



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **MASTEROPPGÅVE**

**Ivaretaking av palliative pasientar på  
sjukehus**

**Providing care for palliative patients in  
hospitals**

**Berit Sølvi Krunenes Røksund**

**HELS-OPPG**

**Avdeling for Helsefag, campus Stord**

**Vegleiar: Kari Marie Thorkildsen**

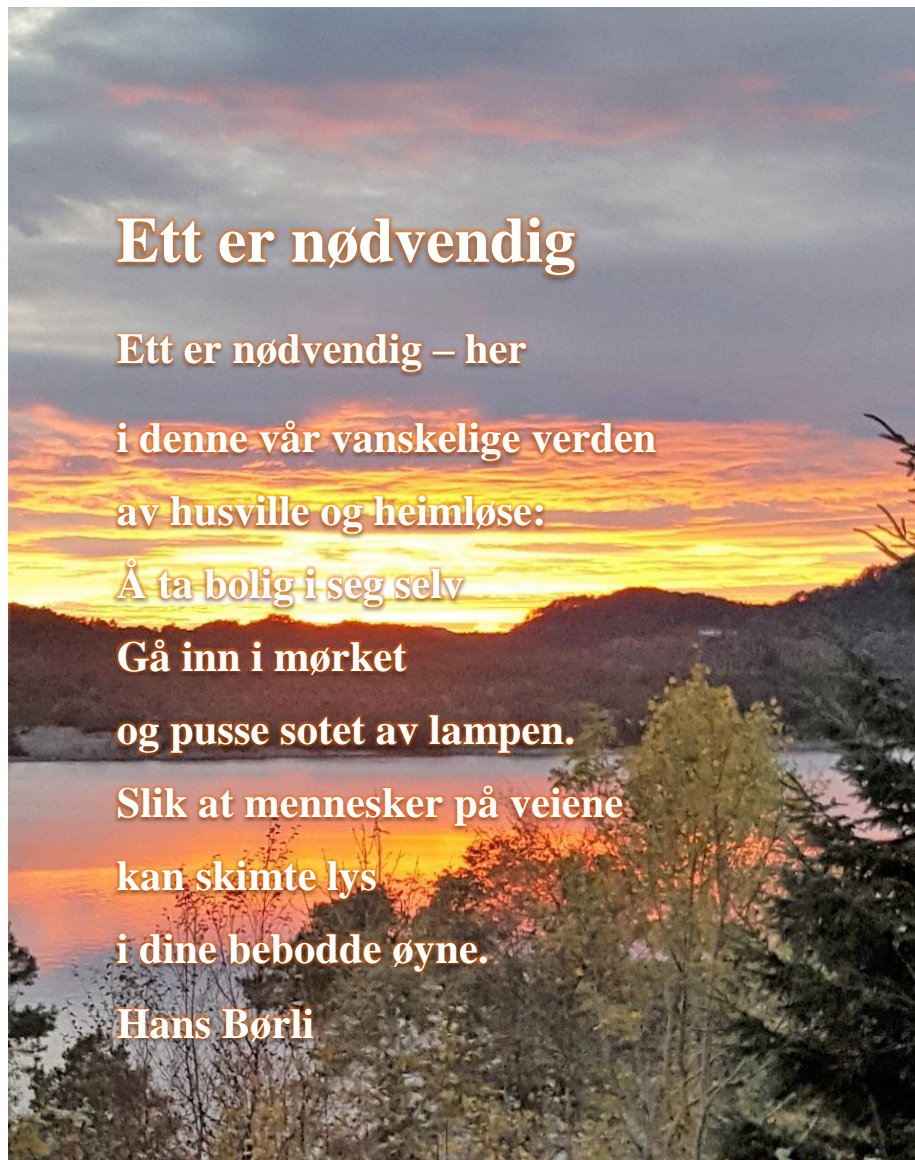
**Antal ord: 33130**

**Innleveringsdato: 01.06.17**



# MASTERUTDANNING I KLINISK HELSE- OG OMSORSGVITSKAP

KULL 2014



Bilde: Privat



## FORORD

Ideen til denne oppgåva kom til ved ein av dei mange samtalarane eg har hatt med min gode kollega Gunn Kjersti, der me har snakka om korleis me såg for oss omsorga for dei palliative pasientane kunne og burde vera, og korleis me som sjukepleiarar opplevde å ivareta desse samtidig som me skulle gi omsorg til alle dei andre pasientane på avdelinga.

Undervisninga på dette masterstudiet og arbeidet med oppgåva har vore ei lærerik tid som har hjelpt meg å sjå omsorga i eit nytt lys. Eg håpar oppgåva også vil vera til nytte for andre som arbeider i dette så viktige yrket.

Eg vil retta ein stor takk til informantane som stilte opp og bidrog, slik at oppgåva vart ein moglegheit. Eg vil også få takka Helseføretaket som stilte seg positive til intervjuet. Ein stor takk går og til min leiar som la til rette slik at eg fekk nytta deler av arbeidstida mi på fullføringa av oppgåva.

Eg vil ikkje minst få takka min vegleiar Kari Marie Thorkildsen, som tolmodig har svart på alle mine spørsmål, og rettleia på ein god måte gjennom heile oppgåva. Du har vore ei trygg støtte.

Til slutt vil eg takka min mann som med sin tørrvittige humor har bidratt til at eg har fullført denne utdanninga, og som tolmodig har latt meg få vera i mi eiga «boble». Takk og til resten av familien som ikkje har gitt meg opp, men som har forstått at eg har måtta bruka tida på oppgåva.



## SAMANDRAG

**Bakgrunn:** Palliative pasientar blir innlagt på generelle medisinske og kirurgiske sengepostar når dei treng sjukehusopphald. Der må dei ofte dele rom med kurative pasientar. Sjukepleiarar skal yta omsorg samstundes til desse ulike pasientgruppene.

**Hensikt:** Hensikta med studia er å løfta fram og sjå nærare på utfordringar og føremoner sjukepleiarar har når dei skal yta omsorg til blanda pasientgrupper og kva dei tenkjer må til for at dei palliative pasientane skal verta betre ivareteken når dei er innlagt på sjukehus. Det ystte målet er at ein som sjukepleiar vil verta i betre stand til å sjå pasienten si liding og klara å yta heilskapleg omsorg ut frå dei ulike pasienten sine behov.

**Problemstilling:** Korleis erfarer sjukepleiarar å ha omsorg for pasientar i palliativ fase, samstundes som dei skal ivareta andre pasientgrupper?

**Metode:** Dette er ei kvalitativ studie med hermeneutisk tilnærming. To fokusgruppeintervju med sjukepleiarar er gjennomført, tilsette på generelle medisinske og kirurgiske sengepostar. Studia har til saman 7 informantar.

**Funn:** Omsorg til blanda pasientgrupper er eit stemningsarbeid med mykje kontrastar, der sjukepleiarane opplev å gå inn og ut av roller, der ein vekslar mellom sorg og glede. Dei opplev at dei må vera mykje meir konsentrert når dei er hos pasientar i siste fasen av livet. Arbeidet vert opplevd som krevjande, men og givande, der ein får mykje att for omsorga ein gir. Å ha kurative pasientar innimellom, blir sett som «ei kvile». Mangel på tid til dei ulike pasientgruppene, vert sett som ei stor utfordring, og prioriteringa over kven ein skal bruka mest tid på, blir opplevd som vond. Det var og sett av lita tid til vegleiing av dei tilsette.

**Konklusjon:** Omsorgsarbeid til blanda pasientgrupper er eit arbeid som krev at sjukepleiar heile tida er vår for kva situasjon pasienten ho har omsorg for, er i. Sjukepleiar må ha evna til å snu seg om, og møte den enkelte der den er. For at sjukepleiar skal makta dette kontrastfylte arbeidet som krev mykje av ein som omsorgsytar, må sjukepleiar sjølv verta ivareteken og sett. Det kan skapast ei ontologisk utvikling hos den enkelte sjukepleiar når han/ho opne opp, og ser kva som står på spel hos den enkelte pasient.

**Nøkkelord:** Palliative og kurative pasientar, sjukepleiarar, dygd, etos, omsorg, prioritering.

## **Abstract**

**Background:** Palliative patients are generally hospitalised on ordinary medical and surgical wards when the need for hospitalisation occurs. At these wards, palliative patients often must share room with curative patients. Nurses must provide the best care to both these patient groups.

**Purpose:** The purpose of this master thesis is to enlighten and study the challenges and advantages nurses experience when they provide care to mixed patient groups. Furthermore, the study aims to enlighten the nurse's perceptions on important qualities in providing the best care for palliative patients. The main objective is that the nurse shall be able to notice the patients suffering and give holistic care based on the patient's needs.

**Issue:** How do nurses experience the challenge of giving care to palliative patients with substantial needs, meanwhile providing the best care for other patient groups?

**Methods:** This thesis is a qualitative study and the approach is hermeneutical. Two focus group interviews have been performed. The seven informants are nurses working in ordinary medical and surgical wards.

**Findings:** Providing health care to mixed patient groups is described as working in an emotional work atmosphere filled with contrasts and diversity. Nurses experience that they are playing different roles and that they must rapidly adapt their role in relation to the atmosphere of hopefulness or that of destitute and hopelessness. Nurses experience a need to be extra "focused" when they provide care to palliative patients. This work is challenging, but at the same time meaningful and fulfilling. To provide care to curative patient's in-between is a chance to get some "rest of mind". Time pressure at the wards is a great challenge, and the nurses experience it as painful when they must prioritise between patients. The nurses also experience a lack of professional guidance on how to provide the best care to palliative patients.

**Conclusion:** When providing care to mixed patient groups it is necessary that the nurse is constantly sensitive to the patients "state of mind" and different needs. The nurse must be able to make a shift and meet the patient based on the patient's needs. For the nurse to be able to deal with the challenging work of contrasts and diversity, it is also important to have their own needs in mind. There might be an ontological development in the professional nurse if they open up, and are willing to see what is at stake for each patient.

**Key terms:** Palliative and curative patients, nurses, virtue, ethos, care, prioritising.



## Innholdsliste

<b>Masterutdanning i klinisk helse- og omsorgsvitenskap</b>	<b>iii</b>
<b>Forord</b>	<b>v</b>
<b>Samandrag</b>	<b>vii</b>
<b>1 Innleiing</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde	1
1.2 Oppgåva si hensikt og problemstilling	2
1.3 Avgrensingar og presisering av problemstillinga	3
<b>2 Teori</b>	<b>4</b>
2.1 Omsorgsvitenskapelig forankring	4
2.1.1 Sentrale omgrep med relevans for oppgåva	4
2.1.2 Etos	4
2.1.3 Caritas	5
2.1.4 Dygd	6
2.1.5 Fronesis	6
2.1.6 Medlidande	7
2.2 Medmenneskelege føresetnader hjå omsorgsytar	7
2.2.1 Ontologisk kompetanse	8
2.2.2 Kjelde til vekst og utvikling	9
2.3 Omstillinga til dei ulike stemningane	10
2.4 Etikk i praksis	12
2.5 Støttelitteratur med relevans for oppgåva	13
2.5.1 Palliasjon	13
2.5.2 Palliativ omsorg	14
2.5.3 Retningslinjer frå Helsedirektoratet	16
2.6 Tidlegare forskning	17
2.6.1 Omsorgsvitenskapleg forskning	17
2.6.2 Eigenskapar hos sjukepleiar sett frå tidlegare forskning	18
2.6.3 Møtet med den døyande	19
2.6.4 Omsorga som vert gitt, sett frå pasienten sin ståstad	19

2.6.5	Strukturelle forhold	19
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>22</b>
3.1	Hermeneutikk	22
3.2	Førebuing til intervju	23
3.3	Utval og deltakarar	24
3.4	Fokusgruppeintervju	24
3.5	Gjennomføring av intervju	25
3.6	Metode for analyse	26
3.7	Metodediskusjon	27
3.8	Forskingsetikk	28
<b>4</b>	<b>Resultat</b>	<b>30</b>
4.1	Sjukepleiarar si oppleving av å ha omsorg for blanda pasientgrupper	30
4.2	Ytre rammer som verkar på omsorga	33
4.3	Medmenneskelege eigenskapar sjukepleiarar ser som viktige	36
4.4	Erfaring, modning, tryggleik til å klare å gi heilskapleg omsorg	38
4.5	Fellesskapet og bandet til pasienten, fylt av kontrastar	40
4.6	Pasient og pårørande sine tilbakemeldingar verkar på arbeidet vidare	41
4.7	Kjelde til vekst og utvikling	42
4.8	Oppsummering av resultat	45
<b>5</b>	<b>Drøfting</b>	<b>46</b>
5.1	Omsorg til blanda pasientgrupper, eit stemningsarbeid	46
5.2	Erfaringa si tyding i møtet med dei ulike stemningane	52
5.3	Dygder til hjelp i møtet med pasienten	55
5.4	Prioriteringar i eit ontologisk perspektiv	62
5.5	Ontologisk travelheit versus moralsk stress	67
5.6	Sjukepleiaren si ontologiske utvikling sin påverknad på omsorga	70
5.7	Endringar og konsekvens for praksis	77
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>81</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>89</b>

Vedlegg nr 1	89
Vedlegg nr 2	91
Vedlegg nr 4	93
Vedlegg nr 5	95
Vedlegg nr 6	97
Figur 1: Forventningar til sjukepleiar <a href="http://likesuccess.com/img3679293">http://likesuccess.com/img3679293</a> .....	76
Figur 2: Den stødige sjukepleiar .....	77
Tabell 3-1: Eksempel på analysemetode .....	27



# 1 INNLEIING

Denne studia handlar om sjukepleiarar sine erfaringar med å ivareta pasientar som er i palliativ fase når dei er innlagt ved medisinske og kirurgiske avdelingar. Ved slike avdelingar må også sjukepleiarar samstundes ta vare på andre pasientgrupper.

Formålet med oppgåva er å belyse kva utfordringar og føremoner det er for sjukepleiarar når ein har kurative og palliative pasientar liggande på same avdeling, og kanskje same rom. Ved å gå nærare inn i dette temaet vil også pasienten sin situasjon verta løfta fram. Det ytste målet er at ein som sjukepleiar vil verta betre i stand til å lindra pasienten si liding, slik at pasienten sin situasjon skal verta betre.

Det er også eit ynskje å sjå på kva eigenskapar sjukepleiar nyttar for å ivareta dei ulike behova, og vidare korleis ein skal kunna betra omsorga til dei palliative pasientane på eit sjukehus. Ved å spørje om sjukepleiarar sine erfaringar, belyser eg pasienten sin situasjon. Det kan igjen vera med å løfta fram kva eigenskapar sjukepleiar treng, i dette arbeidet. Ved å setja lys på forholda sjukepleiarane arbeider under, kan det føra til at pasientane kan få det betre.

I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon og kreftomsorg (Helsedirektoratet, 2015) er det lista opp klare føringar for korleis palliative pasientar skal ivaretakast på eit somatisk sjukehus, og kva ressursar ein treng for å utføre dette. Helsedirektoratet (2015) seier at sjukehusavdelingar som behandlar kreftpasientar blant anna skal ha einarom for alvorleg sjuke pasientar, og for terminal pleie. Vidare skal det vera samtalerom og fasilitetar for pårørande. Avdelinga bør og ha tilsett kreftsjukepleiar og ha minimum ein ansvarleg lege med god kompetanse innan palliasjon.

## 1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde

På eit lokalsjukehus er det mange ulike pasientgrupper og palliative pasientar blir ofte liggande på generelle medisinske og kirurgiske sengepostar når dei treng å bli innlagt. Der må dei ofte dele rom med andre pasientar, då mangel på einarom er stort. På eit firemannsrom kan det ligge pasientar både med eit kurativt og palliativt forlaup. Sjukepleiarar på sengepostane skal ta seg av alt frå utreiingspasientar, pasientar med lungebetennelse, pasientar med ulike brot, og så vidare til døyande kreftpasientar. Bemanninga er i tillegg i periodar i grenseland for kva ein kan kalla

forsvarleg. Mi erfaring er at sjukepleiarar stadig opplever at dei ikkje får teke seg tilstrekkeleg av pasientane, både dei kurative og dei palliative, og at dei ofte avsluttar vakta med dårleg samvit for å ha gjort for lite for dei pasientane dei har hatt ansvar for.

Pasientar som er i ein palliativ fase har som regel behov for meir oppfølging, tilsyn, hjelp, tilrettelegging og planlegging med tanke på deira situasjon og eventuell utskrivning til heimen. Ein treng meir ressursar til denne pasientgruppa, og ikkje minst sjukepleiarar som er interessert i å arbeida med denne pasientgruppa, og som maktar å gå inn i alt det tunge og vonde ein kan møte på. Tett kontakt med familie og heimebaserte tenester er også nødvendig når ein har palliative pasientar innlagt på sjukehus, og ein treng difor meir tid til denne gruppa. Det tverrfaglege samarbeidet på sjukehuset er viktig når ein har ein palliativ pasient. Fysioterapeut og prest er viktige samarbeidspartnarar, derfor treng ein ressursar og tid til samarbeid.

Palliative pasientar som ligg på overfylte medisinske og kirurgiske sengepostar, risikerer å ikkje få den hjelpa dei har bruk for. Dette er noko ein som sjukepleiar erfarer dagleg, og utfordringa vert korleis ein skal imøtekoma og gi omsorg til denne pasientgruppa på ein best mogleg måte. Som kreftsjukepleiar på eit lokalt sjukehus erfarer eg dagleg at ein ikkje klarar ut frå dei ressursane ein har til rådighet å imøtekoma alle behova dei ulike pasientgruppene har.

## **1.2 Oppgåva si hensikt og problemstilling**

Undervisninga og litteraturen på dette masterstudiet har gitt ei god innføring i korleis pasientar ideelt sett skal verta ivaretatt, og kva følgene vert dersom dette ikkje skjer. Hensikta med oppgåva er å løfta fram og sjå nærare på utfordringar sjukepleiarar har, og kva dei tenkjer må til for at dei betre skal klara å ivareta ulike pasientgrupper, og at pasientar skal kjenna seg betre ivaretekne når dei er innlagt på sjukehus.

### **Problemstillinga eg har valt for oppgåva:**

*Korleis erfarer sjukepleiarar å ha omsorg for pasientar i palliativ fase, samstundes som dei skal ivareta andre pasientgrupper?*

### 1.3 Avgrensingar og presisering av problemstillinga

Forskinga er hovudsakleg basert på sjukepleiarar sine erfaringar og opplevingar. Eg ynskjer å sjå nærare på korleis sjukepleiar erfarer å ha ansvar for både kurative og palliative pasientar samstundes på ein vanleg medisinsk eller kirurgisk sengepost, og kva faktorar som spelar inn. Eg ynskjer vidare å sjå på korleis ein klarer å ivareta desse pasientane, når ein i tillegg har fleire andre pasientar å ivareta. Ved å setja meg nærare inn i denne problemstillinga håper eg å finne ei forståing av kva eigenskapar sjukepleiar nyttar. Eg ynskjer å sjå på kva det er som gjer at nokon klarer å gje heilskapleg omsorg og sjå heile pasienten, tross høgt tempo, mens andre ikkje klarer det og vel seg andre yrker. Med heilskapleg meiner eg at menneske vert sett som ein heilskap av kropp, sjel og ånd.

Med palliative pasientar meinast ikkje berre pasientar med kreft i siste fase, men og pasientar med til dømes hjertesvikt og kols i langt komme stadium. I denne oppgåva vil det likevel vera kreftpasientar som er i fokus.

Ynsket er òg å finne ut i kva grad økonomi og effektivitet pregar arbeidet, og korleis leiinga ved avdelingane verkar inn på korleis sjukepleiarane opplever dei får ivaretatt dei ulike pasientgruppene. Då hovudfokuset var å sjå på korleis dei som arbeider nærast pasienten erfarer dei meistrar å ivareta desse ulike pasientgruppene, har eg ikkje intervjuar leiarar eller andre tilsette ved sjukehuset.

I teoridelen ynskjer eg å sjå nærare på omgrep som etos og dygd, kva det har å seie for korleis me møter eit medmenneske, og kva det er som gjer at nokon har mot og styrke til å gå inn i vanskelege pasientsituasjonar, bli verande der, og vere med pasienten i hans reise. Med etos meiner eg det sjukepleiar ber med seg og som gjer ho i stand til ivareta pasienten. Dygd kan sjåast som dei eigenskapane sjukepleiar treng for å klara dette.

Desse svara tenkjer eg kan ha relevans for arbeidet me utfører, og at det igjen kan ha fagleg utbytte for praksisfeltet.

## **2 TEORI**

Det teoretiske grunnlaget i oppgåva er forankra i omsorgsvitskapleg tenking. Omsorgsvitskapen sitt mål er i følgje Dahlberg og Segesten (2011) å skapa kunnskap om helse og omsorg, og at denne kunnskapen skal verta nytta av omsorgsytarar og komma pasienten si helse til gode på best mogleg måte.

### **2.1 Omsorgsvitskapeleg forankring**

Omsorgsvitskapen er i fyrste hand oppteken av å lindra lidning, bevare og verna om liv og hjelpe å gjenskapa helse (Bergbom, 2012). Omsorgshandlingar som fører til positive forandringar i pasienten si helse vert sett som viktige.

#### **2.1.1 Sentrale omgrep med relevans for oppgåva**

Omsorgsvitskapen har kjerneomgrep som lidning, helse, verdigheit og omsorg. Grunn og kjerneomgrep er ontologiske omgrep, og dei ber med seg eit etos (Bergbom, 2012). Omgrepa utgjer rota for det vitskaplege arbeidet innanfor omsorgsvitskapen. Dei ontologiske føresetnadane som ligg til grunn for omsorgsvitskapen, er at mennesket vert sett som ein heilskap av kropp, skjel og ande (Asp & Fagerberg, 2012). Med ontologi meiner ein læra om det som finns, eller læra om ulike former for eksistens, kva ein forstår som er det vesentlege i verda, og kva ein må ta omsyn til ved helse og lidning. Ontologi er det som er oss gitt, som ein ikkje kan stilla spørsmål ved, til eksempel livets heilagdom og livsytringar (Martinsen, 2009).

#### **2.1.2 Etos**

Med etos meiner ein omsorga sine haldningar, synleggjort i ord, og handling (Bergbom, 2012). Det er i den etiske handlinga at etos kjem til syne. Pasientar som har ei avgrensa tid igjen å leve, treng personar rundt seg som er medvitne måten dei handlar på. Bergbom seier òg at når ei gruppe tileignar seg kunnskap og forståing om omsorga i lag, dannast eit etos, eit felles indre verdigrunnlag, som igjen kan koma pasientane til gode.



Felles etos vil i fylgje Eriksson (2003) vere den grunnleggjande krafta i ein kultur, og avspeglar kulturen sitt vesen og åndelege grunnmotiv.

Lindström (2014) seier at omsorgsytar si etiske haldning har ein forankring i eit personleggjort etos. Den lyser opp og ligg som grunn for den omsorgsfulle handlinga. Viktige omsorgsvitskaplege grunnverdiar er caritas, kjærleik og barmhjertighetstanken, og vidare ei akting for mennesket sin heilagdom og verde. Det er det etos som me ber med oss som hjelper oss til å vere lydhøyre i situasjonen, og gjer at me opnar opp for inntrykk som me lar oss rørast av. Lindström seier vidare at vårt etos kan samanliknast med ein ”stemmegaffel” som gir tonen, og som stemmer oss til å vera lydhøyre overfor dei grunnverdiane me vernar om. Forfattaren meiner me må stemma oss inn for det me møter i omsorgsyirket.

### **2.1.3 Caritas**

Eriksson (2009) seier at kjærleiken, caritas, er den berande krafta, det etos som gjer både omsorga og omsorgsvitskapen ein spesiell toneart, slik at det igjen vert synleg i den haldninga me viser ovanfor pasientar. Caritasmotivet er sjølve grunnsteinen i omsorgsvitskapen.

Caritas er i fylgje Rykkje (2014) nestekjærleik i praksis, og den handlar om å ville den andre vel. Caritas tyder menneskeleg kjærleik, medkjensle, og grunnkategorien er at lidande motiverer til omsorg. Rykkje meiner at kjærleik er drivkrafta som bind individet til omverda og til seg sjølv. Kjærleiken, seier ho, er motivet, det som gjer det sterke samspelet mellom menneska mogleg. Rykkje seier vidare at kjærleik eller caritas, ikkje er ei plikt i den forstand at det er noko som vert pålagt oss utanfrå, men caritas er ei indre motivert kraft og appell om å verna om det sårbare livet, både hos oss sjølv og hos andre. Sjukepleiaren si makt ligg, i fylgje Rykkje, i at ein kan velja å svara på appellen frå pasienten. På den måten kan ein verna om menneske si sårbarheit og lindra liding, eller ein har mogleik til å krenkja menneske og deira verd (Rykkje, 2014).

Alsvåg (2012) seier at om kjærleiken vert utestengt i profesjonell samanheng, kjem menneskekjærleiken og omsorga til å verta enten sentimental, eller på den andre sida distansert og paternalistisk. Blant helse- og omsorgspersonar er det korleis kjærleiken til nesten kjem til uttrykk i omsorga, som spelar hovudrolla. Den hjelpetrengande «andre» utfordrar sjukepleiarar til å handla med kjærleik i det profesjonelle arbeidet og omsorga (Alsvåg, 2012).

#### **2.1.4 Dygd**

Då eg ynskjer å sjå på sjukepleiarar sine erfaringar, måten dei tenkjer dei kan yta omsorg på, ynskjer eg å gå nærare inn i omgrepet «dygd». Näsman (2012) seier at dygd er gode eigenskapar, ei ibuande kraft, som gjev menneske moral og mogleik til å utvikla hennar intellekt. Dygd viser seg som hjarta sine vanar, tanken si velvilje og handa sin gjerning. Dyd eller dygd er eit omgrep frå moralfilosofien og kan omsetjast til dugleik eller dyktigheit, og kjenneteiknar ein moralsk verdifull eigenskap eller eit typisk handlingsmønster hos eit menneske (Aakre, 2016).

Näsman, Nyström og Eriksson (2012) har sett på samanhangen mellom dygd, etikk og kvaliteten på omsorg. Dygd vert omtalt som eit grunnleggande omgrep i caritativ omsorgsetikk. I eit omsorgsperspektiv vil respekt for menneskeverdet krevja at sjukepleiar er i stand til å kunne setje seg inn i pasienten sine verdiar og behov, og samarbeida i forhold til desse. Sjukepleiar må visa audmjukheit, barmhjertigheit og kjærleik. Dei seier vidare at dersom organisasjon og leiing fokuserer på og verdset god og omsorgsfull pleie, vil tilfredsheita hos sjukepleiarar auka og kvaliteten på omsorga kunna bli betre.

Barbosa da Silvia (1995) seier at dygder ein forventar sjukepleiar skal ha er å vera skikka, omtenkksam, sannferdig, og ha evna til å kunna trøysta og støtta. Dette meiner han inneber å vera eit skikkeleg yrkesmenneske og eit godt medmenneske. Barbosa da Silvia seier og at visse dygder som praktisk visdom, at ein er påliteleg, har tolmod, kjærleik og respekt for medmenneske, er viktig når ein skal utføra ei bestemt handling. Dygd står for det gode og det godes ide.

Näsman (2010) har undersøkt omgrepet dygd sin plass i caritativ omsorgsetikk, ein etikk basert på menneskekjærleik og barmhjertigheit. Näsman framhevar at dygd kan sjåast som ein modell for helse sitt indre rom og at omsorgsytar, gjennom haldninga som vert uttrykt i handling, kan leva ut dygdene, slik at også pasienten oppdagar krafta som er i dygd i eige liv.

#### **2.1.5 Fronesis**

Fronesis, også kalla praktisk klokskap handlar om å bruka sin kunnskap og sitt vitande i det verkelege livet, skriv Wärnå-Furu (2014). Fronesis er produkta av dei erfaringane ein får med seg i det som Aristoteles kallar «livets skule» i praksis. For at dette skal skje må mennesket utvikla

dygder, utan dygd kan ein ikkje oppnå fronesis, seier ho. Fronesis kan og skildrast med det gode omdømme, at ein veit *når og korleis* ein handlar i ulike situasjonar, seier Wärnå-Furu vidare. Den praktiske visdomen vil sei at ein klarar å handla på ein klok måte i vanskelege situasjonar, og finna ein middelveg mellom to ytterpunkt. For å klare dette må ein i følgje Wärnå-Furu ha hjelp av tolkinga sin kunst.

Aakre (2016) seier om fronesis at det er den øvste intellektuelle dyd for moralsk praksis. Den kan utgjera ein forskjell i handling, den personlege karakter, den kunnskap og erfaringsbaserte klokskap som fremjar moralsk praksis. Ho seier vidare at fronesis er den praktiske klokskapen eller visdomen ein har om praksis, og kunnskapen om dei moglege handlingar som er passande å gjera i sin kontekst. Fronesis kan, i følgje ho, sjåast på som ekspertnivået, der ein har evna til å vurdera, og inneha kompetanse til å ivareta fagleg og moralsk ansvar i ulike relasjonar og situasjonar. Aakre seier vidare at praktisk klokskap føreset både dømmekraft og handlekraft i uventa og komplekse val (Aakre, 2016).

### **2.1.6 Medlidande**

Omgrepet «medlidande» er eit av grunnomgrepa i sjukepleievitskapen og sjukepleia (Eriksson, 1995). Medlidande er i fylgje Eriksson kjelda til sann omsorg. Medlidande føreset mot, mot til å ta ansvar og mot til å ofra noko av seg sjølv, utan å venta noko tilbake.

Gustin (2012) seier at den omsorgsytar som visar medlidande har evne til å vera nærverande i møtet med pasienten, og klarar å leve med eigne kjensler av å ikkje strekkje til.

## **2.2 Medmenneskelege føresetnader hjå omsorgsytar**

Pasienten sin livssituasjon utfordrar pleiarar til å verta stadig betre på den praktiske kunnskapen. Pasienten sin sjukdoms- og livssituasjon utfordrar ein til å setja seg godt inn i faglitteratur som omhandlar sjukdomen pasienten har, meiner Walstad (2013). Walstad visar likevel til Kari Martinsen som seier at ein sjukepleiar ikkje er ferdig utdanna før ho òg er danna som menneske. Den faglege utdanninga er ikkje nok, den må fyllast med danninga av mennesket for at omsorga skal levast ut.

Klokskap, skjøn, innsikt og døme kraft er formidlande instansar som trer inn i forholdet mellom teori og praksis, seier Alsvåg (2013). Det handlar om døme kraft, dei rette og kloke handlingane,

eller om eit godt skjøn, som pregar den kloke og innsiktsfulle. Klokskap og det faglege skjøn bedømer, vurderer og avgjer kva «dosering» av dei ulike kunnskapsformene som er relevant og best i kvar enkelt situasjon. Ho seier vidare at klokskap har med haldningar og handling å gjere. Godheit høyrer også til klokskapen. Ho visar vidare til Arisoteles som seier at det er umogleg å vera klok utan samtidig å vilja det gode. Alsvåg meiner at det tek tid å utvikla klokskap og innsikt. Alsvåg ser og at ein viktig eigenskap sjukepleiaren må ha er å kunna identifisera seg med den andre si smerte. Ho meiner likevel at ein i enkelte situasjonar og må vera i stand til å distansera seg frå den. Pasientar er ikkje tent med sjukepleiarar som er engstelege når pasienten sjølv er redd for både behandling og prognose. Pasientar treng sjukepleiarar som bryr seg, som er der for dei og kan gje fagleg pleie, behandling og omsorg, meiner ho. Alsvåg seier og at som profesjonell må ein kunna lytta til situasjonen, og i tillegg høyre på eigne og andre sine erfaringar. Ein må vidare aktualisera det ein sansar og anar og det ein har av kunnskap og forståing. Først då vil den profesjonelle handla klokt og med innsikt, seier ho (Alsvåg, 2013).

### **2.2.1 Ontologisk kompetanse**

Ein ontologisk kompetanse vil sei å vera danna, ei indre forming i omsorga sitt språk. Å vera danna vil, i følgje Watson, (sitert i Gustin og Lindwall 2012), vera noko anna enn å ha teoretiske kunnskapar og medisinske/tekniske ferdigheitlar. Begge er kvalitetar som er viktige for at sjukepleiar skal vera profesjonell i utøving av yrket sitt. Watson seier vidare at å vera danna i omsorga sitt språk vil seie å forstå omsorga sitt ordlause språk, og kommunisera gjennom si handling, som eit svar til det pasienten formidlar. Danning av ontologisk kompetanse er ein pågåande prosess, der ein tileignar seg kunnskap og forståing for omsorga sitt språk undervegs, meiner ho. Ein innser at ein aldri vert fullt utlærd, og ein lærer noko nytt i kvart eit omsorgsmøte. For kvar ny pasient treng ein å finna nye ord for korleis ein skal uttrykkja og formidla omsorg (Gustin & Lindwall, 2012).

Gustin og Lindwall (2012) seier at *caritas consciousness* er eit omgrep som ofte vert nytta i Watson sine tekster. Det handlar om å vera vør for kva som skjer her og no, og å vera det med eit ope hjarta. Dei seier vidare at det gjeld ikkje berre å vera merksam på objektive detaljar, eit klinisk blikk, men at ein ser den andre som person, og vil han vèl. I det, seier dei, ligg at ein ser ein er ulike som personar. For at ein skal vera medviten den andre som ein unik person, må sjukepleiar vera medviten seg sjølv og sine verdiar og forutsetningar, og korleis ho sjølv bidreg til situasjonen

(Gustin & Lindwall, 2012). Dei seier vidare at ein må ha ei medviten fokusering på det andre mennesket, at sjukepleiar må retta si merksemd mot pasienten og det ein treng gjera i situasjonen, og ikkje berre gjera ting halvhjarta eller på rein rutine. For å kunne det, meiner Watson (sitert i Gustin & Lindwall, 2012) at sjukepleiar må ha evne til å halda seg sjølv tilbake.

### **2.2.2 Kjelde til vekst og utvikling**

Gjennom refleksjonsgrupper kan det skapast rom for samtalar og kritisk ettertanke om korleis ein er og bør vera som menneske og sjukepleiar. Dette kan i følge Samuelsen (2015) vera avgjerande både for fagleg og personleg vekst og danning. Ho viser og til Løgstrup og den gylne regel som seier at alt det du vil at andre skal gjere mot deg, skal du gjere mot dei. Med å bruka fantasi kan ein setje seg i den andre sin stad og situasjon og tenkja over korleis ein ville bli møtt sjølv. Fantasi handlar ifølge Samuelsen om å kunne snu seg i rundt i ein vanskeleg situasjon og sjå ting frå ein anna synsvinkel. Ho seier vidare at sjukepleiaren må anstrenge seg for å sjå mennesket bak pasienten og at ein må nytta fagleg skjøn i situasjonar. Den gylne regel fører sjukepleiaren til etikken sin stad, der menneskelege relasjon utspelar seg. Samuelsen meiner at sidan me ikkje alltid handlar som me burde, så har me bruk for vegleing. Når sjukepleiaren lar seg verta rørt av pasienten si liding, vert medkjensle og kjensle av å ville ta ansvar for pasienten vekka, meiner Samuelsen (2015).

Gustin og Lindwall (2012), viser til Watson, som seier at sjukepleie ikkje berre er noko sjukepleiar gjer mot pasienten, utan at det skjer noko i relasjonen der begge vert påverka. Sjukepleiar vert påverka av pasienten, ikkje berre grunna nye erfaringar i sjukepleia som bidreg til utvikling av yrkesmessig kompetanse, men òg som person. Watson peikar vidare på kor viktig det er å også ta vare på seg sjølv som omsorgsytar. Eigenomsorg er grunnleggjande for å kunna vera engasjert i omsorgsfulle relasjonar og kunna visa medlidande og medkjensla med den som har det vanskeleg, seier ho (Gustin & Lindwall, 2012).

Watson (i Gustin & Lindwall, 2012) seier at eit omsorgsmøte strekkjer seg inn i framtida, der det lagar eit avtrykk både i sjukepleiaren og i pasienten sitt liv, sjølv om dei aldri møter kvarandre igjen. Det kan verte synleg i møtet med andre menneske i andre samanhengar, og få tyding ikkje berre for dei personane det gjeld, men og for den universelle utviklinga.

### 2.3 Omstillinga til dei ulike stemningane

I løpet av ein arbeidsdag møter sjukepleiar mange ulike pasientar. Stemninga på dei ulike pasientromma, frå «seng til seng» vil vera ulik. Behovet for hjelp vil variera. Pasientar med kurative diagnosar og pasientar som har kortare tid igjen å leva, deler på enkelte sjukehus rom. Sjukepleiarar går att og fram mellom desse pasientane. Kva som ligg under evna til å omstilla seg i møtet med pasientane og dei ulike stemningane, kan vera ulikt frå sjukepleiar til sjukepleiar.

Kari Martinsen skriv om korleis sjukepleiar kan lytta for å finna pasienten sine tonar, slik at ein kjem i samklang med pasienten. I dette møtet disiplinerer sjukepleiaren seg sjølv slik at ho former og føre sin kropp for den andre si skuld, slik at ein finn rytmen saman (Martinsen, 2009). Martinsen seier og at det er lett å verte «gjeremålsfokusert» i ei travel sjukehusverd. Ein tilpassar seg systemet si «forlenga» hand mot nye behandlingsmål. Helsevesenet har forventning om rask gjennomstrøyming av pasientar, og økonomi står ofte i fokus, seier ho. Martinsen meiner og at dersom sjukepleiaren ikkje tek seg tid til langsamt nærvær med pasienten, kan ho snart komma til å missa mogleiken til å sjå mennesket bak pasienten. Ho seier vidare at når sjukepleiar velgje vekk omsorgsoppgåver, til fordel for gjeremål som er forventa av andre instansar, vil avstanden mellom sjukepleiaren og pasienten auka (Martinsen, 2012).

Thorsen (2015) meiner at i travelheita og foretaksomheita kan ein missa spora av det ein leitar etter. I travelheita kan verda virka kaotisk. Det er mykje å rekkja over, mange inntrykk, ein kan lett misse pasienten av syne. Sjukepleiarar vandrar dag ut og dag inn i stemningar av livsmot og glede, sorg, tap og død, og dei må forholde seg til mange sider av livet, seier han. Sjukepleiaren må stå i desse stemningane. Thorsen seier vidare at det kan verte einsamt å makta det ein står i som omsorgsytar. Ein treng kollegaer rundt seg som har tid til å lytta og dela, slik at ein kan ta seg inn igjen når ein treng det, hevder han. Vidare seier han at ein treng eit friminutt, eit pusterom, slik at ein kan ta seg inn igjen, slik at ein igjen maktar å vera open for andre. Nokre gongar er det nødvendig med ein stad som gir rom for å lufta ut det som er vanskeleg, meiner forfattaren. Å få tilbakemelding om at ein vert sett pris på, ein klem eller ein varsam rørsle frå ein kollega, kan føra til at dagen igjen vert god, i følge Thorsen (2015).

Sjukepleiarane som går rundt i avdelinga har og ulike stemningar i seg som dei ber med seg. Våre stemningar tek me med oss ut i verda i møtet med andre. Korleis ein møter andre, betyr i følge

Thorsen (2015) noko. Han viser til eit av Løgstup sine mest kjente sitat som seier at den enkelte har aldri med eit anna menneske å gjere, utan at ein held noko av det sitt liv i sine hender. Stemninga på ein arbeidsplass pregar oss, seier han, me tek den med i møtet med pasienten. Thorsen skildrar sjukepleie som eit stemningsarbeid. Det handlar om å vera til stades i augneblinka og gripa dei når dei er der. Me lever, i følgje han, alltid stemt. Det å leggja vekt på merksemd og varsemnda kring det, som ein del av omsorga for andre, gjer ein kanskje for lite, hevdar han. Thorsen seier vidare at kommunikasjon lett kan verta redusert til ein teknikk i staden for ein varsam merksemd. Det er viktig å ta seg tid til varsamt å finna fram til kva den andre treng, Thorsen framhevar betydninga av å gå omveg for å komma der.

Å høyra andre sine tonar, krev at ein er open for å høyra etter. Ikkje alle tonar er like lette å stilla seg lyttande til. Thorsen (2015) seier at vår eiga sårbarheit kan kasta skuggar som hindrar oss i å vera lydhøyre og nærverande. Omstende i livet kan gjera at ein ikkje alltid høyrer, men sårbarheita kan og opna opp slik at ein høyrer andre sine tonar, meiner han. Vår eiga sårbarheit kan opna opp for sansinga. Han seier vidare at ein kan lettare bli i stand til å vera *var* for andre sine tonar, då sårbarheita gjer oss i stand til å sjå kva som står på spel. For nokre kan det å vera nærverande vera for vondt, ein kan og stå i fare for å verta tonedøv, meiner Thorsen (2015).

Thorsen (2015) visar til Elisabeth Hagemann som seier at det er ikkje nok at ein lærer dei tekniske tinga som høyrer sjukepleia til, ein må og arbeida med eigen personlegdom og streva for å bli god. Det vert samanlikna med eit pløyingsarbeid som kan vera smertefullt. Nærleiken til stemningar frå eiga fortid kan komma mellom pleiar og pasient, meiner forfattaren, og merksemnda kan bli retta mot ein sjølv. Han seier og at det er den andre som ropar oss opp. Nokre gongar handlar ein der og då, andre gongar forstår ein først seinare kva ein eigentleg høyrde eller overhøyrde. Ein vert då ramma av at ein kunne handla annleis om ein verkeleg hadde vore lydhøyr. Dersom sjukepleiar kretsar rundt seg sjølv, kan ho ikkje vera nærverande. Pausar frå arbeid kan verte nødvendig for at sjukepleiaren skal finne tilbake til seg sjølv meiner Thorsen (2015).

Thorsen seier vidare at stemningar følgjer oss. Enkelte hendingar kan ein legge vekk når ein går heim frå arbeid, men stemninga vandrar vidare. Stemninga sit som ein del av kroppen, og kroppen hugsar kva han har opplevd. Sorg, fortvilning og glede vandrar med ein på vegen heim, meiner han. Han seier vidare at ein av og til kan trenga den nødvendige avstanden for å læra og forstå, ein avstand som kan gi rom for at stemningar kan ta ei anna form (2015).

Rønsen og Jakobsen (2016) seier at det krev kunnskap, erfaring, sjølvtilitt og gjensidig tillit for å få til eit godt møte mellom sjukepleiar og pasient. Det å opna opp og komme pasienten i møte krev mot, meiner dei. Situasjonar fordrar evna til å la seg verta rørt, og ha mot til å setja seg sjølv på spel, seier dei vidare. Omsorgsytar risikerer å måtte forholde seg til vanskelege eksistensielle spørsmål, og tek ein risiko i ynskje om å møta pasienten og ta ansvar for pasienten sine fordringar, meiner dei.

## **2.4 Etikk i praksis**

I omsorgsyirket ser og erfarer helsepersonell helse og lidning i ulike former og uttrykt på ulike måtar. Med hjelp av «*seende og innseende*» møter, forstår og tolkar ein det verkelege livet, seier Wärnå-Furu (2014). Ho viser vidare til Eriksson, og minner oss om at menneske har høve til å velja kva ho vil sjå eller venda blikket vekk frå. Ho seier at etikk er å ta ansvar. Det etiske vert fødd i den stunda me står ansikt til ansikt med eit anna menneske. Wärnå-Furu spør om me kanskje ikkje alltid vågar å sjå det me verkeleg har sett, for det me har sett vert me ansvarleg for. Det er i den enkelte situasjonen at det verkelege trer fram og stiller krav til det etiske og til praktisk klokskap hos omsorgsytaren, meiner ho.

Wärnå Furu seier og at verdigrunden eller etos fører saman tradisjon og visjon, og utgjer kjerna i etikk og moral. Med utgangspunkt i etos kan mennesket og pasienten sjåast i ei symbolsk meining, som ei hemmeleg skrift som me må lære oss å lesa og tyda. Eit caritativt etos opnar opp for eit verdigrunnlag som aktar den andre sitt verd Wärnå Furu (2014).

Aakre (2016) peikar på utfordringane i kvardagen rundt omsorga for pasientar i livets slutfase. Ho seier at mange helse og omsorgsarbeidarar utfører sin funksjon i sterk strid til deira eigen profesjonsetikk. Menneskerettar vert stadig brotne i offentlege velferdstenester, meiner ho (Aakre, 2016).

Omsorgsetikk er å hjelpa utan å krenka, seier Delmar (2013). I vår gjensidige avhengigheit til kvarandre er ein omfatta av makt, når menneske i tillit utleverer seg. Korleis denne utleveringa vert møtt, får mykje å sei. Dersom sjukepleiar ikkje høyrer, eller overhøyrer tonefallet i samtalen, kan det verta sett på som ein avvisande haldning, der sjukepleiaren ikkje møter pasienten der han er. I ein travel sjukehuskvardag kan ein lett stå med ein fot i gongen, på veg ut, og føra ein samtale med pasienten, eller sei at ein skal komma tilbake om fem minutt, og så vert det ein halv time. Dette kan føra til at tilliten mellom pasient og sjukepleiar kan verta trua, meiner Delmar (2013).



## 2.5 Støttelitteratur med relevans for oppgåva

### 2.5.1 Palliasjon

Ordet palliativ, kjem fra det latinske ordet palliare som tyder å verne om eller legge kappe om (Thorsen, 2015). Palliasjon er i fylgje Helsedirektoratet (2015) aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med inkurabel sjukdom og kort forventa levetid. Sentralt står lindring av pasienten sine fysiske smerter, saman med tiltak retta mot psykiske, sosiale og åndelege/eksistensielle problem.

I *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorga* (Helsedirektoratet, 2015) står det at målet med all behandling, pleie og omsorg er best mogleg livskvalitet for pasienten og dei pårørande. Palliativ behandling og omsorg verken framskundar døden eller forlenger sjølv dødsprosessen. Vidare vert det framheva at den palliative kulturen blant anna vert kjenneteikna av heilskapleg tilnærming til den sjuke og hans pårørande, respekt og fokus på pasienten sitt beste. Kommunikasjon, informasjon og tverrfagleg samarbeid vert og framheva.

Det står vidare i handlingsprogrammet at i både sjukehus og på sjukeheimar skal personalet meistra grunnleggande palliasjon, og at det på sjukehus blant anna vil vera behov for personale med spesialkompetanse i palliasjon. Pasientar med komplekse palliative problemstillingar innlagt på sjukehus vert best ivaretekne på eigne palliative einingar (Helsedirektoratet, 2015).

Palliasjon vert i fylgje Kaasa og Loge (2016) brukt for å gje namn til fagområdet «*palliative care*». Palliativ medisin er namnet på det medisinske spesialområdet. *Palliative care* som er engelsk, blei introdusert av den kanadiske kirurgen Balfour Mount tidleg i 1970 åra. Reint praktisk omfattar ordet behandling, pleie og omsorg.

Den historiske utviklinga av fagfeltet palliasjon starta med dei første hospica som blei etablert i Lyon i 1842 og Dublin 1879. Da Dame Cicely Saunders (1918-2005) stifta St. Christopher`s Hospice i London, markerte det byrjinga på ein ny tid innan palliasjon. Ynskje var å få ei akademisk utvikling av faget, og samtidig etablera eit klinisk tilbod med brei fagleg tilnærming. Også elles i Europa, USA og Canada kom det etter kvart fleire palliative einingar. Først i 1994 blei Seksjon lindrande behandling ved Regionssjukehuset i Trondheim oppretta. Denne eininga vart etablert som ein del av Kreftavdelinga, og var Noregs første universitetsbaserte palliative tilbod. (Kaasa & Loge, 2016).

Det vart registrert 32592 nye tilfelle av kreft i 2015 (Kreftregisteret, u.å). Kaasa og Loge seier at ein reknar med framleis betydeleg auke i talet på nye krefttilfelle kvart år. Dette skuldast, i fylgje dei, delvis at befolkninga vert eldre. Nye behandlingalternativ som moderne stråleterapi, med mogleik for individuell og skreddarsydd tilpassing, nye medikament som antistoff og angionesehemmarar, fører og til at pasientar lever lenger med sjukdommen sin, seier dei. Mange av pasientane vil ha behov for palliativ behandling, samtidig som dei får behandling der forlenging av livet er målet.

For å kunna utføra arbeidet som lege, sjukepleiar og anna helsepersonell, vil denne utviklinga krevje kunnskap om palliativ behandling, på same måte som kunnskap på andre medisinske fagfelt meiner Kaasa &Loge (2016).

For lettare å kommunisera mellom kollegaer om behandling, har ein delt behandlingsintensjonane i 4 hovudgrupper. Desse er:

- Kurativ behandling, der målet med behandlinga er å kunne kurera pasienten for den aktuelle lidinga.
- Livsforlengande behandling.
- Palliativ, symptomførebyggjande behandling, der målet er å førebyggja eller utsetja symptom som med stor mogleik vil komma raskt, utan behandling.
- Palliativ symptomlindrande behandling, der målet er å lindra plagsame symptom.

(Kaasa &Loge, 2016).

### **2.5.2 Palliativ omsorg**

Palliasjon handlar om mykje meir enn det reint medisinske fagfeltet (Iversen 2012). Ho seier at palliasjon eller lindrande behandling vert definert som « *Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med ein innkurabel sjukdom og kort forventet levetid*». Lindring av pasienten sine fysiske smerter og andre plagsame symptom står sentralt, saman med tiltak retta mot psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle problem. Ho seier vidare at dette gjeld og for pasientar tidlegare i sjukdomsforlaupet, samtidig med at det vert gitt kurativ eller livsforlengande behandling (Iversen 2012).

Målet med palliativ omsorg er i fylgje Coyle (2010) å fremja livskvalitet trass i sjukdom, lindra lidning, og å vera støttande i sorga som kjem. Ho seier at sjukdom verkar inn på alle sider av livet.

Med ein genuin varme og medfølande omsorg til pasienten kan det ofte føra til ei hælende forhold, hevdar Coyle (2010). Sjukepleiaren må sjå både dei fysiske, psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle behova til pasienten og hans familie, og yta heilskapleg omsorg. Palliativ sjukepleie er ein kombinasjon av klinisk kompetanse, evna til å vera lyttande til stades og bli i situasjonar med mykje lidning og naud, og kunna kommunisera med pasienten og hans familie på ein støttande og omsorgsfull måte, meiner ho. Coyle seier vidare at palliativ omsorg vil seie å ha ei genuin interesse for kvar individuell person, og evne til å formidla håp, også i møtet med døden. Essensen i palliativ omsorg er, i fylgje Coyle, å leggja til rette for ein omsorgsfull prosess, der ein nyttar vitskapleg kunnskap, nærleik, openheit, medkjensle, merksemd retta mot detaljar som er viktige for pasienten, og tett samarbeid mellom kollegaer og andre som er rundt pasienten (Coyle, 2010).

Menneske er ein heilskap av kropp sjel og ånd, seier Sæteren (2010). Å leva med ein sjukdom der døden er einaste alternativ vil, i fylgje ho, få djuptgripande konsekvensar for heile mennesket, både kroppsleg, sjeleleg, åndeleg og sosialt. Ho seier vidare at sjukepleiar sitt overordna mål vert då å lindra lidning ved å ivareta både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov, både for pasient og pårørande.

Å hjelpe pasienten til ein verdig og fredfull død er, i fylgje Sæteren (2010) djupt forankra i helsetenesta sin etikk og sjukepleie. Sjukepleiar møter døyande i alle aldersgrupper og i alle ledd av helsetenestene. Forfattaren seier vidare at det krev personleg og fagleg kompetanse for å kunna medverka til å redusera omfanget av lidninga pasient og pårørande opplever når dei står ovanfor døden sin verkelegheit (Sæteren 2010).

Sæteren (2010) seier vidare at døden er fullføringa av det enkelte menneske sitt liv, enten det vert kort eller langt. Dei haldningar sjukepleiar har til døden vert, i fylgje ho, avspegla i det forholdet dei har til døyande pasientar. Haldningar, meiner ho, får tyding for korleis sjukepleiar tek vare på den døyande sin livsmogleik og legg til rett for ein verdig død. Å vera døyande er å bevega seg inn i lidninga sitt rom, seier ho vidare. I dette rommet treng pasienten og pårørande «medvandrarar» som har den nødvendige nærheit og den nødvendige distanse, for å kunna hjelpe (Sæteren 2010).

For å kunna ivareta heile mennesket må ein, i fylgje Sæteren (2010), tenkja tverrfagleg. Det er og viktig, meiner ho, at pasienten er i eit fysisk miljø som inviterer til openheit og ro. Der igjen er det og viktig, seier ho, at det vert tilrettelagt for støtte og vegleing til personalet, som er involvert i

andre sin død, slik at dei får hjelp til å arbeida med sine egne kjensler når det gjeld eigen død (Sæteren 2010).

### **2.5.3 Retningslinjer frå Helsedirektoratet**

I *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon*, utarbeid av Helsedirektoratet (2015) er det ført opp kva eigenskapar og kvalifikasjonar den som har omsorg for palliative pasientar bør ha. I tillegg til å ha ansvar for den palliative pasienten sine fysiske problem og behov, må hjelparen vera merksam på pasienten sine eksistensielle, verdisøkande og religiøse behov og pasienten sine forsøk på meistring av desse behova. Eigenskapar og kvalifikasjonar hjelparen blant anna må ha er:

- Evna til empati og innleving i menneskelivet sine ulike sider. Kunna sjå at menneske er forskjellige.
- Forholdet til eiga åndeleg og religiøs ståstad.
- Kunna tenkja heilskapleg kring den alvorleg sjuke og døyande sin situasjon. Evna å oppdaga og respondera adekvat på åndelege problemstillingar.
- Ha merksemd mot og respekt for pasienten sine egne åndelege meistringsforsøk.
- Kunnskap om det åndelege området og korleis alvorleg sjukdom og død verkar inn på dette.
- Evna til å lytta og til å vera til stades, også i situasjonar der ein kjenner seg hjelpelaus og makteslaus.
- Ha evne til fleksibel og forståande kommunikasjon som sameinar det å vera ærleg og empatisk.
- Ha evne til å leva med uløyste spørsmål, både hos seg sjølv og pasienten.
- Ha evne til å nyttiggjera seg vegleiing og ”debriefing”.
- Ha evne til å setja seg sjølv og egne problem og løysningar til side for å gi plass til (den) andre.

Dei skriv vidare at fleire studiar konkluderer med at eksistensielle spørsmål er av stor tyding for den alvorleg sjuke og døyande og at religiøs tru kan bidra til meistring ved alvorleg sjukdom.

## 2.6 Tidlegare forskning

For å få meir kjennskap til korleis sjukepleiarar erfarer det er å yta omsorg for blanda pasientgrupper, og kva eigenskapar dei tenkjer er viktig å inneha, har eg søkt etter forskning innan området. Eg har gjennom Helsebiblioteket for det meste nytta Cinahl, Ovid, Svemed og Pubmed. Søkjeord eg har brukt er: Virtue, nurse- patient relation, nursing care, palliative care, caring science, ethos, skills and abilities, end of life care og experience.

### 2.6.1 Omsorgsvitskapleg forskning

Sæteren, Lindström og Nåden (2011) har sett nærare på kreftpasientar sin kamp mellom helse og lidning. Kreftpasientane opplevde helse gjennom å prøva og leva så normalt som mogleg, behalda håpet, og ved å ta vare på seg sjølv og sine næraste. Uvisse og frykt for framtida, sorg, fortvilning og einsemd førte til lidning, kom det fram i undersøkinga. Pasientane var åleine i kampen og samtalar om eksistens og død blei ofte forteia både av helsepersonell og deira nære. I møtet med døden er kampen for helsa, heilskapen og det å få vera seg sjølv dominerande, midt i lidinga. Å få behalda integritet og verdi, var viktig trass aukande avhenge av andre.

Arman og Rehnsfeldt (2006) framhevar at kjærleik kan verta synleg gjennom måten omsorgshandlingar vert utført på. Den etiske usjølviske kjærleiken fører til at omsorgsytar kjem nærmare essensen i sin eigen personlegdom, og handlar på ein meir autentisk måte. Derimot seier dei at hindringar hos personalet kan føra til at ein held tilbake naturlege impulsar og difor let vere å gi lidande pasientar kjærleiksfull og verdig omsorg. Dette meiner dei kan vere styrt av økonomi, paradigme og omsorgskultur. Dette kan i følgje forfattarane endrast med at kvar omsorgsytar tek stilling til korleis ein vil møta dei lidande pasientane og deira behov. I ei ny og meir caritativ omsorg vert motivet å bringa den impulsive kjærleiken fram i handling ovanfor pasienten.

Näsman, Lindholm og Eriksson (2008) prøver å få fram eit bilde av den etiske tenkemåten og handlinga hos kliniske omsorgsytarar, og vidare sjå korleis etos kjem til uttrykk i ord og handling. Dei seier at «frøet» til ein caritativ omsorgsetikk finnes, og at omsorgsytarar, med måten dei er på vert berar av det etiske ordet, men ein treng setja fokus på sin indre etikk og at det vert høve til diskusjonar, der ei auka forståing for ulike etiske standpunkt kan føra til etisk vekst og utvikling

av omsorga. Trass i hinder for etisk handling i omsorga, ser omsorgsytarar også høve for å gjera godt for pasienten ut frå eigen kunnskap og kreativitet.

### **2.6.2 Eigenskapar hos sjukepleiar sett frå tidlegare forskning**

Houtepen og Hendrikx (2003) sin studie peikar på kva utfordringar sjukepleiarar har i utøvinga av eksistensiell omsorg for palliative pasientar. Dei såg på kva kvalitetar og eigenskapar sjukepleiarane burde ha for å sjå kva som var det essensielle i spørsmåla og behova til pasientane. Ulike dygder som å vere sensitiv, open, fokusert, seriøs og å kunne velja dei rette augeblikka, vart sett som viktige. Ein må vere open for pasienten sine behov og spørsmål, og ikkje berre handla på rutine, meiner forfattarane. Å vera sensitiv krev at sjukepleiarar har «antennar», slik at dei forstår når ein må vera særskild merksam og fanga opp kva som tyngjer pasienten. Ein må forsøkje å fanga opp spørsmålet bak spørsmålet, seier dei.

Erichsen, Danielsson og Friedrichsen (2010) har undersøkt korleis sjukepleiarar opplever omgrepet *ærleg* i arbeidet deira med palliative pasientar. Å vera ærleg vart sett på som ei dygd, ein god eigenskap som sjukepleiarar burde ha. Sjukepleiarane sin etiske ståstad og moralske karakter kom fram i arbeidet dei utførte og intensjonane om å gjere godt for pasientane dei hadde ansvar for. For å kunne gi god og heilskapleg omsorg i livets slutfase meiner forfattarane at det krev at omsorgspersonar har høg profesjonell og fagleg kompetanse, slik at ein kan etablere kontakt, ta vanskelege avgjersler, vera støttande og bevare integriteten. Andre eigenskapar som vart sett som viktig var respekt. Å bygga relasjonar er viktig i palliativ omsorg, og det etiske prinsipp om å fortelje sannheit, vart sett som viktig.

Delmar (2012) si forskning omhandlar forholdet mellom sjukepleiar og pasient. Målet var å få fram utfordringar som kan oppstå i eit asymmetrisk forhold. I intervju av sjukepleiarar og pasientar om emnet, vart tre tema trekt fram. Det eine var å kjenna seg til byrde, som igjen understreka ubalansen i forholdet. Når sjukepleiar gjorde berre det som var absolutt nødvendig og ein hadde fokus på det tekniske, skapte det avstand. Vidare var utfordringar mellom nærleik og avstand trekt fram. Forfattaren seier det er eit etisk krav at sjukepleiar er klar over denne maktbalansen.

### **2.6.3 Møtet med den døyande**

Kjetil Moen (2016) har i sin doktorgrad undersøkt kva det gjer med den profesjonelle helsearbeidar si sjølvforståing å arbeida med andre sin død. Studia viste at i møtet med terminalt sjuke og døyande, står noko grunnleggande eksistensielt på spel, også for den som skal yta omsorg. Han meiner at det ikkje er sjølve frykta for eigen framtidige fysiske død, men trussel mot ein sin «væren» og sosiale og moralske person, som står på spel. Han peikar på tydinga av å tenkja heilskapleg, ikkje berre om den alvorleg sjuke og døyande pasienten, men og om den profesjonelle helsearbeidaren som arbeider i grenseland mellom liv og død.

### **2.6.4 Omsorga som vert gitt, sett frå pasienten sin ståstad**

Løvgren, Hamberg og Tishelman (2010) har intervjuet pasientar som hadde levd med diagnosen lungekreft i eit år. Undersøkinga viste at lita tid blant helsepersonell, ventetid på sjukehus utan informasjon og førebuing, førte til forverring av usikkerheit og kjensle av mangel på omsorg. Pasientane opplevde at dei måtte vera på vakt og passa på det meste sjølv. Visse om alvorlet i sjukdomen og avgrensa levetid, førte til at lange periodar med venting auka stressfaktoren.

Kvåle (2005) har gjort ei undersøking blant pasientar som har vore innlagt på sjukehus for å finna ut kva dei såg som god omsorg. Funna i studia hennar viste at pasientane la vekt på at sjukepleiarar hadde teknisk kompetanse, tok seg tid til å snakke og at dei brydde seg ut over det som vart forventa av dei. Når omsorga som blei gitt blei opplevd som god, førte det til ei kjensle av tillit og tryggleik. Pasientane framheva og at god informasjon om sjukdom og behandling var viktig. Kvåle peikar på at kontroll er eit grunnleggande behov hos alle menneske, og ein viktig føresetnad for å meistra alvorleg sjukdom. Informasjon gitt til pasient var med å styrka kjensla av tryggleik og kontroll (Kvåle, 2005).

### **2.6.5 Strukturelle forhold**

Sørfonden og Finstad (2015) har sett på kva helsepersonell ser som mogleik og avgrensing i samtale med pasient og pårørande. Mangel på høveleg tid og stad førte, i fylgje forfattarane, til at pasientane sine behov for samtale ikkje blei ivareteken. Sjukepleiarane var redde for å opne opp for samtalar som krov merksemd, tid og nærvær. Mangel på tid var ein del av informantane sin

kvardag, der ein måtte vere bevisst korleis ein prioriterte tida. Språket ein brukte i samtale med pasientar vart og framheva som sentralt. Bruk av opne spørsmål var viktig. Pasienten sin autonomi vart og vektlagt høgt. Dei såg det som viktig å halde seg sjølv tilbake, men samtidig vere engasjert.

Wallerstedt og Andershed (2007) sin studie omhandlar ei undersøking gjort blant sjukepleiarar som hadde omsorg for både kurative og alvorleg sjuke og døyande pasientar samtidig. Resultatet av undersøkinga viste at det var eit stort gap mellom kva tankar og ambisjonar sjukepleiarane hadde om korleis palliativ omsorg burde vera, og slik den i realiteten blei. Sjukepleiarane hadde høge ambisjonar og dei såg på kunnskap som ein viktig føresetnad når ein hadde ansvar for pasientar i livets slutfase. Dei opplevde derimot stor grad av misnøye grunna mangel på støtte, samarbeid, tid og ressursar. Strukturelle forandringar og økonomiske innstrammingar påverka omsorga dei fekk ytt. Alle informantane i undersøkinga peika på utfordringa det var å ha ansvar for både palliative og kurative pasientar på same tid. Samstundes såg dei òg at det kunne vera positivt å ha ansvar for blanda pasientgrupper, då friskare pasientar fekk fram positive kjensler, energi og håp. Forfattarane spør seg korleis det påverkar sjukepleiar å konstant måtte gå mellom døyande pasientar og nesten kurerte pasientar. Dei hevdar at studiar har vist at det er utfordrande å ha fleire slike roller samtidig, då dette kunne føre til stress og negativ kjensle av tilfredsheit i arbeidet.

McCourt, Power og Glackin (2013) sin litteraturstudie handlar om korleis sjukepleiarar opplever å gi omsorg for palliative pasientar på eit vanleg akuttsjukehus. Dei gjekk igjennom ni studiar og analyserte desse. Seks tema blei trekt fram frå litteraturen. Desse var mangel på utdanning og kunnskap, mangel på tid med pasientar, utfordringar grunna helsevesenet sin kultur, kommunikasjonsbarrierar, symptomlindring og sjukepleiar sine personlege problem. Forfattarane meiner det er grunn til bekymring for kvaliteten på den palliative omsorga på sjukehusa, og meinte at hospits og eigne palliative avdelingar var best eigna til å gi denne omsorga. Vidare meinte dei det var viktig å sørge for at sjukepleiarar får den nødvendige utdanninga, slik at dei kan yta heilskapleg omsorg i slutfasen av livet.

Latinovic (2013) får fram kva opplevingar og frustrasjonar sjukepleiarar har i kvardagen på ein kirurgisk avdeling, der pasientgruppene er blanda. Omstillinga, å gå frå ein palliativ til ein kurativ pasient og det å jobba i ulikt tempo, som ein må i slike tilfelle, vert løfta fram. Hennar undersøking kom fram til at sjukepleiarar opplevde det som frustrerande å ha ansvar for fleire pasientar med



svært ulike behov. Sjukepleiarane måtte stadig ta stilling til kven dei skulle prioritere. Dei opplevde og at det var vanskar med å finna den rette balansen mellom nærleik og distanse til pasientar, når ein stod så mellom liv og død som ein gjorde i dette arbeidet. Om ein ikkje fann den rette balansen kunne den profesjonelle sjukepleierrolla bli sett i fare, skriv Latinovic.

Oliver og O`Connor (2015) har sett på korleis sjukepleiarar på eit vanleg akutt generelt sjukehus opplever og erfarer å ivareta døyande pasientar. Tema som vart trekte fram i undersøkinga som viktige for at pasientane skulle oppleve ein «god død» var blant anna evna til kommunikasjon, tid til å gje omsorg, miljøet rundt pasienten og hans nære, kunnskap hos pårørande, evna til symptomlindring og støtte til personalet.

Pamianowska et al. (2005) starta eit prosjekt ved ein kirurgisk avdeling der fire av sengeplassane blei reservert pasientar i palliativ fase. Målet var å betra tilbodet til kreftpasientar med langt kommen sjukdom, ved å gje best mogleg lindrande behandling, pleie og omsorg ut frå eigne fysiske, psykiske, sosiale og åndelege/eksistensielle behov. Erfaringane frå dette prosjektet var av ein slik art at dei valde å halda fram tilbodet. Med kontinuitet i pasientbehandling, meir tid til pasientar og færre tilsette som er involvert, gjev ein pasientane sikrere oppfylging når det gjeld lindring av symptom og livskvalitet, noko som igjen gav kortare opphald i avdelinga for pasienten. Vidare vart det framheva kor viktig det var med kontinuitet i oppfylginga etter at pasienten vart skriven ut ( Pamianowska et al., 2005).

Desse artikkane som er synt til her viser at det er gjort ein del forskning rundt den palliative pasienten sin situasjon, men innanfor eit omsorgsvitskapleg perspektiv kan ny forskning vere med å kaste nytt lys over problematikken.

### 3 METODE

For å få meir kjennskap til korleis sjukepleiarar kan yte heilskapleg og god omsorg til palliative pasientar som ligg på generelle medisinske og kirurgiske sengepostar, og korleis dei klarer å gå mellom kurative og palliative pasientar, valde eg å nytta kvalitativ metode. Ved kvalitativ tilnærming kan ein utforske ontologiske tema slik personane opplever og erfarer det sjølv. Ved å nytta denne metoden får eg høve til djupare forståing kring sjukepleiar sine erfaringar av å yta omsorg for pasientar med så ulike behov.

Eg har valt å gjennomføra fokusgruppeintervju. Kvalitativ forskingsmetode vert nytta for å undersøkje og skildra menneske sine opplevingar og erfaringar. Det kvalitative forskingsintervjuet søkjer i følgje Kvale og Brinkmann (2015) å forstå verda, sett frå intervjupersonen si side. Kvalitative metodar byggjer på teoriar om menneskelege erfaringar, fenomenologi, fortolking og hermeneutikk. Den har som mål å utforska meiningsinnhaldet i sosiale og kulturelle fenomen, slik det vert opplevd av dei involverte sjølv (Malterud, 2013).

Med å nytta kvalitativ metode i eit omsorgsvitskapleg perspektiv ynskjer eg å sjå nærare på sjukepleiarane sine erfaringar rundt dette emnet.

#### 3.1 Hermeneutikk

Det overordna perspektivet med denne oppgåva er hermeneutisk. Hermeneutikk vert vanlegvis omtala som fortolkingslære og handlar om spørsmål knytt til forståing og fortolking. Forståing er ein grunnleggande dimensjon i den hermeneutiske metodologi, der ein søkjer å trenge inn i ei meiningsforståing av eit fenomen. I følgje Thornquist (2003) kan ein seie at hermeneutikk hjelper oss å forstå korleis me forstår, og korleis me gjev verda ei mening.

Hermeneutikken har i følgje Gadamer (2003) hatt som oppgåve å rette opp att manglande eller svekka forståing. Den hermeneutiske regel er at ein skal forstå heilskapen ut frå delar, og delar ut frå heilskapen, og den vert kalla den hermeneutiske spiral eller sirkel. Språket er sentralt i den hermeneutiske ontologien til Gadamer. Gjennom tolking av språket, tileignar me oss noko, til dømes "vårdandets sak". Ein oppnår ei forståing ved at teksten vert ein del av lesaren. Tolkinga av budskapet vert synleg i vår måte å vere på ovanfor pasientar. Ein søkjer å forstå "saken sitt indre vesen", og ved det kan ein oppnå ei horisontsamansmelting. Ein oppnår på den måten det Gadamer (2003) kalla, "ein hermeneutisk konversasjon".

Gustin (2014) seier at ei hermeneutisk forståing strekker seg bortom det intellektuelle. Ein oppfattar verda på ein slik måte at ein kjenner meining og samanheng, og handlar i tråd med sine verdiar. Ho seier og at når omsorgsytar vert hermeneutisk medviten og byrjar å tenkja på sitt tenkande, vert det mogleg å sjå det omsorgsfulle oppdraget i eit nytt lys.

Lassensius (2014) meiner at hermeneutikken etisk sett går ut på at ein som omsorgsperson bryr seg om å vera i det andre mennesket si teneste, gjennom si forståing. I praksis vil det seie at ein pendlar mellom eiga forståingshorisont og den ein skal yta omsorg for, og tilbake til si forståing. Ho seier at ei «førforståing» eller ein fordom kan vera eit hinder for openheit, men og ei fornying. Dette kan føra til ein fare for at ukontrollerte former kan styra og vinkla tolkingsprosessen. Ho seier vidare at med å overføra omsorgsvitskapleg og hermeneutisk teori til praksis, inneber det at ein forstår sitt indre syn som omsorgsutøvar og tileignar denne forståinga til pasienten.

### **3.2 Førebuing til intervju**

Ein prosjektplan blei utarbeida ut frå temaet eg ynskte å sjå nærare på, samstundes som eg formulerte spørsmåla til ein intervjuguide (Vedlegg nr.1). Kvale og Brinkmann (2015) seier at det finnes ingen standardprosedyrar eller reglar for utføringa av eit forskingsintervju eller ei heil intervjuundersøking. Enkelte standardtilnærmingar og teknikkar bør likevel veljast for dei ulike trinna av ei intervjuundersøking.

Då prosjektplan og intervjuguide var ferdig og godkjent av vegleiar sende eg søknad til NSD om godkjenning til å setje i gang med masteroppgåva (sjå vedlegg nr. 2). Løyve om å setja i gong med studia blei gitt, og søknad om få lov å intervjuja sjukepleiarar i Helseføretaket eg hedde sett meg ut, blei sendt. Vidare utarbeidde eg informasjonsbrev til både avdelingsleiarar ved sjukehuset og dei sjukepleiarane eg tenkte å intervjuja (Vedlegg nr. 3). Eg laga og eit «informert samtykke-skjema» som informantane skulle få og skrive under på (Vedlegg nr. 4). Løyve til å få intervjuja personalet ved sjukehus blei gitt. Søknad og svar frå Helseføretaket vert lagt ved oppgåva, (vedlegg nr. 5 og 6). Avdelingar der intervjuja skulle gjennomførast blei valt ut av leiinga, ein medisinsk og ein kirurgisk sengepost. Informantane blei spurt av avdelingsleiarar om dei ville la seg intervjuja. Tillaten tid til intervju var sett til cirka 60 minuttar, og intervjuja gjekk føre seg i arbeidstida til informantane. Eg gjorde eit prøveintervju av ein sjukepleiar ved ein anna avdeling enn der eg arbeider sjølv, for å teste ut om spørsmåla var relevante. Eg opplevde prøveintervjuet som fruktbart

og fann ut at intervjuguiden kunne behaldast. Prøveinformanten gav tilbakemelding om at spørsmåla var høgst aktuelle.

### **3.3 Utval og deltakarar**

For å få svar på problemstillinga såg eg det som relevant å intervjuja sjukepleiarar som arbeider på somatiske sjukehus, med pasientgrupper som er sett saman av palliative og kurative pasientar. Planen var å be avdelingsleiarar formidla vidare informasjon om prosjektet til sjukepleiarane på sine avdelingar. Eit personalmøte ville vore eit eigna fora der sjukepleiarane kunne fått utdelt skriftleg informasjon om prosjektet, og der dei som ynskte å vere med kunne melde frå til avdelingsleiar om dei var interessert. Det er viktig at aktuelle informantar ikkje opplever at dei vert pressa av avdelingsleiar til å vera informantar. Grunna ulike omstende og mangel på tid, vart informantane spurt direkte av sin leiar, men alle som blei spurt, hadde eit ynskje om å vera med. Som kriteria for inklusjon hadde eg sett å få intervjuja personale som arbeide på avdelingar der pasientgruppene var blanda, og informantane måtte ha arbeida som sjukepleiarar på eit sjukehus med både palliative pasientar og andre pasientgrupper på same avdeling i minst 2 år.

Eg fekk løyve til å foreta 2 fokusgruppeintervju, med tre til fire informantar i kvar gruppe. Tal på intervjupersonar er, i følgje Kvale og Brinkmann (2015), avhengig av formålet med undersøkinga. Målet mitt var å få fram ein diskusjon om korleis ein erfarer og opplever å ivareta palliative pasientar som var innlagt på ein vanleg sjukehusavdeling på best mogleg måte, kva ressursar sjukepleiar nyttar for å meistre dette, og korleis dei opplevde omstillinga det er å gå mellom ein pasient som er døyande og vidare til ein som er vil verte frisk igjen. Informantane hadde ulik arbeidserfaring frå sjukehuset, alt frå 3 til bortimot 30 år. Ein av informantane hadde vidareutdanning i palliasjon.

### **3.4 Fokusgruppeintervju**

Målet med å nytte fokusgruppeintervju var å få ein diskusjon rundt korleis sjukepleiarar opplevde å ha ansvar for blanda pasientgrupper og korleis dei tenkte dei meistra dette. Kvale og Brinkmann (2015) seier at eit fokusgruppeintervju vert kjenneteikna av ein ikkje -styrande intervjustil, der det viktigaste er å få fram mange ulike synspunkt om emnet som er i fokus. Intervjuar si oppgåve er å skapa ein open atmosfære der personlege og motstridande synspunkt om emnet kan komma

fram. Formålet er ikkje å komma med løysingar, men å få fram ulike synspunkt i saka. Kvale og Brinkmann seier vidare at gruppesamspelet kan redusera intervjuar sin kontroll over intervjuutviklinga, noko eg tenkjer kan få både positive og negative følgjer. Ved å ha utarbeidd ein intervjuguide, vil dei ulike tema vera med å styre samtalen. Eg hadde i tillegg klar underspørsmål, i tilfelle samtala av ulike grunnar skulle stoppe opp.

Kvale og Brinkmann (2015) seier vidare at det krev ein fin balanse mellom intervjuaren sitt ynskje om å få fram interessant kunnskap og hans respekt for intervjupersonen sin integritet etisk sett. I intervjuet var det viktig å få informantane til å kjenne seg trygge, slik at dei fritt kunne snakke. Ved å bruka fokusgruppeintervju var eg førebudd på att det kunne føre til at ikkje alle ville vere like opne, og at viktig informasjon kunne gått tapt. Eg informerte under intervjuet at dersom nokon av informantane ønskte å snakke med meg aleine, ville eg sitje igjen eller dei kunne ta kontakt med meg på e-post eller telefon ved seinare høve. Kvale og Brinkmann seier vidare at intervjusituasjonen kan vera prega av eit asymmetrisk maktforhold. Dette var eg oppteken av under intervjuet, og var bevisst kroppsspråket mitt, korleis eg sat i forhold til dei andre, og eg forsøkte å ha augekontakt med alle når eg stilte spørsmål for å få alle med. Eg var og oppteken av måten eg stilte spørsmåla på, at dei som vart intervjuet skulle kjenna seg trygge.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuet**

Då forskingsfokuset i oppgåva gjekk på sjukepleiar sine erfaringar og opplevingar, som igjen kunne sei noko om deira måte å yta sjukepleie på, var eg oppteken av å passe på at informantane ikkje kom i ein forsvarsposisjon, då viktig informasjon kunne gå tapt og intervjuet bli utan meining. Då intervjuet måtte utførast i arbeidstida til informantane, vart intervjulokala valt av leiar. Informantane blei tilbydd drikke før intervjuet starta. Intervjuet blei tekne opp på lydband og informantane fekk informasjon om at opptaket ville bli sletta etter at oppgåva var ferdig. Dei fekk på ny informasjon om informert samtykke og at dei var fri til å trekkje seg om dei yngste det.

Lokala som intervjuet blei utført i var i avdelinga og det eine intervjuet blei forstyrra fleire gangar av kollegaer og andre som hadde spørsmål rundt pasientar som var innlagde. Målet med intervjuet var å komme ned til det ontologiske, og spørsmåla vart stilt på ulike måtar for å få fram kva tankar sjukepleiarane hadde kring omsorga for pasientane. Helseføretaket hadde sett føringar for kor lenge intervjuet skulle vare, derfor blei enkelte spørsmål frå intervjuguiden ikkje gått nok i djupna på, då

tida ikkje strekte til. Intervjua varte frå 50 til 70 minuttar. Drøftinga om den palliative pasienten og omsorga rundt desse, vart ulik i dei to intervjua. I det eine vart det lagt meir vekt på det organisatoriske, korleis ein praktisk løyste slike ting som plassering av pasientar og anna, medan i det andre intervjuet kom sjølve omsorga meir i fokus.

Informantane gav tilbakemelding etter intervjua om at spørsmåla som vart stilte var høgst relevante, og det verka som dei såg det som nyttig og godt å få diskutera emnet.

### **3.6 Metode for analyse**

Intervjua blei utført i juni 2016 og kort tid etter transkribert ord for ord. Teksten som er skriven og lydbandopptaka utgjer til saman materialet for analyse og fortolking (Kvale & Brinkmann, 2015). Stemninga som var under intervjuet blei forsøkt fanga, både av latter og forstyrningar som var undervegs, slik at eg lettare kan huske korleis omstende var rundt intervjua.

Malterud (2013) seier at analysen skal byggja bru mellom rådata og resultat ved at materialet vert organisert, fortolka og samanfatta. Når eg har gjennomgått intervjua har eg nytta kvalitativ innhaldsanalyse etter modell frå Kvale og Brinkmann (2015), der data er blitt analysert i fem nivå:

1. Intervjua blei først lesne fleire gongar for å vera sikker på at alle viktige moment var teken med og at eg hadde fått med meg heilskapen.
2. Eg fann deretter dei naturlege meiningsseiningar, slik eg opplevde dei.
3. I det tredje trinnet vart meiningsseiningane skrivne om til ny tekst. Kvale og Brinkmann (2015) seier her at forskaren skal forsøkja å lesa intervjupersonen sine svar på ein så fordomsfri måte som mogleg. Vidare skal ein tematisera utsegnene frå intervjupersonen sin synsvinkel. Meiningsfortetting er i følgje Kvale og Brinkmann (2015) ei forkorting av intervjupersonen sine utsegner til kortare formuleringar. Den spontane meininga i det som vert sagt, vert fortalt igjen med få ord.
4. I det fjerde trinnet har eg sett på meiningsseiningane i lys av oppgåva sitt formål. Problemstillinga vart teken fram på nytt, og materialet sett i lys av denne. Ut frå dette kom eg fram til hovudområda i intervjua. Den meiningsfortetta teksten i begge intervjua blei sett i saman etter ulike fargekodar etter kva kategori dei passa under, og sett i saman til ein tekst.
5. I det femte trinnet vart dei viktigaste emna eg såg som sentrale å arbeida vidare med, bundne saman til eit deskriptivt utsegn som utgjer resultatdelen, strukturert i 7 tema.

Intervjua blei sette inn i kolonnar som vist i eksempel nedanfor. Informantane sine utsegner er til venstre, deretter meiningseiningane. Så er meiningane forsøkt delt inn i tema, og til sist vart intervjua sett saman for så å finna hovudtema. Eksempel på dette er:

Lesing av transkribert tekst:	Meiningseiningar:	Tematisering av meiningseiningar:	Hovudtema etter samanføring av intervjua:
Inf.nr 1:Eg fekk jo bruka den undervisning, eksamensoppgåva mi som var ei undervisningsoppgåve i forhold til palliasjon, kva det var, og korleis me oppføre oss og sånn..	Personalet fekk nytta eksamensoppgåva som var ei undervisningsoppgåve ift palliasjon om korleis ein bør yta omsorg til palliative pasientar til å undervisa andre på avdelinga	Når ein tileignar seg kunnskap om eit emne i lag, kan det verta danna eit indre verdigrunnlag som avspeglar sjukepleiar sine handlingar	Kjelde til vekst og utvikling
Inf.4: Men du ynskje jo og på ein måte å kanskje gi meir, føle eg i alle fall av og til, at eg har lyst at den tida skal bli fin	Personalet ynskjer å gi meir omsorg til palliative pasientar og gjera ein best mogleg jobb, slika at tida skal bli fin	Eksistensiell omsorg der nestekjærleik er framtreddande	Medmenneskelege eigenskapar sjukepleiarar ser som viktige

**Tabell 3-1: Eksempel på analysemetode**

### 3.7 Metodediskusjon

Val av informantar blei som tidlegare nemnt valt av leiar. Når ei rekruttering går føre seg gjennom leiar kan ein anta at informantane vart plukka ut fordi dei hadde ei særskild interesse for palliative pasientar. Då palliative pasientar har sengeplassar rundt på dei fleste sjukehusavdelingar, og alle sjukepleiarar må forholde seg til desse, kan ein stå i fare for at utvalet til å svara på spørsmålsstillinga ikkje er representativ for sjukepleiarar generelt. Malterud (2013) seier at den eksterne validiteten vert låg viss ein berre held seg til den lokale konteksten, utan å tenkja over

føresetnad for overføring av kunnskapen. Resultata frå undersøkinga kunne blitt annleis om ein hadde intervjuja heilt vilkårleg blant dei tilsette, og ved fleire institusjonar. Forsking innan omsorgsvitskapen, tek ikkje mål av seg til å generalisera, men å trenga ned i ontologien. På denne måten kan det komma fram tema som sjukepleiarar kan kjenna seg att i.

Kvale og Brinkmann (2015) meiner at det problematiske med å validera kvalitativ forskning skuldast ikkje nødvendigvis svakheita ved dei kvalitative metodane, men det kan skuldast den kvalitative metoden sin særeigne evne til å skildra og stilla spørsmål ved den sosiale røyndomen som skal undersøkjast.

Sjølv om informantane hadde fått tildelt informasjon om kva formålet med intervjuet var, hadde ikkje alle fått lest dette. Kva som var årsak til dette, blei ikkje formidla. Dei var førebudd på at det handla om palliative pasientar på sjukehus, men ikkje noko ut over dette. Det kan sjølvstundt ha innverknad på svara som blei gitt i intervjuet. Hadde alle fått tenkt igjennom i forkant og sett kva som var intensjonen, kva som var målet å få fram, kunne materialet blitt annleis.

Det at intervjuja føregjekk på informantane sin arbeidsplass kan ha ført til at dei kjente seg meir heime, og at dei kjente seg fri til å snakke. Samstundes kan det og ha ført til at dei heldt igjen informasjon, då spørsmål om leiinga si rolle kan påverka omsorga som vart gitt, var eit tema. Det at rekrutteringa føregjekk gjennom leiinga, kan og ha verka inn på svara dei gav.

Innan hermeneutisk forskning vektlegg ein forskaren si forforståing. Forforståinga blei klargjort ved å leggja fram det teoretiske grunnlaget som er gått igjennom på førehand. Tidlegare forskning rundt temaet palliative pasientar på sjukehus, er blitt lest. Eg har bevisst reflektert over mine eigne tankar, haldningar og forforsting, før eg gjekk i gang med intervjuja, slik at eg var open for informantane sine tankar. Eg arbeider sjølv på ein avdeling med blanda pasientgrupper, og ser at det kan vera vanskeleg å vera objektiv. Samtidig ser eg og fordelar, då eg forstår kva informantane snakkar om, kva utfordringar dei slit med i kvardagen.

### **3.8 Forskingsetikk**

Det er eit krav at den som forskar kjenner til og forstår forskningsetiske reglar og prinsipp. (Malterud, 2013). Som forskar må ein vere bevisst si eiga haldning og etiske bevisstheit.

I oppgåva er dei forskningsetiske retningslinjer (NEM, 2010) og deira prinsipp som går på respekt for personar som er med i eit prosjekt, lagt til grunn. Eg som forskar plikter å fylgja anerkjende etiske normer og opptre ansvarleg, open og ærleg ovanfor kollegaer og offentlegheita, og fylgje



desse. Vidare skal eg sørge for at forskingsprosjektet vert rettvis utført. Studia vart søkt inn til godkjenning hos Norsk samfunnsvitskapeleg datateneste (NSD), og dei gav løyve til å setja i gong med prosjektet. Studia fekk tildelt prosjektnummer 48027.

Eg har sett som viktig i oppgåva å få fram tankane til informantane, dette sjølv om dei kan stride mot det eg sjølv tenkjer er viktig. Eg har og forsøkt å vera bevisst mi eiga førforståing, slik at eg kan vera meir open for informantane og datamaterialet.

I dei forskningsetiske retningslinjene (NEM, 2010) står det at mennesket som vert observert eller intervjuet blottstiller alltid noko av seg sjølv. Mennesket sin tale og handlemåte er så tett knytt til deira identitet at det vert vanskeleg å skilja sak og person, når språklege ytringar og handlingar skal studerast og fortolkast. Dette krev at eg som forskar må vera særskilt varsam med utsegner som informantane har gitt. Fortolkinga av bidrag frå informantane kan og medføra fare for krenking av informantens integritet. Mennesket som utleverer deler av sitt liv til forskar, kan oppleve eit brot på tillit dersom forskar forklarar eller fortolkar informasjon, handling eller utsegn på ein måte som vedkommande ikkje kjenner seg igjen i. Dette tenkjer eg er viktig å ha med når eg går igjennom materialet eg har fått.

Eg har og sørge for at det som har kome fram har blitt behandla konfidensielt. Opplysningane om dei som er med i undersøkinga, er beskytta. Det skal ikkje vera mogleg å kjenna igjen informasjon, informantane har fått kvart sitt nummer, frå 1 til 7, og staden der informantane arbeider, er anonymisert.

Vidare har eg vore oppteken av at det eg skal prøve å få fram har ein nytteverdi både for meg sjølv og kollegaer. Ytste målet er at det kan komme pasientane til gode og at det i den forbindelse vert løfta fram ein diskusjon kring plassering av palliative pasientar, om vanlege somatiske sengepostar er rette staden.

## 4 RESULTAT

Utgangspunktet for denne studia var å sjå nærmare på korleis sjukepleiarar erfarte dei klarte å ta vare på palliative pasientar som er innlagt på ein generell medisinsk eller kirurgisk sengepost, og korleis dei opplevde å gå i mellom kurative og palliative pasientar. Problemstillinga eg har valt er: *Korleis erfarer sjukepleiarar å ha omsorg for pasientar i palliativ fase, samstundes som dei skal ivareta andre pasientgrupper?*

Målet er å belysa kva utfordringar og eventuelle føremoner det er både for pasientar og sjukepleiarar, når ein har kurative og palliative pasientar liggjande på same avdeling, og også kanskje same på rom.

Resultata i undersøkinga er blitt delt inn sju tema, etter kvalitativ analysemodell frå Kvale og Brinkmann (2015). Desse er som følger:

- Sjukepleiarar si oppleving av å ha ansvar for blanda pasientgrupper.
- Ytre rammer som verkar på omsorga.
- Medmenneskelege eigenskapar sjukepleiarar ser som viktige.
- Erfaring, modning og tryggleik til å klare å gi heilskapleg omsorg,
- Fellesskapet og bandet til pasienten, er fylt av kontraster.
- Pasient og pårørande sine tilbakemeldingar verkar på arbeidet vidare.
- Kjelder til vekst og utvikling.

### 4.1 Sjukepleiarar si oppleving av å ha omsorg for blanda pasientgrupper

På spørsmålet om korleis sjukepleiarar opplevde det å ha omsorg for både kurative og palliative pasientar i løpet av ein arbeidskvardag, var informantane delte i dette synet.

Nokon opplevde det som vanskeleg og utfordrande å gå mellom palliative og kurative pasientar, eit arbeid med mykje kontrastar. Informanten nr. 4 skildra det på denne måten:

*Eg synes da er vanskeleg, da har eg tenkt på mange gangar, at eg går frå eit rom der det er på ein måte er veldig alvor og kanskje døydnes og sånn og så komme du inn på eit anna rom der det liksom er såkalla bagatellar i forhold til det andre og så klage dei kanskje meir en den, og det blir veldig kontrastfullt ofte synes eg, å og ofte i forhold til alder så slite eg med at viss me har nokon unge då som kanskje er veldig dårlege og sjuke så går du i frå*

*ein unge som er uhelbredeleg sjuk til på ein måte nokon som er mykje eldre som ligg og klage, det er litt vanskeleg av og til, men det blir jo kontrastfullt synes eg.*

Andre igjen opplevde kvila i å kunne gå til kurative pasientar. Informant nr. 1 sa det slik:

*Det er ikkje så mykje å ta omsyn til, du går inn å gjere ein ting, og så går du ut igjen, men det kan du ikkje gjere til ein palliativ pasient. Der går du inn og du stenge det andre ute liksom.*

Dei opplevde at når dei var inne hos ein palliativ pasient, stengte dei det andre ute. Fokuset var hos pasienten. Arbeidet blei opplevd som utfordrande, ein bruker heile seg og ein må vere «meir på», vere konsentrert og vår for korleis ein oppfører seg og korleis omsorga vert gitt. Informant nr. 4 sa det slik:

*Du gir meir av deg sjølv i alle fall når du er inne hos ein palliative, føler eg.*

Sjukepleiarane ynskjer å gi meir omsorg til palliative pasientar, og gjera ein best mogleg jobb, slik at tida skal verta fin. Dei føler og det er givande å fylgja palliative pasientar over tid, det gir ein noko ekstra. Palliative pasientar blei opplevd som ei takknemleg gruppe som det er godt å gi omsorg til.

Nokon av sjukepleiarane opplevde derimot at arbeidet krov mykje av ein. Dei såg og at det kunne vera tyngre i enkelte periodar å gi omsorg, ein kunne vera lei og sliten. Korleis ein hadde det i privatlivet sitt hadde mykje å sei, følte dei. Har ein mykje ansvar heime, kan det vere vanskeleg til tider å ha full konsentrasjon på arbeidet ein skal gjera.

Enkelte av sjukepleiarane opplevde omstillinga, det å gå frå ein døyande, der det kan vere mange tøffe situasjonar, og så vidare og hjelpe andre på neste rom, som vanskeleg. Der skal ein gjerne prøve å vere blid og late som ingenting. Sjukepleiaren kan kjenne seg mest som ein skodespelar som går ut og inn av roller når dei skal omstilla seg fleire gangar til dagen ved å gå frå kurative til døyande pasientar. Informanten nr. 7 skildra det slik:

*...men det kan jo av og til vere litt tøft å gå i frå ein døyande, det er mange tøffe situasjonar, og så skal du gå inn på neste rom og då skal du klistre på deg eit smil då å vera...det er ikkje alltid, av og til så kan det vera litt vanskeleg, nei det er ikkje alltid like lett, stort sett så går det greitt, men eg har kjent på det av og til, uff, du har jo mest lyst å berre grina sjølv og.*

Det som og kom fram i intervjuet var at sjukepleiarar innimellom synes det var godt å sleppe å gå inn til palliative pasientar. Arbeidet blei opplevd som krevjande. Informant nr.3 skildra det slik:

*Du blir jo sliten og viss du har den same pasienten, altså det går mykje i det same, og det er...pårørande er lei seg og det er jo tungt på ein måte viss du har den same pasienten fire dagar i strekk, det er godt å bytta litt.*

Sjukepleiarane fortel at dei opplever at omsorga dei gir er bra. Dei har og støtte frå palliativt team når dei kjem til kort sjølv. Dei opplever og at det tverrfaglege teamet fungerer godt.

Avdelingane kunne til tider ha mykje pasientar, og informantane opplevde å ha mange å ha ansvar for. Dei såg då at omsorga ikkje vart slik ho burde vere. Likevel meinte dei at dei palliative pasientane hadde det godt hos dei, og at dei vart prioriterte og brukt mest tid på. Dei såg og at ein avdeling med berre palliative eller kurative pasientar, kunne blitt rolegare. Der ein fekk konsentrera seg meir om ei gruppe pasientar. Det å ha blanda pasientgrupper kunne føra til stress og ei kjensle av å ikkje strekkje til og vanskar med å veta kven ein skulle prioritera.

Fleire av informantane såg det og slik at når palliative pasientar låg på ein vanleg sjukehusavdeling, i saman med kurative pasientar, fekk personalet «pause» innimellom. Dei opplevde å bruka mykje av seg sjølv, måtte vera konsentrert og på vakt på korleis dei oppførte seg, når dei gjekk inn til palliative pasientar. Når dei var hos dei andre pasientane som var innlagt for enten ein infeksjon eller noko anna dei vart friske av, opplevde dei å meir kunne «slappe av», det var ikkje så mykje alvor og ein måtte ikkje heile tida vere på vakt på kva ein sa og korleis ein oppførte seg. Enkelte meinte at arbeid med palliative pasientar kunne føre til at ein «brukte seg opp», og det var eit arbeid som sleit på dei. Dei meinte at med andre oppgåver som førefallande arbeid på avdelinga, medisintillaging og anna, så fekk ein byggja seg opp igjen slik at ein fekk styrke til å møte nye utfordringar.

Nokon opplevde det og som tungt å ha ansvar for palliative, då det er mange pårørande dei måtte forholde seg til i tillegg. Dei skulle då yta omsorg for desse og forsøkje å hjelpa dei og så godt som råd. Når ein fekk gå til kurative pasientar som klarte seg sjølv, og kanskje ikkje hadde pårørande som var til stades det meste av tida, vart arbeidet opplevd som enklare. Derfor meinte fleire det kunne vere godt med blanda pasientgrupper. Enkelte følte at skifte av pasientgrupper gjekk fint. Dette hadde dei gjort i ein del år, dei følte dei takla det bra, men dei såg det som ein stor utfordring å ha ansvar for blant anna unge palliative pasientar samtidig som dei har ansvar for resten av avdelinga.

Sjukepleiarane meinte og at dei prøvde å yta så god omsorg som dei kunne, og trudde dei fleste pasientar var fornøgde. Kva som vart lagt i uttrykket god omsorg, var vanskeleg å få fram. På

spørsmål om kva ein legg i det å sjå heile pasienten og yta heilskapleg omsorg, skildrar enkelte av informantane at dei tilkalla palliativt team og prest når det kom til åndelege og eksistensielle utfordringar.

## **4.2 Ytre rammer som verkar på omsorga**

Korleis sjukepleiarar opplev tida dei har til rådighet, korleis arbeidet er organisert og kva tyding leiinga har, fekk stor merksemd i intervjuet. Tidspress opplevde dei kunne vera ei stor utfordring i kvardagen. Arbeidsdagen var full av oppgåver ein var pålagt å gjera, og ressursane ein hadde til rådighet var for knappe. Kor vidt ein kjente det var mogleg å endra på dette, vart ikkje løfta fram som eit tema. Det kan verka som om sjukepleiarane hadde innfunne seg med at slik var det.

Sjukepleiarane opplevde dei ikkje hadde nok tid til å yta den omsorga dei ynskte. Dette viste seg spesielt på ettermiddagar og i helgane, når det var færre tilsette på vakt. Nokre gongar opplevde sjukepleiarane at dei var så heldige at dei berre hadde ein pasient å konsentrera seg om, men ofte hadde dei fleire, noko som gav ei kjensla av å ikkje strekkja til.

Sjukepleiarane opplevde og grunna mangel på tid, at det var ein del ting dei kunne gjort som dei palliative pasientane gjerne ikkje våga å be om. Dette gjekk på små ting i kvardagen, som gjorde «det litle ekstra». Dette kan vere alt frå å ordne med noko mat som ein ikkje fekk på sjukehuset, til ein ekstra god stol å kvile i for pårørande, eller rett og slett ei hand å halda i. Informantane såg på desse pasientane som ei takknemleg gruppe som ikkje alltid krov så mykje.

I det eine intervjuet var det samla sjukepleiarar som arbeidde ved ulike avdelingar. Enkelte av desse avdelingane stengde i helgane og pasientane vart derfor flytta til andre avdelingar og måtte forhalda seg til nye tilsette, eller dei fekk permisjon. Dette reagerte fleire av pasientane på. Sjukepleiarane opplevde det og som stress å måtte flytte pasientar om fredagen og opne opp avdelinga igjen om måndagen. Dei opplevde at pasientar sleit med ulike problem heime i helgane, for dei ville venta til avdelinga opna om måndagen. Sjukepleiarane på dei avdelingane som fekk desse pasientane, kjente dei heller ikkje, og opplevde enkelte gongar det kunne ta tid å verta kjent med dei. Ein kunne få inntrykk av at dette var ei løysing ingen av partane opplevde som god. Denne løysinga var innført av økonomiske årsaker, men vart opplevd som lite gunstig for alle partar.

Sjukepleiarane opplevde når det var travle periodar å gå heim med dårleg samvit for at dei ikkje hadde fått teke seg nok av dei palliative pasientane. Dette var noko dei tenkte ein del på etter at dei

kom heim. Slike tankar kunne vera med å tappa for krefter og gi motløyse. Sjukepleiarane meinte dei prioriterte dei palliative pasientane, men hadde heile tida lyst til å kunne gjere meir for dei.

I ein arbeidskvardag der det ikkje er nok tid til alle oppgåvene ein skal utføre, må ein prioritera. Dette var noko informantane påpeika. Denne prioriteringa kunne vera vond. Dei opplevde til tider at andre pasientane, dei kurative, vart dei som fekk lida når ein brukte mest tid til dei palliative. Det var ikkje rom nok i løpet av arbeidsdagen til at ein kunne yta lika god omsorg til alle, ein vart tvungen til å prioritere. Informant nr. 5 sa det slik:

*Ja du kunne jo tenkt deg å, har lyst å ta deg litt tid til dei andre og, men det har du gjerne ikkje tid til då sant*

Arbeidsdagen, blei fylt opp av oppgåver som måtte gjerast uansett, til dømes operasjonspasientar som må klargjerast, nye pasientar som skulle takast i mot, andre som skulle skrivast ut. Ein arbeidsdag på eit sjukehus består mykje av oppgåver ein er pålagt, som til dømes behandlingsplanar, rapportering til kommunar og «Trygg Pleie» der ein registrerer om pasienten er utsett for trykk sår, ernæringssvikt eller står i fare for å falle. Pålagde oppgåver er noko som har auka, og som tek av tida ein har saman med pasienten.

Det blei drøfta i det eine intervjuet at ein opplevde at det ikkje vert vektlagt på same måte at ein bruker tid til samtale og omsorg. Når ein har hatt ein samtale med ein pasient, skal det ikkje kryssast av i ein behandlingsplan eller i eit skjema. Omsorga ein gir vert usynleg for «Helsevesenet», men den som mottar heilskapleg omsorg, merkar kva som er god omsorg og kva helsepersonell gjer berre for å krysse av i eit skjema, meinte dei.

Sjukepleiarane ser og fordeler ved å ha standardiserte skjema og lister å krysse av på, som ein skal igjennom, då dette kan opna for ting som elles kanskje ikkje ville komme fram. Sjukepleiarane meiner og at viss ein set seg ned med pasienten og visar at ein har tid, kan dette føra til at han opnar seg og at ein lettare kan hjelpa han med det han slit med.

Sjukepleiarane opplever at dei må planlegga godt, slik at dei får nytta tida inne hos dei palliative pasientane på ein god måte, i staden for å bli uroa over oppgåver ute på avdelinga. Informant nr. 1 skildrar det på denne måten:

*Eg føler ofte at eg gjerne tar, at du veit at du kjem til bruka lang tid der inne, at du tar dei andre først, og så går eg inn der....for då veit eg at eg har god tid, i plassen for at eg veit eg må stikka ut for at eg skal henga opp noko der eller noko sånn.*

Mangel på ein rom kan vera ei utfordring når ein får palliative pasientar som vert verande over tid. Palliative pasientar vert prioriterte med tanke på ein rom, men dei deler ofte rom med andre før dei kjem inn i den siste fasen. Det kunne verka som at haldningane til dette var ulik frå avdeling til avdeling. Den palliative fasen kan vere lang, pasienten kan vera mykje inn og ut av sjukehus i den tida, og det kunne derfor vera vanskeleg å alltid ha ei god løysing med tanke på rom.

Sjukepleiarane opplever som nemnt at pasientar med både kurative og palliative diagnosar ligg på same rom, men dei passar på at ikkje ein med nyoppdaga kreft ligg i saman med ein som har langt komen kreft. Sjukepleiar må i desse tilfella i eine augeblikket forhalda seg til ein i palliativ fase, og i neste ein som er inne for ein diagnose som kan behandlast, og pasientar må dela rom med andre som har ulike plager og sjukdommar. Personalet brukar mykje tid på å ommøblera på avdelinga og flytta på senger, for å finna ut kva pasientar som kan passa til å dela rom. Fokuset på dette kunne ta mykje plass.

Tryggleiken pasientane kjenner når dei er på sjukehus, meiner informantane fører til at pasientar ofte vert verande lenger enn dei treng. Dei må ofte utfordre pasientane på å våga å reisa til heimen eller til ein anna institusjon. Sjukepleiarane trur at lettare tilgang til legar kan føra til at dei kjenner seg tryggare på sjukehus. Når pasientane vart verande over tid førte det og til at kapasiteten på rom, ikkje var stor nok.

Sjukepleiarar opplever av og til at dei vert pressa av andre personale, på andre grupper, til å leggje pasientar i saman som kanskje ikkje passar i lag. Dette for å få det til å gå opp med rom- plassering. Sjukepleiarar som har ansvar for dei palliative pasientane prøver å verne om pasientane og vurderer kven som kan vere same rom. Dei ser at enkelte pasientar kan ha støtte i kvarandre, men at det for enkelte kan vera ein belastning for dei å dela rom med pasientar som har mykje utfordringar.

Det å ha palliative pasientar på ein travel kirurgisk avdeling meiner enkelte av informantane ikkje er ei god løysing. Lokala som vert brukt til dei palliative og pårørande er plassert på ein ugunstig stad og er lite skjerma frå resten av avdelinga. Dei ser at dette burde vore løyst på ein anna måte. Sjukepleiarane meiner likevel at dei klarer oppgåva med å ta seg av palliative pasientar, men ser at avdelinga kanskje ikkje burde nyttast til pasientar i siste del av livet.

Sjukepleiarane opplever litt ulikt korleis støtta frå leiinga er i forhold til palliative pasientar. Dei tenkjer at manglande kunnskap hos leiing rundt korleis palliative pasientar skal ivaretakast, kan vera ein av årsakene til manglande støtte i arbeidet. Informanten nr. 7 sa det slik:

*Me føler vel ikkje at me har så veldig støtte i leiinga, nei, men me har kvarandre og du har andre, du har jo palliativt team som er innom og der er jo både sjukepleiarar og prest og sosionom og alt, så me har jo ofte samtalar med dei, så me har vel meir støtte derifrå.*

Andre avdelingar opplevde igjen leiinga som støttande i det palliative arbeidet ved avdelinga. Det at det vert sett av tid til å drøfta ulike forhold rundt ein pasientsituasjon, såg informantane som svært viktig. Dette var derimot vanskelegare å få til på ettermiddagar og helger, grunna få tilsette på jobb.

### **4.3 Medmenneskelege eigenskapar sjukepleiarar ser som viktige**

Det å kunna «sjå» dei ulike pasientane, når dei går frå kurative til palliative, ser informantane som svært viktig. Dette er ein omstillingsprosess som dei gjer fleire gangar om dagen. Omstillinga bør skje utan ein misser seg sjølv eller fokuset på pasienten. Dei meiner vidare at ein må ha grunnleggande respekt for pasientane og sjå deira ulike behov og imøtekomma ynskjer. Vidare må ein kunna gi meir enn det som er forventa av ein, ha evna til å «sjå» det litle ekstra.

Informantane er og opptekne av at ein ser at eit «stell» ikkje berre er eit «stell». Det å lytta til pasienten sine ynskjer og behov, kva som er viktig for pasienten her og no, ser informantane som er ein viktig eigenskap. Ein må vidare tenkja over korleis ein møter pasienten, føla seg fram og sjå at folk er forskjellige og har forskjellige ynskjer. Det er viktig at ein er lydhøyr og viser empati, meiner dei.

Sjukepleiarane er opptekne av korleis dei oppfører seg, korleis dei kan bli oppfatta av pasientar og pårørande. Dette vert skildra av informant nr. 4 slik:

*Ja og så tenkje eg alltid at eg ikkje må virka stressa når du går inn der, sjølv om eg har tusen ting, så må eg ikkje visa det...eg liksom visa som eg har all verden av tid.*

Dei meiner at det å sjå heile mennesket, at ein evnar å sjå dei forskjellige behova pasienten har, er ein viktig eigenskap hos sjukepleiarar. Dei opplever at for pasienten er det viktig at pårørande og vert ivaretekne og vist omsorg for.

Sjukepleiarane ser det og som viktig å kunne «ta i mot» frustrasjon frå pårørande, at dei evner å setja seg inn i deira situasjon, då dei tenkjer det er naturleg. Dette tenkjer dei og er viktig å formidle tilbake til pårørande. Informant nr. 4 sa det slik:

*Det er så dei seier, det finnes ikkje vanskelege pårørande, men pårørande som har det vanskeleg, og det er jo ofte det det er, dei er jo i ein vanskeleg situasjon.*



Enkelte av sjukepleiarane føler at ein må vere sterk når ein går i frå situasjonar der pasientar gir uttrykk for frustrasjon og sinne og vidare til pasientar dei skal gje omsorg for. Denne omstillinga skjer så mange gongar at enkelte av personalet meiner det går automatisk. Informant nr. 6 sa dette:

*Må jo sei at du føler deg av og til som ein sånn « ja me må ha rygg å bera det på», at du har på ein måte, altså då blir du gjerne skjelt ut på det eina rommet for dei har ikkje komme til operasjon den dagen, og det er så gale på dette greiene her, også går du inn og så ligge neste mann og så skal du gje omsorg der, også får du, der er jo mange situasjonar, men eg meiner, du føler, eg veit ikkje om hardhuda vert retta ordet å sei, men du blir lett å snu, for du gjer det så mange gangar til dagen.*

For å oppnå god kontakt er det viktig at omsorgsytar tek seg tid til pasienten. Det er viktig å sjå andre forhold ved pasienten enn berre sjukdommen. Ein må bli kjent med personen bak, finna interessene hans, kva som opptek han. Sjukepleiarane meiner at pasientar observerer personalet, om dei som er inne hos dei er interessert i å snakke eller berre er der for å gjere ei praktisk oppgåve. Pasientane les personalet og ser kven som er interessert i dei. Informant nr. 1 sa det slik:

*...og snakka om kanskje andre ting en berre sjukdom, og det, det var ein som ligge inne no, han sa at eg ser jo dei som har lyst å innleia til ein samtale og dei som berre er her for å henge opp ting.*

Sjukepleiarane opplever at dei må vere meir konsentrerte og merksame på korleis dei er som omsorgsytarar og kva ein seier når ein er hos palliative pasientar, ein må tenkja over korleis ein ordlegg seg. Ord som ikkje var negativt meint kan verta tatt negativt opp. Palliative pasientane kan vera ekstra vare for det som vert sagt.

Sjukepleiarane ser det og som ein viktig eigenskap at dei er fleksible, ordnar og legg til rette slik at pasientar får nytte dagane, leve livet og gjere andre ting enn å vera på sjukehuset. Ein må og leggja til rette for at tida til pasienten ikkje går til å ordne opp i praktiske ting. Dei er opptekne av å ikkje setja grenser for pasientar. Informant nr. 1 fortalte om ei pasientoppleving:

*...men å leva livet liksom, tenkje på ho som me hadde, ei unge, når ho låg inne her for ho fekk behandling for ein infeksjon så hadde ho lyst å vera ungdom, så ho hadde lyst å reisa til (xxx, bytur) til venner, ja det var berre, då får du ta antibiotika tablettar med deg og eit brev og så ringe me til sjukehuset, at du, no er du i byen, og no veit dei kva dei skal gjere, sant at no kan du få leva, litt sånn at du ikkje set begrensingar for folk, nei du er så sjuk at du kan ikkje, mm*

Utrykket «kjemi med pasienten» vart og drøfta i eine intervjuet. Enkelte av informantane meinte at det kunne verka inn på korleis ein fekk kontakt med pasientar. Enkelte pasientar er lettare å få kontakt med enn andre. Likevel hevda informantane at om ikkje «kjemien» er der, kan ein legge til rette for at den vert betre. Då må ein må bruke meir tid, vera tolmodig, evna å sjå pasienten og vera til stades.

Sjukepleiarane ser dei er ulike som personale og omsorgsytarar, at nokon har meir evna til å sjå heile pasienten, og at det ligg i dei. Informant nr. 7 sa dette:

*Me er jo forskjellige personar, nokon har jo meir den evna å sjå heile pasienten, det er vel noko som ligg i oss og på ein måte.*

#### **4.4 Erfaring, modning, tryggleik til å klare å gi heilskapleg omsorg**

Evna til heilskapleg omsorg kviler på erfaring, modning og tryggleik. Som nyutdanna sjukepleiarar kan møtet med palliative pasientar og deira situasjon vera skremmande. Ein kan kjenna seg usikker og redd for å sei noko feil. Dette meiner enkelte av informantane betrar seg etter som ein får meir erfaring. Informant nr 5 fortalde dette:

*Du huske jo det når du var nyutdanna, liksom, og skulle gå inn, det var jo kjempeskummelt, sant og ikkje visste du... ja og så følte du deg usikker og var livredd for å sei noko feil.*

Som nyutdanna kan og fokuset lett falle på praktiske oppgåver, då ein er redd for å sei og gjera noko feil. Ein kan bli opphengt i tekniske utfordringar og gi mindre «emosjonell» merksemd til pasienten. Informant nr. 4 meinte dette:

*Men så er det og at, kanskje er du nyutdanna, så har du fokuset på noko anna, å Gud, medisinar, korleis var det eg gav det, du treng ei viss tid for å få den roen som du skal ha når du er inne hos dei pasientane, for då, ja, så det, er du redd....noko må berre lærast over tid.*

Informant nr. 5 sa det slik:

*Men det og komme jo litt med erfaring og sånn og kunne sjå, oppdaga at dei trenger sant at, viss du er heilt unge så er du gjerne meir opptatt av å trekka for gardinene og vaska nattbordet eller har ro rundt dei, sant.*

Sjukepleiarane opplever at ein vert flinkare i arbeidet og lettare ser kva pasienten treng etter kvart som ein får meir erfaring. Det er vanskeleg å gå rett inn i det palliative arbeidet når ein ikkje er van med det, meiner fleire av informantane. Ein lærer for kvar pasient ein er i kontakt med, og tek det

med seg vidare i arbeidet. Erfaring gjer ein tryggare i dei ulike situasjonane. Etter kvart som ein får meir erfaring, vert ein mindre redd for å møte døyande og pårørande og sei noko feil. Informant nr. 3 sa dette:

*Ja, du blir ikkje redde for å møte døden i alle fall, nokon kan jo grue seg litt til det, kanskje ikkje har sett døde.*

Det at ein har hatt pasienten over tid og kjenner han og familien, fører til at ein vert tryggare når ein skal yta omsorg i den siste fasen. Informant nr. 3 sa det slik:

*Ofte kjenner me pasientane før dei kommer til den palliative fasen, før dei er så dårlege, og då når du kjenne dei då gir det ein trygghet, du har sett dei før og du kjenne familien, og du har snakka med dei før dei vert så dårleg som dei er, så det synes eg er trygt, liksom at eg, at eg kjenner meg trygg på meg sjølv når eg går inn, eg kjenner dei på ein måte.*

Erfaring gjer at sjukepleiarar klarer å stå i arbeidet som krev mykje av dei. Korleis ein har det med seg sjølv, om ein har fått omarbeidd tidlegare opplevingar, meiner dei og spelar inn, spesielt når ein skal yte omsorg på det psykiske og åndelege plan. Informant nr.7 sa det slik:

*Ja og så går det jo på kva og kva slags (ler) haldt eg på å sei, korleis du har i deg sjølv, viss du har ting som er ubearbeida inne i deg, er det ikkje så lett.... nei spesielt på det psykiske og åndelege plan, sant, det er ofte det som det skorter på, det er lettare å behandla ein smerte enn det er å, en det er å behandle noko som er psykisk, angst, f eks.*

Sjukepleiarane opplever at det kan vera vanskeleg å hjelpe pasientar dei ser slit psykisk. Dei er usikker på korleis dei skal gripe det an, men ser at dette vert ein betre på etter kvart som ein får meir erfaring. Enkelte av sjukepleiarane ser at det kan vera emne dei sjølv har vanskeleg for å gå inn i. Dei synes då det er godt å visa til sjukehuspresten. Ikkje alle kjenner seg like trygge på å gå inn i samtaler som omhandlar åndelege eller eksistensielle spørsmål, og det kan verka som at løysinga med å tilby prest til slike samtalar var kjærkommen.

Sjukepleiarar meiner at med gjentakande undervisning om temaet, så får ein meir tryggleik. Spesielt er dette viktig for dei nye. Informant nr. 1 sa det slik:

*På undervisning, at de får, at me putte det inn litt på undervisning heila tida, på sånn som går på akkurat det, så trur eg, spesielt dei nye at dei ser, at de ikkje berre liksom ser, ja spesielt ein pasient som ligge der som er på det siste, at dei ser det som eit stell, at det er berre eit stell, at dei ser eit menneske som ligge der, at du ser alt liksom.*

Personlege erfaringar som til dømes at ein har mista nokon sjølv, kan prega korleis ein opplev å møte pasientar i palliativ fase, både på godt og vondt. Det kan igjen virka inn på korleis ein klare

å yta omsorg. Sjukepleiarar som har opplevd å vere pårørande sjølv, veit av eiga erfaring kor viktig det er å verta «sett» som pårørande. Dei ser at små ting som til dømes å bli spurd om dei vil ha noko å drikke, betyr mykje for pårørande.

Sjukepleiarane trur det kan vera verre for dei som er yngre og ikkje har så mykje erfaring i å stå oppe i ulike utfordrande pasientsituasjonar. Dei opplev at deira yngre kollegaer på avdelinga set pris på deira kunnskap og erfaring.

#### **4.5 Fellesskapet og bandet til pasienten, fylt av kontrastar**

Sjukepleiarane kjenner seg knytt til pasientar dei har fylgt over tid, dei kjenner på tap og ei slags sorg når dei ikkje er meir. Informant nr. 1 sa det slik:

*Du har kanskje fylgt opp nokon i fleire år og så dør dei hos oss, og når du komme på neste vakt så ligger det nokon andre i den senga liksom.*

Informant nr. 4 skildra det slik:

*Ja det er vondt for dei som me har fylgt i mange år på opp og nedturar, så på ein måte, men det er jo på ein måte godt å få avslutta, at dei får vera her og mange gangar, synes eg då men det blir av og til litt sånn tomt nesten når nokon av de er vekke for ein har fylgt de sånn intenst heile vegen.*

Sjukepleiarar ser det som naturleg at dei får eit tettare band til enkelte pasientar. Nokre har dei kanskje følgd i fleire år. Sjukepleiarane opplever det som vondt når pasientane får tilbakefall. Pasienten si smerte vert på ein måte også personalet si. At dei kjenner på slike kjensler ser dei som naturleg, og opplever at dei lett kan gje utrykk for dette blant sine kollegaer. Informant nr. 4 sa dette:

*Ja du blir jo veldig godt kjent med desse pasientane, sånn er det jo berre, du føl dei i både glede og sorgar på ein måte, og du føl dei heile vegen gjennom håp og fortvilning, gjennom fleire år sant, og så håper du at det skal gå bra og så er det jo litt (pause) ja.*

Informantane kjenner på at dei har meir omsorg for ein pasient som er i ein håplaus vanskeleg situasjon. Ein prøver å gjere det best moglege ut av situasjonen, og hjelpe dei så godt ein kan, men det var som informant nr. 4 sa:

*Det einaste du ikkje kan hjelpa dei med er å bli friske, og det er jo eigentleg det dei skulle hatt hjelp til, men...*

Å få komma til eit mindre sjukehus der dei kjenner personalet og opplever omsorg på ein anna måte, opplever personalet at pasientar set stor pris på. Pasientane kjenner seg meir heime hos dei og opplever å bli tatt vare på. Sjukepleiarane opplever at enkelte pasientar dei har fylgt over tid kjenner dei godt. Pasientane vert og godt kjent på avdelinga.

Sjukepleiarane engasjerer seg i pasientane dei har ansvar for og prøver å gjere så godt dei kan for dei. Dei opplev seg som talsmann for pasientane for dei har omsorg for.

Sjukepleiarane opplever dei vert glad i og kjenner seg knytt til enkelte pasientar. Informant nr. 5 skildra det på denne måten:

*Du blir jo glad i dei, sant vel, når dei ligger lenge, då virke det nesten som om heile gruppa er glad i dei, altså du blir jo nesten knytt til dei, sant.*

Å få ei naturleg avslutning på ein pasientkontakt opplever fleire av informantane har mykje å sei. Sjukepleiarane ved dei ulike avdelingane forsøker så godt det lar seg gjere å få gå i gravferda til dei pasientane dei har hatt over tid. Dette er delvis for å visa respekt til dei pårørande, men og for å få ei avslutning for eiga del. Dette er noko dei ser som svært viktig. Arbeidsplassen prøver å legga til rette for at så mange som mogleg får gå. Sjukepleiarane tenkjer at ved å gå i gravferda gir ein dei pårørande kjensla av at den dei har mista har betydd noko. Pårørande gir og tilbakemelding om at dei set pris på at personalet kjem i gravferda til deira kjære.

#### **4.6 Pasient og pårørande sine tilbakemeldingar verkar på arbeidet vidare**

Sjukepleiarane opplever å få tilbakemeldingar på at omsorga dei gir er god, og det gir dei styrke i kvardagen. Omsorg handlar ofte om å gi og få. Tilbakemeldingar om at arbeidet ein har utført har gjort andre godt, hjelper ein når ein står ovanfor nye utfordringar i kvardagen. Eine informanten fortalte at ho vart tilsnakka av ein mann på byen som kunne huska ho frå då han som ung gut hadde mista far sin på sjukehuset. Han hadde gode minner om korleis dei var blitt ivaretekne. Dette gjorde henne godt å høyre i etterkant. Sjukepleiarane kjenner ofte på at dei ikkje strekk til, men positive tilbakemeldingar gir dei tru på at noko likevel er bra og hjelper å bygge dei opp. Informant nr 7 sa det slik:

*Dei fleste gongane føler ein vel gjerne at ein ikkje strekkjer godt nok til, men så får du mange gongar positive tilbakemeldingar frå pårørande og sånn og det gjer jo godt og då, du føler gjerne sjølv at du har ikkje gjort ein så god jobb, men når dei komme å gir positiv tilbakemelding så er det jo bra.*

Ein sjukepleiar fortel om ei hending som gjekk sterkt inn på ho. Ein ung pårørande på seksten år gir ho ein klem og takkar for alt det gode ho har gjort for dei då faren hans døde. Informanten fortel vidare om ei kjensle av å oppleva seg liten i vanskelege og vonde pasientopplevingar. Informant nr. 7 fortel det slik:

*Det er nokon år sia no, det var ein familie, dei hadde berre ein son, det var faren som var sjuk og han døde då i løpet av ei helg, han var rett over femti og hadde ein gut på seksten, unge gut, det er jo ikkje den lettaste alder å misse faren sin i, men etterpå når alt var over så kom han guten å gir meg ein klem og takkar for (blir rørt), det gløyme eg aldri.*

Når ein treffer pårørande igjen ved seinare høve, får ein ofte tilbakemelding på korleis dei har opplevd siste tida til pasienten. Informant nr. 5 sa det slik:

*Me får jo mykje tilbakemeldingar synes eg, dei fleste er jo kjempefornøgde, dei bukkar og veit ikkje korleis dei skal visa, for dei synes dei får så god....dei føler i alle fall at me gjer så godt me kan.*

Personalet undrar over om dei kanskje set for høge krav til seg sjølv. Dei ynskjer heile tida å gje så god omsorg som mogleg og å strekkja seg til noko enno betre. Dei tek imot tilbakemeldingar og forsøkkjer å ta lærdom av dei.

#### **4.7 Kjelde til vekst og utvikling**

Korleis yta god omsorg og korleis ein kan utvikla seg vidare som omsorgsytarar, var noko informantane i det eine intervjuet var særleg opptekne av. Ei av sjukepleiarane ved eine avdelinga hadde fått nytta eksamensoppgåva si i frå ei vidareutdanning i palliasjon, til å undervisa andre på avdelinga. Temaet i denne oppgåva handla om korleis ein burde møte palliative pasientar slik at dei kjente seg ivaretekne og korleis dei blei møtt med heilskapleg omsorg. Denne vart lagt fram på fagdagar og liknande, slik at nye tilsette og andre blei minna om kva som var viktig i omsorga. Sjukepleiarane meiner at med gjenteken undervisning om dette temaet får ein meir tryggleik i rolla, og spesielt er dette viktig for dei nye. Informantane ser det som viktig at personalet blir minna på at eit stell er meir enn eit stell, at heile mennesket er i fokus. Dei ser det som viktig med stadige påminningar om korleis omsorga bør vera.

Sjukepleiarane på avdelinga var opptekne av at det skal ytast heilskapleg omsorg. Dette er ein grunntanke som dei prøver å få overført til studentar og andre nye som begynner hos dei. Som vegleiar for studentar vert ein eit førebilde meinte dei, og såleis meir observant på korleis ein som omsorgsytar bør vere.

Sjukepleiar sin måte å vere på smittar over på andre. Studentar som er i praksis vert lært opp til at eit stell er meir enn eit stell, og dei lærer at dersom dei nyttar tida godt inne hos pasienten vil dei sjå kva omsorg kan gjere for eit menneske. Sjukepleiarane er opptekne av å visa kva god omsorg kan vere for studentane.

Eit godt og støttande miljø på avdelinga har ein del å bety for korleis omsorga vert ivareteken, kjem det fram i intervjua. I eit miljø der heilskapleg omsorg vart vektlagt, og ein ser det som naturleg å setja pasienten sine behov og ynskje høgt, vert det enklare for alle å ha dette som fokus. Sjukepleiarane støttar kvarandre i det å prøva å yte ekstra omsorg for pasientane. Dei meiner og at dei har lært av tidlegare kollegaer som var meir ute hos pasientane, og ikkje brukte så mykje tid til kontorarbeid som det vert forventa av ein i dag.

På spørsmål om kva som formar ein som omsorgsytar, vart fleire tankar sette fram. Interesse for faget, at ein brenn for det ein driv med, meinte enkelte var med å forma ein. Kor ein er i livet, kan virka inn på kor mykje fokus ein har på jobb, kor mykje ein klarer å vere til stades. Eine informanten meinte at dersom ein hadde små barn og mykje å ha ansvar for heime, kunne det vera vanskeleg å ha fokuset på arbeidet ein skulle gjere.

Ein av informantane tenkte og på korleis ein var blitt oppdratt, at korleis ein har hatt det i oppveksten, eksempel blitt vist omsorg til, kunne vere med å forme ein som omsorgsytar. Ein anna informant meinte det var ein kombinasjon av oppvekst, oppseding og utdanning. Erfaringa ein får med seg i livet meinte dei hadde mykje å sei. Det kom og fram tankar i intervjuet om at kanskje ikkje alt kan lærast, at å vera omsorgsperson er noko som berre ligg i ein.

På spørsmål om korleis sjukepleiarane kjente seg ivaretekne når dei opplevde vanskelege situasjonar, svarte informant nr. 7 slik:

*Nei når du snakke om debriefing, me har vel aldri hatt det, men eg hadde ein gong for nokon år sidan, det var ei som fekk respirasjonsstans, me fekk liv i ho igjen men, og det var eg som var på vakt og då kom ho legen som var på vakt den dagen etterpå og «kom her, no går me inn og setter oss og så går me igjennom det» eg fekk jo nesten sjokk, eg hadde jo jobba på sjukehuset i 25 år og eg hadde aldri opplevd, men det gjorde så godt, så det burde ein absolutt vore flinkare til, så det betydde ganske mykje.*

Enkelte sjukepleiarar tek «arbeidet» med seg heim og tenkjer mykje på ting som har skjedd på avdelinga. Ei brukte uttrykket «det kvernar», ein går igjennom så mykje sterke hendingar i løpet av arbeidsdagen, som treng omarbeidast. På avdelingane er det som regel ikkje sett av tid til organisert gjennomgang av vanskelege saker dei har vore oppe i. Sjukepleiarar brukar kvarandre og er flinke til å snakka i lag om opplevingar som gjekk inn på dei, og opplevde at dei har eit godt miljø på avdelinga som gav rom for å diskutere utfordringar i arbeidet. Informant nr. 3 sa det slik:

*Me snakke jo mykje for det om me ikkje seier at me no skal setja oss ned å snakka om denne situasjonen, det skjer liksom berre automatisk, føler eg.*

Sjukepleiarane såg behovet for at leiinga tok ansvar for at personalet fekk snakka om opplevingar som hadde vore vanskelege. Slik dei løyste det no var at sjukepleiarane av og til kom tidlegare på jobb for å gå igjennom forhold som opptok dei, eller var igjen etter arbeid. Dei opplevde at dei var flinke å ta vare på kvarandre og hadde noko kontakt på fritida òg der dei viste omsorg for kvarandre. Ved enkelte avdelingar var leiinga meir til stades og personalet visste dei kunne ta kontakt dersom dei ynskte det.

Det som og kom fram i intervjuet var saknet informantane hadde etter å bli tilbydd kurs og anna frå leiinga si side for at personalet skal kjenna seg tryggare i arbeidet dei skulle utføre. Sjukepleiarane opplevde at dei måtte etterspørje kurs og anna sjølv for å utvikla seg vidare som sjukepleiarar. Informant nr. 4 sa dette:

*Du må stå på sjølv, for det er ingen som kjem å tilbyr deg noko kurs, du må finna det sjølv og søkje om det og kanskje er du heldig og får lov å gå, men det er ingen som tilbyr oss noko iallfall.*

Enkelte hadde fått vore på kurs, men då ofte slike som gjekk meir på medisinske og sjukepleietekniske emne. Ved den eine avdelinga fekk informanten på fagdagar legge fram oppgåva si frå vidareutdanning i palliasjon. Oppgåva handla om korleis ein skulle ivareta pasientar på ein god og omsorgsfull måte. Ved denne avdelinga verkar det som at fokuset på desse områda var vektlagt høgt. Gode føredragshaldarar meinte dei kunne tilføra dei mykje, slik at ein fekk utvikla seg som omsorgsytarar.



## 4.8 Oppsummering av resultat

Det som stig fram av undersøkinga er at informantane opplev at dei arbeider på ein heilt anna måte når dei har med palliative pasientar å gjere. Dei er «meir på», konsentrerte, og på vakt på korleis dei oppfører seg og korleis omsorga vert gitt.

Sjukepleiarane opplever arbeidet ulikt. Dei fleste gjev utrykk for at det er eit arbeid som er utfordrande, givande og som krev mykje av dei. Dei ser og at det er viktig korleis dei har det i privatlivet sitt då arbeid med palliative pasientar krev at ein har full konsentrasjon på jobb.

Skiftet, det å gå mellom kurative og palliative, vert opplevd litt ulikt. Nokon ser det som greitt å kunne gå slik og kjenner det ikkje som belastande. Dei ser det som ei «kvile» å kunne gå til kurative pasientar innimellom, men fleire gjev utrykk for at det kan vere vanskeleg «å snu». Ei fortalde at ho følte seg som ein skodespelar, at det var vondt å gå frå ein døyande og vidare til neste rom, og forsøkje å vere blid og late som ingenting der. Eigenskapar dei ser dei treng i ein slik situasjon er evna til å sjå kvar enkelt pasient, kunna sjå dei ulike behova pasientane har og kva som er viktig for pasienten her og no. Erfaring vart trekt fram som eit viktig moment. Fokuset kunne som nytdanna vere retta meir mot tekniske utfordringar, ein kunne vera redd for å gjere feil. Etter kvart som ein vart tryggare, blei omsorga meir retta mot pasienten og mennesket.

Sjukepleiarane opplevde at når ein prioriterte dei palliative pasientane, gjekk det utover dei kurative. Tida på eit sjukehus er knapp, og prioritering må gjerast heile vegen. Kor dei ulike pasientane skulle ligge, kven som måtte dela rom, var ei utfordring informantane hadde dagleg og som dei forsøkte å løysa på best mogleg måte. Sjukepleiarane gjekk ofte heim med dårleg samvit for at dei ikkje hadde fått gjort nok for dei palliative pasientane. Miljøet i avdelinga vert framheva som svært viktig med tanke på korleis og kva for omsorg som vart vektlagt.

## 5 DRØFTING

Målet med denne oppgåva er å undersøkje korleis sjukepleiarar erfarer det er å ivareta pasientar i palliativ fase, samstundes som dei skal ivareta andre pasientgrupper. Vidare kva faktorar dei ser verkar inn på omsorga dei skal yta. Desse data vil eg forsøkje å drøfte i lys av problemstillinga.

På somatiske sjukehus kring i landet er det innlagt mange ulike pasientgrupper, deriblant palliative pasientar. Palliative pasientar er pasientar som ikkje får kurativ behandling for sin sjukdom, men som kan vera innlagt grunna til dømes smerter, nedsett allmenn tilstand, dårleg ernæringstilstand, eller dei kan vera innlagt fordi dei ikkje kan vera heime og manglar tilbod i kommunen. Sjukepleiarar og anna helsepersonell skal ha ansvar for alle desse ulike pasientgrupper i løpet av ein dag, og krava til ein som sjukepleiar, vert stadig høgare. Helsedirektoratet (2015) har sett føringar for kva eigenskapar og kvalifikasjonar den som skal yta omsorg til palliative pasientar skal ha. I tillegg til å ivareta dei fysiske behov skal ein og imøtekomma eksistensielle, verdisøkande og religiøse behov.

Eg vil her ta for meg korleis sjukepleiaren erfarer det er å gå mellom dei ulike stemningane, kva erfaring har å seie for utøving av omsorg for blanda pasientgrupper. Vidare kva eigenskapar dei ser er viktige for å klara denne oppgåva og kva ytre faktorar som verkar inn.

### 5.1 Omsorg til blanda pasientgrupper, eit stemningsarbeid

Generelle sjukehusavdelingar har innlagt pasientar med kurative diagnosar og pasientar som har kortare tid igjen å leva. Enkelte stader er det få einerom og pasientar i palliativ fase må dela rom med andre fram til dei kjem i den heilt siste fasa av sjukdommen. Sjukepleiarar går til og frå mellom desse ulike pasientane. Kva som ligg under evna til å omstilla seg i møtet med pasientane og dei ulike stemningane, kan vera ulikt frå sjukepleiar til sjukepleiar.

Sjukepleiarane i intervjuet opplevde det ulikt å ha omsorg for blanda pasientgrupper. Fleire av informantane synes det gjekk greitt å gå frå ein kurativ og vidare til ein palliativ pasient. Samstundes kunne dei og sjå at det kunne føra til stress og kjensle av å ikkje strekka til. Avdelingane kunne til tider ha mange pasientar og sjukepleiarane hadde vanskar med å vita kven dei skulle prioritera. Sjukepleiarane skildra opplevinga på ulik måte. Ein av informantane opplevde

det som kontrastfylt når ho gjekk mellom døyande og vidare til pasientar med bagatellmessige plager. Ein anna informant kjente seg som skodespelar, at ho gjekk inn og ut av roller når ho gjekk frå ein døyande pasient og skulle vidare inn på eit anna rom og prøva å smile og vera oppmuntrande.

Erfaringane til informantane samsvarar med andre studiar om same tema. Latinovic (2013) fann i si studie ut at sjukepleiarar som arbeidde med blanda pasientgrupper opplevde stor grad av frustrasjon over å ha ansvar for pasientar med så ulike behov. Sjølv omstillingsprosessen, det å arbeide i ulikt tempo som ein må gjere når ein har så ulike pasientar, førte til stress hos sjukepleiarane. Wallerstedt og Andershed (2007) visar og til ulike studiar som er gjort om korleis sjukepleiarar opplever det å ha fleire ulike roller samstundes. Dei fann at sjukepleiarane opplevde stress og negativ arbeidstilfredsheit. Samstundes kunne det å gå til friskare pasientar innimellom også få fram kjensle av håp, energi og positiv arbeidskjensle. Dette er noko enkelte av informantane i denne studia også påpeikar. Dei kjenner arbeidet med palliative pasientar som utfordrande, eit arbeid som krev mykje av dei. Når dei då får gå til kurative pasientar innimellom føler enkelte at dei får bygja seg opp att og samla krefter. Ei av informantane meinte at når ein hadde hatt ansvar for ein palliativ pasient, med alt det som det innebar, fleire dagar i strekk, var det godt å få kvila seg i anna arbeid. Andre informantar hadde igjen ei anna oppleving. Dei skildra arbeidet med palliative pasientar som givande, eit arbeid som gav dei mykje.

Ein kan undra over kva det er som gjer at enkelte kjenner det slik. Kan ein tenkje at desse som opplever arbeidet som givande har funne ein indre ro, ein tryggleik i arbeidet, som gjer at dei kan stå i eit slikt arbeid utan å misse seg sjølv? I eit omsorgsvitskapleg perspektiv kan ein og spørje om enkelte sjukepleiarar kan kjenna seg meir forankra i sitt verdigrunnlag, sitt etos, enn andre? Gustin (2012) seier at den omsorgsytar som har evne til å vera nær i møtet med pasienten, og klarar å halda ut eiga kjensle av å ikkje strekkja til, viser medlidande. Grunnen for medlidande, seier ho, er at ein er medveten om at ein sjølv er sårbar, og har evna til å forsona seg med sin eiga sårbarheit og eige lidande. Gustin seier vidare at forskning viser at om omsorgsytar har kraft og vilje til å lida med, fører det ikkje berre til ei betring for pasienten, men og til at omsorga vert opplevd meiningsfull og energigivande av omsorgsytarane sjølv. Rollene kan verta snudde, meiner Rønsen og Jakobsen (2016). Ikkje berre opplever den døyande pasient sitt menneskeverd bekrefta av pleiaren, men den

som yt omsorg kan og oppleve å få sitt menneskeverd bekrefta i møtet og samhaldet med pasienten, seier dei.

Arman og Rehnsfeldt (2006) meiner at det er den etiske usjølviske kjærleiken som fører til at omsorgsytar kjem nærare essensen i sin eigen personlegdom, og handlar på ein meir autentisk måte. Det kan virka som at arbeidet, sjølv om det inneber å møte mykje lidning, vert opplevd godt. Kan det vera at ein opplever å få gje så mykje til dei som slit, og at ein ser kva godt det fører til, slik at arbeidet igjen kjennes godt og meningsfullt?

Fleire av informantane kom inn på akkurat dette, kor mykje det hadde å seie at dei fekk tilbakemelding på omsorga dei hadde ytt. Dei såg at pasientar og pårørande hadde det så bra som mogleg i situasjonen dei var i. Dette kunne igjen føra til at dei kjente seg tryggare i arbeidet og såg at det var ei hjelp i det dei hadde gjort. Dei kjente på at dei fekk mykje attende for omsorga dei hadde ytt. Torkildsen, Eriksson og Råholm (2014) har sett på korleis kjernen i omsorga sjukepleiarar gir til pasientar som er rusavhengige, er full av kjærleik. For å leggja til rette for ein helande prosess, må sjukepleiarar opna opp for pasientane, og pasientane må dela av sine tankar og opplevingar tilbake. Kjærleik, seier dei, kan sjåast som ei usjølvisk kjelde som omfattar ansvarskjensle for andre sitt velvære, og mogleiken til å forstå verda sett frå andre sin ståstad. Den vilkårslause kjærleiken til pasienten må vera utan grenser, der ein ikkje krev noko tilbake. Å nå fram til pasienten kjennes meningsfullt og gjev ein ei kjensle av å vera truverdig. Det kan og sjåast som ei gåve ein får attende (Torkildsen, Eriksson & Råholm, 2014).

Ynskje om å gjera den siste tida best mogleg, både for pasient og pårørande, verka til å vera stor blant informantane, og det førte til at dei gav meir av seg sjølv. Aakre skriv (2001) at når ein kjenner ein meistar jobben, og veit ein har gjort det beste ein kunne for å lindra smerte og ubehag, og møtt pasienten og fått han til å kjenna seg ivareteken, vert arbeidet opplevd godt, sjølv om pasienten døyr. Ho legg vekt på kor viktig det er at ein ser at ein har klart akkurat det.

Eriksson (2012) seier at når ein innlemme etos i praksis inneber det å ta ansvar for pasienten sitt verd, og den gode omsorga blir synleg. Ein omsorgsytar som har eit internalisert etos eller caritas, meiner ho viser ein grunnhaldning som inneber klokskap og mot til å møte det ukjende. Dette kan vera til hjelp når ein går imellom dei ulike stemningane hos dei ulike pasientane. I ulike situasjonar kan omsorgsytar handla til pasienten sitt beste og formidla den caritative omsorga, uavhengig av

tid og rom. Kunsten er å klare «å snu om», finne dei «rette tonane», med andre ord stille seg inn, når ein går frå sorg til glede, og omvendt. Dette skal ofte skje i løpet av få minuttar, pasientromma ligg etter kvarandre bortover gangen, med ulike skjebnar bak kvar dør. Det er ikkje alltid at sjukepleiar får høve til å «samla» seg. Stundom vert ein kasta rett ut i ein ny situasjon, og må prøve å gjere det beste ut av det. Kva som er rett handling kan ikkje alltid planleggast på førehand. Watson, (sitert i Gustin og Lindwall 2012) seier at ein ved å «sentrera seg» før ein går inn i eit rom, ved å vera nærverande i for eksempel handvask, eller med å ta nokre andedrag der ein er fokusert på sin eigen pust, kan ein øva seg på å lytta og halda ut med dei kjenslene som vil komme i møtet med pasienten. Med varsemd og merksemd må ein møte pasienten og hans behov. Martinsen (2009) brukar uttrykket «å finne rytmen saman», Eriksson (2012) samanliknar det med ei hemmeleg skrift, som me må læra oss å lesa og tyda. Å høyra andre sine tonar krev at ein er open for å høyra etter, men ikkje alle tonar er like lette å høyre, seier ho.

Ein av sjukepleiarane uttalte at ho opplevde det som kontrastfylt å gå mellom døyande og vidare til kurative pasientar som klagar over det som kan virka som bagatellar. Det er svært viktig at sjukepleiar ser at kvar og ein er unik og klarar å setja seg inn i dei ulike situasjonane pasientar er i. Dette kan vera ei stor utfordring når ein ber med seg i minnet alt det vonde ein nett har møtt på eit naborom. Tolmod, og det å kunne forstå, er kanskje ein av dei største dygdene ein sjukepleiar kan ha. Evna til å omstilla seg kan kvila på fagleg og menneskeleg erfaring, ontologisk tryggleik og internalisert etos. Ein må ha tilstrekkeleg kunnskap til å kunna stilla dei gode spørsmåla som gir den gode kunnskapen ein treng for å gje god omsorg.

Thorsen (2015) skildrar sjukepleie som eit stemningsarbeid. Det handlar om å vera til stade i augneblinka, og gripa dei når dei er der. I stemningar av livsmot og glede, sorg, tap og død, vandrar sjukepleiarar dag ut og dag inn, seier han. Ein sjukepleiar i intervjuet påpeika at ho kjende seg til tider som ein skodespelar. Ho måtte stengje av triste kjensler, som sat i kroppen frå ei anna pasientoppleving, for å kunna vera til stades for den neste ho skulle vera sjukepleiar for. Ho opplevde eit «rollebyte» fleire gangar om dagen, og slikt tek på. Korleis ein handsamar slike omskiftingar over tid vil variera frå person til person, og vil variera ut frå kva krefter ein får til å omarbeida inntrykka. Ein treng, som Thorsen (2015) seier, kollegaer rundt seg som har tid til å lytta og dela, slik at ein kan ta seg inn igjen. Dette var noko informantane og framheva. Det at det

var rom for å diskutera og få visa kjensler, var viktig. Det å få tilbakemelding på at ein hadde gjort ein god jobb, både frå kollegaer, pasient og pårørande, gav styrke i kvardagen. Gustin og Lindwall (2012) viser til Watson som seier at for at sjukepleiar skal kunna vera til hjelp for pasientar som lid, må dei og visa omsorg for seg sjølv. Ved å engasjera seg i eigenomsorgsaktivitetar som blant anna «mindfulness», bidreg ein til auka medvit, noko som igjen kan føra til auka personleg vekst og at ein utviklar seg vidare som omsorgsperson, meiner ho.

Moen (2016) peikar på kor viktig det er å tenkja heilskapleg, ikkje berre om den alvorleg sjuke og døyande, men og på den profesjonelle helsearbeidaren som arbeidar i grenseland mellom liv og død. Studiar visar, i fylgje han, at i møtet med terminalt sjuke og døyande, står noko eksistensielt på spel, også for den som skal yta omsorg. Han legg til at dersom ein som helsearbeidar ikkje vert sett, kan ein risikera at ein vert utbrent og sluttar i arbeidet, eller at ein held avstand kjenslemessig. Dette kan igjen føra til at deira eiga evne til å oppfatta andre si eksistensielle og kjenslemessige liding vert hemma.

Ein kan og spørje om det at nokon synes det er vanskeleg og andre synes det er greitt å gå imellom palliative og kurative pasientar har med erfaring å gjera eller om det er personlegdomen som spelar inn? Enkelte meinte at omstillinga, det å gå frå situasjonar der pasientar gjev utrykk for frustrasjon og sinne, og vidare til pasientar ein skulle gi omsorg til, gjekk automatisk, dette hadde enkelte gjort så mange gongar. Ein kan då undra over om det vert slik som Moen (2016) seier, at ein stenger av, bevisst eller ubevisst, og ikkje opnar opp for dei ulike stemningane i romma. Alsvåg (2013) seier at det kan vere nødvendig i enkelte situasjonar å distansera seg frå andre si smerte, då pasientar ikkje er tent med ein sjukepleiar som er engsteleg og uroleg. Latinovic (2013) fann ut i sin studie at sjukepleiarane hadde vanskar med å finna den rette balansen mellom nærleik og distanse til pasienten. Kanskje vert det då til at ein heller vel å ha litt avstand, for ein er redd for å gå inn i eit område som er «privat»? Ein av informantane i intervjuet undra og over om arbeidsantrekket helsepersonell nyttar kan verna om den private delen av dei, at ein med dette på ikkje kan la alle kjensler komme ut? Ein måtte vera profesjonell når ein var på jobb, og med uniform gjekk ein på ein måte gjekk inn i ei rolle. Det samsvarar med det Arman og Rehnsfeldt (2006) seier om at omsorgskultur, økonomi og paradigme kan føra til at personale held tilbake naturlege impulsar og difor let vere å gje pasientar kjærleiksfull og verdig omsorg.

Sæteren seier at det å vera døyande er å bevega seg inn i lidinga sitt rom. I dette rommet treng pasienten og pårørande «medvandrarar» som har den nødvendige nærheit og den nødvendige distanse, for å kunna hjelpa (Sæteren, 2010). Kunsten vert å finna den rette balansen.

Ein kan og tenkje at dersom sjukepleiar involverer seg like mykje i alle situasjonar han kjem borti i løpet av ein dag, vil han kanskje ikkje klara å vera i arbeidet over tid. Marie Aakre (2001) seier det er nødvendig å «brenna», men ein må ikkje «brenna ut». Omarbeiding av eigne reaksjonar førebyggjer at ein vert utbrend. Ein treng av og til den nødvendige avstanden for å læra og forstå, meiner Thorsen (2015) Ein avstand som kan gje stemninga ei anna form. Han seier vidare at å vera nære kan vera for vondt, ein kan stå i fare for å verta tonedøv. Ein treng av og til pusterom, slik at ein finn seg sjølv for igjen å kunna vera til stade for andre. Eriksson (2003) seier at etos kan oppfattast som det gode liv, der ein kjenner seg heima. Å bekrefte etos, vil seie å vera lydhøyr for hjarta si eiga røyst. Denne «heimen» gjev oss tryggleik og kvil, og gjev oss mot til å vera den me innerst inne er. Det er i dette rommet, seier ho, at dei grunnleggande verdiane og ideala vert forma. Med å få situasjonane ein er oppe i på avstand, kan ein lettare forstå kva som er det viktige, det ontologiske. Informantane fortalte om kor tøft arbeidet med palliative pasientar kunne vera, og at det var godt innimellom å kvila seg i anna arbeid.

Det kan som tidlegare nemnt virka som at enkelte har lettare for å halda avstand til kjenslene, noko ein kan ha opplevd seg tvungen til for å halda ut, etter fleire år i yrket. Dette kan i enkelte tilfelle vera ein styrke, men samstundes kan det og føra til at ein kan missa den nære kontakten med pasienten, og omsorga kan bli forma av det.

Det er ein kunst meiner Watson, (sitert i Gustin og Lindwall 2012), å vera nære eit menneske som gjev uttrykk for si liding med gråt, sinne og redsle, utan å venda seg vekk skremd av at ein ikkje strekk til. Watson snakkar om at ein må setja sitt ego til side, forlata komfortsona, sine verdivurderingar og prestisje, for å kunna møte eit anna menneske. Å kunna nærma seg den andre sitt livsrom, der kjensler og tankar fyller den andre, legg grunnen for den transpersonelle omsorga (Gustin og Lindwall 2012).

Ein kan og spørje seg kvifor sjukepleiarar opplever at dei må arbeida annleis når dei er hos palliative pasientar. Kan ein tenkje at dei har sett kor viktig denne tida er, at ein må tryggje pasientar

og pårørende slik at den siste tida vert fin? Pårørende som skal leva vidare skal bera med seg minner frå den siste tida til den som har gått bort, enten det er ektefelle, mor eller far. Eller for å bruka Cicely Saunders sine ord: «*Korleis menneske døyr, vert verande som viktige minner hos dei som lever vidare*» (Iversen 2012). Det er derfor viktig at dei som arbeider rundt palliative pasientar ser akkurat dette, og klarar å skapa ein atmosfære som gir dei som er i den vondaste tida, styrke til å meistra nettopp dette. Retningslinjer som Helsedirektoratet (2015) har sett til eigenskapar omsorgsytar skal ha, rommar nettopp dette.

På ei anna side kan ein og tenkje at slik ein yter omsorg til palliative pasientar, slik bør ein og tilnærma seg alle andre pasientar. Ein av informantane var oppteken av å vidareformidla nettopp dette til studentar og andre nyttilsette. På internundervisning, der tema var «ivaretaking av palliative pasientar», blei det løfta fram at det dei lærte der, kunne dei og «prøve» på dei som skulle leve vidare. Dei kunne då kunne få tilbakemelding om korleis pasienten hadde kjent seg ivareteken.

Ut frå eit ontologisk perspektiv kan ein tenkje at det er appellen, det etos som sjukepleiar ber med seg, som gjer at ein er i stand til å sjå kva som er viktig hos den andre. Arman og Rehnsfeldt (2006) meiner at dersom kvar omsorgsytar tek stilling til å vilja møte dei lidande pasientane og deira behov, kan ei ny og meir caritativ omsorg bringa den impulsive kjærleiken fram for pasienten i handling. Dersom ein som omsorgsytar opnar opp for lidinga, og tenkjer over korleis ein sjølv ville blitt møtt i ein liknande situasjon, vil ein lettare klara å møte pasient og pårørende på ein god og omsorgsfull måte. Samuelsen (2015) meiner at ved å nytte fantasi kan ein setje seg i den andre sin plass. Ho viser til Lögstrup og den gylne regel som seier at det du vil at andre skal gjere mot deg, skal du gjere mot dei. Dersom sjukepleiar har det som eit «mantra» kan det vera til hjelp i arbeidet slik at dei ulike pasientane ho møter kan kjenna seg sett og møtt, uansett om ein er i ein kurativ eller palliativ fase.

## **5.2 Erfaringa si tyding i møtet med dei ulike stemningane**

Fleire av informantane kom inn på korleis dei som nyutdanna opplevde å arbeide med palliative pasientar. Dei fortalte om korleis dei var redd for å seie noko feil eller dei var opphengt i praktiske oppgåver som kunne hindra at dei ikkje såg pasienten. Tryggleik verkar å spela inn på korleis dei opplevde og erfarte arbeidet. Delmar (2012) skriv om nettopp dette korleis fokuset på det tekniske, kan skapa avstand til pasienten. Ein kan undra seg over kva som gjer dette. Truleg er frykta for å



gjera feil større enn tanken på korleis ein oppfører seg ovanfor pasienten. Dette er noko ein til ein viss grad kan forstå. Ein må vera konsentrert når ein skal handsama smertepumpe, sondemat, oksygen og anna. Små feil kan få store fylgjer. Det er då viktig at sjukepleiar kjenner seg trygg på desse områda, slik at den palliative pasienten ikkje møter tilsette som kjenner seg utrygge. Informantane meinte og det var vanskeleg å gå rett inn i det palliative arbeidet når ein ikkje var vant med det. Erfaring førte til at dei var mindre redde for å møte døyande. Kanskje treng ein først ei viss tid på andre avdelingar, som ikkje har palliative pasientar, slik at ein får meir erfaring i det sjukepleietekniske arbeidet og vert trygg på det?

Dersom utdanningsinstitusjonane hadde hatt meir fokus på palliativ omsorg, kunne sjukepleiarstudentar blitt utfordra i personleg kompetanse. Evna til eit modig nærvær fordrar, i følge Trier (2016), eit reflektert forhold til døden og personleg tryggleik hos sjukepleiarstudenten eller sjukepleiaren. Oliver og O`Conner (2015) si studie viste at sjukepleiarar, spesielt unge og nyutdanna, såg kommunikasjon med døyande som vanskeleg. Dette handlar om erfaring og tryggleik på seg sjølv. Watson, (sitert i Gustin og Lindwall 2012) framheld haldninga som grunnleggjande for all omsorg og meiner at det er like viktig at sjukepleiarar førebur seg for sitt yrke gjennom å tenkja igjennom korleis ein skal vera, og ikkje berre kva ein skal gjera. Den sjukepleiaren som kan vera i den prosessen, meiner ho, vil utstråla velvilje, sinnsro og harmoni.

Sheehan og Malloy (2010) seier at studentar i dag hovudsakleg møter kurativt orientert pleie, og kjem mindre bort i lindrande omsorg. Dei meiner utdanning i palliativ omsorg bør starta på sjukepleiarutdanninga og forsetja med at sjukepleiar får påfyll av faglege kurs etter at ein er ferdig utdanna. Dette er svært viktig for sjukepleiarar som har omsorg for menneske i livet sin slutfase, hevdar dei.

Det å vera ny i faget er noko alle har fått oppleve. Det er då viktig at kollegaer som er rundt ein vegleiar og tryggjer, slik at ein kan møte lidinga hos pasientane og imøtekomma deira behov på ein best mogleg måte. Erfaring og tryggleik i arbeidet vart framlagt som svært viktig av informantane, og bidreg til at dei klarar å stå i eit arbeid som krev mykje av dei. Dei såg på tidlegare kollegaer dei hadde hatt, som ikkje hadde brukt så mykje tid til kontorarbeid, som gode rollemodellar.

Informantane framheva og at ein treng ei viss tid for å få den roa som er nødvendig når ein er inne hos ein palliativ pasient. Dette er noko som må lærast opp over tid, blei det sagt. Dette kan sjåast i

samanheng med det Watson, (sitert i Gustin og Lindvall 2012) seier om at ontologisk kompetanse er ein pågåande prosess, der ein tileignar seg kunnskap og forståing om omsorga sitt språk undervegs. Kanskje må ein godta at ein ikkje får alt så godt til i starten, men at om ein er open for å læra, så vil erfaringa føra til at ein vert tryggare.

Korleis ein har det med seg sjølv, kvar ein er i livet, vart og løfta fram i intervjuet som noko som kunne ha innverknad på korleis ein klarte å yta omsorg til palliative pasientar. Arbeidet er såpass krevjande at dersom ein ikkje klarer å ha full konsentrasjon på det, kan ein komme til å oversjå pasienten sine behov, og omsorga vert deretter. Spesielt kunne omsorga på det psykiske og åndelege plan verta påverka, dersom sjukepleiar ikkje klarte å vera fullt til stades. Informantane meinte at dersom ein sjølv sleit med personlege problem kunne det lett bli at ein tok seg av sjukepleietekniske utfordringar som smerter og andre fysiske plager, og ikkje gav heilskapleg omsorg. Dette var noko McCourt, Power og Glasin (2013) også peika på i si undersøking. Sjukepleiar sine eigne problem kunne blant anna vera med å verka inn på korleis omsorga ovanfor palliative pasientar vart.

Thorsen (2015) meiner at vår eiga sårbarheit kan kasta skuggar som hindrar oss i å vera lydhøyre og nær den andre, og at omstenda i livet kan gjera at ein ikkje evnar å høyra. Arman og Rensfeldt (2006) seier at hindringar hos personalet kan føra til at ein held tilbake naturlege impulsar og difor unngår å gi lidande pasientar kjærleiksfull og verdig omsorg.

Ein kan igjen tenkje at erfaring frå eige liv kan vera til hjelp slik at ein klarar å sjå kva som står på spel for pasienten. Har ein sjølv opplevd å vera sjuk, eller vore pårørande, kan erfaringane ha ført med seg nye tankar om korleis ein bør vera som omsorgsperson, noko som blei understreka av informantane. Erfaring og tryggleik på seg sjølv, opplevde informantane var til hjelp i vanskelege situasjonar. Med erfaring ser ein lettare andre behov hos pasienten. Samstundes kan kanskje erfaring i liknande situasjonar på ei anna side føra til at ein trur at pasienten tenkjer slik som ein gjer sjølv, og pasienten vert ikkje sett som unik. Lindström (2014) seier ein kan lett ha seg sjølv som referanse og med det hindra den andre å tre fram. Slik risikerer ein at omsorgsytar i sin iver i å prøva å forstå pasienten, kan redusera han til sin eigen forståingskategori.

### 5.3 Dygder til hjelp i møtet med pasienten

Kva eigenskapar eller dygder hos sjukepleiar må vera til stades for at ein skal kunna yta heilskapleg omsorg? Det å sjå kvar enkelt pasient, kunna sjå heilskapen og kva han treng her og no, vart erfart som ein viktig eigenskap av informantane. Sjukepleiarane måtte kunna gi meir enn det som var forventa av ein i møtet med den palliative pasienten, og «gje det litle ekstra». Det blei og framheva kor viktig det var å kunna sjå pasienten bak sjukdommen. Dei meinte og det var viktig at sjukepleiar ikkje berre såg «eit stell som eit stell», men såg pasienten som låg der, hans historie, og brukte tid til å bli kjent med han. Det å evna å setja seg inn i pasienten sin situasjon, vera lydhøyr og visa empati, vart og sett som svært viktig av informantane. Vidare vart respekt for pasienten framheva som essensielt. Tidlegare studiar og informantane sine tankar om kva eigenskapar eller dygder som var viktige, ser ut til å samsvara.

Houtepen og Hendrix (2003) seier at sjukepleiarar må ha ulike dygder som å vera sensitive, opne, fokuserte og seriøse, ein må vidare ha «antenner», slik at ein forstår når ein må gå ekstra varsamt fram for å finna ut kva som tyngjer pasienten. Erichsen, Danielsson og Friedrichsen (2010) fann ut at å vera ærleg i tillegg til å ha høg profesjonell og fagleg kompetanse, var noko omsorgspersonar måtte ha når ein skulle gje god og heilskapleg omsorg i livets slutfase. Å ha god teknisk kompetanse vart og sett som viktig i Kvåle (2005) si undersøking av kva eigenskapar pasientar såg som viktige hos sjukepleiar.

Lindström (2014) seier at det er det etos me ber med oss som hjelper oss å vera lydhøyre i situasjonen og gjer at me opnar oss for inntrykk som me lar oss rørast av. Etos, seier ho, kan samanliknast med ein stemmegaffel som angir tonen og hjelper oss til å vera lydhøyre ovanfor dei grunnverdiane me vernar om. Det vil sei at ein som omsorgsytar må vera «våken», vera ekstra vør, slik at ein får med seg dei ulike kontrastane i dei ulike møta når ein går frå ein som er nyoperert til ein som skal døy, og at etos, eller «stemmegaffelen» konstant er i bruk. Dygdene er forankra i vårt etos. Arman og Rehnsfeldt (2006) seier at kvar omsorgsytar må ta stilling til å vilja møta dei lidande pasientane og deira behov. For at dette skal vera mogleg må kvar omsorgsytar først opna opp for dei ulike stemningane i møta. Dette er noko ein som sjukepleiar må vera bevisst på når ein møter dei ulike pasientane.

På ei side kan ein tenkje at det ein ser, eller det ein opnar opp for å sjå, vert noko ein må gjere noko med. Wärnå-Furu (2014) seier at me ikkje vågar å sjå det me verkeleg har sett, for det vert me ansvarleg for. Kan det tenkjast at det vert slik at enkelte vel å ikkje opne opp for det rette «sjåande», fordi det vil ta av den ofte knappe tida vår? Eller kan det vera at ein kan oppleva det for ubehageleg og ikkje kjenner seg moden for eller i stand til å gå inn i det pasienten treng? Ein kan og kanskje velja å tenkja at dette er det kanskje andre som er flinkare til å ta seg av. Når ein ser noko, og tek noko inn over seg, vert ein gjort ansvarleg, derfor kan det tenkjast at det er enklast å ikkje sjå eller ta inn over seg «dei stumme ropa» frå pasienten. Eiga redsle og kjensle av å ikkje strekkja til, vekker eit eige lidande hos omsorgsytar som han eller ho gjerne ikkje vil vedkjenna seg, meiner Gustin (2012). I staden for å tillata seg å verta kjenslemessig rørt, kan han eller ho skunda seg til eit anna rom der moglegheita for andre oppgåver som ein klarar å utføra er større, som til dømes å regulera hastigheita på eit drypp (Gustin, 2012).

Aakre (2016) seier at omsorgsarbeidarar i stadig større grad vert tvinga til å gå forbi. Dette er noko som igjen kan føra til eit moralsk og etisk stress. Ho seier at å velja vekk, eller gå forbi, kostar mykje. Aukande mengder pålagte oppgåver som ikkje er direkte knytt til pasienten, stel av tida til sjukepleiaren, noko som igjen fører til frustrasjon over å ha gjort for lite for dei pasientane som er mest sårbare. Dette kan tappa ein for krefter over tid. Å stå i dette, og klare å gje omsorg, kan og sjåast som ei dygd.

Coyle meiner at sjukepleiarar ofte slit i etterkant med at dei har oversett symptom hos pasienten, og at dei ikkje har fått gitt den omsorga som pasienten treng. Ho seier vidare at sjukepleiarar ikkje kan praktisera ting dei ikkje kan, og meiner at sjukepleiarar treng meir kunnskap. Med omsorgsfull pleie frå ein sjukepleiar som har dei ferdigheitar som trengst, kan pasienten og familien kjenna seg ivaretekne gjennom progresjonen av symptom og utvikling av sjukdomen. Det kan vera med å gi mot, støtte og fred i møtet med døden (Coyle, 2010).

Fleire av informantane såg det som greitt å kunna visa til sjukehuspresten dersom dei tenkte pasienten hadde behov for å snakka om åndelege og eksistensielle spørsmål. Det kan virka som at sjukepleiarar kjenner seg trygg på å handtera smerter, kvalme og liknande, men når det kjem til spørsmål som går meir på det ontologiske, vegrar dei seg for å gå inn i desse. Dette er noko Sæteren,

Lindström og Nåden (2011) også framhevar i sin artikkel. Kreftpasientar kjente seg aleine i kampen, og samtalar om eksistens og død vart ofte forteia av helsepersonell og deira nære. Uvissa og frykta for framtida, sorg, fortvilning og einsemd, førte til lidning. Dette kan det vera fleire grunnar til. Sjukepleiarane i intervjuva opplevde at det å hjelpa pasientar som hadde det vondt psykisk, kunne vera vanskeleg. Dei kjente seg usikre på korleis dei skulle gripa inn. Ein kan vera redd for å seie noko som kan tolkast feil, eller ein kjenner ein manglar ord som kan gi trøyst og støtte til den som lid. Kanskje er ein som sjukepleiar for oppteken av at ein må sei noko? Kanskje er det nok med å vera roleg til stades? Det er kanskje nok å våga å spørja den som slit, om han kan setja ord på kva som er viktigast for han, her og no. Stille framferd hos den som skal hjelpa, kan føra til at den som slit kjenner seg trygg på at dette er ein person ein kan våga å opna opp for, ein som maktar å ta i mot det vonde han ber på. Coyle framhevar og at ein er kommen langt når det gjeld lindring av fysiske symptom, men ein har mykje å læra for å lindra psykisk og åndeleg smerte hos pasienten. Ho legg til at med å lytta til eksperten, pasienten og familien hans, vil det hjelpa slik at ein får tak i den nødvendige kunnskap (Coyle, 2010).

Thorsen (2015) skildrar sjukepleie som eit stemningsarbeid og Kari Martinsen (2009) snakkar om korleis sjukepleiar kan lytta for å finna pasienten sine tonar, slik at ein kjem i samklang. Det handlar om å vera til stades i augeblikka og gripa dei når dei er der. Sjukepleiar kan kanskje seie eller gjere noko som gjer at pasienten opnar seg, for deretter igjen å oversjå signal pasienten sender ut. Pasienten kan då kjenna seg avvist, noko som igjen kan føra til omsorgsliding og til at pasienten kan verta redd for å opne seg ved seinare høve. Ein av sjukepleiarane i intervjuet fortalde om ein pasient ho hadde hatt som snakka om nettopp dette. Pasienten sa han såg kven som var interessert i å snakke med han og kven som var inne hos han berre for å henga opp intravenøs eller gjera andre praktiske gjeremål. Det at ein gav meir omsorg enn det som var forventa av ein, meinte informantane var ein viktig eigenskap, at ein kunne gi «det litle ekstra». Ein må våge å by på seg sjølv og vera ekstra var for kva pasienten treng. Det at sjukepleiarar bryr seg ut over det som er nødvendig, og tok seg tid til å snakka, var noko pasientane i Kvåle (2005) si undersøking også la vekt på.

I relasjonen mellom den profesjonelle helsearbeidaren og pasienten, er det ikkje berre den profesjonelle som tyder pasienten, i fylgje Martinsen (2014). Den profesjonelle tyder pasienten som vert sett, høyrte og rørt av han eller ho, slik pasienten også tyder den profesjonelle, måten

sjukepleiaren er til stades på, blikket, pusten og dei pleiande hendene, heile den stemninga sjukepleiaren er med på å setja i relasjonen (Martinsen, 2014). Alt dette verkar inn på kontakten ein får med dei ulike pasientane. Når ein går til og frå og vekslar mellom kurative og palliative, må ein heile tida vera vår for kva situasjon ein er i, kven har ein føre seg, kva utfordringar akkurat denne pasienten har. Gustin og Lindwall (2012) bruker Watson sine ord «caritas consciousness» som tyder at ein er vår for kva som skjer her og no, og ser den andre som ein unik person og vil han vel.

Sjukepleiar vil i møtet med alle desse ulike pasientgruppene møta sorg og glede, håp og fortvilning. Spørsmålet vert korleis sjukepleiar klarar dette, korleis dei klarar å skifta om og gi omsorg i alle desse ulike situasjonane. Ein av informantane i intervju brukte uttrykket «å ha rygg å bera det på», ho meina at sjukepleiar etter år med erfaring «tålte» meir, slik at ein takla å få kjeft og ta i mot frustrasjon i eine augneblikket, for så å gi omsorg i neste. Det «å ha rygg å bera det på», som tyder at ein taklar mykje, og kan gå lenge, treng nødvendigvis ikkje vera eit pluss. Går ein lenge slik kan ein risikera å verta utbrent, eller ikkje å sjå kva som er essensielt i kvart eit møte.

Lindström<sup>1</sup> har brukt eit tre som ein metafor for å forklara den kliniske forskinga innan omsorgsvitskapen. Stamma seier ho, er av etos, caritas og omgrepet omsorg. Hovudgreinene er av omsorga sine grunnomgrep som menneske, lidning og helse. Greinverket som sit på hovudgreinene utgjer det verkelege, og ytst, der blada er, det kontekstuelle. Ho seier vidare at omsorgsvitskapen kan generera vitskap frå alle deler av treet.

Kan eit tre også brukast som ein metafor for ein sjukepleiar som møter ulike utfordringar og skjebnar i løpet av ein dag? Treet, eller sjukepleiaren, må ha gode røter der verdigrunnlaget og etos er forankra. Stamma må vera stødig og kunna tåla utfordringar og sterke vindar. Lenger oppe kjem greinene, som må føya seg mjukt, nett som sjukepleiaren som på ein omsorgsfull måte må føla seg fram og kjenna etter «kva som er viktig her og no». Treet, som sjukepleiar, treng påfyll. Treet i form av god jordsmonn, lys og vatn, og sjukepleiar i form av støtte, vegleing i arbeidet og fagleg påfyll, for å veksa.

---

<sup>1</sup>Unni Lindström i videointervju med Arne Rehnsfeldt ved Åbo Akademi. Vist i forelesning ved HSH 05.09.14.

Eriksson (2009) meiner at det er avgjerande for mennesket si helse og helbreding at me ser det og korleis me ser det. Å verkeleg sjå pasienten som han er, midt i hans lidning, meiner ho inneber å ta han på alvor, ikkje utlevera eller avsløra han. I kvart møte med eit anna menneske, kan me med vår haldning og måte å vera på trykkja han ned eller løfta han opp. Eriksson seier vidare at dersom ein krenker eit menneske sitt verd rører ein ved mennesket si livskraft og håp, og påfører meir lidning. Eriksson (2009) seier vidare at det er kjærleiken, caritas, som er den berande krafta, det etos som gjev omsorga og omsorgsvitskapen ein spesiell toneart. Den, meiner ho, kjem fram i måten omsorgsytar handlar på ovanfor pasientar. Ho seier at det som heilar er kjærleiken, den sanne omsorga, at ein vågar å vera nær, utan grenser i tid og rom, slik at ein kan spreia lys og håp i menneska ein møter si verd, sjølv om det er lidande og mørket som rår. Kvar omsorgsytar har mogleiken til å formidla denne livgivande kjærleiken, meiner ho. Sjølv om pasienten er i siste fase av livet, kan ein med sin veremåte vera med å spreia håp og glede for pasienten og dei pårørande.

Rykkje (2014) seier at kjærleik eller caritas ikkje er ei plikt i den forstand at det vert pålagt oss, men at det vert ei indre motivert kraft og appell om å verna om det sårbare i livet, både hos oss sjølv og hos andre. Kvar omsorgsytar kan med sin måte å vera på velja korleis ein skal møte pasienten og dei pårørande, og om omsorga skal vera fylt av kjærleik.

Watson, (sitert i Gustin & Lindwall 2012) bruker uttrykket ontologisk kompetanse om det å vera forma og danna i omsorga sitt språk. Å forstå omsorga sitt ordlause språk, og kunna kommunisera gjennom sine handlingar, betyr like mykje som tekniske og medisinske ferdigheitar i utøving av sjukepleiaren sitt yrke. Denne prosessen er, som ho seier, ein pågåande prosess hos omsorgsytar.

Kari Martinsen (2000) skriv om hjarta sitt auga som deltakande, merksamt, eit auga som ikkje gjer forskjell, men som likevel gjer ein forskjell. Ho bruker uttrykket meisterskap og meiner at ein kan trenna seg opp til å bli merksam innanfor den verksemda ein står i. Ein lærer å lytta til andre og seg sjølv, til å sjå og sjå etter, og til å vera nær i situasjonar. Merksemd er å vera til stades når ein er til stades (Martinsen, 2000). Dette var ein eigenskap informantane også framheva som svært viktig. Gustin og Lindwall (2012) viser til Watson som framhevar kor viktig det er å vera autentisk nærverande. Med å verkeleg vera til stades saman med pasienten, og ikkje ha tankane på arbeidsoppgåver som ventar, viser ein respekt og vørndnad for mennesket si subjektive livsverd.

Meisterskap i å sjå, som Martinsen seier, og utvikling av ontologisk kompetanse, som Watson kallar det, er ei utvikling som skjer i kvar omsorgsytar utan avbrot, om han opnar opp, let seg forma, og får mogleik til å omarbeida situasjonar som møter han i kvardagen. Men, som Martinsen seier, fordrar det ro i arbeidet og stillheit. Det må vera ein ytre ro slik at ein ikkje vert forstyrra av andre ting i situasjonen ein er i, men kan vera konsentrert og deltakande mot den ein skal hjelpa, slik at ikkje tida og produktivitet får størst plass. Dette er noko informantane opplevde var utfordrande. Korleis skal ein klara å vera til stades, stenga det andre ute, og vera der berre for ein pasient om gangen, finna den indre ro, slik at ein ser kva som er viktig her og no? Sjukepleiarane fortalde i intervjuet at når dei var inne hos ein palliativ pasient så stengde dei det andre ute, og prøvde å ha fokus på den eine pasienten. Dette kravde planlegging og eit godt samarbeid på avdelinga. For at dette skal kunna la seg gjera må ein ha eit felles etos, ein felles tanke om kva som skal få høgast prioritet av arbeidsoppgåvene ein har føre seg. Ein må og ha forståing for kvarandre som kollegaer, at nokon må arbeida i eit anna tempo når det er nødvendig.

Ein av informantane peika og på kor viktig det var å finna pasienten bak sjukdommen. Ein må finna ut kva interesser han har og snakka om anna enn sjukdom. Når ein søker det ontologiske hos pasienten, vert det ein måte å bekrefte pasienten si verdigheit. Eriksson (2003) viser til Anders Piltz, som meiner at mennesket er som ei hemmeleg skrift som handlar om hennar heilagdom og absolutte verd. Han seier ein må nærma seg ei hemmeleg skrift med vørndnad og verd. Piltz meiner vidare at menneskelivet, som ei skrift, berre opnar seg for den lesekyndige. Å verkeleg forstå inneber å lesa det lidande menneske si skrift, og tyda dette mennesket si meining og djupare motiv. Ein er nøydd for å lesa langsamt, og gje tid og rom for at mennesket skal komma fram. Eriksson seier at mennesket sin heilagdom inneber at det alltid finst ei etisk grense for det ein kan og skal forsøkjja å forstå, i forholdet til eit anna menneske. Informantane var opptekne av at dei måtte bli kjende med pasienten. Sjukepleiaren må med varsemd prøva seg fram, finna ut kva akkurat den pasienten ho no skal yta omsorg til, ynskjer og treng. Har nettopp denne pasienten behov for å snakka om sjukdommen, eller har han meir glede av å fortelja om sine hobbyar eller anna? Med ulike måtar å spørja seg fram på, kan ein finna måtar å nærma seg pasienten. Ein må likevel ha respekt for at ikkje alle pasientar ynskjer å vera like opne med alle, pasientar må kjenna seg fri til å dela når han vil. Grunnleggjande respekt var ein eigenskap informantane såg som viktig i dei



ulike møta. Dette var noko Erichsen, Danielsson og Friedrichsen (2010) også påpeika som viktig i si undersøking.

Sæteren, Lindström og Nåden (2011) kjem inn på kor viktig det er for pasienten å få behalda integritet og verdi, trass i aukande avhenge av andre. Sjukepleiarane i intervjuet synes å ha forstått nettopp dette. Dei la til rette for at pasientar fekk leva livet dei hadde igjen så godt som mogleg, og såg det som viktig å nytta pasienten sine ressursar. Dersom ein har fokus på det som er positivt og som gjer livet betre for pasienten, kan ein hjelpe slik at dei får betre dagar. Når ein finn ut kva interesser pasienten har, og prøver å visa merksemd mot desse, kan ein hjelpe slik at pasienten får små pausar frå sjukdom og bekymringar.

Rønsen og Jakobsen (2016) meiner at sjukepleiarar er opplærte til å vera problemløysarar i ein effektiv kvardag, kor mykje handlar om å få oppgåvene unna. I denne kvardagen, meiner dei, er det lite rom for å vera i det Lögstrup kallar «mellomøyeblikket», der ein kan dvela eller ha ro i møta. Det å gå mellom kurative og palliative pasientar krev, som informantane kom inn på, mykje av sjukepleiarane. Ein må som Rønsen og Jakobsen (2016) seier gå inn i situasjonar med varsemd. Med å vera vår i møta, lytta og vera merksam, ser ein kva som er viktig hos den enkelte pasient ein møter, meiner dei. Sjukepleiarar går inn i situasjonar som ikkje er forutsigeleg, og korleis ein møter den «andre» vil i fylgje forfattarane få stor tyding for korleis møtet vert. I varsemda er me utsette, og me vel å setja å setja oss sjølv på spel, seier dei. Varsemd vil sei ein type aktsemd som fordrar at ein vel ei bestemt innstilling i sin «væren og gjøren» i situasjonen (Rønsen & Jakobsen, 2016). Dei seier vidare at nokon omsorgsytarar kan verta overvelda av den minste utfordring, medan andre ser ut til å meistra det meste. Dette kom og fram i intervjuar der informantane fortalte om situasjonar som hadde vore vanskeleg både for dei sjølv og kollegaer. Sjukepleiar sin måte å vera på i møtet med pasientane, var noko informantane og vektla høgt.

Sjukepleiar møter i dag pasientar i ulike fasar, og må med varsemd møta desse. Kor langt dei er komne i utviklinga av sjukdommen, og kor lang forventa tid dei har igjen, er etter nye behandlingsformer vanskeleg å sjå. Forventningar frå pasient og pårørande kan vera prega av dette. For lettare å kommunisera mellom kollegaer om behandling har ein delt pasientar inn etter behandlingsintensjonane kurativ behandling, livsforlengande behandling, palliativ, symptomførebyggjande behandling og palliativ symptomlindrande behandling (Kaasa & Loge,

2016). Skille mellom dei ulike definisjonane på pasientar, kva tid han til dømes vert rekna som palliativ, kan vera vanskeleg for sjukepleiarar å forhalda seg til. Nye behandlingsmetodar fører til at pasientar lever lenger. Pasient og pårørande har forventning og håp om at nye medikament som kjem på marknaden, kan hjelpa. Håpet deira er det viktig å støtta, men samtidig kan ein sjå at pasientar slit. Pasientane er i ein fase der ein tidlegare ville rekna dei som palliative, men som no er livsforlengande, med kanskje dei same utfordringar både fysisk og psykisk. Det vert utfordrande òg for sjukepleiarar å gå inn og hjelpa og planlegga for framtida, då pasientar og familien rundt klamrar seg til at det skal gå bra, og ikkje alltid vil sjå den tida som vil komme. Denne problemstillinga vart ikkje løfta opp i intervjuet, men fleire av sjukepleiarane kom inn på at mange av pasientane hadde dei fylgt over lang tid. Den palliative fasa kunne vera lang, og når det var slutt, at det ikkje var meir ein kunne gjere, vart det ei meir ro rundt omsorga. Pasient og pårørande har då kanskje klart å forsona seg med at livet vil gå mot slutten. Eriksson (1995) seier at meininga i «lidinga» oppstår når eit menneske forsonar seg med situasjonen, og dermed finn nye mogleikar og meining. Eriksson seier vidare at det har stor tyding kva haldning me vel å ha til lidinga. Når ein ikkje lenger kan helbreda eller lindra eit menneske si smerte, bør ein mobilisera mennesket sin mogleik til å oppfylle lidinga si meining, meiner ho. Ho seier og at viss menneske ikkje kan forandra omstende, må det forandra haldninga til omstenda, som på den måten vert forandra.

Det å fylgja pasientane og familiare i denne prosessen, gjennom sorger og gleder, håp og fortvilning, førte til at informantane kjende på eit band. Fleire uttrykte at dei kjende dei vart glad i pasientane. Dei opplevde at dei kom svært nær pasient og familie, og når pasienten var død kunne det kjennast tomt, som ei kjensle av sorg. Samtidig kunne sjukepleiarane kjenna på at det var godt å få avslutta. Å få fylgja pasientar ein hadde hatt mykje omsorg for til grava, såg dei som svært viktig.

#### **5.4 Prioriteringar i eit ontologisk perspektiv**

Helsedirektoratet (2015) seier at sjukehusavdelingar som behandlar kreftpasientar skal ha ein rom for alvorleg sjuke og terminale pasientar. Informantane i studia peikar på nettopp mangelen på dette. Arbeidsdagen deira innebar ofte å prøva å finna gode løysingar for kvar og med kven ein skulle leggja pasientar med langt kommen sjukdom. Palliative pasientar blei ofte verande over tid, og avdelingane hadde få ein rom. Sjukepleiarane såg utfordringane med å finna pasientar som passa til å liggje på same rom. Dette var noko dei dagleg måtte forhalda seg til, då generelle

sengepostar kan ha ein stor gjennomstrøyming av pasientar. Eit overordna mål dei hadde var at nyoppdaga kreftpasientar ikkje skulle dele rom med pasientar med langt kommen kreft.

Ein kan undre over kva som får fokus, når ein må bruka deler av dagen til å flytta på senger for å få kabalen til å gå opp. Sjukepleiarane engasjerte seg, og prøvde etter beste evne å finna gode løysingar for dei palliative pasientane. Det er lett for at ein i slike situasjonar kan verta som Martinsen (2000) kallar det, gjeremålstravel. Arbeidsdagen går i tillegg til å få unna alt det ein «bør» eller er pålagt å gjere. Fokuset kan verta på dèt, og ikkje på den nære omsorga.

Føringane Helsedirektoratet har sett, kan vera vanskelege å fylgje med dei ressursane ein har tilgjengelege. Aakre (2016) spør kva det gjer med oss når kart og terreng ikkje passar saman. Våre faglege handlingsrom vert for tronge. Stadig nye reformar og omstillingar kjem og det er blitt, i fylgje ho, aukande press om effektivisering, lønnsemd og kontroll. Ho spør vidare kva målstyring, standardisering, finansieringsordningar og teknologisering gjer med hjartespåret vårt, det kliniske blikket og våre etiske ideal (Aakre, 2016).

Sørfonden og Finstad (2015) peikar på at i tillegg til mangel på tid, så førte mangel på stad til at pasientane sine behov for samtale ikkje vart dekkja. Pasientar som må dela rom med andre ynskjer kanskje ikkje å opne opp for deira indre tankar til sjukepleiar, når ein veit det er ein annan pasient i nabosenga som høyrer det meste. Det kan og vera utfordrande for den som skal yta omsorg og gi trøyst når ein har fleire pasientar på same rom. Slike samtalar eignar seg ofte best på einmannsrom. Ein ynskjer å gi pasienten noko som kan få han til å kjenna seg betre. I staden for djupe samtalar, kan ein med eit varmt handtrykk eller eit blick som seier «eg ser deg», «me skal ha den samtalen ved eit seinare høve», gje pasienten noko.

Det blei under intervjuet drøfta at ein måtte tenkja over kva pasientar som passa til å dele rom. Av eiga erfaring frå eit mindre lokal sjukehus vert ofte palliative pasientar, som har ei tid igjen å leve, lagt på same rom. Det å dela rom har vist seg kan vera til styrke for enkelte. Andre igjen opplever det tungt, og kjenner på at dei har nok med seg sjølv og ikkje vil ta del i andre si lidning.

I eit intervju med Langseth, Trana og Joakimsen (2017) fortel ein kreftsjuk mann om korleis han opplevde å vera sjukehuspasient. I løpet av fem veker var han vitne til at fire av pasientane han

delte rom med, døde. Han fortel at han låg bak eit skjerm Brett og prøvde å vera så stille som mogleg. Pasienten opplevde det som uverdigg at dårlege pasientar ikkje skal få einerom. I løpet av tida han var innlagt, opplevde han å få einerom ei natt, resten av tida låg han på dobbeltrom. Omsorga han blei møtt med under sjukehusopphaldet, skildra han som god.

Intensjonane om eit godt og ivaretakande helsevesen for alle pasientar er gode. Når ein ikkje klarar å fylgje det fører det til at dei som står pasientane nærmast kjenner på det ubehaget som fylgjer når ein må leggja ein palliativ pasient på eit firemannsrom, eller ein ikkje får mogleik til å halda ein døyande pasient i handa. Ein kan spørje, som Aakre, kva det gjer med sjukepleiarar over tid, å stå i nettopp denne prioriteringskrisa. Vert ein tvungen til å stenge av kjenslene, og ikkje la ubehaget med manglande omsorg få plass? Aakre skriv om ein sjukepleiar som fortel om korleis ho stålset seg når ho er på arbeid. Ho klarar ikkje meir skuldkjensle, og held avstand emosjonelt. Sjølv om ho visste at ho gjorde ein god jobb og gav støtte og hjelp for nokon, visste ho og kven ho hadde gått forbi. Skuldkjensla for det ugjorte, kom i garderoben. Sjukepleiaren la til at det gode med tempo, var at det hemma ein i sjå klårt, det dempa for kjenslene (Aakre, 2016).

Korleis møtet med dei ulike pasientane vert, korleis ein når fram til det pasienten treng hjelp til, handlar i stor grad om korleis ein kommuniserer, både verbalt og nonverbalt. Thorsen (2015) seier at kommunikasjon lett kan verta redusert til ein teknikk, i staden for varsam merksemd. Dette er noko som lett kan skje i ein travel kvardag, der ein heile tida kjempar mot klokka, og skal nå over mykje før arbeidsdagen tek slutt. Sørfonden og Finstad (2015) kom inn på nettopp dette temaet, korleis sjukepleiarar var redde for å opna opp for samtalar som kravde merksemd, tid og nærvær. Løvgren, Hamberg og Tishelman (2010) si undersøking viste at lita tid blant helsepersonell, og mangel på informasjon, førte til forverring av usikkerheit hos pasientane og kjensle av mangel på omsorg.

Sjukepleiaren må heile tida balansera tida ein brukar hos kvar enkelt. Samstundes, dersom sjukepleiar nyttar stunder dei har saman med pasient på ein god måte, enten det er i eit stell eller noko anna, slik at pasienten kjenner seg sett og møtt, kan dette føre til at han kjenner seg ivaretatt og pasienten kan kjenna seg trygg, sjølv om sjukepleiaren ikkje er hos han heile tida. Dei som har hatt nattevakter, veit kor viktig den første runden rundt til pasientar er. Dersom sjukepleiar bruker tid til kvar enkelt, forsikrar om at han berre må ta kontakt dersom det skulle vere noko han er uroleg

for gjennom natta, får dei fleste pasientane ei betre natt. Det gjeld å nytta kvart enkelt møte, sjølv om det er kort.

Eit «stell» kan og i fylgje Rønsen og Jakobsen (2016) opna opp for kjensler og reaksjonar, som elles kanskje ikkje hadde komme til uttrykk. I rolla som profesjonelle meiner dei me kjem pasienten svært nær fysisk. Denne nærleiken meiner dei kan vera ein mogleik og ein utfordring. Måten dette stellet vert utført på, varmen i hendene og handlaget, vil få mykje å seie for pasienten. Korleis ein viser omsorg, om det berre er i eit kort møte, kan få mykje å seie. Møtet må vera prega av heilskapleg omsorg slik at pasienten kjenner seg ivareteken.

Delmar (2012) såg i si undersøking på forholdet mellom sjukepleiar og pasient, at når sjukepleiar gjorde kun det som var nødvendig og hadde fokus på det tekniske, skapte dette avstand, og pasientar kunne kjenna seg til byrde. Når ein har det travelt, og mange pasientar å ha ansvar for, kan alle tinga ein må gjera lett få fokus, og måten ein er på føra til at ein stenger av for kontakt med pasienten. Kan då sjukepleiar ved å vera medviten eigen måte å vera på, sjølv om tida er knapp, få pasienten til å kjenna seg ivareteken med omsorgsfull kjærleik og fokus på den enkelte i møtet? Fronesis eller praktisk klokskap, korleis ein handlar i ulike situasjonar, får mykje å seie. Den praktiske visdomen fører til at ein klarar å handla klokt i situasjonar som er vanskelege (Wärnå-Furu, 2014). Spørsmålet vert korleis ein skal prioritera til det beste for kvar enkelt pasient. Fronesis er, i fylgje Aakre (2016), den øvste intellektuelle dyd for moralsk praksis. Informantane opplevde at prioriteringa var vond. Korleis veit ein at ein prioriterer rett, og på kven skal dei bruka dei få stundene ein har til overs i løpet av ein arbeidsdag? Med fronesis, vil ein ha evna til å vurdera kva som kan vera rett å gjera i ein kvar situasjon. Dette vil ikkje alltid vera like enkelt å sjå, og ein kan lett, som sjukepleiaren Aakre refererte til, gå heim frå jobb, og kjenna på ubehaget for dei ein veit ein har måtta gått forbi.

Det å konstant måtte prioritere slit på sjukepleiarane. Informantane såg stadig utfordringar i kven og kva dei skulle bruke tida på. Dette er noko Latinovic (2013) også fann i sin studie. Sjukepleiarane ho intervjuar opplevde det som frustrerande å heile tida måtte prioritera kven dei skulle yta mest omsorg til.

Det vart og stilt spørsmål av ein av informantane i intervjuar om det var til den palliative pasienten sitt beste å vera innlagt på ein travel kirurgisk avdeling. Operasjonspasientar skal gjerast klar,

nyopererte pasientar skal fylgjast opp, pasientar skal skrivast ut, og nye skal takast imot. I dette miljøet skal sjukepleiar omstille seg og møta kvar enkelt pasient, og tida ein har kan vera knapp. Ein kan undra over korleis sjukepleiar kan få pasienten til å kjenna seg sett og ivareteken i eit slikt hektisk miljø? Miljøet rundt pasient og pårørande og tid til omsorg vart i Oliver og O'Conner (2015) sin studie sett som viktig for at pasientar skal få oppleva ein «god død». Å få dette til, kan vera ei utfordring.

Ein kan og undra over kvifor helsepersonell ikkje klagar meir på forholda dei arbeider under. Tenkjer ein at det er så mange før som har gjort det at det ikkje vil hjelpa, eller ser me på oppgåva vår kunn som ein jobb, noko me får betalt for uansett korleis me gjer arbeidet? Forsking som er vist til i denne studia viser at sjukepleiarar både i Noreg og elles i land me kan samanlikna oss med, er i eit system der ein kjempar og er fortvila og kjenner ein kjem til kort.

Nortvedt (2014) seier at når pleia og omsorga får mindre plass og dårlegare kvalitet, er det behov for kritiske røyster og sterke fagpersonar som kan vera med å peika på kritikkverdige forhold og ivareta viktige faglege omsyn. Sjukepleiarar må vera pasientane sine talsmenn, og kjempa for at det skal verta rom for ei betre og meir heilskapleg omsorg, meiner han. Det å vera pasienten sin talsmann blei og trekt fram i intervjuet som viktig. Sjukepleiarane prøvde så godt det var mogleg å skjerma dei palliative pasientane, slik at dei enten fekk rom for seg sjølve eller fekk dela rom med andre pasientar som dei tenkte dei passa til å dela rom med.

Pamianowska (2005) sitt prosjekt med reserverte senger for palliative pasientar med eiga personalgruppe, viste at det blei meir tid til pasientane, færre tilsette som pasientar og pårørande måtte forhalda seg til, og betre oppfølging med tanke på livskvalitet og lindring av symptom. Kunne ei slik ordning, der ein fekk samla dei palliative pasientane på ei lita avdeling eller ei eiga gruppe, med tilsette som ynskte å arbeida med pasientar som var i siste del av livet, ført til meir ro over omsorga? Sjukepleiarane hadde då hatt færre å hatt ansvar for, og ein slapp å ha det hastige tempo som resten av avdelinga var prega av. Omsorga kunne blitt sett i fokus, der ein såg heilskapen til kvar enkelt. For pasient og pårørande kunne det blitt rolegare, og dei hadde fått færre tilsette å forhalda seg til. På ei slik avdeling kunne heilskapleg caritativ omsorg fått større plass.

## 5.5 Ontologisk travelheit versus moralsk stress

Sjukepleiarane i denne studia opplevde at dei ikkje hadde nok tid til å yta den omsorga dei ynskte når dei skulle ivareta både pasientar i livet sin slutfase, og andre pasientar på avdelingane. Dette gjaldt særleg om ettermiddagen og i helgane, då det var færre tilsette på jobb. Mangel på tid vart sett på som ei stor utfordring. Dette samsvarar med undersøkinga McCourt, Power og Glackin (2013) har gjort om korleis sjukepleiarar opplever å gje omsorg til palliative pasientar på eit vanleg sjukehus. Sjukepleiarane fortalte i intervju at dei ofte opplevde å gå heim med dårleg samvit fordi dei ikkje hadde fått teke seg nok av dei palliative pasientane. Slike tankar kunne tappa ein for krefter og gi motløyse. Dei såg og at omsorga for dei palliative kunne til tider gå ut over dei kurative, og at dei skulle ynskt dei hadde hatt meir tid til dei pasientane og. Sjukepleiarane opplevde at det var vondt å heile tida måtte prioritera. Marie Aakre (2001) skriv om korleis mangel på tid tyngjer på sjukepleiarane. Korleis det ugjorte vert verre enn det ein tross alt fekk gjort. Fleire gjekk heim frå jobb med skuldkjensle, trass i ein travel arbeidsdag.

Arbeidsgleda og kvaliteten, kan verta trua av moralsk stress, meiner Aakre (2016). Opplevingar av moralsk forfall kan bli eit fylgje. Når ein får mindre tid til refleksjon, utvikling av fag, leiing og vegleiing vert utfordringane, i fylgje Aakre, forsterka. Sjukepleiarane opplever at dei ikkje har nok tid til å observera pasienten, seier ho, og arbeidet vert meir oppgåvesentrert enn pasientsentrert. Moralsk stress fører, i fylgje Aakre, til alvorlege etiske omkostningar. I pressa handlingsrom latar ein som om ein ikkje ser det ein likevel ser, håpet i blikket frå pasientar ein passerer. Nokon misser gleda i arbeidet og kollegial støtte, andre personleg truverd, og nokon mistar helsa og skiftar arbeid (Aakre, 2016).

Wärnå-Furu (2014) visar til nyare forskning som peikar på samanhengen mellom stoltheit og helsa hos arbeidstakarar. Dersom ein person opplever seg tvinga til å gi opp sine ideal, står han i fare for å kjenna på skam over å ha blitt audmjuka. Då klarer ein heller ikkje å gje merksemd til kollegaer sitt arbeid, sidan ein er for merksam på å ikkje å ha klart sin eigen jobb slik ein ynskte (Wärnå-Furu, 2014).

Delmar (2013) seier at i ein travel sjukehuskvardag kan ein lett komma til å stå med eine foten i gangen og føra ein samtale med pasienten, og sei at ein skal komme tilbake snart, for så å bli opptatt av anna arbeid som gjer at det tek ei tid før ein kjem tilbake til pasienten. Slik meiner ho at tilliten mellom pleiar og pasient kan verta trua. Dette er noko ein opplever dagleg på ein sjukehusavdeling.

Det er heile tida nye oppgåver som dukkar opp, og som hindrar ein i å halda det tidsskjemaet ein lova. Thorsen (2015) meiner at i travelheita kan verda virka kaotisk. Det er mykje ein skal rekkja over, mange inntrykk, og ein kan lett missa pasienten av syne. Martinsen (2009) seier vidare at i den travle sjukehusverda kan ein lett verta gjeremålsfokusert, og ein tilpassar seg systemet si «forlenga hand» mot nye behandlingsmål. Ho seier og at når sjukepleiar vel vekk omsorgsoppgåver til fordel for gjeremål som er forventa av andre instansar, vil avstanden mellom sjukepleiar og pasient auka. Informantane i denne studia fortel om nettopp dette, om kor lita tid dei i periodar har til den nære pasientkontakten. På ein somatisk avdeling er det etter kvart blitt så mykje oppgåver som må gjerast som er fjernt frå pasienten, og dette føler dei går ut over pasientkontakten. Dei kjenner på frustrasjon når dei heile tida kjenner dei kjem til kort, og dei må hasta mellom ein døyande pasient og andre oppgåver dei har for dei andre pasientane på avdelinga. Informantane saknar meir tid til å kunne sitja og halda ein pasient i handa, og snakka om nett det pasienten ynskjer. Dette er oppgåver som det kan virka som ikkje vert lagt vekt på, eller er verdsett av helsevesenet på same måten. Oppgåver som registrering om ein er i fare for å få trykksår, om ein står i fare for å verta underernært eller har fallrisiko, som ein i dag er pålagt ved enkelte norske sjukehus å utføra, er òg viktige oppgåver som viss ikkje det vert utført, kan påføra pasienten mykje ekstra liding og medføra ekstra kostnader for helsevesenet. Vert desse prioritert vekk vert det registrert, og avdelinga får tilbakemelding om manglande rapportering og registrering.

Ein kan igjen undra seg over kvifor omsorga me møter pasientane med ikkje får større fokus. Handlar det om at det ikkje får direkte økonomiske konsekvensar, at produksjonstankegangen er den som vert sett høgast? Produktivitet, effektivitet, kostnadsnytte-analysar og klassifiseringskunnskapar er eit eige fagspråk der ein hentar alt ut av data. Dette er ord og omgrep som er meir dekkande til å skildra helsevesenet i dag, meiner Martinsen (2000). Ein må skaffa fram hurtig kunnskap, som og er hurtig å bruka. Derfor satsar ein på klassifikasjonskunnskapane, seier ho. Dei gir oss enkle reiskap å bruka, seier noko som er likt for alle ved å trekkja ut felles kjenneteikn. Med klassifiseringskunnskapane står ein i fare for å sletta den andre sitt særpreg, seier ho vidare. Med desse kunnskapane kan ein vera så hurtig at ein slepp å sjå den andre sitt særpreg og ansikt. Den andre vert sett utan å bli sett (Martinsen, 2000). Dersom ein nyttar slike registreringsskjema blindt, fylgjer ubevisst det som er pålagt ein å gjera i løpet av ein arbeidsdag, kan ein komma til å missa den opninga som pasienten gir ein, i eit heilhjarta møte på sengekanten.



Pasienten vert, viss ein tek seg tid, ikkje berre eit objekt som skal analyserast, som vert sett utan å bli sett, men ein kan sanse kva som ligg bak pasienten sine utsegn og kva som han ser som utfordrande her og no.

I ein travel sjukehuskvardag kan ein lett komma der at sjølv om det ikkje er travelt så gjer me oss travle. Ein er vant til å ha eit tempo, og det forset sjølv om det ikkje er nødvendig. Travelheit kan vera prega av ein stillstand, meir enn av tempo, meiner Martinsen (2014). Travelheit kan verta ein livsform, der sjukepleiaren ikkje er til stades i det ho gjer, seier ho vidare. Prosedyrar og rutinar kan verta utført lausrive av samanhengar og utan nærleik og at ein ensar situasjonen ein er i (Martinsen 2014).

Martinsen (2014) seier vidare at det finst vond travelheit, og god travelheit. Den vonde er kulturbestemt og kjem blant anna av prioriteringar, normer og dei mange gjeremål som vert pålagt sjukepleiaren. Den gode travelheita er den der sjukepleiar tek vare på og har ansvar for eit anna menneske sitt liv. Sjukepleiaren har det travelt ut frå kva ho skuldar den andre, nemleg å ta hand om den andre på best mogleg måte. Denne er ein travelheit som er ontologisk, gitt av sjølve livet (Martinsen, 2014). Dersom sjukepleiar får tak i den vil han kjenna ei større glede over arbeidet, som vil visa igjen i omsorga. Slik den eine sjukepleiaren i intervjuet fortalde om korleis ho opplevde arbeidet med palliative pasientar som givande og kjekt, at det gav ho noko. Dette seier noko om korleis ein som sjukepleiar kan gå opp i arbeidet sitt, og finna ei ro og ei glede som kan komma pasientar, pårørande og andre kollegaer til gode. Sjølv om ein har det travelt kan det at ein brenn for arbeidet sitt overskygga stresset, og hjelpa ein å handsama det betre.

Som sjukepleiarar er ein ikkje alltid tydande til stade, seier Martinsen (2014) vidare. Med travleik kan sjukepleiar stenga både eigen og andre sin sårbarheit ute. Med det sviktar ein sine medmenneske og den profesjonelle går frå sitt ansvar, med å unnlata å hjelpa der ein kunne hatt høve til å gjera det. Når sjukepleiarar er medvitne måten dei er på, slik eine informanten i intervjuet sa, prøver ein så godt det lar seg gjera å senka skuldrene før ein går inn i rommet til ein som er i livets siste fase, og lar han eller ho få inntrykk av at du har all verdens tid, sjølv om ein ikkje har det.

## 5.6 Sjukepleiaren si ontologiske utvikling sin påverknad på omsorga

Kva som er viktig, og kva som vert vektlagt på dei ulike avdelingane, vert ofte forma av haldningane til dei som arbeidar der. Kva tankar leiinga har om kva som skal prioriterast og vektleggast, får og stor tyding. Studiar som blant anna Wallerstedt og Andershed (2007) har gjort viste at sjukepleiarane opplevde misnøye grunna mangel på støtte, samarbeid, tid og ressursar. Strukturelle forandringar og økonomiske innstrammingar påverka omsorga dei fekk ytt.

Marie Aakre (2001) framhevar og korleis kulturen på avdelinga verkar inn på omsorga. Om ein manglar verdsetting av nærværet og forståing for dei små detaljane i pleia, vil dette gå ut over omsorga til pasienten. Omsorgsarbeid er i fylgje ho eit krevjande lagspel og ein klarar ikkje å gjere ein god jobb utan eit ein har eit godt team. Det vil igjen seie at om ein har ein fleire kurative pasientar å ta seg av i tillegg til dei palliative, må ein kjenna seg trygg på at kollegaer overtek «stresset» ute på avdelinga når ein er inne hos den palliative, slik at ein kan ha full konsentrasjon på den eine pasienten. Dette var noko informantane også påpeika.

Thorsen (2015) seier at stemningar på arbeidsplassane pregar oss. Når me går rundt til dei ulike pasientane kan morgonrapporten og stemninga på vaktrommet fylgja oss i arbeidet me skal gjera. Denne stemninga kan ha vore god og prega av at i dag skal me prøva å gjera det beste ut av dei ressursane me har, eller den kan vera prega av stress og frustrasjon over mengda arbeid ein ser ein har føre seg. Når omsorgsytar er bevisst dette, korleis stemningar kan sitja fast i kroppen, kan ein lettare forsøkje å gjera noko med det, slik at det ikkje går ut over dei ein skal yte omsorg til.

Informantane i denne studia var opptekne av måten dei var på og korleis omsorga vart gitt. Dei meinte at måten dei arbeidde på «smitta» over på andre kollegaer. Dei såg og at oppgåve deira som vegleiarar for studentar og nytilsette var viktig, og at dei måtte vera gode rollemodellar som viste korleis pasientar skulle ivaretakast. Dei såg at eit godt og støttande miljø hadde mykje å seie for korleis dei som arbeidde der blei i stand til å yta god omsorg. Alsvåg (2012) seier at ved hjelp av pedagogiske metodar, kunst og diktning viser kjærleiken sin poetikk oss kva kjærleiksfulle handlingar er. Innanfor helse og omsorgsyrka brukar ein ulike metodar for å vise kva kjærleik til den andre kan vera, seier ho. Eit eksempel er å visa sjukepleiarstudenten at det går an å sameina yrkesmessige korrekte handlingar med medmenneskeleg nærheit og kjærleik (Alsvåg, 2012). Når

sjukepleiarar vågar å visa omsorg og har som mål å vera gode rollemodellar, får studentar eit bilde av kva god omsorg kan vera, og det kan verta innlemma i deira måte å vera omsorgspersonar på vidare. Watson, sitert i Gustin og Lindwall (2012), seier at den relasjonelle aspekta av omsorga formast ikkje berre av relasjonen sjukepleiar har til seg sjølv og pasienten. Relasjonane til andre kollegaer og til samhaldet har og tyding, sidan sjukepleiar har eit etisk og menneskeleg ansvar for å bidra til ei omsorgsfull atmosfære, meiner ho. Gjennom vår måte å vera på, kan ein vera eit førebilde for andre, som eine informanten uttalte, slik at omsorga vert full av kjærleik og omtanke.

Bergbom (2012) seier at når ei gruppe tileignar seg kunnskap og forståing om omsorga i lag, dannast eit etos, eit indre verdigrunnlag, som igjen kan komma pasientane til gode. Informantane i det eine intervjuet var særleg opptekne av nettopp det. Fagdagar vart nytta til å undervisa om korleis ein kunne gi heilskapleg omsorg. Eit slikt fokus kan vera med å utvikla eins eiga merksemd på korleis ein er i møtet med dei ulike pasientane ein skal ha ansvar for. For å vidareutvikla seg elles opplevde informantane at dei måtte stå på sjølv. Dei blei tilbydd få kurs.

Mennesket er i fylgje Eriksson (2009) berar av etos, og det er dette etos som er mennesket sin indre etikk og utgangspunktet for møtet med den andre. Etos, som tyder sed og vane, har sin grunn i det som ligg djupt og heilag i verda, som formar mennesket si etiske haldning (Eriksson, 2009). Etos hjelper oss å sjå og å våga å sjå også det vanskelege, det gjer oss mot til å gje omsorg. Etos utgjer, i fylgje ho, etikken sin kjerne og faste grunn, og går ut i ein indre etikk der mennesket og omsorgsytar kjenner seg heime. Eriksson seier vidare at det finst også etikk utan grunn i etos; det ho kallar ein ytre etikk, ein regeletikk, som manglar det «hjarta» som den indre etikken har. Etikken skjer her og no, og det er i den enkelte pasientsituasjon at ein må ta etiske avgjerd for pasienten sitt beste, meiner Eriksson (2009). Når ei gruppe i lag har fokus på korleis ein møter ein pasient på best mogleg måte, utviklar det seg lærdom som vil vere til nytte, både for pasientane og personalet. Då kan ein lettare vera med å oppmuntra og støtta kvarandre, dersom ein har same målet.

Eriksson (2012) seier og at omgrepet etos handlar om å strekkje seg mot idealet og formidla det gode, skjønne og sanne i omsorga. Tanken, hjarta og handa vert følgt av viljen til å gjera det gode i den konkrete situasjonen, for den einskilde pasient.

I fylgje Näsman (2010) er dygd dei gode eigenskapane, den ibuande krafta som gjev mennesket moral og mogleik til å utvikla sitt intellekt. Ho framhevar og at dygd kan sjåast som ein modell for helsa sitt indre rom og at omsorgsytar, gjennom haldninga som vert uttrykt i handling, kan leva ut dygdene. Ein kan då tenkja at ein med gjentakande undervisning og fokus på dette, kan finna helsa sitt indre rom. Näsman (2012) seier og at mennesket treng dygd for eiga utvikling og sitt eige velvære. I yrkessamanheng kan omsorgsytar medvite utvikla dygd for å bidra til det gode, det sanne og det skjønne for pasienten. Dygd utgjer den kraft som leiar det etiske frå tanke til handling, frå etos til gjerning, frå ideal til verkelegheit (Näsman, 2012).

Sjukepleiarar har eit arbeid med ein enorm mogleik for læring og utvikling, meiner Aakre (2001). Dette gjeld ikkje berre for faget, men og om det å vera menneske, om livet, kjærleiken og døden. Me speglar vårt eige liv i alt me møter, seier ho. Når ein møter andre sin død, møter ein sin eigen dødsangst. I møte med andre si meistring av liding og sorg, speglar me våre eigne liv. Det er ikkje mogleg å vera i eit slikt arbeid utan å vera i eiga utvikling, meiner ho. I eit arbeidsmiljø der det er rom for å diskutera, lufta tankar og frustrasjonar, kan det bidra til utvikling av ei meir caritativt omsorg, ikkje berre for pasientar, men og for personalet, slik at dei klarer å stå i eit arbeid som krev mykje av ein.

Omsorga ein gir er suveren og stadig nærverande, meiner Eriksson (2009). I motsetning til for eksempel medisinsk behandling og ulike former for terapi, avgrensar ikkje omsorga seg til tid og rom. Ein kan alltid gje omsorg om så alt verkar håpløst. I dei mest vanskelege stundene av livet, og heilt fram til døden, kan omsorga vera nær, trøysta, gje håp og omslutta menneske med kjærleik, seier ho. Omsorga er i fylgje Eriksson ikkje bunden til eit spesielt rom eller ein konkret situasjon. Den «ligg i lufta», og ein merker det når ein kjem inn i ei avdeling der ein omsorgsfull kultur råder. Eriksson peikar på at studiar viser at leiinga ved ein avdeling har stor tyding for kva haldning som råder blant dei tilsette, og kva som vert vektlagt. Watson, (sitert i Gustin og Lindwall 2012) seier at det ikkje berre er det fysiske miljøet som er viktig, sjølv om det og har stor tyding når det er snakk om omsorgsmiljøet. Ho meiner at sjukepleiarar med sin måte å vera på, «er» miljøet.

Når ein skal ivareta andre menneske har det stor tyding korleis ein har det med seg sjølv, og korleis ein klarar å omarbeida alle inntrykka ein får i møtet med dei ulike pasientane. Sjukepleiarane i intervjuva opplevde i ulik grad ivaretaking av dei sjølv som personalgruppe. Enkelte fortalde om

korleis dei tok arbeidet med seg heim, og korleis det kverna lenge etter dei var gått av vakt. I fylgje Aakre (2016) ettertenkjer, omtenkjer og finsliper me intrykka frå praksis.

Det kunne i periodar vera lite tid til å få snakka om vonde ting dei hadde vore igjennom. Måten enkelte løyste dette på var å komma tidlegare på jobb neste dag, for å få mogleik til å snakke med ein kollega då. Personalet virka til å ha god støtte i kvarande.

I fylgje Thorsen (2015) sit stemningar seg kroppen. Sorg, fortvilning og glede, fylgjer med ein på vegen heim. Ein vert i arbeidet med menneske vitne til mykje liding, og dette gjer noko med den som skal hjelpa, noko som også Moen (2016) påpeikar.

Helsedirektoratet (2015) seier at helsepersonell må ha evna til å nyttiggjera seg vegleiing og ”debriefing”, men då er det ein føresetnad at det er lagt opp tid til vegleiing på dei ulike avdelingane. I intervju av sjukepleiarane kom som nemnt ulike erfaringar fram, men det som utpeika seg mest, var mangel på oppfølging av personalet. Eine informanten hadde arbeidd på sjukehuset i mange år, og hadde kunn ein gong opplevd å fått samtale i etterkant av ei vond hending. Ein kan undra over kva det er som gjer dette i eit arbeid som er så viktig, der ein har med andre menneske sine liv å gjere. Näsman, Nyström og Eriksson (2012) seier at dersom organisasjon og leiing fokuserer på og verdset god og omsorgsfull pleie, vil tilfredsheita hos sjukepleiarar auka og kvaliteten på omsorga kunne bli betre. Dèt, og at det blir gitt rom for at sjukepleiarar blir ivareteken etter for eksempel sterke opplevingar, vil og verka inn på korleis dei klarar å gje omsorg vidare.

Avsett tid til etisk refleksjon over omsorga som vert gitt, vert det av eiga erfaring sett av lite tid til på ulike arbeidsplassar. Ein personleg dannelsingsprosess er, i fylgje Aakre (2016), nødvendig for at ein skal kunna ivareta sitt faglege ansvar og forvalta si posisjonsmakt på ein ansvarleg måte. Ho meiner det er ein alvorleg mangel på etisk refleksjon i travle velferdstenester. Der kvardagsetikken får bli taus, er mogleiken for uetisk handling stor, seier ho.

I løpet av ein arbeidsdag, i møtet med ulike pasientgrupper, må ein ta mange val. Kven skal ein bruke tida si på, kven kan plasserast på same rom, eller kva skal ein sei når pårørande spør direkte om forhold som går på pasienten sin sjukdom? Personleg dømmekraft er nødvendig basiskompetanse for menneske som arbeidar med sårbare andre. Aakre (2016) seier at utvikling av ein personleg moralsk karakter, som navigerer tydeleg i opprørt etisk farvatn, krev målretta læringsprosessar. Fronesis, inneber både teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheitar og moden personleg evne til å vurdere. Dette er ein eigenskap eller dygd som sjukepleiar treng (Aakre 2016).

For at ein skal få til eit løft på omsorga som vert gitt, må ein ved kvar avdeling ha eit større fokus på dette. For å få det til, er det ein føresetnad å ha leiinga med. Den enkelte omsorgsytar, kvar avdeling vert nøydd til å tenkje igjennom kva som vert viktigast. Er det det at ein skal klare å gjera alt som er pålagt ein i løpet av ein dag, eller er det korleis ein møter dei ein er sett til å hjelpa? Kva bør få mest plass i kvardagen vår og kvar skal hovudfokuset vera? Ved at dette vert lyfta opp på avdelingsmøter og det vert større fokus på å få teke kurs og etterutdanningar som ikkje berre går på medisinsk faglege ting, men og på korleis ein utviklar seg som omsorgsytar, kan omsorga verta opplevd betre av pasientane. Näsman, Lindholm og Eriksson (2008) framhevar og at «frøet» til ein caritativ omsorgsetikk finst, men at ein treng setja fokus på sin indre etikk og at det vert mogleik for diskusjonar, der ei auka forståing for ulike etiske standpunkt kan føra til vekst og utvikling av omsorga. Dette samsvarar med det Martinsen, (sitert i Walstad, 2013), seier om at ein sjukepleiar ikkje er ferdig utdanna før ho er danna som menneske. Ein kan med andre ord seie at omsorgsarbeidet er ei modningsak, ein lærer og utviklar seg undervegs og ser kva verdiar som er viktige og kva som bør få mest fokus.

Skau (2011) seier at for å utvikla seg vidare treng ein møteplassar kor ein kan utvikla nye måtar å vera på, saman med dei ein arbeider med i kvardagen. Vegleiingsgrupper kan vera fruktbare kvardagsarenaer som kan få ein del å seie for den personlege delen av deltakarane si kompetanseutvikling, meiner ho. Ansvar er likevel fyrst og fremst hos kvar enkelt. Ho hevdar at ein kan tena på å utvikla djupare former for oppriktigheit, openheit og gjensidig forplikting i relasjonar. Spørsmålet, seier ho, er om ein er moden og modig nok til å gå inn på slike vegar (Skau, 2011).

Ein kan kanskje tenkja at ein sjukepleiar skal kunne takla alle sider av livet, kunna handtera ulike sjukdommar og prosedyrar, kunna gå frå det eine til det andre, men kan ein tenkje at det er slik at alle sjukepleiarar har den eigenskapen som trengst for å stå i alt det som siste tida av eit liv medfører? Ein kan undre over om nokon har den evna meir enn andre. Ein informant kom inn på nettopp dette, og meinte at nokon er meir skapt til og har meir interesse for det enn andre. Ein kan då spørje om det er til dei palliative pasientane sitt beste at dei skal ha siste tida av livet sitt på vanlege somatiske avdelingar, slik at heilt nyutdanna sjukepleiarar med lita erfaring vert dei som

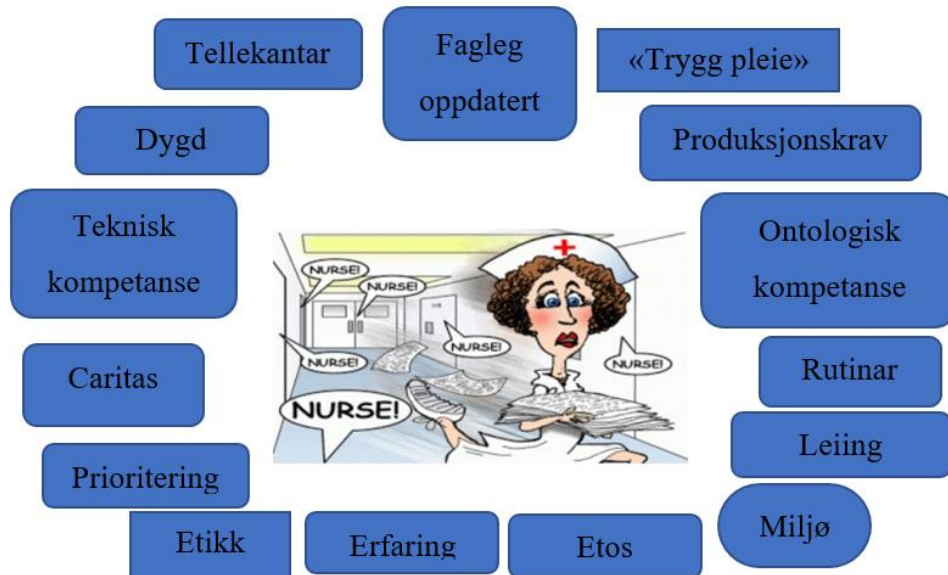
skal gi dei omsorg? Eller om andre, som ikkje kjenner dei har kompetanse og ynskje om å arbeide med denne forma for sjukepleie, skal vera dei som skal gje dei omsorg? På ei anna side kan ein tenkja at nyutdanna og «ferske» sjukepleiarar kanskje vil kunna tilføra ein avdeling mykje nytt og positivt, som kan komma den palliative pasienten til gode.

Ein kan spørje om det er miljøet eller kulturen som former oss som sjukepleiarar, eller om det er slik at nokon sjukepleiarar søker seg til hektiske avdelingar der det skjer mykje fordi dei ynskjer fart og spenning, at dei kjenner det er det som passer dei best, og at andre vel avdelingar som har eit anna tempo og fokus? Ein kan også tenkja at det kan vera ein fordel at ein har ulike typar sjukepleiarar; nokon som passer til å gi den nære omsorga, andre til dei akutte situasjonane der ein er avhengig av at ein kan handle raskt og setja i gang dei rette tiltaka.

Helsedirektoratet (2015) har sett som krav at tilsette ved sjukehus skal beherska grunnleggjande palliasjon, og at det vil vera behov for tilsette med spesialkompetanse innan palliasjon. Det står og at palliative pasientar med komplekse problemstillingar best vil bli ivaretekne på eigne palliative einingar. Med slike avdelingar ville ein hatt tilsette som hadde søkt seg dit fordi dei ynskte å arbeida med pasientar som var i siste fase av livet, og kjente eit engasjement for palliativ omsorg.

Fram til det vert utbygd eigne palliative einingar må ein leggje til rette for at pasientar i palliativ fase får vera på ein plass der dei kjenner seg trygge og ivaretekne. Debatten rundt kvar palliative pasientar skal vere har vart ei tid, og vil truleg forsetje dersom ikkje dei som styrer ser kor viktig det er at desse pasientane vert ivaretekne på ein rett måte og på rett plass.

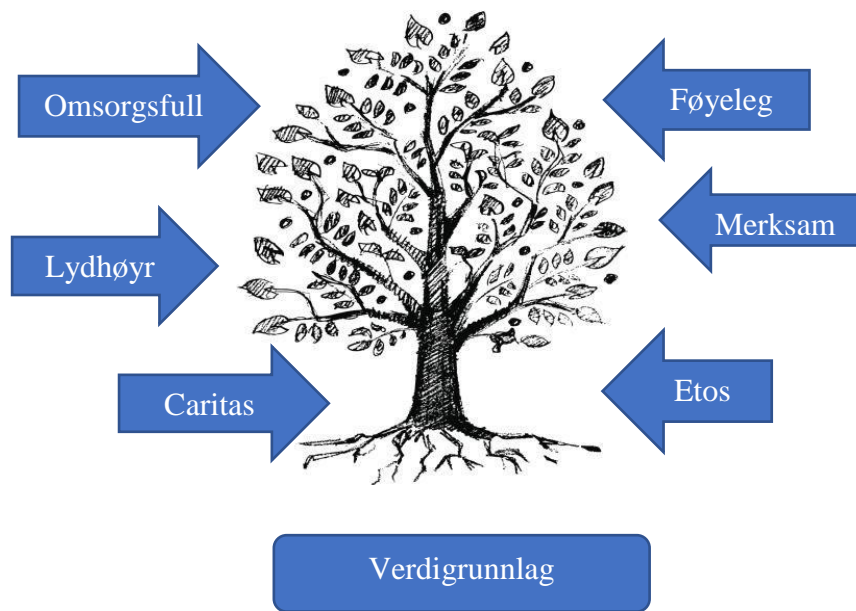
Figuren under er laga som eit forsøk på å visa forventningane sjukepleiar møter dagleg. Dei ulike punkta rundt den høgt etterspurde sjukepleiaren kunne vore enno fleire for å visa krava sjukepleiar vert møtt med.



Figur 1: Forventningar til sjukepleiar <http://likesuccess.com/img3679293>

Sjukepleiarar vert pressa mellom ulike omsorgsbehov pasientar treng, oppgåver dei er pålagd å utføra og ynskje om å gjera det så bra som mogleg for dei ulike pasientgruppene. Sjukepleiar ber med seg i hjarta ein idè om korleis den caritative omsorga bør vera, og korleis ein etisk sett bør handla. Korleis sjukepleiar klarar å stå i desse motstridande forventningane og presset, avheng av kor trygg han eller ho kjenner seg og kva ein har med seg av erfaringar og haldningar som kjem til uttrykk i handling. Som tidlegare forsøkt vist med omsorgsvitskapens tre må sjukepleiar må ha gode røter, ei stødig stamme og føyelege greiner, og ha eit verdigrunnlag beståande av eit caritativt etos, i tillegg kunna ta til seg «næring» for å veksa.





Figur 2: Den stødige sjukepleiar

## 5.7 Endringar og konsekvens for praksis

Det er i dag ikkje nok sjukepleiarar til å ivareta dei ulike gruppene pasientar. Sjukepleiarar arbeider i eit stadig skiftande tempo og arbeidsmåte. Omsorga kan med det lett bli «hastig», noko som igjen kan føra til at pasienten ikkje kjenner seg sett. Dei palliative pasientane og pårørande må i tillegg forhalda seg til mange ulike personale, med ulike erfaringar og interesser. Avdelingane si utforming, reint fysisk, gjer og ofte til at det ikkje vert den roa som må til, når eit menneske skal fullføra livet sitt.

Forsking som er synt til om kva som er viktig i møtet med ulike pasientar, enten dei er kurative eller palliative, viser at forventningane til sjukepleiaren er store. Fokuset på «det gode møtet» bør likevel få meir plass. For at dette skal kunna skje, må det tilsetjast nok personale til å ivareta dei ulike pasientgruppene. Kvar omsorgsytar må i tillegg gå i seg sjølv, og tenkja igjennom korleis ein er i møtet med pasientar for å kunna gi caritativ heilskapleg omsorg, og ein må tenkje over korleis ein ville bli møtt sjølv. For at dette skal kunna skje, må sjukepleiarane opna opp og sjå kva som står på spel i kvar situasjon. Vidare må ein forsøkjja å sjå den enkelte og prøva å setja seg inn i hans

eller hennar situasjon. Ein må klare «å snu om», finne dei «rette tonane», stille seg inn, når ein går frå sorg til glede, og omvendt. For at sjukepleiarar skal kunna yta god og heilskapleg ivaretaking av pasienten, bør dei sjølv og verta ivareteken i form av tid til omarbeiding av inntrykk og samtalar rundt vanskelege situasjonar dei møter. Ein treng gode leiarar som ser kva som er viktig, og som legg til rette for vegleiing, og arbeidar for at sjukepleiarar får påfyll i form av fagdagar og kurs, der ikkje berre sjukepleiefaglege og medisinske emne vert tema, men og korleis me utviklar oss som omsorgsytarar. Fokus på etikk, bør vektleggast høgare.

Omsorgsvitskapen, med sitt fokus på helse og lidning, verd og omsorg, kan vere med å gi oss eit anna verdigrunnlag, ei anna forståing enn produksjonskravet. Frustrasjonen er som vist stor blant sjukepleiarar og andre helsearbeidarar rundt det at tida må brukast til å tenkja økonomi og produktivitet. Nedskjering av senger på sjukehus, og dertil nedskjering av tilsette, fører til auka frustrasjon. Lite tyder på at pasienttala på sjukehus vil minka. Korleis ein i framtida skal møte det aukande talet på kreftpasientar og andre pasientgrupper, med stadig aukande krav til produksjon, kan ein ha vanskeleg for å sjå. Dersom omsorgsvitskapen som ein autonom disiplin hadde fått større plass i grunnutdanninga av sjukepleiarar, vil fleire vera med å retta søkjelyset på at produksjonstankegangen ikkje er den rette vegen å gå, for å ivareta pasientar på ein best mogleg måte. Utdanninga av studentar bør få eit større fokus på korleis ein skal vera som omsorgsytar, i tillegg til sjukepleiefagleg og teknisk utvikling, slik at ei ontologisk danning vert mogleg.

## 6 KONKLUSJON

Hensikta med denne studia var å få fram korleis sjukepleiarar erfarer det er å ha omsorg for både palliative og kurative pasientar samstundes, og kva eigenskapar ein tenkjer sjukepleiar må ha for at palliative pasientar skal kjenna seg ivareteken på ein travel sjukehusavdeling.

Omsorg til blanda pasientgrupper, er eit stemningsarbeid. Stemningane skiftar frå sorg til glede, og omvendt. Det å gå i mellom pasientar som skal verta friske og pasientar som er døyande, vert opplevd krevjande, eit arbeid med mykje kontrastar. Arbeidet vert skildra som å gå inn og ut av roller. Sjukepleiarar opplev at dei må arbeida på ein heilt anna måte når dei har omsorg for palliative pasientar, i forhold til andre pasientgrupper. Å kunna gå til kurative pasientar innimellom, blei skildra som «ei kvila».

Undersøkinga viste at sjukepleiarar opplevde dei har for lita tid til å ta seg tilstrekkeleg av dei ulike pasientgruppene, og dei gjekk ofte heim med kjensle av at dei ikkje hadde fått gjort nok, spesielt for dei palliative. Prioritering i kva dei skulle bruka tida på, blei opplevd som vond. Ynskje om å gjera den siste tida så bra som mogleg for dei palliative pasientane, var stor.

Omsorgsarbeidet, spesielt for dei palliative pasientane blei opplevd som eit modningsarbeid, ei ontologisk utvikling. Etter kvart som ein fekk meir erfaring, kjente ein seg tryggare og at ein vart betre på å ivareta ein døyande pasient. Korleis ein hadde det med seg sjølv, verka inn på arbeidet som skulle utførast. Fokuset kunne lett falla på praktiske og sjukepleietekniske prosedyrar og pasienten kunne risikera å ikkje verta sett, om sjukepleiar sleit med eigne problem og bekymringar.

For at sjukepleiarar skal kunna stå i eit arbeid som vert opplevd som krevjande og kontrastfullt, treng ein systematisk vegleiing og fagleg påfyll. Dette vart sett som ein mangel i dag. Måten ein løyste dette på var at sjukepleiarane tok vare på kvarandre, og såg arbeidsmiljøet som viktig for å klara å halda ut i jobben. Ei god og støttande leiing som ser utfordringane sjukepleiarane står i, og legg til rette for at ulike pasientgrupper skal verta ivareteken, får mykje å sei for korleis omsorga vert.

Eigenskapar sjukepleiar må ha er å kunna sjå dei ulike pasientane, kunna sjå kva som er viktig i kvar situasjon. Det at dei klarar å snu om i dei ulike møta, og samtidig kunna utføra arbeidet dei skulle gjera, blei sett som viktig. Gjentakande undervisning og påminning om korleis palliative pasientar burde ivaretakast på ein god og heilskapleg måte, vart og framheva som viktig. Eit omsorgsmiljø der etos vert internert, og sjukepleiar er bevisst på at deira veremåte verkar inn på omsorga som vert gitt, fører til ei meir caritativ omsorg.

## 7 LITTERATURLISTE

- Aakre, M. (2001). «Vi klarte det» Pleiepersonalet og døden. I K. Ronge, M. Aakre, K. Alm, L. Bomann-Larsen. *Verdier ved livets slutt, en antologi. Verdikommisjonen* (1.utg., s.56-65).
- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetenesten.* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Alsvåg, H. (2012). *Kärlek.* i L. W. Gustin & I. Bergbom, (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik.*(1. utg., s. 251-263). Lund: Studentlitteratur AB.
- Alsvåg, H. (2013). Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. I H. Alsvåg, Å. Bergland, O. Førland, (Red), *Nødvendige omveier. En vitenskaplig antologi til Kari Martinsens 70 – årsdag.* (1. utg., s.185- 198). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). The presence of love in Ethical caring. *Nursing Forum.* 41(1).
- Asp, M., & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I L. W. Gustin & I. Bergbom, (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik.*(1. utg., s.65-75). Lund: Studentlitteratur AB.
- Barbosa da Silvia, A. (1995). Dygdens plats i vårdetiken-Dygdens komplementära funktion I förhållande till principresonemang inom den allmänna etiken och vårdetiken. I K. Eriksson. (red), *Mot en caritativ vårdetik.* (s. 95-128). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi: Vårdforskning.

Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I L. W. Gustin, & I. Bergbom, (Red), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. utg. s. 47-61). Lund: Studentlitteratur AB.

Børli, H. (2010). *Hans Børlis beste dikt*. Oslo: Aschehoug & Co.

Coyle, N. (2010). Introduction to Palliative Nursing I B. R. Ferrel & N. Coyle (Red.). *Palliative nursing* (1. utgv., s. 3-10). New York: Oxford University Press, Inc.

Dahlberg, K., & Segersten, K. (2011). *Hälsa och vårdande: I teori och Praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (NEM) (2010,15.januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Henta ned 07.03.16 frå

<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

Delmar, C. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy*, 13(4), 236-243.

Delmar, C. (2013). Omsorgsetik I klinisk sygepleje – den gode, kloge og riktige sygepleje. I H. Alsvåg, Å. Bergland, O. Førland, (Red), *Nødvendige omveier. En vitenskaplig antologi til Kari Martinsens 70 – årsdag*. (1. utg., s.117-129). Oslo: Cappelen Damm AS.

Erichsen, E., Danielsson, E. H., & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurses'

understanding of honesty in palliative care. *Nursing ethics*, 17(1), 39-50.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano Aschehoug.

Eriksson, K. (2003). Ethos. I K. Eriksson, & U.Å. Lindström (Red.), *Gryning 2. Klinisk Vårdvetenskap*. (s.21-35). Vasa: Åbo Akademi.

Eriksson, K. (2009) Se Människan. Henta frå:

[https://fronter.com/hsh/links/files.phtml/1194135313\\$658650267\\$/Litteratur/Eriksson.K.+Se+m\\_prcnt\\_E4nniskan\\_prcnt\\_21](https://fronter.com/hsh/links/files.phtml/1194135313$658650267$/Litteratur/Eriksson.K.+Se+m_prcnt_E4nniskan_prcnt_21)

Eriksson, K., (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disiplin. I L. W. Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik*. (1. utg., s. 31 - 45). Lund: Studentlitteratur AB.

Gadamer, H.G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.

Gustin, L.W., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gustin, L.W. (2012). Medlidande. I L. W. Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik*. (1. utg., s.307-317). Lund: Studentlitteratur AB.

Gustin, L. W. (2014). Att förstå något genom något annat- metaforer I narrativ hermeneutik. I E. Lassenius & E Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda*. (1. utg., s. 107-120). Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Henta ned 01.03.16  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Houtepen, R., & Hendriks, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics* 10(4).

Iversen, G. S. (2012). Hva er lindrende behandling? *Kreftsykepleie* 2, 10-14. Henta 23.02.17 fra  
[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/hva\\_er\\_lindrende\\_behandling.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/hva_er_lindrende_behandling.pdf)

Kaasa, S., & Loge, J.H. (red) (2016). *Palliasjon Nordisk Lærebok* (3.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kreftregisteret (u.å.). *Kreftstatistikk*. Henta 23.02.17

<https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden*, 26(1), 15-19.



- Langseth, M., Trana, K., Joakimsen, T.S., (2017, 21. mars). *Svein låg på dobbeltrom med fire personer som døde – Uverdig*. Henta 21.03.17 fra [https://www.nrk.no/trondelag/fire-personer-svein-delte-rom-med-pa-st.-olavs-hospital-dode - -uverdig-1.13438454](https://www.nrk.no/trondelag/fire-personer-svein-delte-rom-med-pa-st.-olavs-hospital-dode--uverdig-1.13438454)
- Lassenius, E. (2014). Hermeneutiken i människans och vårdandets tjänst. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda*. (1.utg., s. 23-32). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Latinovic, A. (2013). *Palliativ sykepleie – en studie av faglige og eksistensielle utfordringer i praksis* (Mastergradsoppgåve, Universitetet i Stavanger). Henta frå: <https://brage.bibsys.no/xmlui//handle/11250/184238>
- Lindsröm, U. Å. (2014). Vårdvetenskap og hermeneutik i praksis. I E. Lassenius & E Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda*. (1. utg., s. 33-41). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Løvgren, M., Hamberg, K., & Tishelman, C. (2010). Clock time and Embodied time experienced by patients with inoperable lung cancer. *Cancer Nursing. Volum 33(1)*, 55-63.
- Malterud, K. (2012). *Kvalitative metoder i forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget s 51-86.
- Martinsen, K., & T. A. Kjær (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2014). Vil du meg noe? Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alsvåg, O. Førland & F.F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (1. Utg., s. 225-244). Bergen: Vigemostad & Bjørke AS.

- McCourt, R., Power, J. & Glackin, M. (2013). General nurses` experiences of end of life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 19(10).
- Moen, K. (2016). *Death at work. An interpretation of biographical narratives of professionals in end of life care* (PhD Thesis. No 304, University of Stavanger). Norway.
- Näsman, Y., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetik—vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande. *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(2), 50-52.
- Näsman, Y. (2010). Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning. Dygd som värdetiskt grundbegrepp. *Åbo Akademis Förlag – Åbo Akademi University Press*.
- Näsman, Y. (2012). Dygd – ett värdetiskt grundbegrepp. I L. W. Gustin & I. Bergbom, (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik*. (1.utg., s.215-225). Lund: Studentlitteratur AB.
- Näsman, Y., Nyström, L., & Eriksson, K. (2012). From Values to Virtue: The Basis for Quality of Care. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 50.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring I sykepleiens etikk* Oslo: Gyldendals akademisk.
- Oliver, T., & O'connor, S. J. (2015). Perceptions of a " good death" in acute hospitals. *Nursing times*, 111(21), 24-27.
- Pamanowska,E., Wexels, J.C., Lundby, I. H., Iversen, E.S., Lindahl, A.K. & Ruud, T.E. (2006). Senger for pasienter i en palliativ fase på en kirurgisk post. *Tidsskr. Norske Lægeforening* (3)126, 137-138.

- Rykkje, L. (2014). Betydningen av kjærlighet og makt i omsorgsrelasjoner belyst ved teologen og filosofen Paul Tillich. I H. Alsvåg, O. Førland & F.F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (1. Utg., 111-122). Bergen: Vigemostad & Bjørke AS.
- Rønsen, A., & Jacobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv. Omsorg for døende og de som står nær.* (1.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Samuelsen, E. K. (2015). Refleksjonsrom – rom for faglig og personlig dannelse. I T.A. Kjær, K. Martinsen, K. (Red.), *Utenfor tellekantene, Essays om rom og rommelighet* (I. utg., s. 65-75). Bergen: Vigemostad & Bjørke AS.
- Sheehan, D. K., Mallooy, P. (2010). Nursing Education i B. R. Ferrel & N. Coyle. *Palliative nursing* (1. utg, s. 1193-1209) New York: Oxford University Press, Inc.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.* (4 utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sæteren, B., Lindström, U. Å., & Nåden, D. (2011). Latching onto life: living in the area of tension between the possibility of life and the necessity of death. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 811-818.
- Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I Reitan, A. M.& Schøllberg, T.K. (Red.) *Kreftsykepleie. Pasient- utfordring-handling.* (3 utg. s. 235-255) Oslo: Akribe AS.
- Sørfonden, W. B., & Finstad, H. H. (2015). Å smi et tillitsforhold-helsepersonells erfaringer om samtalens vilkår i møte med pasienter og pårørende. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 150-164.

- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M. B. (2015). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 353-360.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, R. (2015). En undring omkring stemningenes rom. I T.A. Kjær, K. Martinsen, (Red) *Utenfor tellekantene, Essays om rom og rommelighet* (I. utg., s.95-114) Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Trier, E. L. (2016). Møter døende med modig nærvær. *Sykepleien*, (7) 48-50. doi:10.4220/Sykepleiens.2016.58051.
- Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(1), 32-40.
- Walstad, P. H. B., (2013). Dannelse og forankring i H. Alsvåg, Å. Bergland, O. Førland (Red) *Nødvendige omveier. En vitenskaplig antologi til Kari Martinsens 70 – årsdag* (1. utg., s.217-229) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Wärnå-Furu, C. (Red) (2014). *Hälsans praxis – I liv och arbete* Stockholm: Liber AB.

## 8 VEDLEGG

### Vedlegg nr 1

Intervjuguide:

Årsaka til at eg har bedt om å få dette intervjuet er at eg ynskjer å sjå nærmare på den palliative pasienten sin situasjon når han er innlagt på eit somatisk sjukehus og korleis det er for dåke som sjukepleiarar å ha ansvar for både palliative og kurative pasientar samtidig.

\*Eg vil fyrst byrje med å spørje om de kan fortelje litt om arbeidskvardagen dåkes?

\*Kor mange pasientar har de ansvar for kvar på ei vakt?

#### **Organisering:**

\*Kva tenkjer de rundt det er å ha ansvar for ulike pasientgrupper samstundes, både palliative og kurative? Kva gjer det med dåke som person å gå frå ein døyande og vidare til ein som er innlagt for ein kurativ diagnose? Kan de nemne føremoner med blanda avdeling?

\*Korleis opplev de «tida»? er det nok tid i løpet av arbeidsdagen til at de får gjort det dåke ynskjer å gjere?

\*Er det noko som pregar måten de tenkjer omsorga til den palliative pasientane bør vera? Miljø på avdelinga? Leiinga? Strukturelle forhold?

\*Kva behov har du som omsorgsperson til å kunne yte god sjukepleie? Finnes det noko støtteordning på arbeidsplassen? Debrifingsmøter? Tilbod om kurs og etterutdanning?

#### **Eigenskapar:**

\*Kva tenkjer de er viktig når ein skal ta seg av palliative pasientar?

\*Er det nokre spesielle eigenskapar de ser at det er viktig at sjukepleiar må ha i ein slik situasjon?

\*Kva tenkjer dåke det er som gjer at ein klare å sjå «heile pasienten» og gje heilskapleg omsorg?

\*Når dåke har oppnått ein god pasientkontakt og fått fylgt pasienten i siste delen av hans liv, kva tenkjer dåke i etterkant det var som gjorde at det blei sånn ? Vil de fortelje om ein «god» pasientoppleving?

\*Kan dåke fortelje om eventuelle tilbakemeldingar de har fått frå pasientar som har gitt utrykk for korleis dei har opplevd omsorga?

\* Enkelte pasientar får ein kanskje eit tettare «band» til, kan de sei noko om det? Kva er det som gjer det? Kan de beskriva den omsorga de føler? Korleis er det å diskutere dette med kollegaer? Er det nokon som ynskjer å sei noko om det?

\*Kva tenkjer dåke har forma dåke til dei omsorgsytarar de er i dag? Oppdraging og oppvekst?  
Utdanninga? Erfaring?

\*Er det nokon som har noko meir de ynskje å fortelje rundt det me har snakka om i dag? Det er og  
mogleg å avtale eit møte i etterkant om nokon vil det?

## Vedlegg nr 2



Kari Marie Thorkildsen  
Avdeling for helsefag Høgskolen Stord/Haugesund  
Postboks 1064  
5407 STORD

Vår dato: 27.04.2016

Vår ref: 48027 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48027	<i>Ivaretaking av palliative pasientar på sjukehus</i>
	<i>Kva eigenskapar må sjukepleiar ha for å gi heilskapleg omsorg?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen Stord/Haugesund, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kari Marie Thorkildsen</i>
<i>Student</i>	<i>Berit Sølvi Krunenes Røksund</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

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

### Vedlegg nr 3

Berit K Røksund  
Ytre Røyksund 30  
5440 Mosterhamn

Mosterhamn, dato

Helseforetak  
Avd leiar sitt navn

## **Førespurnad om hjelp til å formidle kontakt med sjukepleiarar ved avdelinga i samband med eit forskingsintervju.**

Eg viser til telefonsamtale (dato) og takker for din velvilje til å formidle kontakt med sjukepleiarane ved avdelinga.

Eg arbeider som sjukepleiar ved Stord Sjukehus og tek i tillegg ei Masterutdanning ved Høgskulen Stord/Haugesund, emne Klinisk Helse og Omsorgsvitskap. Eg er no i gang med sjølve Masteroppgåva, som vil omhandle palliative pasientar sin situasjon når dei er innlagt på eit vanleg sjukehus og korleis personalet opplev dei klarer å ta seg av desse pasientane samtidig som dei skal ivareta andre pasientgrupper.

Formålet med oppgåva er å belyse utfordringane det er både for pasientar og personale når ein har kurative og palliative pasientar liggande på same avdeling og kanskje same rom. Ynskje er og å sjå på kva eigenskapar sjukepleiar nyttar for å ivareta dei ulike behova og vidare korleis ein skal kunne betra omsorga til dei palliative pasientane på eit sjukehus.

Ynskje er å få intervjuje sjukepleiarar som har arbeid med både palliative og kurative pasientar samstundes i minst 2 år. Då eg tenkjer å gjennomføre gruppeintervju, dvs samtale med, tre til fem sjukepleiarar samstundes, ser eg at eg treng hjelp med å finne tid der dette kan passe, med tanke på dei aktuelle sjukepleiarane sin turnus og anna. Det ville og vore fint om du kunne vore til hjelp med å skaffe eit rom me kunne vore uforstyrra i. Intervjuet vil vare ca ein time.

Det vil vere fint om eg kan få ein tilbakemelding kven som takker ja, slik at eg kan få sende desse eit informasjonsskriv om studia og be om at dei skriv under samtykkeskjema.

Ved eventuelle spørsmål, ta gjerne kontakt.

Takker på førehand så mykje for hjelpa.

Med venleg helsing  
Berit K Røksund  
Tlf 92646614  
berit.roksund@haugnett.no



## Vedlegg nr 4

### **Førespurnad om deltaking i forskingsprosjektet**

#### *Ivaretaking av palliative pasientar på sjukehus*

Eg arbeider som sjukepleiar ved Stord Sjukehus og tek i tillegg ei Masterutdanning ved Høgskulen Stord/Haugesund, emne Klinisk Helse og Omsorgsvitskap. Eg er no i gang med sjølve Masteroppgåva, som vil omhandle palliative pasientar sin situasjon når dei er innlagt på eit vanleg sjukehus og korleis sjukepleiarar opplev dei klarer å ta seg av desse pasientane samtidig som dei skal ivareta andre pasientgrupper.

Eg har vore i kontakt med din avdelingsleiar, og fått opplyst at du kan tenkje deg å stille til intervju. Dette er eg svært takksam for. Grunnen til at du vert spurd er at du har arbeid med palliative pasientar over ei viss tid, og har samstundes ansvar for kurative pasientar.

#### **Bakgrunn og formål**

Formålet med oppgåva er å belyse utfordringane det er både for pasientar og personale når ein har kurative og palliative pasientar liggande på same avdeling og kanskje same rom. Ynskje er og å sjå på kva eigenskapar sjukepleiar nyttar for å ivareta dei ulike behova og vidare korleis ein skal kunne betra omsorga til dei palliative pasientane på eit sjukehus.

#### **Problemstillinga eg har valt for oppgåva er:**

*Kva meiner sjukepleiarar er viktig for å kunne yte heilskapleg omsorg for palliative pasientar?*

#### **Kva inneber deltaking i studien?**

Eg har tenkt å utføre gruppeintervju, med tre til fem sjukepleiarar i kvar gruppe som vil foregå på din arbeidsplass og vare i ca ein time. Gruppeintervjuet vil foregå som ein vanleg samtale. Tema som vil verte diskutert er korleis det vert opplevd å gå mellom kurative og palliative pasientar, om ein får tid nok til å ivareta dei ulike pasientane sine behov og kva eigenskap sjukepleiar treng for å yta omsorg.

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

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt. Samtalen blir tatt opp på lydband, før det vert skrive om til tekst. Lydfilene er det berre eg som har tilgang til. I den ferdige masteroppgåva vil teksten bli anonymisert og omarbeidd slik at det ikkje er mogleg å finne tilbake til deg som enkeltperson eller din arbeidsstad.

Prosjektet skal etter planen vere avslutta juni 2017

Alle personopplysningar vert då sletta.

### **Frivillig deltaking**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å gi opp nokon grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysningar om deg bli sletta.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med meg Berit K Røksund tlf 92646614 eller min vegleiar 1. lektor Kari Marie Thorkildsen tlf 53491468, 95920749, [kari.thorkildsen@hsh.no](mailto:kari.thorkildsen@hsh.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.  
Prosjektnr. 48027

### **Samtykke til deltaking i studien**

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg nr 5

Berit K Røksund  
Ytre Røyksund 30  
5440 Mosterhamn

Røyksund 10/5-16

HR – Direktør  
Seksjon for personal og organisasjonsutvikling  
HR- området  
Helseforetaket

Førespurnad om løyve til å intervjuje sjukepleiarar i Helseforetaket

Eg arbeider som sjukepleiar Stord Sjukehus og tek i tillegg ei Masterutdanning ved Høgskulen Stord/Haugesund, emne Klinisk Helse og Omsorgsvitskap. Eg er no i gang med sjølve Masteroppgåva, som vil omhandle palliative pasientar sin situasjon når dei er innlagt på eit vanleg sjukehus og korleis personalet opplev dei klarer å ta seg av desse pasientane samtidig som dei skal ivareta andre pasientgrupper.

Formålet med oppgåva er å belyse utfordringane det er både for pasientar og personale når ein har kurative og palliative pasientar liggande på same avdeling og kanskje same rom. Ynskje er og å sjå på kva eigenskapar sjukepleiar nyttar for å ivareta dei ulike behova og vidare korleis ein skal kunne betra omsorga til dei palliative pasientane på eit sjukehus. Spørsmåla eg vil stille vil omhandle dette tema.

Ynskje er å få intervjuje sjukepleiarar som har arbeid med både palliative og kurative pasientar samstundes i minst 2 år. Eg tenkjer å gjennomføre to til tre gruppeintervju, dvs samtale med, tre til fem sjukepleiarar samstundes, og vil difor kontakte funksjonsleiarar ved sengepostar som har blanda pasientgrupper, og høyre om dei kan vere til hjelp med å skaffe informanter. Intervjua vil ta ca 1 time. Ynskje er å få utført intervjua i løpet av juni, eventuelt august 2016.

Informantane vil få eit informasjonsskriv der det vert opplyst at det er frivillig å delta i studien, og at dei kan når som helst trekke sitt samtykke utan å gi opp nokon grunn.

Eg har søkt og fått løyve frå NSD, Norsk senter for forskingsdata, for å starte med denne oppgåva. Alle opplysningar vil verte handsama konfidensielt, det vil ikkje komme fram i oppgåva kva avdeling eller sjukehus informantane arbeider ved.

Dersom det skulle vere fleire opplysningar som må til for å gi løyve til å få snakke med tilsette i Helseforetaket, vil eg sende desse.

Venleg helsing

Berit K Røksund

## Vedlegg nr 6

Berit Sølvi Krunenes Røksund  
Ytre Røyksund 30  
5440 MOSTERHAMN

Offl. § 13, jf fvl. § 13 nr. 1

Deres	ref: Vår	ref: Saksbehandler:	Dato:
	2007/3143 - 19010/2016	N.N tlf	13.05.2016

### Forespørsel om innhenting av opplysninger – Røksund

Viser til din henvendelse datert 10.05.16, som gjelder forespørsel om tillatelse til å intervju sykepleiere i forbindelse med din masteroppgave ved Høgskolen Stord Haugesund.

Helseforetaket vil med dette bekrefte at du kan gjennomføre ditt prosjekt i tråd med det du skriver i søknaden, med presiseringer som under og innenfor følgende rammer:

Du kan ta kontakt med funksjonsleder ved disse to seksjonene for å velge ut og avtale med aktuelle kandidater:

- Medisinsk klinikk ved funksjonsleder
- Kirurgisk seksjon ved funksjonsleder

Det er avklart med begge disse seksjonene at du kan ta kontakt.

Det er nødvendig med tett samarbeid med aktuell leder når samtaler skal planlegges, og leder må beslutte på om dette kan gjennomføres i arbeidstiden. Dersom det blir aktuelt at noen av sykepleierne må benytte fritid til dette, må det i såfall gjøres uten kompensasjon for frammøte på fritid. Dette må avklares med respondentene i forkant.

Det forespørres sykepleiere i de nevnte seksjoner, tilsvarende 2 eller 3 forskjellige grupper à 3-5 sykepleiere. Disse skal det gjennomføres en samtale med varighet 1 time. Samtalene gjennomføres i juni og/eller august 2016.

Respondentene må gi informert samtykke for å delta i intervjuene.

Da ønsker vi deg lykke til med Masteroppgaven.

Vennlig hilsen  
For HR-direktør

N.N.  
Rådgiver, HR

