i sykehjem daglig forventninger om raskt å mestre stressende situasjoner og prosedyrer

(Alsvåg og Førland, 2006). En av informantene understøtter viktigheten av en god praksis i sykepleierstudiet:

“Jeg syns den første praksis som student er grunnleggende og uhyggelig viktig, spesielt for de som ikke har vært i omsorgsyrket før ”.

Prosedyrer, praktiske øvelser og arbeidsfordeling i akutte situasjoner bør gjennomgås regelmessig i sykehjem. Ikke bare blant sykepleierne er det viktig, men også i resten av personalgruppen, slik kan man skape trygghet, samkjøring og økt mestringfølelse i avdelingen (Ranhoff, 2007 i Kirkevold, 2008). Vi mener at sykepleieres mestringsevne i akutte livstruende pasientsituasjoner kommer til uttrykk i hvordan de tolker og håndterer akuttsituasjoner, og om de klarer å holde fokus på det beste for pasienten. I intervjuet uttrykte en informant det slik:

“... jeg tror at årsaken til endringer i det å mestre stressede situasjoner er at vi får mer erfaring, vi er tryggere på oss selv. Det er i praksis, når du begynner å jobbe, at du lærer. Du får oppleve å se situasjoner og kjenne på det selv. Når tiltakene du setter i gang viser seg å være de rette, føler du mestring... Samtidig må man være ydmyk. Går det ikke bra i en situasjon, så må man jo være villig til å innse at dette kunne jeg ha gjort bedre...”.

Erfaringer, og utvikling av praktisk kompetanse vil bidra til at sykepleieren kan mestre stress bedre. Kurs, veiledning, internundervisning, hospitering og annen systematisk opplæring i vurdering av akuttpasienter bidrar til at sykepleieren får økt mestring, og tro på egne evner (Brazill, 2008). At tiltak som settes i gang er riktige og har ønsket effekt gir følelse av mening, og å gjøre noe viktig. Det kan i neste omgang bidra til at sykepleieren ikke påvirkes av stress i den grad, fordi hun er blitt tryggere på seg selv og tør stole på sine egne vurderinger. I alle situasjoner må man være ydmyke og kritiske for å se hva som kunne vært gjort annerledes og bedre. En må ikke gå i den fellen at man tror man mestrer alt. Det er i så fall til hinder for videreutvikling av egen kompetanse (Mekki og Tollefsen, 2000). Evalueringsmøter og veiledning kan skape trygghet, og gi grunnlag for refleksjon i etterkant av stressende og vanskelige pasientsituasjoner.

Den raske utviklingen og konstante forandringen i helsevesenet kan skape overbelastning på mange måter. Ny kunnskap og utvikling innenfor teknologien i helsevesenet medfører at sykepleieren stadig må tilegne seg mange ulike, og kompliserte ferdigheter. I en

undersøkelse gjort av Larson (1987) kom det fram at så mange som 20 % av 495 sykepleiere var redde for at de skulle gjøre feil. De fryktet også at de ikke skulle klare å holde seg oppdaterte, og holde følge med den raske utviklingen. I undersøkelsen fant Larson ut at frykten som mange sykepleiere sliter med forverres på grunn av at de holder den for seg selv. På denne måte får ikke sykepleieren viktig støtte i sine kolleger (Larson, 1987 i Kongsmo, 1995). En informant sier dette om å få hjelp hos, og finne støtte i andre sykepleiere:

“Er man det minste i tvil i en akutsituasjon, og det er sykepleier på en annen avdeling, ring å si; kan du komme og vurdere situasjonen sammen med meg?”.

I ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” 3.3 står det: “Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner” (Norsk Sykepleierforbund, 2007:8). Frykten for å gjøre feil kan vokse og bli uoverkommelig dersom sykepleieren ser på den som et personlig nederlag, og opplever skam i den forbindelse. Benner og Wrubel (1984) mener at det er viktig å ha personalmøter med åpenhet rundt dette temaet. Dersom noe går galt, og en feil oppstår, er det viktig å bearbeide det på arbeidsplassen. Sykepleiere har rett til å få opplæring og oppdatering innenfor nye teknikker og prosedyrer, eller andre ukjente arbeidsområder (Benner og Wrubel, 1984 i Kongsmo 1995).

3.3 utfordringer i sykehjem:

I sykehjem utfordres hele sykepleierens kompetanse når hun skal behandle medisinske, komplekse og sammensatte problemer, samtidig som hun skal gi pleie og omsorg til pasienter med svært nedsatt evne til å ivareta egne behov (Kirkevold, 2008). Kompliserte og sammensatte sykdomsbilder blant sykehjemspasienter, kan for mange sykepleiere være spennende og utfordrende. Det gjør også faren stor for at vi som nyutdannede kan oppleve akutte og livstruende pasientsituasjoner tidlig i vår karriere. En positiv side ved å jobbe i sykehjem er at pasientene ofte bor der over lengre tid. Slik kan vi som sykepleiere, bli kjent med både pasienten og pårørende, klare å kartlegge sykdomsblide, og se sammenhenger før det eventuelt inntreffer akutte og livstruende situasjoner. Vi vet da på forhånd hvordan pasientens normaltilstand er, og kan derfor om mulig forebygge og raskt observere endringer i hans helsetilstand. Dette kan hjelpe sykepleieren i akutte livstruende situasjoner, da hun kjenner pasientens og pårørendes ønsker, og legens eventuelle

avgjørelser (Benner, 1995).

En av våre informanter sa dette om hvordan hun opplever det å ha sykepleieansvar på avdelinger der hun ikke kjenner pasientene godt:

“Jeg synes at det er vanskelig å ta avgjørelser på andre avdelinger, jeg kjenner jo ikke pasientene. Kanskje står det lite i rapporten om hva som er tenkt videre for pasienten, og hva som skal gjøres. Om de skal innlegges, og slike ting. Det kan være litt vanskelig å finne ut av”.

En av bakkdelene ved å jobbe som sykepleier i sykehjem er nettopp dette med å måtte ha ansvarsvakt på avdelinger der en er mindre kjent. I slike situasjoner må sykepleieren være klar til ta avgjørelser, og sette i gang tiltak dersom det oppstår akutte og livstruende situasjoner, også til pasienter de har lite kjennskap til. I følge Johannessen (2004) opplever noen sykepleiere det også som en psykisk belastning å være alene sykepleier på jobb. Dette særlig på ettermiddager og natt, da sykepleieren mange ganger er alene med ansvaret for flere avdelinger (Johannessen, 2004). For bedre mestring er det viktig at sykepleieren får anledning til å gjøre seg kjent med alle pasientene, og at det gis gode rapporter på tvers av avdelingene. Det må være godt samarbeid. Gode pleieplaner og foreutseende sykepleie, der behovsmedikamenter er avtalt med lege og nedskrevet, kan bidra til at det blir lettere for sykepleieren å ha ansvaret på en “fremmed” avdeling.

De aller fleste sykepleiere er opptatt av å gi god omsorg. Frustrasjonen kan derfor bli stor, når man er vitne til mye lidelse hos pasientene, og ikke ha muligheten til å hjelpe med det en vet en burde gjort. Hverdagen til mange sykepleiere inneholder mye overtid, og ofte alt for lite personell på jobb. Benner og Wrubel (1984) mener at en slik type stress som skyldes dårlige arbeidsforhold, gjør at sykepleieren ikke kan utøve omsorgsfull og god praksis. De mener også at løsningen for sykepleierne ikke er å bli mindre engasjert, men å få ordnet opp i forholdene på arbeidsplassen, slik at god sykepleie kan utøves (Benner og Wrubel, 1984 i Kongsmo 1995). Arenaen for å ta opp slike vanskelige forhold bør være medarbeidersamtaler, gruppe-, sykepleie-, eller avdelingsmøter. Eller så kan situasjonen tas opp med sykehjemmets verneombud. For å få dokumentert forhold som sykepleieren mener er til hinder for hennes utførelse av god og forsvarlig pleie, må det skrives avviksskjema som sendes blant annet til sykehjemmets ledelse. Ledelsen må da se på om

noe kan endres for at sykepleieren skal bedre kunne mestre jobben sin.

I perioder der sykepleieren er utsatt for mye stress kan hun få forbigående søvnproblemer. Disse problemene forsvinner som regel når den stressede situasjonen er over. Dersom stresset blir stort og sykepleieren ikke klarer å mestre det på en god måte, kan søvnproblemene bli langvarig. Når et menneske forsøker å mestre stress blir det brukt en stor mengde energi i kroppen, dette kan føre til at vedkommende får problemer med å slappe av. I en slik situasjon er det lett at den stressutsatte sykepleieren kommer inn i en ond sirkel der stress fører til dårlig søvnmønster og lite kvalitetssøvn. Dette kan igjen føre til at hun ikke klare å mestre utfordringer både i jobben og privat (Kristoffersen, 2005). Benner og Wrubel (1984) mener at det er viktig å legge seg til gode vaner for å hjelpe kroppen inn i døgnrytmene en får ved turnusarbeid (Benner og Wrubel, 1984 i Kongsmo, 1995). Vi mener at sykepleiere som yrkesgruppe kan være mer utsatt for å få slike forstyrrelser i søvnmønstret. Dette tror vi på bakgrunn av at de er utsatt for høyt stressnivå på arbeidsplassen, stort ansvar og ofte tredelt turnus, der sykepleieren må omstille seg fra å jobbe dag, aften og natt. En informant sier:

“For meg er det i all fall viktig med mye søvn. Det er avgjørende for meg for å kunne fungere i jobben som sykepleier”.

Psykiatrisk sykepleier og psykodramatiker Tiller (2008) mener at det er viktig å gi seg selv pusterom i løpet av arbeidsdagen. Effektiviteten øker dersom man tillater seg små pauser. En må jobbe med selvutvikling, konkretisere, og sette ord på problematiske situasjoner. Tiller tror det er viktig å senke skuldrene, trekke pusten helt ned i bekkenbunnen og lukke øynene flere ganger i løpet av arbeidsdagen. Avslapningsteknikker som meditasjon og yoga kan være nyttig for å klare å slappe av i kroppen og få fornyet energi hevder Tiller (Tiller, 2008 i Burø, 2008).

3.4 Hvordan mestre?:

Mestring kan knyttes opp mot optimistiske eller negative innstillinger. Dersom man mange ganger har opplevd å mislykkes vil dette prege ens personlighet. Sosial og kollegial støtte er viktig i forbindelse med følelse av mestring, både i privatlivet og på jobb. Støtten kan bestå av blant annet empati, omsorg og konstruktiv kritikk (Espenes og Smedslund, 2001). Det er viktig at sykepleierne gir støtte til, og tar ansvar for hverandre i en travel hverdag.

Konstruktive tilbakemeldinger er av stor betydning for mestringsfølelse i jobbsammenheng. Selvrespekt, trivsel og godt arbeidsmiljø gjør at sykepleieren blir mer effektiv, yter mer, og gjør en god jobb (Gran, 2002). En informant sier dette om kollegial tilbakemelding:

“Jeg tror det er viktig å være ærlig, å vise hvor du er, at du kan være usikker. Andre sykepleiere som er mer drevet må være flinke til å gi tilbakemeldinger. Ros, ros, ros! Det der gikk veldig bra... Ros må vi ha“.

Self - efficacy betyr mestringstro. Begrepet ble lansert av den kanadiske psykologen Bandura (f.1925), og er blitt utbredt i helsepsykologien. Bandura har gjort viktig forskning innenfor felt som personlighet og læring (Store norske leksikon, 2009). Når sykepleieren får utøve arbeidet på en meningsfylt måte, i samsvar med hennes etiske og moralske verdier kan hennes mestringsfølelsen øke (Forbech Vinje, 2007 i Skålid, 2008). Sykepleieren må ha en viss trygghet i seg selv. På den måten kan hun våge å ha tro på det hun ser og observerer. Erfaring har stor betydning. Trygghet og forståelse for det man ser, kan læres gjennom erfaringer i praksis (Austgard, 2002). I vårt intervju sa en av informantene:

“Her er du nødt til å tenke selv. Du er nødt til å tilegne deg erfaringer, få trygghet og bli selvstendig”.

Det er kjent at dersom man har tro på at man skal mestre noe, kan det medfører positive konsekvenser. Mestringstro gir som regel positive utslag dersom man møter motstand. Det kan sees en sammenheng mellom lært hjelpeløshet og nedsatt mestringstro. De som har lært hjelpeløshet har ofte lite eller ingen mestringstro. Man kan også se sammenheng mellom hjelpeløshet og angst. Jo mindre tro man har på at man kan mestre, jo mer angst føler man i de gitte situasjonene. Bandura (1977) mener at det finnes fire kilder til mestringstro. Kort omtalt er det; at man tror at man klarer noe selv. At man ser at andre mestrer, det kalles modellæring. Man kan bli overbevist av andre, og den siste er at man kan tolke kroppslig tilstand. Det vil si; dersom du står ovenfor en situasjon der du kjenner deg nervøs, vil du ha mindre mestringstro enn om du ikke var nervøs (Bandura, 1977 i Espnes og Smedslund, 2001).

Nyutdannede sykepleiere vektlegger interessant arbeid, og mulighet for fagligutvikling

sterkt når de skal velge arbeidsplass. Dette fører ofte til at sykehjem ikke blir deres førstevalg. Faglig kvalitet og status må økes, det hevdes at det er et offentlig ansvar å bidra til å øke interessen blant sykepleiere for å jobbe i sykehjem (Alsvåg og Førland, 2006). Vi mener at kommunen og ledelsen på arbeidsplassen har et ansvar når det gjelder å gjøre arbeidsplassen attraktiv. Fagutvikling både i form av kurs, hospitering og videreutdanning gjør arbeidsplassen interessant. Ledelsen bør legge forholdene til rette for kompetanseheving, for eksempel permisjon med lønn, ved kursing og videreutdanning. Slike tiltak bidrar ikke bare til tilgang på sykepleiere, men øker også kompetansen på arbeidsplassen, og i kommunen. Vi ser for oss at ved økt kompetanse kommer også økt mestringstro. Om man er trygg på prosedyrer, førstehjelp, og håndtering av ulike akutte og livstruende situasjoner, kan sykepleierne få økt selvtillit, og tro på seg selv. Dette kan bidra til at de klarer å beholde roen, planlegge, delegere og handle riktig i stressende situasjoner.

Benner og Wrubel (1984) hevder at sykepleieren i enkelte tilfeller kan prøve å mestre situasjoner ved å distansere seg fra den (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995). En av informantene beskriver en situasjon fra praksis som omhandler en alvorlig syk pasient, og en usikker sykepleier som ville unngå å måtte ta ansvar for pasienten. Den usikre sykepleieren ønsket å overlate ansvaret til en annen sykepleier som er på vakt:

“... Den usikre sykepleieren sier til sin mer trygge sykepleierkollega: “Kan du gå til N.N, han er dårlig? Jeg har noe annet jeg må gjøre...”. Sykepleieren unngår situasjonen fordi hun er redd, hun tørr ikke gå inn til den alvorlig syke pasienten. I slike situasjoner bør den tryggeste sykepleiere ta den usikre sykepleieren med seg å gå inn til N. N, sammen med henne. Det må være forståelse i avdelingen for at man trenger å få bli trygg. Man er nødt til å få prøve seg“.

Vi mener at det i slike situasjoner bør være rom for å være utrygg, at man kan gå inn på pasientrommet sammen slik informanten beskriver. Samtidig bør den som er utrygg, engstelig og redd ikke la sin frykt komme til syne og smitte over på pasienten. Martinsen (2000) mener at sykepleieren selv må disponere tiden, og at hun kan påvirke pasienten med sitt vesen og sin måte å være på (Martinsen, 2000 i Austgard, 2002). *“I tillegg til tid og ytre ro må sykepleieren ha indre ro...”* (Austgard, 2002:112). Sykepleieren må etter beste evne utvise trygghet, fatning og ro i direktekontakt med pasienten, slik at han ikke uroes ytterligere av sykepleierens fremtreden. Pasienten er avhengig av sykepleieren, og

det er om å gjøre at sykepleieren opptrer på slik måte at pasienten føler seg godt ivaretatt, og trygg særlig i livstruende akutsituasjoner. Den usikre sykepleieren (novisen), har imidlertid en unik mulighet til å lære av den mer trygge sykepleieren (ekspertsykepleieren), og bør benytte denne lærings situasjonen når man er så heldig at det er to sykepleiere på vakt samtidig. Sykepleierne kan føle økt trygghet og ro når man er to. På den måten kan den utrygge novisen få prøve ut "lederrollen" inne på pasientrommet, mens ekspertsykepleieren er støttende i bakgrunnen. Slik kan novisen spørre, lære og bli veiledet av den mer erfarne ekspertsykepleieren. Dette kan være en nyttig erfaring for begge sykepleierne. Den usikre novisen får lære nye ting og høste visdom av ekspertsykepleierens lange praksis, og kan i neste omgang bli tryggere i lignende situasjoner. Hun vil også forstå at det er rom for å spørre og lære av sine kolleger, og at det er aksept for det på avdelingen. Den mer erfarne ekspertsykepleieren kan øke sin mestringsfølelse, og selvtillit ved å dele sine kunnskaper og erfaringer med andre. Samtidig må hun tenke etter og sette ord på hvorfor hun valgte å håndtere situasjonen akkurat slik, dermed kan hun også få refleksjon og lærdom ut av situasjonen (Benner, 1995).

Å se på pasienten som et objekt i en akutt og livstruende pasientsituasjon kan gjøre at sykepleieren klarer å distansere seg fra sykdommen, lidelsen og tanken på at hun selv kan komme i samme situasjon som pasienten. En slik holdning er imidlertid ikke forenelig med god omsorg. Distansering må være en nødløsning, og ikke noe sykepleieren kan skjule seg bak over tid. Benner og Wrubel (1984) mener at det er viktig at man erkjenner at lidelse, smerter og sykdom faktisk finnes. En slik erkjennelse krever mye av sykepleieren som person. Teoretikerne understreker også viktigheten i å ha støtte i arbeidskollegaer, og få bearbeidet vanskelige situasjoner på jobben (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995). En av informantene sier:

“Det er viktig å være i dialog med andre sykepleiere. Man må kunne si at man er usikker, innrømme det, da står du mye sterkere neste gang, isteden for å gå inn i en situasjonen du er usikker på, å gjøre halvgjort arbeid”.

Sykepleiere blir ofte frustrert over stor arbeidsmengden og mangel på ressurser. Nyutdannede sykepleiere blir ofte overveldet av det store ansvaret de får når de kommer ut i arbeidslivet. Alsvåg og Førland (2006) påpeker at nyutdannede sykepleiere etterlyser mer

forberedelser på det store ansvaret, og at de ønsker større selvstendigjøring i sykepleierutdanningen (Alsvalg og Førland, 2006). Det er viktig at arbeidsmengden og ansvaret blir tilpasset sykepleierens erfaringsgrunnlag. Nyutdannede sykepleiere i sykehjem må få god informasjon og veiledning, slik kan de føle at de mestrer arbeidsoppgavene de blir tildelt. Mestring gjør at man vokser som menneske, og får drivkraft til å møte nye utfordringer. Dette kan bidra til at sykepleieren får arbeidsglede og økt tilfredshet i sin nye rolle (Johannessen, 2004). En av informantene forteller om hva som gir henne arbeidsglede:

”Det er viktig med godt arbeidsmiljø, det har vi på min arbeidsplass. Vi har koselige omgivelser. Selv om jeg som sykepleier ikke har så god tid til å pynte og gjøre det trivelig i avdelingen, gir det meg mye at det blir gjort. Det bidrar til at jeg mestrer jobben på en bedre måte”.

Sosiale relasjoner og felles vurderinger blant sykepleierne som jobber på sykehjem, kan bidra til gruppeidentifikasjon og felles forventninger, i form av normer og verdier. Dette kan bidra til forutsigbarhet og trygghet blant sykepleierne, og føre til et åpent og godt arbeidsmiljø (Johannessen, 2004).

Benner og Wrubel (1984) hevder at det er nødvendig å sette omsorgen i sentrum. Ledelsesstrategiene må ha fokus på å tilrettelegge for den viktige omsorgen sykepleieren gir. Dette kan gjøres ved å fremme sosial og personlig anerkjennelse av sykepleiefaget. Jobben sykepleierne gjør bør få høyere status, og bli mer verdsatt i forhold til det store ansvaret som følger med (Benner og Wrubel, 1984 i Konsmo, 1995). I Johannessens (2004) artikkel, hevder informantene at sykepleiere i sykehjem ofte har lavere status enn for eksempel sykepleiere som jobber i sykehus. Den lave statusen kan komme av at sykepleiere i sykehus blir oppfattet som ”flinkere” på sykepleie enn de som jobber i sykehjem. Media og politikere fokuserer ofte på negative sider i sykehjem, og får noe av skylden for det negative bildet av eldreomsorgen i samfunnet. Opplevelsen av at jobben som gjøres av sykepleiere i sykehjem ikke verdsettes, kan påvirke sykepleierens mestringsfølelse og selvtillitt (Johannessen, 2004). En informant har opplevd det slik:

”De to årene jeg jobbet på kirurgisk avdeling lærte jeg mye... Men det var da jeg begynte å jobbe i sykehjem at jeg virkelig begynte å lære noe, og å tenke selv”.

Mange sykepleiere ”tar med seg” pasientene hjem etter endt arbeidsdag. De tenker på pasientene og deres problemer ikke bare i arbeidstiden, men også etter endt arbeidsdag. Det er bra med engasjement, men det er også viktig å verne om sin fritid og sitt privatliv. En av informantene forteller hvordan hun kobler av:

“Jeg går mye tur, både alene og sammen med andre. Særlig når jeg går alene klarer jeg og «å tømme hodet» for tanker og problemer. Det som også hjelper meg å koble av er å være sammen med dyrene mine“.

Benner og Wrubel (1984) hevder at det å ha fritidsinteresser, og en egen privat livsverden er viktig for at sykepleieren skal kunne mestre stresset i jobbhverdagen. Og kunne ta seg pauser fra kravene de opplever i jobbsammenheng er nødvendig for å kunne ”lade batteriene”, ha tid til faglig oppdatering, og unngå utbrenthet (Benner og Wrubel, 1984 i Kongsmo, 1995).

4.0 Oppsummering:

Årsaken til at vi valgte å fordype oss i temaet stress og mestring, var at vi ønsket å være mer forberett i møte med akutt livstruende pasientsituasjoner når vi er ferdig utdannet. Skriveprosessen har imidlertid lært oss at gode sykepleierferdigheter utvikles best gjennom praksis. Teori kan gi oss mye, men mestringsevne må læres ved selv å utføre og oppleve. Sykepleiere i sykehjem har et praktisk yrke som ikke kan læres fullstendig, hvis en ikke er i kontakt med pasientene, pårørende og lege. Vi har også lært at handlingskompetanse best kan tilegnes gjennom modellering, og veiledning fra sykepleiere som er på et høyere nivå. Det bør legges til rette for kompetanseutvikling på arbeidsplassen. For å opprettholde kvaliteten og kompetansen blant sykepleierne er det viktig at de får god og riktig opplæring, på blant annet det medisinsktekniske utstyret som finnes på arbeidsplassen, samt at de deltar på ulike faglige kurs. Hospitering på andre relevante arbeidsplasser bidrar til at sykepleierne kan ta med seg kunnskap tilbake til avdelingen, og med det bidra til å øke kompetansen på avdelingen. Sykepleieren må være bevisst på at det er hennes plikt å holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleieforbund, 2007). Selv om ønsket vårt med oppgaven var at vi skulle komme høyere opp på Benners (1995) gradering av ferdigheter på et tidlig tidspunkt, ser vi nå at veien fra novise til ekspert blir til mens man går, og at det er en læringsprosess som vi må igjennom.

Litteraturliste:

Pensum litteratur:

Almås, (2005). Bind 1. *Klinisk sykepleie*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjålie, (2004). *Menneskekroppen*. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Dalland, (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, (2004). *Helt— ikke stykkevis og delt*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Konsmo, (1995). *En hatt med slør...* Otta. Trulte Konsmo og TANO AS.

Kristoffersen, (2005). Bind 2. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, (2005). Bind 4. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund, (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo. NSF.

Selvvalgt litteratur:

Alsvåg og Førland, (2006). *Sykepleierutdanningen nyutdannedes yrkeserfaringer*.

www.vaardinorden.org

<http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>

Søkeord: Sykepleier and handlingskompetanse. Dato: 13/09/09. (Antall sider: 5).

Austgard, (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis*. Oslo. J.W. Cappelens forlag AS.

(Antall sider: 5).

Benner, (1995). *Fra novise til ekspert*. Viborg. Munksgaard. (Antall sider: 26).

Benner og Wrubel, (2002). *Omsorgens betydning i sykepleie*. Viborg. Munksgaard. (Antall sider: 48).

Brazill, (2008). *Sykepleiere på sykehjem mangler akuttkunnskap*.

www.sykepleien.no

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=116190

Søkeord: Sykehjem, akuttsykepleie. Dato: 30/09/09. (Antall sider: 3).

Burø, (2008) *Stressmestring*. HG nytt nr.2.

www.heimdalgruppen.no

http://www.heimdalgruppen.no/pdfer/HGnyttApril_08.pdf

Søkerord: Hvordan mestre stress. Dato: 29/09/09. (Antall sider: 2).

Espnes og Smedslund, (2001). *Helsepsykologi*. Oslo. Gyldendal norske forlag AS. (Antall sider: 25).

Gran, (2002). *Kollegial tilbakemelding*.

www.sykepleien.no.

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_document_id=121017

Søkerord: Medarbeider. Dato: 07/09/09. (Antall sider: 6).

Helsedirektoratet.

www.helsedirektoratet.no

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00112/FRI_bygger_p_sosia_112869a.doc

Søkerord: A. Bandura. Dato: 30/09/09. (Antall sider: 1).

Johannessen, (2004). *Rekruttering av sykepleiere til sykehjem- Sykepleierens tanker og erfaringer.*

www.vaardinorden.org

<http://www.artikkel.nu/Public/Main.aspx>

Søkerord: Sykepleie and stress. Dato: 13/09/09. (Antall sider: 3)

Johansen, (2008). *Ikke engler i hvitt.*

www.forskning.no

<http://www.forskning.no/artikler/2008/februar/ikkeenglerihvitt/print>

Søkeord: Sykepleievitenskap. Dato: 30/09/09. (Antall sider: 2).

Kirkevold, (2008). *Geriatrisk sykepleie.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS. (Antall sider: 70).

Konsmo, (1995). *En hatt med slør.* Otta. Konsmo og TANO A.S. (Antall sider: 35).

Martinsen, (2003). *Fenomenologi og omsorg,* Oslo. Universitetsforlaget.

(Antall sider: 4).

Mekki og Tollefsen, (2000). *På terskelen.* Oslo. Akribe Forlag. (Antall sider: 5).

Norske ordbøker, (2009). *Bokmålsordboka.*

www.dokpro.no

<http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgiOPP=mestring&ordbok=bokmaal&s=n&alfabet=n&renset=j>

Søkeord: Definisjon av begrepet mestring. Dato: 06/09/09. (Antall sider: 1).

Norske ordbøker, (2009). *Bokmålsordboka.*

www.dokpro.no

<http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgiOPP=stress&ordbok=bokmaal&s=n&alfabet=n&renset=j>

Søkeord: Definisjon av begrepet stress. Dato: 06/09/09. (Antall sider: 1).

Norske ordbøker, (2009). *Bokmålsordboka*.

www.dokpro.no

[http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgiOPP=stressor
&
ordbok=bokmaal&s=n&alfabet=n&renset=j](http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgiOPP=stressor&ordbok=bokmaal&s=n&alfabet=n&renset=j)

Søkeord: Stressorer. Dato: 06/09/09. (Antall sider: 1).

Store norske leksikon, (2009).

www.snl.no

http://www.snl.no/Albert_Bandura

Søkeord: Albert Bandura. Dato: 10/09/09. (Antall sider: 1).

Skålid, (2008). *Paradoksalt engasjement hos sykepleiere*.

www.forskning.no

<http://www.forskning.no/artikler/2008/januar/1199436485.98/print>

Søkerord: Sykepleiere og mestring. Dato: 14/08/09. (Antall sider: 2).

Stortingsmelding 47, 2008-09. *Samhandlingsreformen*. Helse og omsorgsdepartementet.
(Antall sider: 42).

www.stresslab.no

<http://www.stresslab.no/Stress-reaksjoner%20p%E5%20godt%20og%20vondt.doc>

Søkerord: Biologiske reaksjoner på stress. Dato: 14/09/09. (Antall sider: 3).

Svendsrud, (2002). *Medisinsk apparatur kan være en tredje hånd*. Sykepleien 2002 90 (7).
(Antall sider: 8).

Ukjent. *Hva ser du søster?*

www.hjemmesykepleieren.wordpress.com

[http://www.hjemmesykepleieren.wordpress.com/2008/12/20/hva-ser-du-s%C3%B8ster-et-
dikt-skrevet-av-en-ukjent/](http://www.hjemmesykepleieren.wordpress.com/2008/12/20/hva-ser-du-s%C3%B8ster-et-dikt-skrevet-av-en-ukjent/)

Søkeord: Sykepleiere, dikt. Dato: 03/10/09. (Antall sider: 1).

Intervjuguiden:

Spørsmål 1:

- a) Hva er din utdannelse, når og hvor ble du utdannet?
- b) Kan du beskrive avdelingen du jobber på, i forhold til pasienter og personale?
Hvor lenge har du jobbet her?
- c) Har du sykepleierfaringer fra andre institusjoner / avdelinger?

Spørsmål 2:

- a) Kan du / dere si noe om hvordan det oppleves å ha sykepleiefaglige ansvar alene, for vurdering av akutt endret helsetilstand hos pasientene?
- b) Har du / dere eksempler på slike situasjoner, hva skjedde, hva gjorde du, hvilke følger fikk det, ble situasjon evaluert, hva lærte du?

Spørsmål 3:

- b) Kan du / dere beskrive symptomer / observasjoner en sykepleier bør gjøre ved akutt sirkulasjonssvikt hos pasient? Eksempler ?
- b) Hva er/ bør være sykepleiefaglig fokus i slike situasjoner?
- c) Har avdelingen bestemte rutiner for håndtering av akutt sirkulasjonssvikt?

Spørsmål 4:

- a) Praktiseres skriving av HLR minus i pasientjournaler / kardex her?
- b) Kan du / dere beskrive hvordan HLR minus praktiseres i avdelingen?
Etiske dilemmaer? Eksempler?

Spørsmål 5:

- a) Hvilken rolle føler du / dere de pårørende spiller i forhold til igangsetting av akuttbehandling?

b) Opplever/føler dere at pårørendes ønske om behandling stiller sterkere enn pasientens ønske om å dø? Eksempler?

Spørsmål 6:

a) Kan du / dere se endringer i hvordan dere nå takler / møter akuttssituasjoner nå i forhold til da dere var nyutdannede sykepleiere? Eksempler?

b) Hva tror du / dere er årsaken til eventuelle endringer?

Forespørsel om tillatelse til intervju.

Vi er to sykepleierstudenter som tar desentralisert utdanning ved Høgskolen i Bodø

Vi er nå kommet til det fjerde og siste året av vår utdanning, og i den forbindelse skal vi skrive bacheloroppgave. Problemstillingen i vår oppgave er; Hva er sykepleierens rolle og funksjon når eldre beboere i sykehjem får akutt sirkulasjonssvikt? Dette valget har vi tatt på grunn av at vi ønsker å øke våre kunnskaper om temaet, og med det stå sterkere i akutte situasjoner den dagen vi er ferdig utdannede.

I den forbindelse ber vi om tillatelse til å gjøre et fokusgruppeintervju på avdeling

Det vil si at vi gjør ett intervju med to informanter som har sykepleiefaglig bakgrunn, og kunnskaper om vårt tema. Intervjuet er beregnet å ta ca 45 minutter, og blir foretatt av to sykepleiestudenter. Samtalen tas opp på lydbånd, og vil bli slettet etter bruk. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Informantene vil bli anonymisert i oppgaven. Om mulig ønsker vi å få foretatt intervjuet snarest mulig, vi tar nærmere kontakt for avtale.

Vedlagt finner du skjema for tillatelse til innhenting av data fra Høgskolen i Bodø og intervjuguide med spørsmål.

Eventuelle spørsmål kan rettes til

På forhånd takk.

Med hilsen

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: !

Ved:

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave x
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie:

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Problemstilling: Hva er sykepleierens rolle og funksjon når eldre beboere i sykehjem får akutt sirkulasjonssvikt?

Formål: Vi ønsker å innhente informasjon og erfaringer fra sykepleiere som har blitt stilt overfor lignende problemstillinger. Dette for å kunne se nyanser i problemstillingen, og for å øke vår kunnskap omkring temaet.

Metode v/ datainnsamlingen: Intervjuet tas opp på en båndopptaker. Etter endt intervju, transkriberes det. All informasjon anonymiseres, og slettes etter bruk.

Respondenter / intervjupersoner: To sykepleiere.

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Båndopptaker.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Vi tar kontakt for nærmere avtale.

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ: _____

Vedtak: Tillatelse for innhenting av data innvilges.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift