

FORDYPNINGSOPPGAVE I PALLIATIV OMSORG, TRINN 2

**HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN
BIDRA TIL AT STUDENTEN
KAN MØTE PASIENTEN
I LIVETS SLUTTFASE?**

KANDIDATNUMMER: 080375 OG 001422



Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon helse, teknologi og samfunn
Mai 2011

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	s. 3
1.1	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	s. 3
1.2	BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLINGEN	s. 3
1.3	AVGRENSNINGER I OPPGAVEN	s. 3
1.4	OPPBYGNING AV OPPGAVEN	s. 4
2.0	METODE	s. 6
2.1	VALG AV METODE	s. 6
2.2	KILDER OG KILDEKRITIKK	s. 6
2.3	PRESENTASJON AV FORFORSTÅELSE	s. 8
3.0	TEORI MED DRØFTNING	s. 10
3.1	HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTENE KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE MED FOKUS PÅ KUNNSKAP?	s. 10
3.2	HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTEN KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE MED FOKUS PÅ FERDIGHETER?	s. 15
3.3	HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTEN KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE MED FOKUS PÅ HOLDINGER?	s. 19
4.0	AVSLUTNING	s. 25
4.1	KONKLUSJON	s. 25
4.2	PRODUKTEVALUERING	s. 25
4.3	PROSESSEVALUERING	s. 26
	LITTERATURLISTE	s. 27
	ANTALL VEDLEGG 3	
	VEDLEGG 1: SØKELOGG	s. 29
	VEDLEGG 2: SØKERESULTAT	s. 30
	VEDLEGG3: PICO SKJEMA	s. 32

ANTALL ORD: 8985

1.0 INNLEDNING

1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Målet med oppgaven er å få større innsikt og forståelse om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at våre studenter i praksis kan møte pasienten i livets slutfase. Samtidig håper vi at våre pasienter i livets slutfase kan få en bedre pleie hvis studenten kan møte dem. Et annet mål er at våre kollegaer skal lese oppgaven, slik at de også får mulighet til økt innsikt og forståelse.

Problemstillingen blir:

HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTEN KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE?

1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLINGEN

Bakgrunnen er vårt ønske om å være dyktige veiledere til studentene og sykepleiere til våre pasienter, samt at vi hele tiden vil utvikle oss som veiledere, sykepleiere og mennesker. Vi har reflektert over og opplevd at studenter vegrer seg og er engstelige for å velge pasienter i livets slutfase. Vi har en formening om at vi som veiledere har en innvirkning på hvordan våre nye kollegaer er rustet faglig og mellommenneskelig. Vi har et yrkesetisk ansvar for å holde på særegheten i vår profesjon, samt et ansvar for å gi en god helhetlig pleie til våre pasienter. Et annet aspekt er også at vi ved den avdelingen vi arbeider på har flere studenter enn vanlig, og det påvirker våre pasienter i den grad at det er vanskelig å skjerme dem fra studenter i praksis.

1.3 AVGRENSNINGER I OPPGAVEN

Ved avdelingen vi arbeider på benyttes ikke egne kontaktsykepleiere til studentene, men alle på avdelingen har et felles ansvar for veiledning og evaluering til alle studentene. Dette er en

alternativ praksismodell som er utarbeidet på Høgskolen i Gjøvik (Bjerkvold, Sørлие og Myhren 2003). I denne oppgaven er vår forforståelse og erfaring preget av denne måten å veilede på, dette kan gjøre våre funn i oppgaven mer anvendbart på vår avdeling enn andre avdelinger. Studentene vi veileder er i sin grunnutdanning. I veiledning til studenter preges veiledningen av hvor langt studentene har kommet i studiet, vi vurderer ikke veiledningen i denne oppgaven ut fra dette. På denne måten defineres ikke studenten om han er første, andre eller tredje års student.

På grunn av begrensninger av antall ord gitt av høgskolen er vi blitt nødt til å utelukke vurderinger av enkelte begreper som blir anvendt i oppgaven. Vi er klar over at begrepet veiledning kan ha ulike betydninger/former, men for oss i oppgaven vil veiledning være den måten vi veileder på i forhold til alternativ praksismodell (Bjerkvold, Sørлие og Myhren 2003). Vi diskuterer ikke læring som begrep, men benytter den generelle betydningen av det. Således vil vi ikke drøfte om noen har lært mer eller mindre. I problemstillingen benytter vi begrepet å møte, vi vil i oppgaven utdype hva det vil si for sykepleier/student, men vi vil ikke drøfte pasientens opplevelse av et godt eller dårlig møte. En pasient i livets slutfase er for oss i oppgaven en pasient som behandles palliativt, er i livets siste uker eller dager. Vi vil i oppgaven derfor ikke videre drøfte når pasienten er i livets slutfase.

De ovenforstående eksempler på begreper kunne vært interessant å diskutere i lys av problemstillingen, men vi ser at det ikke blir plass eller tid. Begrepene som ikke har en generell forståelse i vårt daglige språk vil bli definert fortløpende i oppgaven. Det daglige språket for oss innebærer den sykepleiefaglige terminologi.

Vi vil benytte benevnelsen sykepleier og veileder med lik betydning i oppgaven.

1.4 OPPBYGNING AV OPPGAVEN

I oppgaven er det først en innledning der vi presenterer og begrunner valg av problemstilling, samt tar for oss de avgrensningene vi har gjort. Videre kommer det et metodekapittel med valg av metode, kilder og kildekritikk. Metodedelen inneholder også et eget underkapittel med presentasjon av forforståelse. Deretter følger en presentasjon av teori samtidig som vi drøfter den mot hverandre og i lys av våre erfaringer. Teori/ drøftningskapitlet er delt opp i tre

underkapitler, der vi drøfter problemstillingen vår med fokus på kunnskap, ferdigheter og holdninger. Tilslutt i oppgaven kommer vi med en konklusjon, og oppgaven avsluttes med produkt og prosessevaluering.

2.0 METODE

2.1 VALG AV METODE

I denne oppgaven vil problemstillingen bli belyst ut fra et teoretisk litteraturstudie, dette er valgt av høgskolen som en av rammene på oppgaven. ”En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur rundt en valgt problemstilling” (Langhammer 2003, s.3). Det vil for oss være å anvende bøker og artikler som kilder, og sammenfatte dem i diskusjon. Vi vil belyse vår problemstilling ut fra det gitte litteraturstudie, men ønsker å belyse det gjennom en hermeneutisk metodetilnærming. ”Hermeneutikk handler om å fortolke meningsfulle fenomener, og å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens” (Dalland 2000, s. 55). For oss er dette i oppgaven, det mellommenneskelige samspillet mellom sykepleier, student og pasienten i livets slutfase, og å prøve å forstå hvordan sykepleieren kan bidra til at studenten kan møte pasienten. I den hermeneutiske metoden nærmer vi oss det som skal forskes på med en egen forforståelse. Vår forforståelse vil vi komme tilbake til som et eget underkapittel i metodekapittelet. Forforståelsen er de inntrykk, tanker og følelser og den kunnskapen vi har om emnet, det er i metoden en ressurs og ikke et hinder (Dalland 2000).

I den hermeneutiske metoden ”stiller forskeren helheten i relasjonen til delene og pendler mellom delene og helheten for på denne måten få frem en så fullstendig forståelse som mulig” (Dalland 2000, s. 57). I denne oppgaven er vår forforståelse utgangspunktet og en av delene. Litteraturen og våre erfaringer er også en av delene, og helheten vil da være hvordan sykepleieren kan bidra til at studenten kan møte pasienten i livets slutfase.

2.2 KILDER OG KILDEKRITIKK

Kildene er valgt ut ifra søk i BIBSYS og noen kilder er kjent fra tidligere oppgaveskriving. Vi har benyttet tid til søk i høgskolens søkemotorer, da mest Akademisk search elite og Ovid. Der fant vi den ene av forskningsartiklene som vi benytter i presentasjonen om hva forskning sier om aspekter i opplevelser og følelser studenten har i møte med pasienter i livets slutfase. Den andre artikkelen fant vi i referansene til en av artiklene vi fant i søkemotorene. Videre har vi benyttet flere varierte bøker for å belyse møte med pasienter i livets slutfase. For å belyse

sykepleie og studentens roller og ansvar i et veiledningsforhold har vi brukt Tveiten og Bjerknes og Bjørk, samt en prosjektrapport som er skrevet og utgitt ved Høgskolen i Gjøvik.

Kildene som blir presentert i oppgaven vil både bli tolket av sender og mottaker. For å sikre en mest mulig korrekt fremstilling som mulig er primærkilder alltid å foretrekke (Dalland 2000). I denne oppgaven har vi valgt en blanding av primær og sekundærkilder, det er valgt fordi vi mener de kildene er de beste for å belyse delene og helheten for oss. Problemet med sekundærkilder er at disse er bearbeidet og presentert av andre enn den opprinnelige forfatteren, noe som kan resultere i perspektivendringer (Dalland 2000). De to engelske forskningsartiklene har vi valgt å oversette til norsk i sin helhet, da mener vi at vi får benyttet de bedre. For å minimere feilkilder på grunn av våre engelsk kunnskap, har vi søkt hjelp av en venninne, hun har engelsk som morsmål samtidig som hun er sykepleier og er derfor kjent med den sykepleiefaglige terminologien. På denne måten mener vi at vi har utelukket det meste av de perspektiv endringene de kildene kunne ha gitt. I artiklene har forskerne henvist til andre forskere og de anser vi som sekundærkilder. Vi har benyttet mye tid for å søke etter kilder og mener at vi har funnet et bredt spekter og kilder fra varierte metoder. Blant annet er artiklene skrevet ut i fra to forskjellige metoder i data innsamling, men begge er kvalitative studier. Det er mulig vi kunne fått andre perspektiver ved å ha et kvalitativ studie og et kvantitativ studie, men likevel har vi valgt de to artiklene da disse gir for oss en mening ut ifra problemstilling. Artiklene er publisert i to anerkjente tidsskrifter og er fagfelleverdert, vi anser dem som pålitelige kilder for oss i oppgaven.

Flere av bøkene og artiklene er fra 2000 tallet til 2006, vi har etterstrebet å anvende nyere forskning og lærebøker. Vi anser de som er skrevet på 2000 tallet som nye, noen av bøkene er fra 1990, men de gir etter vårt syn mye relevant teori og de er derfor valgt. Etter å ha søkt etter annen og nyere teori om disse temaene som veiledning til studenter, ser vi at disse forfatterne kommer frem og det blir ofte henvist til dem. Det er få artikler skrevet senere enn 2006 om temaet, men vi har fått høre det er et nytt studie på gang og Høgskolen i Gjøvik er både med som deltakere og forskere.

Selv om intensjonen er at oppgaven skal skrives ut ifra en målsetning om anvendelse for flere kan det være begrensninger i valg av kilder fordi de er gjort ut ifra vår forforståelse og kunnskap. Det er også noen begrensninger på grunn av ordmengden vi har som ramme, da vi må velge ut det vi anser som mest relevant i forhold til problemstillingen. For eksempel satt vi

etter søk igjen med 5 forskningsartikler. Vi valgte da å lese gjennom dem med vår engelske venninne og deretter å velge ut de to vi mente hadde et bredt utvalg av funn og aktuelle deltakere. Samtidig var de valgte artiklene med i andres referanser, og under gjennomlesning henviste de til dem for å styrke sine funn. Alt i alt mener vi at den litteraturen vi har valgt viser en relevans og bredde for å belyse problemstillingen, men ser at det også kan være andre kilder som hadde vært interessant og diskutert for å øke innsikt og forståelse og slik kan det være spørsmål som blir stående ubesvart eller ikke blir belyst.

Legger ved søkelogg, søke resultater og PICO skjema som vedlegg.

2.3 PRESENTASJON AV FORFORSTÅELSE

I vår avdelingen er det flere studenter enn vanlig, det innebærer i realiteten at vi kan ha 8 studenter på dagvakt til 15 pasienter. Vi har derfor ikke mulighet til å skjerme hverken pasientene eller studentene på samme måte som kanskje andre. Dette kan være grunnen til at temaet er viktig for oss. Vår erfaring er at noen studenter gruer og vegrer seg for å velge pasienter i livets slutfase. Vi opplever noen ganger at vi som sykepleiere ønsker å skjerme pasientene i livets slutfase mot studenter. Noen pasienter tar selv også initiativ til å bli skjermet fra studentene. Dette er de første refleksjonene rundt temaet.

Vi har flere ganger sammen reflektert over hvorfor studenter vegrer og gruer seg, og det vi da kommer frem til er:

- redd for å se noen dø
- redd for å ikke vite hva de skal gjøre eller gjøre feil
- redd for å ikke vite hva de skal si
- redd for å begynne å gråte eller vise ”uprofesjonelle” følelser
- redd for å få spørsmål de ikke kan svare på av pasient eller pårørende
- redd for at pasienten eller pårørende skal se hvor usikre de er
- redd for sin egen død eller å miste sine egne
- redd for å ikke kunne lindre og avmaktsfølelse
- redd for å ikke få nok støtte og veiledning, redd for å være alene med pasienten
- redd for å ikke forstå faguttrykk, ha manglende kunnskap
- redd for å gå først i stellet, gir uttrykk for at de ønsker å være medhjelper

- redd for å ikke kunne få nok tid inne hos pasienten

Vi har også reflektert over hvorfor vi som sykepleiere ønsker å skjerme pasientene og det vi har kommet frem til er:

- Ønske om at studenten ikke viser sin usikkerhet slik at det kan gjøre pasienten uttrygg
- Ønske om at pasienten/ pårørende skal få svar på spørsmål eller få mulighet til samtale
- Ønske om at stellet til pasienten skal være mest skånsomt og med et mest mulig håndlag.

I refleksjonen rundt disse punktene ser vi som sykepleiere at vi kan vise studentene at vi ikke stoler på dem og det kan smitte over på dem, og eventuelt igjen på pasientens utrygghet.

I tillegg har vi en formening om at det er verdifullt for studenten å møte pasienten i livets slutfase da det er viktig at våre fremtidige kollegaer har erfaring med dette.

Vi ser at det er viktig at sykepleiere er motivert for veiledning. Vi har en forforståelse om at vi generelt er motiverte, men noen mindre enn andre.

3.0 TEORI MED DRØFTNING

I dette kapitlet gjør vi rede for litteraturen vi har valgt og drøfter den i lys av våre erfaringer som er presentert som vår forforståelse. Slik vil vi presentere teori om studenten, sykepleieren som veileder og å møte pasienten i livets slutfase. Alle delene i teorien sammen med delen forforståelse blir da i drøftningen en helhet.

Vi har valgt å dele dette kapitlet opp i tre underkapitler med fokus på kunnskap, ferdigheter og holdninger. I følge Fagermoen består kompetanse av tre grunnelementer: viten, handling og verdier (ifølge Reitan og Schjølberg 2006, s.21). I praksis arbeider studentene ut ifra en progresjonsstige og individuelle mål (Praktisk håndbok, bachelor i sykepleie 2010/2011). Studentene konkretiserer sine mål ut i fra kunnskap, ferdigheter og holdninger på vår avdeling. Vi benytter da viten som kunnskap, handlinger som ferdigheter og verdier som holdninger i drøftningsdelen. Slik håper vi å få innsikt og forståelse om hvordan eller hvor vi kan bidra til at studenten kan møte pasienten i livets slutfase. I avdelingen veileder vi ut ifra alternativ praksismodell som vektlegger refleksjon før, under og i etterkant av handling. Handlingen vil her være møtet studenten gjør med pasienten i livets slutfase (Bjerkvold, Sørli og Myhren 2003).

3.1 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTEN KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE MED FOKUS PÅ KUNNSKAP?

Hva vil det si for studenten å inneha kunnskap om å møte pasienten i livets slutfase? Kunnskap har blitt diskutert til alle tider fra Platon og Aristoteles. Tveiten skriver at det kan skilles mellom teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap (b: Tveiten 2005). ”Den teoretiske kunnskapen gjør oss i stand til å beskrive og forklare fenomener og sammenhengen mellom fenomenene” (Sandelands 1990 ifølge i b: Tveiten 2005, s.15). Tanker vi får er at våre studenter må inneha en teoretisk kunnskap om sykdom, grunnleggende behov, nødvendige observasjoner, kommunikasjon, praktiske prosedyrer og aktuelle lindrende tiltak. Cicely Saunders sier (..)”det er vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt”(...) (ifølge Husebø og Husebø 2005, s.1). Dette kan samsvare med undersøkelser som sier at

”kreftpasienter legger vekt på teknisk dyktighet og medisinsk kunnskap hos sykepleierne for opplevelsen av god omsorg” (Kvåle 2002, s.16).

Vår opplevelse er at studenter føler en frustrasjon over å ikke kunne hjelpe, samtidig som de gir uttrykk for at de mangler kunnskap. På denne måten kan de vegre seg for å møte pasienten i livets slutfase (2.3). I likhet sa studentene i en av artiklene at de følte utilstrekkelighet og usikkerhet om hva de skulle gjøre (Allchin 2006). Allchin skriver også i begrunnelsen for forskningen ”at de studentene som hadde hatt flere kurs og gjennomgått veiledning i forkant, hadde mer kunnskap og var dermed bedre rustet i møtet med pasienten i livets slutfase” (Yeaworth et al 1974 ifølge Allchin 2006 s. 113). I motsetning til Allchin sier ikke Cooper og Barnett noe direkte om kunnskap, men derimot er et av deres temaer ”ikke vite hva du skal si eller gjøre”(Cooper og Barnett 2005, s.426). Hvis studenten ikke vet hva han skal gjøre, har han da nok kunnskap? Samtidig sier de at studentene ”er i en sårbar posisjon trengt mellom å gjøre det beste for pasienten med hans begrensninger i rollen og kunnskapen” (Cooper og Barnett 2005, s.428). På denne måten vises det at kunnskap kan være relevant for studentene i møte med pasienten i livets slutfase.

”En pasient i livets slutfase kan trenge hjelp til åndelige, følelsesmessige, fysiske, praktiske og sosiale forhold, omsorg å pleie til hele mennesket” (Mathisen 2005, s. 279). Kanskje vet ikke studenten selv hvilke tiltak han skal sette i gang, men imidlertid vil han med kunnskap kunne søke veiledning hos sykepleieren. Utfordringen kan være hvis studenten ikke har nok kunnskap til å vite hva han skal se etter. Dermed vet han heller ikke når han skal søke veiledning. I artikkelen til Cooper og Barnett siteres det fra studentene

jeg(...) ble forlatt på soverommet med en pasient og deres pårørende for meg selv og det var(...)vanskelig og utfordrende å vite hva jeg skulle si til dem og (...) de henvendte seg til deg med spørsmål som jeg ikke visste svaret på og jeg følte meg utilstrekkelig (Cooper og Barnett, s.426, 2005).

Slik vi tolker dette omhandler dette kommunikasjon, men også en usikkerhet og ensomhet hos studenten fordi han ikke har nok kunnskap i situasjonen og om kommunikasjon til pasienter i livets slutfase.

Refleksjon før handling omhandler for oss en forberedelse, en mulighet for veileder og student å avklare roller og å planlegge dagen. I praksis vil det si at studenten etter morgenrapport kan lese om den valgte pasient, og studenten får utdelt veileder for dagen. Ved

avdelingen vår arbeider det to faste hovedveiledere som er til stede med studentene på morgenen. Dette kan sammenlignes med Bjerknes og Bjørk når de sier at førveiledning er en forberedelse, og målet er å få til utveksling av erfaring og relevant kunnskap før handling (Bjerknes og Bjørk 1994). Cooper og Barnett har funnet ut at studenter får sjokk av å se den fysiske forringelsen pasienter har (Cooper og Barnett 2005). Tanker vi da får er om dette kunne vært unngått med førveiledning. Med en forberedelse ikke bare på handling, men også på den naturlige forringelsen denne pasientgruppen har. Allchin viser ikke til funn samsvarende til sjokk over å se den fysiske forringelsen, men beskriver at studentene føler seg utilstrekkelig, en ukomfortabelhet og en tristhet (Allchin 2006). Slik vi forstår Allchin kan disse følelsene komme av at de er uforberedte på situasjonen. Kanskje manglet de førveiledning der studenten får muligheten til å stille spørsmål og å planlegge hva han skal gjøre og dermed bli forbredt? På samme måte er det her sykepleieren får grunnlaget og muligheten til å bli kjent med studentens faglige ståsted (Bjerknes og Bjørk 1994).

Videre er det i førveiledningen slik vi oppfatter det, veileders ansvar å lede oppmerksomheten mot sammenhenger mellom diagnose, symptomer, behov og tiltak. Svakheten vil da kunne bli hvis daglig veileder ikke har mulighet eller tar seg tid til å førveilede studenten. Dette kan skyldes travelhet i avdelingen, som også Bjerknes og Bjørk påpeker som en utfordring for førveiledning (Bjerknes og Bjørk 1994). Således kan utfordringen også ligge i prioritering av tid. Hos oss er alle ansatte veiledere, og vi oppfatter at ikke alle er like motiverte (2.3). På en annen side rullerer hovedveileder mellom studentene slik at de får de som veileder like mange dager til sammen i praksis. Imidlertid kan det også kalles førveiledning den samtalen som foregår før enkelte prosedyrer. Der kan student og veileder for eksempel gå igjennom selve prosedyren og kunnskapen som ligger til grunn. Her kan det være viktig for veiledningsforholdet å avklare rollene i handlingen, dette bekrefter Tveiten da hun sier det er viktig å vite hvem som gjør hva (a: Tveiten 2005).

Når studenten er i praksis er han ansvarlig for egen læring, søke veiledning og overholde kompetansenivået. Tveiten skriver at ”det er studentenes ansvar å erkjenne at læring er et arbeid samt nødvendig for å oppnå resultater” (a: Tveiten 2005, s. 177). Dette innebærer også å sette seg inn i aktuell litteratur slik at studenten har nok teoretisk kunnskap til å bli veiledet (a: Tveiten 2005). I likhet vektlegger den alternative praksismodellen ansvar for egen læring, og at ansvar er i seg selv læring. Videre beskrives det at læring og utvikling ikke foregår når vi er passive mottagere. Vi må erfare, oppdage og finne ut (Bjerkvold, Sørli og Myhren

2003). Med andre ord må studenten hos oss innse at læring er arbeid og han kan ikke være en passiv mottaker, samtidig vil han ved å være aktiv og ta ansvar lære mere. ”Ansvar blir en personlig læringsvei og fremmer også den personlige og sosiale utviklingen” (Forås 1989 ifølge Bjerkvold, Sørli og Myhren 2003, s. 19). Når studenten tørr å ta ansvar og å være deltaker vil det altså på den ene siden være utviklende og positivt for hans egen læring. Men på den andre siden er det å være til stede i situasjonen, fullt konsentrert om pasienten, med en anerkjennende, inkluderende og aksepterende tilnærming viktig for at pasienten skal oppleve verdighet i relasjonen (Kalfoss 2010, s.493). Slik vil det kanskje komme to gode ut av en aktiv og deltakende student, et gode til studenten og et gode til pasienten.

Underveisveiledning kan være da veileder er til stede i handlingen. Ett mål kan være å se studentens utøvelse av sykepleie, samt observere i forhold til mål for bestått praksis. Veileder kan gi veiledning underveis, men også innta en passiv rolle (Bjerknes og Bjørk 1994). I følge Bjerknes og Bjørk har veilederen her en ”unik mulighet til å tydeliggjøre kunnskap i selve pasientsituasjonen” (Bjerknes og Bjørk 1994, s. 90). Det samme viser også funn i Alchins forskning, at studenter som får tett veiledning ved omsorg for døende i stede for å gå alene kommer styrket ut av erfaringen. ”(...) det er lettere når jeg har noen med meg” og ”Jeg var glad for at jeg kunne gjøre det mens jeg fortsatt hadde veileder hos meg”, disse er direkte utsagn fra studenter i hans forskning og kan bekrefte viktigheten av underveisveiledning (Allchin 2006, s.115). I motsetning kan vi ikke se at Cooper og Barnett diskuterer dette (Cooper og Barnett 2005). Hos oss kan underveisveiledningen være over en prosedyre, men kan også være over en hel dag.

I forforståelsen har vi et ønske om at studenten ikke viser usikkerhet og at pasienten skal få et stell som er skånsomt og med et godt håndlag (2.3). Den videre refleksjonen er at når studenten viser usikkerhet blir pasienten utrygg (2.3). Vår refleksjon kan bli bekreftet av en studie gjort av Brown som sier at ”forutsetningen for at pasienter skal oppleve trygghet er at de har tillit til at pleieren er i stand til å ivareta nødvendige fysisk omsorg og behandling” (Brown, 1986 ifølge Kvåle 2002, s. 17). Spørsmålet vi da stiller er: Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at studenten innehar eller får den aktuelle kunnskap og pasienten opplever det? ”Sykepleierens rolle i veiledningen er komplementær til studentens rolle. Det vil si at forventningene som er knyttet til rollene utfyller hverandre” (Bjerknes og Bjørk 1994, s. 27). På denne måten kan vi kanskje si at vi har et felles ansvar for at studenten lærer og at pasienten er trygg. På den ene siden har veileder et ansvar for å orientere seg om studentens

faglige nivå, altså hva studenten kan. På den andre siden sier Bjerknes og Bjørk at det er ”viktig at veilederen er mer – viten som kan bidra til studentenes faglige og personlige utvikling” (Bjerknes og Bjørk 1994, s.27). Vår oppfattelse er da at det er viktig at vi deltar i pasientsituasjonen med studenten, dermed får vi mulighet til å orientere oss både om hva studenten kan og utøver.

Dersom veilederen er med i situasjonen kan det være underveisveiledning. Samtidig kan vi være der som en trygghet med vår mer – viten og se til at pasienten får det han trenger, og eventuelt øke vår deltakelse i den utøvende sykepleie eller rett å slett ta over. Den oppfattelsen kan sammenlignes med det Tveiten skriver da hun sier at sykepleieren må handle og ta over for studenten om han opptrer uansvarlig (a: Tveiten 2005). Hvis studenten opptrer uansvarlig forstår vi ikke det som om at studenten gjør det med viten og vilje, men at han mangler kunnskap.

I vår drøftning ovenfor kan det sees på som trygt og støttende for student og pasient at sykepleieren er med i selve pasient situasjonen. I likhet med dette bekrefter Allchin, samt Cooper og Barnett i deres forskning at det er viktig med støtte og samarbeid med erfarne sykepleiere. I motsetning var det skremmende å vite at man var alene og ikke hadde veileder med tett, samt å føle seg forlatt alene med pasienten. En av deres deltakere sa: ” Jeg er student så jeg vet ikke hvordan jeg skal opptre eller ikke opptre”(Allchin 2006, s.114), (Cooper og Barnett 2005). Vi har reflektert over at våre studenter også kan bli engstelige når de ikke får nok støtte og veiledning, samtidig som de blir redde for å være alene med pasienten (2.3). I likhet med vår forforståelse sier studentene i Allchins forskning at det å vite at de ikke var alene i erfaringen var en lettelse. En student sa:

Vi var sykepleierens skygge jeg følte at sykepleierne hjalp til med å gi litt og litt mer ansvar i enhver situasjon, en annen sa: Det var godt for meg fordi jeg ikke fikk for mye ansvar, men ble veiledet gjennom det (Allchin 2006, s.115).

På dette grunnlag kan vi kanskje si at vår forforståelse om at studenter kan vegre seg på bakgrunn av å være redd for å ikke vite hva de skal gjøre eller å gjøre feil stemmer. Samt at dette kan bli forsterket hvis de ikke får veiledning eller blir etterlatt alene med pasienten (2.3). Allchin skriver også at det skal gis gradvis mer ansvar og at sykepleieren skal være tilgjengelig for både fysisk og psykisk bistand (Allchin 2006).

Tidligere har vi drøftet det komplementære forholdet mellom veileder og student, vi diskuterte da at det er viktig for sykepleieren å vite studentens faglige ståsted (Bjerknes og Bjørk 1994). Vi har også diskutert at det kan være riktig at sykepleieren tar over i handlingen på grunnlag av manglende kunnskap. Dersom sykepleieren tar over bør hun i følge Tveiten ”å tilrettelegge for at studenten selv oppdager hvorfor sykepleieren måtte ta over i etterkant” (a: Tveiten 2005, s.171). Etterveiledningen er i følge Handal og Lauvås like viktig som førveiledning. Derimot mener de at ”etterveiledning uten førveiledning har en tendens til å bli en formidling av veileders kunnskap og mindre utveksling av erfaring” (ifølge Bjerknes og Bjørk 1994, s.90). Etterveiledning er refleksjon rundt det som har foregått. Studenter skal da få reflektere over handlingen, hva gjorde jeg, hvilket kunnskapsgrunnlag lå til grunn, hvordan gikk det etter planen og hva oppdaget jeg underveis (a: Tveiten 2005).

I avdelingen er det ikke alltid tid til etterveiledning, spørsmålet vi stiller er om det kan erstattes av den skriftlige refleksjonen studenten gjør daglig. Studentene er pliktig til å reflektere skriftlig på en dagsplan, veilederen plikter å gi skriftlig tilbakemelding her. På denne måten kan det kanskje sies at studenter reflekterer i etterkant og veilederen svarer, og at dette er etterveiledning. På samme måte skriver Bjerknes og Bjørk at når det går for lang tid mellom situasjon og etterveiledning anbefales det studenten skriver om situasjonen i dagbok refleksjoner. I motsetning til vår refleksjon om at det kan erstatte etterveiledning, mener de dette kan ligge til grunn for senere etterveiledning (Bjerknes og Bjørk 1994). Allchin har også funnet ut at hvis studenten får reflektere med en erfaren sykepleier vil studenten komme styrket ut fra hele opplevelsen (Allchin 2006). I likhet anbefaler Cooper og Barnett diskusjoner og refleksjoner (Cooper og Barnett 2005).

3.2 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTEN KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE MED FOKUS PÅ FERDIGHETER?

Praktisk kunnskap i sykepleie omfatter ulike ferdigheter sykepleieren må beherske. Sykepleieferdigheter deles opp i ”ferdigheter i kommunikasjon og samhandling, rasjonelle ferdigheter og manuelle ferdigheter” (Fagermoen ifølge Kristoffersen 2005, s. 235). Ferdigheter i kommunikasjon og samhandling omhandler kommunikasjonen studenten har til veilederen, medstudenter og pasienten. Rasjonelle ferdigheter er observasjonsevne, finne tiltak, utføre og evaluere, samtidig vil disse ferdigheter også innebære evnen til refleksjon og

kunne vurdere egne handlinger i samråd med veileder. Manuelle ferdigheter er sykepleieferdigheter som fysisk stell, sette smertestillende og håndtere medisinskteknisk utstyr. (Kristoffersen 2005) ”Ferdigheter læres gjennom utdanningen og forutsetter gode rollemodeller og kontinuerlig tilbakemeldinger på handlingene” (Bjørk 1999 ifølge Kristoffersen 2005, s. 235).

Sykepleierens ferdighetskompetanse er viktig viser undersøkelser. I følge kreftpasienter var det ikke god omsorg hvis ikke sykepleieren behersket medisinsk teknisk kompetanse (Wilde et al,1993 ifølge Kvåle 2002, s.17). I motsetning til undersøkelsen mener Cooper og Barnett at det viktigste for studentene er veiledning knyttet til følelsesmessige aspekter i omsorgen, ikke de praktiske (Cooper og Barnett 2005) Slik kunne man tenkt at det ikke var viktig for studenten å kunne praktiske prosedyrer. Men på en annen måte opplever vi at studentene i deres studie var redde for at de ikke har klart å gjøre handlingen godt nok. For eksempel sier en student:

(..)selv om jeg assisterte litt følte jeg enda at det var mye mer jeg skulle gjort og jeg oppdaget at jeg så tilbake på min siste kontakt med dem og spurte om det var noe jeg burde ha gjort som jeg ikke gjorde(...) (Cooper og Barnett, s. 426, 2005).

Allchins forskning viser at studenter angir usikkerhet og er nølende til å gi omsorg til døende pasienter, både fordi de ikke visste hva de skulle gjøre og fordi de ikke visste hvordan de skulle gjøre det (Allchin 2006).

Sykepleierens rolle i veiledningen er å tilrettelegge slik at hensikten oppnås, samtidig defineres rollen av hvilke forventninger hun har til sin stilling (b: Tveiten 2005). Her er det hennes ansvar for å opplæring til studenter som er forpliktet i lov jfr. lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven 1999 § 3-5 og kommunehelsetjenesteloven 1982 § 6-1), samt hennes ansvar som en kompetent og faglig sykepleier til pasientene som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Yrkesetiskeretningslinjer 2007). Dermed har sykepleieren ansvar for å vite hvilke ferdigheter sykepleieren må lære, i hvilke situasjoner studenten har mulighet for læring og når den er tilgjengelig. Som tidligere diskutert er studentens og sykepleierens roller komplementære (3.1), altså på den ene siden har sykepleieren et ansvar for å legge til rette for å lære ferdigheter og på den andre har studenten ansvar for å ta utfordringene. I forskningen til Allchin samt Cooper og Barnett ser vi ikke at de diskuterer sykepleierens kompetanse eller

ferdigheter, men begge viser til at det er viktig at det er en erfaren sykepleier som skal veilede studentene, samt at hun har et ansvar for å samtale og anerkjenne studenten (Allchin 2006 og Cooper og Barnett 2005). Hva vil det si å være en erfaren sykepleier, kan det sammenlignes med det å være kompetent, faglig og en som tar sitt ansvar for opplæring til studenter?

Hvordan kan vi lære studentene våre ferdigheter i sykepleie? Vår første tanke er at de må få lov til å øve seg og å være tilstede der det skjer. Cooper og Barnett sier at det er viktig at studentene får klinisk praksis med pasienter i livets slutfase, men for de er det mer viktig at det blir implementert i studiet og at studentene får tid og støtte til å reflektere (Cooper og Barnett 2005). I likhet skriver Allchin at det er viktig med implementering i læreplanene samt at studenten opplever omsorg for døende i praksis (Allchin 2006). Cooper og Barnett samt Allchin utdyper viktigheten av at studentene får støtte, veiledning og anerkjennelse av erfarne sykepleiere (Allchin 2006 og Cooper og Barnett 2005). I tillegg påpeker Allchin det klart at sykepleiestudenter ikke skal gi omsorg til pasienter i livets slutfase alene (Allchin 2006).

Vi veileder som tidligere skrevet ut i fra handling – og refleksjonsmodellen (3.0), vårt fokus er på refleksjon før, under og etter handling. Handlingen er her det møtet mellom studenten og pasienten i livets slutfase og hvordan sykepleieren bidrar til dette. Tidligere diskutert er utfordringen når sykepleieren ikke tar seg tid til eller prioriterer førveiledning (3.1). Slik vi ser det vil førveiledning være viktig for at student og sykepleier føler trygghet i handlingen. Dersom fokuset og forståelsen har blitt den samme, vil det være lettere for begge å evaluere handlingen i etterkant og dermed kan læringsutbyttet bli bedre (Bjerknes og Bjørk 1994). Ved å prioritere førveiledning kan vi kanskje unngå studentens engstelse som kan skyldes det å ikke forstå faguttrykk, ikke få nok veiledning og det å mangle støtte (2.3). Allchin skriver til sammenligning at studenten opplever engstelse på grunn av ukomfortabelhet og uvisshet om egne roller (Allchin 2006), altså hva er forventet av deg. Cooper og Barnett sier at holdningene studenten får under praksis og studiet til å gi omsorg til pasienten i livets slutfase vil styre holdningene deres senere. Slik anser de derfor det som betydningsfullt at studenten blir tilfredsstillende forbredt, veiledet og støttet i denne rollen (Cooper og Barnett 2005). Bjerknes og Bjørk sier at ved å gjøre studenten klar over sitt kunnskapsgrunnlag, økes muligheten for endring og utvikling (Bjerknes og Bjørk 1994). For oss vil førveiledning både kunne være en forberedelse til de handlingene man skal gjøre over en hel dag, men også være forberedelse til en spesiell handling (3.1). Handlingen kan da være å øve på en ferdighet som å administrere smertestillende på pumpe, i førveiledning kan det da være viktig å se på

prosedyren for pumpen, se på medikamentets virkning og forberede oss på ferdigheten om å sette i gang pumpen. Hvis dette skjer får studenten mulighet til både formulere sin kunnskap, og mulighet til å være forbredt slik at handlingen i seg selv blir oversiktlig. Bjerknes og Bjørk sier at hvis studenten selv får gjøre dette er muligheten for endring og utvikling størst (Bjerknes og Bjørk 1994).

I handlingen eller underveisveiledning kan det i følge Tveiten oppstå flere rollekonflikter. Vi har en veilederrolle til studentene, men samtidig en kontrollørrolle (a: Tveiten 2005). I handlingen kan studenten legge bånd på seg og være redd for å utføre handlingen. Altså oppstår det en rollekonflikt hvis studenten hemmes av eller unngår å ta opp spørsmål eller vise faglig svakhet fordi veileder er med å bestemme bestått eller ikke bestått praksis. En annen konflikt som kan oppstå er forholdet til pasienten, konflikten kan da være veilederens ansvar å fokusere på pasientens beste i motsetning til studentens læring (a: Tveiten 2005). I utgangspunktet når vi tenker dette er selvsagt pasienten i fokus, men samtidig reflekterer vi over denne konflikten som relevant, da vi ser at det er vanskelig å skjerme våre pasienter fra studenter (2.3). Vi kjenner at vi vil ha i pose og sekk, spørsmålet er da kan vi få det til? I førveiledningen har vi diskutert det å avklare roller: hvem gjør hva (3.1). Vår oppfattelse er at sykepleieren også må utvise trygghet til studenten ved å gjøre han forbredt på handlingen, samt at hun ønsker studentens beste. I tillegg å gi han trygghet på at det er lov å feile fordi sykepleieren er med i handlingen og kan eventuelt ta over hvis det er det beste for pasienten. På denne måten har vi opparbeidet et støttende og trygt klima i veiledningsforholdet som er nødvendig for å fremme læring (Bjerknes og Bjørk 1994). Bjerknes og Bjørk påpeker viktigheten av at veilederen innehar evnen til å delegere ansvar, for oss innebærer dette å gi studenten tid og rom (Bjerknes og Bjørk 1994). Tid kan da være førveiledning før handling og å bruke god tid på selve handlingen. Rom vil kunne være at studentene har et sted hvor de kan tenke høyt, reflektere sammen eller med veileder, og at dette er akseptert i avdelingen..

I etterveiledning kan det være ”vesentlig at studenten får anledning til å bearbeide reaksjoner og komme med egne synspunkter før man stiller spørsmålet om hvordan det egentlig gikk etter planen” (Bjerknes og Bjørk 1994, s. 90). ”Hensikten med etterveiledningen er å overføre ervervet innsikt til andre lignende handlinger” (Bjerknes og Bjørk 1994, s. 90). Slik vi tolker dette er det fokuset på utvikling som skal komme først. Det vil også være relevant å tenke på hvis man sier at den skriftlige tilbakemeldingen i dagsplanen er etterveiledning, som vi har diskuterte tidligere (3.1). Noe vi tenker på er at det er viktig at den muntlige og den skriftlige

tilbakemeldingen samsvarer. Et viktig moment som Bjerknes og Bjørk skriver om er at veilederen i sin kommunikasjon er klar over den makt hun har i veiledningsforholdet (Bjerknes og Bjørk 1994). På den ene siden består makten i bestått - ikke bestått praksis. På den andre siden kan sykepleieren ha en makt fordi hun har et annet grunnlag for å se handlinger som må gjøres i avdelingen og dermed kan hun for sin egen letthetens skyld utføre ferdigheter alene. Tveiten poengterer også viktigheten av å ha fokus på makt i forholdet, hun sier videre at fokuspersonen skal være respektert, anerkjent og likevel bli utfordret (a: Tveiten, 2005). Allchin fant ut at det studenten trengte var støtte, trygghet, veiledning og kunnskap både i handlingen og i refleksjonen i etterkant. Samtidig sier han at selv om studenten selv ikke ser behovet for etterveiledning er det påkrevd av sykepleieren i veiledningsrollen at hun vurderer studentens reaksjon og gir veiledning (Allchin 2006). I likhet har Cooper og Barnett funnet ut at studenten trenger refleksjon i etterkant, men i motsetning så valgte ofte deres studenter like mye å gå til medstudenter (Cooper og Barnett 2005). I vår måte å veilede på ser vi på samarbeid med andre studenter som fremmede for læring. Vi opplever at studenter ofte kan reflektere over kunnskap, følelser og erfaringer sammen og at alle har nytte av det. Den alternative praksismodell bygger på læren fra pedagogen Vygotsky som sier

at læring og utvikling først og fremst er et resultat av samspill, fortrinnsvis et sosialt samspill og man kan i et samspill opparbeide seg større grad av læring enn alene (ifølge Imsen, 1998 i Bjerkvold, Sørli og Myhren 2003).

3.3 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL AT STUDENTEN KAN MØTE PASIENTEN I LIVETS SLUTTFASE MED FOKUS PÅ HOLDINGER?

”Kompetanse innebærer at man har rett og myndighet til å foreta handlinger eller å ta avgjørelser og ikke minst at man har dyktighet, ferdigheter og evner” (Gaut 1986 og Bastøe og Dahl 1995 ifølge a: Tveiten 2005, s.27). Videre beskriver Tveiten at ”kompetanse i sykepleie ofte deles i kunnskap, ferdigheter og holdninger samt erfaringsbasert innsikt” (Bastøe og Dahl 1995 i følge a: Tveiten 2005 s. 27). Tveiten skriver at sykepleierens kompetanse inneholder et ”affektivt aspekt som er sykepleierens verdigrunnlag, etisk, moralsk, emosjonell bevissthet knyttet til grunnlaget for egne handlinger” (Fagermoen 1993 ifølge a: Tveiten 2005 s. 29). Palliasjon i sykepleie er lindrende behandling,

for å lindre lidelse hos en annen må sykepleieren være bevisst hvordan ens personlige og profesjonelle verdier, anliggender, forpliktelser og tro påvirker ens persepsjon, meninger og væremåte (Kalfoss 2010 s. 480).

Ut i fra dette vil vi nå se på hvordan vi kan bidra til at studenten kan møte pasienten i livets slutfase med holdningskompetanse. Samtidig viser forskning at det ikke bare er studenter som føler engstelse.

En psykologisk studie fra et sykehus viste at pleiepersonalet som møtte døende pasienter sammen med erfarne kolleger, opplevde møtet mindre belastende, noe som fikk stor betydning for den pleien de videre ga pasientgruppen (Hedly 1993 i Mathisen 2005, s. 280).

Vår refleksjon er at holdningskompetanse blir man aldri ferdig utlært i.

Bakgrunnen for å velge temaet ligger i vår forforståelse, der blir studentene engstelige for å velge pasienter i livets slutfase på grunn av: redsel for døden, redd for å begynne å gråte, redd for sin egen død eller andres nære død, å føle seg maktesløs, kommunikasjon til døende og deres pårørende. Kanskje og viktigst av alt mente vi at det var betydningsfullt at studenter får oppleve et møte med pasienten i livets slutfase før de blir sykepleiere (2.3). Slik vi oppfatter det omhandler alle de ovenforstående punktene om holdningskompetanse. Cooper og Barnett sier at bakgrunnen for deres forskning ligger i at ”sykepleiestudenter gir ofte omsorg til døende, at dette blir en av sykepleierens viktigste oppgaver i fremtiden” (Cooper og Barnett 2005, s. 423). På samme måte som oss mente Cooper og Barnett at sykepleierens erfaringer som student var viktig når de ble ferdig utdannet. Samtidig sa de at hvis studentene utviklet negative holdninger kunne det gjøre at de ved senere sykepleie isolerte seg fra dette og det ville føre til dårlig omsorg (Cooper og Barnett 2005). Allchin sin bakgrunn for studie var ”å klargjøre dybden av studenters erfaringer i omsorg for døende pasienter og deres familie, for å styrke temaet død og døende i undervisning og i praksis” (Allchin 2006, s. 112). Alt i alt kan vi da kanskje si at på en måte har vi alle et felles mål om å finne ut hvordan vi kan støtte, veilede og utvikle studenten i møte med pasienten i livets slutfase.

Cooper og Barnett fant ut at det er viktig med klinisk praksis i palliativ omsorg, det var til hjelp for å styrke studentens kunnskap og ferdigheter. De mente videre at utfordringen i det å gi omsorg til pasienter i livet slutfase handlet ikke om studentens egen redsel for døden, men mer om aspekter i selve omsorgsrollen. Med andre ord var de redde for å ikke kunne fylle denne rollen (Cooper og Barnett 2005). I motsetning hadde vi en forforståelse om at studenten kunne oppleve redsel da de selv var redd for egen død (2.3). I likhet med Cooper og Barnett

hadde vi en forforståelse om at studenten var redde for å vise sine egne følelser, maktesløshet og sin manglende kommunikasjonsevne (2.3). Allchin fant ut at det var viktig å inkludere omsorg ved livets slutt i læreplanen og det var vesentlig at det ble gjort på en motiverende måte. Samtidig var det viktig at de fikk oppleve omsorgen i praksis. Men kanskje det mest vesentlige var at de fikk reflektere over dette i etterkant med andre enten alene eller i grupper. Imidlertid var det viktig med støtte, veiledning, kunnskap og at de fikk bearbeidet egne følelser og opplevelser av egne tap underveis i handlingen og i etterkant. Allchin skriver at veileder har en aktiv rolle i refleksjoner med studenten om omsorgsrollen og kommunikasjonen til pasienten, hvis dette ble utført ville det styrke erfaringen og videre kompetanse (Allchin 2006). Vi ser da at Allchin på samme måte som oss i forforståelsen drar inn studenters følelser om egen død og tap (Allchin 2006).

I førveiledningen har vi tidligere diskutert om sykepleierens rolle og ansvar til studentene om å sette av tid, at det skal være en utveksling av kunnskap og erfaring, det er en mulighet for å avklare roller og avklare faglig ståsted for studenten (3.1). Samtidig har vi diskutert at førveiledningen er en mulighet for felles forståelse, ha det samme fokuset, samt at det er en anledning for å danne trygghet i veiledningsforholdet (3.2). I motsetning har vi ikke diskutert hvor denne førveiledningen skal foregå? I følge Bjerknes og Bjørk er dette en utfordring i veiledning at praksissteder ikke har egnet rom (Bjerknes og Bjørk 1994). På vår arbeidsplass har vi et eget rom, med både pult, sofa og data tilgang som er tilegnet studentene, så på denne måten er det kanskje ikke rom som er problemet. Det vi reflekterer over er hvor privat samtalen mellom veileder og student blir når det er både andre studenter og veiledere tilstede. Vil det være like lett å opparbeide seg tillit, og få studenten til å vise frem sitt ståsted når flere hører på? På en annen måte arbeider vi ut fra en oppfatning om at læring oppnås i samarbeid og sosialt samspill (Vygotsky ifølge Imsen 1998 ifølge Bjerkvold, Sørli og Myhren 2003). Ved å se slik på læring og utvikling er det ikke dette en svakhet. Derimot er det mulig at dette avhenger av at klimaet er støttende, oppmuntrende og motiverende hos medstudenter gjennom praksisperioden (Bjerkvold, Sørli og Myhren 2003). En tanke er da at det ikke er noe problem med førveiledning med flere tilstede hvis klimaet er positivt, utfordringen ligger vel heller i det hvis klimaet mellom studenter ikke er støttende og oppmuntrende.

Handal og Lauvås hevder at en god førveiledning styrker studentens egen refleksjon og vurdering av forløpet. De mener også at etterveiledning uten førveiledning har en tendens til å bli en formidling av veilederens synspunkter, og mindre utveksling av erfaringer (ifølge Bjerknes og Bjørk, s. 90, 1994).

I artiklene til Allchin, samt Copper og Barnett beskrives ikke førveiledning, men de gjentar flere ganger at refleksjon og samtale i etterkant er viktig (Allchin 2006 og Cooper og Barnett 2005).

I underveisveiledningen har vi diskutert samspillet mellom veileder og student, vi har reflektert over hvem som skal utføre handlingen (3.1 og 3.2). Vi har sett at artiklene viser til at studenter blir engstelige for å stå alene og at de synes det er godt å bli veiledet (3.1 og 3.2).

I følge Berit Sæteren kan ikke omsorg på det åndelige området læres som teknikk, men en væremåte som kan utvikles i pasient- sykepleie relasjonen. Hun beskriver videre at sykepleieren må ha evne til å la seg berøre, evne til å lytte og mot til å samtale, handle og være tilstede (Sæteren 2006 s. 237 og s. 238).

Hvis sykepleierens holdninger og handlinger er troverdige fra starten av møtet med pasienten, kan tillit oppnås. Sykepleierens holdning til pasienten ” jeg er her for å hjelpe deg – du er i gode hender, vises gjennom kroppen, ansiktet og ordene hun bruker” (Nåden 1995 og 2000 i a: Tveiten 2005, s. 59). Slik ser vi utfordringen studenten som en ny og uerfaren person har. Samtidig har sykepleieren en utfordring i å møte enhver ny pasient i livets slutfase.

Hva kan da sykepleieren i handlingen gjøre for at studenten skal være med, utføre, lære og føle seg trygg, i motsetning til engstelse og uttrygghet? I følge Tveiten lærer ikke bare studenter av å ha mål, de lærer gjennom erfaringer, av å se på andre og av miljø (a: Tveiten 2005).

I følge Lauvås må veiledningsrelasjonen gjenkjennes av autoritet, ydmykhet og varhet fra sykepleieren. Autoritet handler om en mer-viten rolle som vi har diskutert tidligere (3.1,3.2). Ydmykhet handler om å se på studentenes utviklingsmuligheter i stede for god-dårlig(3.2). Varhet handler om den kommunikasjonen man deltar i sammen med studenten og pasienten (ifølge Bjerknes og Bjørk 1994 s. 27).

Videre sier Handal og Lauvås at disse tre elementene er avgjørende for at klimaet i veiledningen skal nå sitt mål (ifølge Bjerknes og Bjørk 1994). I Allchin sin artikkel blir det som tidligere skrevet at studenter skal ikke gi omsorg til pasienter i livets slutfase alene (3.2). I artikkelen sier hans studenter at de hadde et stort behov for å være med sykepleiere for støtte, trygghet, veiledning og kunnskap i selve hendelsen (Allchin 2006). I motsetning identifiserer ikke Cooper og Barnett viktigheten av at studenter får veiledning i handlingen, men de beskriver at studenter opplever følelsen av ubruklighet, hjelpsløshet og udugelighet i

handlingene (Cooper og Barnett 2005). Refleksjonen vi da gjør er at kanskje de ikke har sett på underveisveiledning som et tema i deres forskning.

I etterveiledningen sier Bjerknes og Bjørk at det vesentlige er at studenten får komme med følelser og tanker og bearbeide reaksjoner fra handlingen. Utfordringen de ser er at evaluering kommer for tidlig eller blir hovedfokuset i veiledningen (Bjerknes og Bjørk 1994). I likhet sier Tveiten at i etterveiledning kan studenten oppdage egne verdier, holdninger og følelser og eventuelt hvordan disse faktorene påvirker situasjonen. Det kan fokuseres på nåtid, og hva den ønskelige handlingen blir neste gang (a: Tveiten 2005). Dette samsvarer med det Bjerknes og Bjørk videre sier om etterveiledning da studenten også har et krav om å få vite hva som er deres styrke og svakhet (Bjerknes og Bjørk 1994). Slik forstår vi at de mener at evaluering skal komme tilslutt da studentens evne til å reflektere er mest betydningsfull. I likhet drar Cooper og Barnett slutninger om at refleksjoner med veileder er viktig for studentens opplevelse og læring. De beskriver at veilederen skal ha en aktiv rolle i refleksjoner (Cooper og Barnett 2005). Allchin sier at veilederen skal lytte og konstruktivt veilede studenten gjennom alle tanker og følelser de fikk av erfaringen, men også de følelsene studenten har omkring egne tap og sorg. De foreslår at det er viktig med bearbeidelse enten i grupper eller individuelt (Allchin 2006). Med andre ord forstår vi at hun ser viktigheten av etterveiledning og at det er viktig å fokusere på den emosjonelle delen av møtet med pasienten i livets slutfase. I motsetning til Allchin gir ikke Cooper og Barnett så tydelige føringer på hva som er viktig i veiledningsforholdet, men de sier at det å involvere sykepleiere slik at studenters følelser blir anerkjent er viktig. Samtidig mener de at også erfarne sykepleiere kjenner på liknende følelser selv om de ikke snakker om dem. De mener derimot at sykepleierne bruker mestringsstrategier og unngåelsesadferd (Cooper og Barnett 2005).

I likhet med Allchin mener Cooper og Barnett at det er viktig med et større fokus på følelser enn praktiske aspekter på omsorgen. Ikke minst sier de at det er ”viktig med anerkjennelse på at omsorg for pasienter i livets slutfase provoserer engstelse og at dette er naturlig” (Cooper og Barnett 2005, s. 429). Tveiten sier i likhet at mange trenger hjelp til å definere følelser og at det er nødvendig at veilederen har kunnskap om dette. I følge Tveiten er veiledning på følelser og holdningskomponenten i grensen til terapi. Mange mener at det å vise følelser er uprofesjonelt, ”dersom egne følelser hindrer utførelsen av sykepleie er det uprofesjonelt” konkluderer Tveiten (a: Tveiten 2005, s. 68). Dette kan kanskje være en trøst for våre studenter som var redde for å vise uprofesjonelle følelser (2.3). Sæteren sier at det er umulig

for en sykepleier som skal møte en pasient i livets slutfase å skille mellom kropp og intellekt. Videre sier hun at det sykepleieren oppfatter med sansene er forbundet med forståelse, og at det for eksempel er umulig å forholde seg nøytral til en kropp som uttrykker angst. (Sæteren 2006)

4.0 AVSLUTNING

4.1 KONKLUSJON

Gjennom oppgaven har vi fått innsikt i at det viktigste sykepleieren kan bidra med for at studenten skal møte pasienten i livets slutfase er tid. Tid til veiledning før - under- og etterhandling. Funnene peker mot at studenten ikke skal gå alene inn hos en pasient i livets slutfase. Vi har sett at dette også handler om motivasjon til å veilede.

Vi har fått forståelse av at de begge har ansvar i veiledningsforholdet. Dette innebar ansvar for egen læring til studenten og at sykepleieren skal ha ansvaret for å legge til rette. Vi oppdaget at det er viktig med fokus på følelser, og at veileder da skal finne rom for å reflektere over dette. Veileder har et ansvar for å utvise anerkjennelse til studenten om at det er normalt å føle engstelse i møtet med pasienten i livets slutfase. Vi har fått en forståelse for at de kan dele felles følelser.

Vi har fått økt innsikt i det at det er viktig med fokus på kunnskap, ferdigheter og holdninger i veiledningen for at pasienten i livets slutfase skal ha tillit til sykepleier og student. Tillit har vi sett handler om at pasienten skal føle seg trygg på at sykepleier og student har nok kunnskap, kan ferdigheter og har holdningskompetanse til å ivareta han. Funn viser at det er nødvendig at studenten gjennom praksis erfarer å møte pasienten i livets slutfase, for dette vil legge grunnlaget på kunnskapen, ferdigheten og holdninger studenten har når hun er nyutdannet.

4.2 PRODUKTEVALUERING

Vi har nå avsluttet oppgaven, føler en lettelse over å ha klart det. Vi opplever å ha klart å se på alle delene i problemstillingen, men samtidig i den hermeneutiske metoden finnes det aldri noe bestemt slutt punkt (Dalland 2000). Slutt punktet er likevel satt for oppgaven og vi opplever å ha fått en større forståelse og innsikt.

Vi ser at vi kunne ha valgt en lettere ”vei” på metoden og dermed mindre antall ord, men samtidig mener vi da at oppgaven ville bli ufullstendig og ikke så anvendbar for oss. Da vi startet med drøftningen var vi usikre på å dele den opp i kunnskap, ferdigheter og holdninger, men vi mener at vi har fått vist at dette var riktig ut i fra teori grunnlaget vårt. Det har også gitt oss en fordel i vår hermeneutiske metode da vi flere ganger har gått fra de forskjellige delene til helheten.

Vi føler at denne oppgaven er relevant og anvendbar på vårt arbeidssted og den har bidratt til at vi kan bruke den nye innsikten og forståelsen direkte til våre studenter og pasienter. Vi har også erfart at temaet er aktuelt, og det trengs mer kunnskap og forskning. Vi har allerede fått gleden av å møte noen på Høgskolen som forsker på studenters møte med den palliative pasient.

Ved en annen anledning kunne vi ha intervjuet studenter og anvendt dette i oppgaven for å se at vår forforståelse ikke bare er vår, men at den faktisk er reell for studenter. I tillegg kunne vi ha valgt flere artikler, da de vi har anvendt viser mye likheter og kanskje færre ulikheter.

4.3 PROSESSEVALUERING

I selve prosessen har vi aldri hatt uoverensstemmelser om bruk av tid. Vi har likevel arbeidet mye og snakket åpent om våre forskjellige roller og vår ulike erfaring med å skrive en oppgave. Det vi sitter igjen med er at oppgaven er vårt felles produkt, og vi har vokst mye på denne prosessen.

Opgaven er i sin helhet skrevet sammen, vi diskuterte om vi skulle dele opp noe, men er glad vi ikke gjorde det. Vi har prioritert å sitte på skolen da begge har ”husmorrollen”. I starten brukte vi mye tid på oversettelse av artikler med en venninne. Vi har vært heldig å få mulighet til å sitte på et av skolens rolige gruppe rom. Fordelen i prosessen er at vi setter pris på studenter og at vi har tilnærmet lik holdning til veiledning og vår rolle i deres møte med den palliative pasient. En annen fordel er at vi begge ser på forskjelligheten vår som en fordel og ikke en hindring, samt at vi er kollegaer fra før og har derfor ikke trengt noe bli kjent fase.

LITTERATURLISTE

- Allchin, Lynn (2006) Caring for the dying – Nursing Students Perspectives. *Journal of Hospice And Palliative Nursing* 2006, Vol. 8, No. 2 March/ April, s. 112- 117
- Bjerknes, Mari Skancke og Bjørk, Ida Torunn (1994). *Praktiske studier - perspektiver på refleksjon og læring*, Oslo: Tano A.S
- Bjerkvold, M. P., Sørli, K., Myhren, A.B. (2003). *Alternativ praksismodell for sykepleiestudenter: Et samarbeidsprosjekt mellom HIG, AH og OSSG*, Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2003 nr 6. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik
- Cooper, Jan og Mandy Barnett (2005) Aspect of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing* 2005, Vol 11, No 8, s. 423-430
- Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3 utgave, 1 opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Husebø, Bettina Sandgathe og Husebø, Stein (2005), *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*, 3 opplag, Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon
- Høgskolen i Gjøvik (2010) Praktisk håndbok, bachelor i sykepleie 2010/2011 [online]. URL: <http://www.hig.no/student/praksis> (21.02.2011)
- Kalfoss, M. H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., Stubberud D. G., Grønseth R. (red). *KLINISK SYKEPLEIE* 2, s. 476- 497. 4 utgave, 1 opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kommunehelsetjensteloven (1982) Lov om helsetjenester i kommunene, paragraf 6-1 [online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenestelov*& (18.04.2011)

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (red)*Grunnleggende Sykepleie, bind1*, s. 215- 257. 1 utgave, 1 opplag, Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kvåle, Kirsti (2002). Sykepleie i forhold til kreftsykes livssituasjon. I: *sykepleie til mennesker med kreft*. s. 15- 45.1 utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Langhammer (2003) Litteraturstudie metode- kritisk analyse, Teoretisk referanseramme [online] URL: [http://www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-3/Ressursforelesninger/LanghammerIII.ppt#256,1,Litteraturstudie metode](http://www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-3/Ressursforelesninger/LanghammerIII.ppt#256,1,Litteraturstudie%20metode) (18.04.2011)

Mathisen, Jorunn (2005) Livets avslutning. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (red)*Grunnleggende Sykepleie, bind3*, s. 271- 318. 1 utgave, 1 opplag, Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenster m.m, paragraf 3-5 [online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenestelov*& (18.04.2011)

Sæteren, Berit (2006). Åndelig omsorg. I: Reitan, A. M. og Schjølberg T. Kr. (red) *Kreftsykepleie pasient- utfordring – handling*, s. 230- 242. 2 utgave, 2 opplag, Oslo: Akribe Forlag AS

a: Tveiten, Sidsel (2005). *PEDAGOGIKK i sykepleiepraksis*, 4 opplag, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

b: Tveiten, Sidsel (2005). *Veiledning – mer enn ord...*, 3 opplag, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

VEDLEGG

VEDLEGG 1: SØKELOGG

Vi startet med egne søkeord, fikk noe hjelp av en engelsk venninne med oversettelser. Dette var i starten av oppgaven og utgangspunktet våres da var en samtale med pasienten og ikke møtet. Hadde deretter veiledning med bibliotekar som rettet oss noe på søkeord, hun mente at vi ellers var på rett vei med problemstilling og litteratur. Hun anbefalte å søke i Academic search elite og Ovid, og mente disse var de beste for oss. Etter veiledning i medstudentgruppe fikk vi noen tilbakemeldinger på at vi burde tenke på at det kunne være noe ”smalt” å ta samtale i problemstillingen. Videre hadde vi veiledning/ samtale med to professorer fra Høgskolen i Gjøvik som forsker på et lignende tema, de hadde ønsket at vi kunne være delaktig i deres forskning. Men rammene for denne oppgaven utelukker empiri, så denne gangen kunne vi ikke være med. Vi fikk også tilbakemeldinger om at de synes vi skulle bytte til et møte i stede for en samtale i problemstillingen. I tillegg fikk vi tilbakemelding om at søkeordene var relevante og de foreslo å legge til encoutering. Vi har anvendt mange timer på søk, fant 4 artikler som var relevante og brukte også deres referanser videre. Leste abstrakter og skimmet gjennom artiklene alene og med en venninne, kom så frem til de to utvalgte artiklene.

Søkeord vi fikk treff på var : Conversation, communications skills, end – of – life care, palliative care, nursing students, mentorship, nursing role og interprofessional relations.

Søkeord vi ikke anvendte og ikke fikk relevante treff på var: terminal care, terminally ill patients, nurse- patient relation, nursing, communication, to converse with, concerns about dying og encountering.

VEDLEGG 2: SØKERESULTATER

Dato	søkemotor	søkeord	antall treff	antall aktuelle	Navn på aktuelle artikler
7/2	Academic search elite	Nursing students + end-of-life care	9	1	Care of dying: A positive nursing student experience, forfatter Mallory og Allen, i referansene fant vi Cooper og Barnett sin artikkel som er anvendt i oppgaven
7/2	Academic search elite	End-of-life care + mentorship	10	0	
7/2	Academic search elite	End-of- life care + mentorship + nursing students	0	0	
7/2	Academic search elite	End- of –life care + nursing students + communications skills	1	0	
7/2	Academic search elite	Palliative care + conversation + nursing student	1	0	
14/2	Academic search	Palliative care + interprofessional	0	0	

	elite	relations + nursing student			
14/2	Ovid	Nursing students + end- of-life care + mentorship	3	1	Dealing with death: first encounters for first year nursing students, Forfatter: Terry L. M. Carrol J. I British journal of nursing, 2008
14/2	Ovid	End-of-life care + nursing students + conversation	2	1	Skrevet ut artikkel av Lynn Allchin som er benyttet i oppgaven
22/2	Ovid	End-of-life care + mentorship + conversation	0		
22/2	Ovid	End-of-life care + nursing students + nursing role	15	2	1 funn som tidligere: Allchin og 1 nytt funn Companionship and education: A nursing students experience in palliativ care, forfatter: Kwekkeboom og Eland, 2005

VEDLEGG 3: PICO SKJEMA

P	I	C	O
Population Patient Problem	Intervensjon Or exposure	comparison	Outcome
Hvilken mennesker handler det om? Hva er problemet?	Hva gjør vi med dem? Hva blir de utsatt for?	Hva sammenligner vi evt intervensjonen med ? Ikke alltid aktuell	Hvilket utfall er av interesse?
Sykepleiestudenten Sykepleiestudenter opplever at det er utfordrende å møte pasienter i livets slutfase	Møter pasienter i livets slutfase	Sykepleierens møte med pasienten i livets slutfase	Hva sykepleieren kan bidra med for at studenten kan møte pasienten i livets slutfase Sykepleieren gjør studenten i stand til å kunne møte pasienten i livets slutfase