



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	31-05-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR2
<b>Sluttdato:</b>	01-06-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	45
<b>SIS-kode:</b>	203 HELS-OPPG 1 O-1 2018 VÅR2		
<b>Intern sensor:</b>	Arne Wilhelm Rehnsfeldt		

### Deltaker

<b>Navn:</b>	Bente Haug
<b>Kandidatnr.:</b>	406
<b>HVL-id:</b>	138309@hvl.no

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Rommets betydning: Erfaringer lærere i sykepleierutdanningen har med rommets betydning i simuleringssituasjoner, der studenter har fokus på pasienter i livets slutfase.
<b>Antall ord *:</b>	28700
<b>Navn på veileder *:</b>	Anne Lise Holm
<b>Tro- og loverklæring *:</b>	Ja
<b>Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:</b>	Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

# MASTEROPPGAVE

## Rommets betydning:

Erfaringer lærere i sykepleierutdanningen har med rommets betydning i simuleringssituasjoner, der studenter har fokus på pasienter i livets slutfase.

## The significance of space:

Nurse educators' experiences regarding the importance of space in situations with simulation, where students focus on patients in their last stages of life.

## Bente Haug

Tverrfaglig master i klinisk helse- og omsorgsvitenskap  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS) / Institutt for helse- og omsorg /  
Masteroppgave klinisk helse- og omsorgsvitenskap HELS-OPPG

Veileder: Anne Lise Holm  
Innleveringsdato: 01.06.18 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## **Forord**

Denne oppgaven er en del av mitt mastergradsstudium Klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet. Hensikten med oppgaven har vært å belyse hvordan lærernes erfaringer med rommets betydning gjennom simulering kan hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med pasienten som er i livets siste fase. Det har vært både spennende og utfordrende å se de ulike rommelige dimensjonene inn mot simulering. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre denne studien uten gode støttespillere og det er mange jeg vil takke!

Jeg vil takke deltakerne i fokusgruppen som har delt av sin kunnskap og mangeårige erfaring. Det engasjementet dere har vist har motivert og inspirert meg gjennom hele oppgaven. Deres bidrag har vært uvurderlig!

Takk til min veileder Anne Lise Holm som har delt av sin kunnskap og erfaring. Jeg har møtt til veiledning med mange løse tråder og usikkerhet på veien videre. Takk for saklige og gode tilbakemeldinger. Du har klar å løfte blikket mitt og gitt motivasjon til å fortsette arbeidet.

Takk til Cathrine Veia Storesund og Bente Skogen som var assistentene mine i hvert sitt fokusgruppeintervju. Dere hadde kontroll på det praktiske, over teknikken og hadde overblikket gjennom fokusgruppeintervjuene.

Jeg vil også takke mine gode kollegaer som har vist interesse for det jeg har jobbet med. Dere har kommet med oppmuntrende kommentarer og har vært gode diskusjonspartnere.

Takk til Bente Skogen for gode innspill når oppgaven nærmet seg ferdigstilling og til Daisy Michelle Princeton for hjelp med engelsk oversettelse.

Takk til Alf Kristian og Elin som har lest korrektur. Det er lett å «bli blind» når en har lest det samme innholdet mange ganger.

Så vil jeg rette en stor takk til familien min som har vist forståelse, gitt støtte og oppmuntring hele veien. Det har vært sene kvelder og mange helger som har gått med i en hektisk skriveperiode. Nå ser jeg fram til mer samvær med familie og venner!

Haugesund 31.05.2018

Bente Haug

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Studenter som er i sykepleierutdanningen uttaler at de gruer seg for å møte pasienter som er i livets siste fase. De har behov for å få erfaring før de skal ut i praksis, og simulering er en undervisningsmetode som kan gi denne erfaringen. Fokus er rettet mot læreres erfaring med rommet i simulering. Studien er basert på et omsorgsvitenskapelig perspektiv.

**Hensikt:** Målet med studien er å belyse hvordan lærernes erfaringer med rommets betydning gjennom simulering kan hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med den døende pasienten.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming. Den er basert på to fokusgruppeintervju med de samme deltakerne. Data ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

**Funn:** I funnene kom det fram to hovedtema og seks subtema:

1. Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient

- Lærerens rolle – den som styrer og tilrettelegger for læring
- Å redusere distansen mellom lærer, student og pasient
- Overføringsverdi mellom simuleringsrom og praksis

2. Økt bevissthet gjennom refleksjon.

- Samtalens betydning som ledd i refleksjon
- Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter
- Å være lydhør og tilstede i rommet

**Oppsummering/konklusjon:** Rommets ulike dimensjoner kan være utfordrende å synliggjøre. Lærere erfarer at en gjennom simulering med gode pasientcase og påfølgende debriefing og refleksjon kan synliggjøre noe av rommets ulike dimensjoner. Dette kan gjøre studentene bedre forberedt til å møte og gi omsorg til pasienter i livets siste fase.

**Nøkkelord:** Rom, romslighet, mellomrom, miljø, atmosfære, livsrom, simuleringsrom, trygghet, verdighet, tilstedeværelse

## Abstract

**Background:** Students who are in nursing education have expressed that they are anxious to meet patients who are in their final stages of life. They need simulated experiences before their actual clinical practice. This study focuses on the importance of space related to nurse educators' experiences in palliative care simulation. The theoretical perspective used was Caring Science

**Purpose:** The aim of the study is to illuminate how the importance of space related to nurse educators' experiences in palliative care simulation can help students be prepared in meeting with their dying patient.

**Method:** The study has a qualitative design with a hermeneutical approach. It is based on two focus group interviews with the same participants. Data was analysed with the use of qualitative content analysis.

**Findings:** In the findings, two main themes and six sub-themes were presented:

1. Frames that create safe and good rooms for the student and patient

- The nurse educators' role - the one who leads and facilitates learning
- To reduce the distance between the nurse educator, student and patient
- Transfer value between simulation rooms and practice

2. Increased awareness through reflection.

- The importance of the conversation as part of reflection
- To have good role models who can highlight good patient meetings
- To be responsive and present in the room

**Summary/Conclusion:** The space comprising different dimensions can be difficult to visualise. Nurse educators' experiences in palliative care simulation show various dimensions of simulated space. These dimensions allow students to be better prepared to meet and provide nursing care to the patients in their last stages of life.

**Keywords:** Room, spaciousness, space, environment, atmosphere, living room, stimulation room, safety, dignity, presence

## Innhold

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Abstract .....	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde .....	2
1.2 Oppgavens hensikt og relevans .....	3
1.2.1 Mål med studien.....	4
1.2.2 Avgrensning/presisering .....	4
1.2.3 Problemstilling .....	4
1.3 Oppgavens struktur.....	5
2. Teori .....	6
2.1 Klinisk omsorgsvitenskap.....	6
2.2 Simulering .....	7
2.3 Trygghet.....	9
2.4 Rommet .....	10
2.5 Omsorg i livets slutfase – palliativ omsorg .....	14
2.6 Presentasjon av relevant forskning som kan belyse forskningstemaet.....	18
3.0 Metodologi og vitenskapsteoretisk grunnlag .....	24
3.1 Hermeneutikk .....	24
3.2 Den hermeneutiske sirkel eller spiral .....	25
3.3 Forforståelse .....	25
3.4 Å forske i eget miljø .....	26
4.0 Forskningsdesign og metode.....	28
4.1 Metode for innsamling av data .....	28
4.1.1 Fokusgrupper .....	28
4.1.2 Utvalg.....	31
4.1.3 Inklusjonskriterier .....	32
4.1.4 Etske vurderinger .....	32
4.1.5 Søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).....	33
4.2 Transkribering av data .....	33
4.3 Analyse av data.....	34

4.4 Troverdighet .....	35
5.0 Presentasjon av funn.....	38
5.1 Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient .....	40
5.1.1 Lærerens rolle – den som styrer og tilrettelegger for læring .....	41
5.1.2 Å redusere distansen mellom lærer, student og pasient .....	45
5.1.3 Overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis .....	47
5.2 Økt bevissthet gjennom refleksjon .....	50
5.2.1 Samtalens betydning som ledd i refleksjon .....	51
5.2.2 Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter.....	53
5.2.3 Å være lydhør og tilstede i rommet .....	55
6.0 Drøfting .....	58
6.1 Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient .....	58
6.1.1 Trygghet og verdighet forutsetter gode relasjoner og gode rom.....	59
6.1.2 Overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis .....	65
6.2 Økt bevissthet gjennom refleksjon .....	67
6.2.1 Samtale, lydhørhet og tilstedeværelse i det omsorgsgivende rommet.....	68
6.2.2 Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter.....	71
6.3 Studiens betydning for praksis .....	72
6.4 Forslag til videre forskning.....	72
6.5 Metodiske refleksjoner .....	72
7.0 Avslutning .....	74
Referanser.....	I
Vedlegg .....	VII
Vedlegg 1 – Svar fra NSD.....	VII
Vedlegg 2 - Forespørsel om å få deltakere til forskningsprosjekt.....	X
Vedlegg 3 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	XI
Vedlegg 4 – Temaliste til 1. fokusgruppeintervju .....	XIII
Vedlegg 5 – Spørsmålsguide til 2. fokusgruppeintervju .....	XIV

## 1.0 Innledning

Denne masteroppgaven handler om rommets betydning og hvilke erfaringer lærere ved en bachelorutdanning i sykepleie har, av rommets betydning i simuleringssituasjoner med studenter som har fokus på pasienter i livets siste fase. Jeg er opptatt av hvordan vi gjennom utdanningen kan gjøre studentene best mulig forberedt på det som møter dem i praksis. Flere og flere mennesker lever med sykdommer som vil forkorte livet og sykepleiere er den gruppen innen helsevesenet som vil ha ansvar for pleie og omsorg for disse pasientene og deres pårørende. Studier viser at det er et økt behov for sykepleiere med god kunnskap i behandling, pleie og omsorg til pasienter i livets siste fase og utdanningsinstitusjonene vil ha en viktig rolle i forhold til å utdanne disse (Ferrell, Malloy, Mazanec & Virani, 2016; Lippe & Carter, 2015). Nyutdannede sykepleiere forventes å ha kompetanse i omsorg og pleie av den alvorlig syke pasienten og i å ivareta hans eller hennes pårørende og det er derfor av stor betydning at studentene får teoretisk kunnskap og trening i omsorg til disse pasientene før de er ferdig utdannet (Ferrell et al., 2016).

I Norges offentlige utredninger nr. 16 fra 2017, om palliasjon til alvorlig syke og døende, viser utvalget til grunnelementer som må være til stede for at en skal kunne tilby pasienter palliativ behandling, samt pleie og omsorg på et høyt internasjonalt nivå: *Kliniske forskningsresultater, optimal organisering av helse- og omsorgstjenestene, palliasjon i alle helse- og sosialfaglige utdanninger der profesjonene møter pasienter som trenger palliativ behandling, kompetanse hos helsepersonell, tilretteleggelse for pasientmedvirkning, respekt for pasientens integritet og informerte valg, samt grunnholdninger der et pasientsentrert fokus er sidestilt med sykdomssentrert* (NOU 2017:16, 2017, s.11). Sentralt i utredningen er blant annet kompetanse, utdanning og verdier. Utgangspunktet for yrkesutøvelsen innenfor palliasjon er pasientens erfaringer som er forbundet i et komplekst nett av følelser, meninger og uttrykk.

Utvalget skriver at helsepersonell bør få den grunnleggende kompetansen i palliasjon gjennom sin grunnutdanning. Det å møte pasienter med livstruende sykdom krever at en har kompetanse i å kommunisere med pasienter og pårørende som er i en sårbar situasjon. Omfanget av undervisning i palliasjon varierer både innad og mellom de ulike utdanningsstedene og her mener utvalget at utdanning innen palliasjon må styrkes både teoretisk og praktisk (NOU 2017:16, 2017).



I Stortingsmelding nr.16 *Kultur for kvalitet i høyere utdanning* trekkes studentaktive læringsformer fram (Kunnskapsdepartementet, 2016, s.50-53). Det er under utarbeidelse nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Dokumentet *Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger – sykepleierutdanning* er utarbeidet av en nasjonal arbeidsgruppe og sier blant annet:

I praksisstudiene skal det legges til rette for varierte læringsformer (som f. eks. litteraturstudier, casestudier, ferdighetstrening, simulering og refleksjon) som understøtter læringsutbyttene og bidrar til sammenhengende og integrerte overganger mellom teori og praksis. I praksisstudiene skal det også legges til rette for samhandling og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) (Kunnskapsdepartementet, u.å. s.9).

Jeg mener at omsorgsvitenskapen kan gi viktige bidrag inn i simuleringssettinger som omhandler pasienter. Simulering kan utvikle og gjøre evident studenters kliniske kompetanse, men det kan være utfordrende å gjøre evident betydningen av simulering i forhold til studentenes møte med pasientens lidelse (Lejonqvist, Eriksson & Meretoja, 2016).

Mitt håp er at studien og funnene mine kan komme pasienten til gode, men det får jeg ikke svar på da jeg ikke undersøker dette videre. Jeg undersøker heller ikke videre studentenes erfaringer i forhold til trygghet, verdighet og forberedthet i praksis. Jeg håper funnene kan brukes i utdanningsøyemed når en skal lage simuleringsscase og gjennomføre simuleringer med studenter i bachelorutdanningen i sykepleie.

### 1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde

Som sykepleier med mange års klinisk erfaring fra gynekologisk og intensivavdeling har jeg erfart at møte med pasienter i livets slutfase kan være både utfordrende og givende. I slike situasjoner har jeg måtte forholde meg til raske endringer i det kliniske bildet og pasienten har gjerne hatt plagsomme symptomer og smerter. Mange av disse møtene har vært utfordrende både psykisk og eksistensielt. Denne erfaringen har jeg med meg inn i sykepleierutdanningen. Jeg har gjennom møter med studentene i praksis, i veiledningsgrupper, laboratorieøvelser og ved forelesninger, fått tilbakemelding fra studenter at de gruer seg til møtet med pasienter i livets siste fase. Studentene sier at de ikke er forberedt på å møte døende pasienter og at de ikke er forberedt på hvordan de skal kunne ivareta disse pasientene. Lærere i bachelorutdanningen sitter med samme erfaring når det gjelder studentenes opplevelse av

manglende forberedthet. Mange studenter har gjerne fokus på praktiske gjøremål i disse møtene både i praksis og i simulering og inntar gjerne en praktisk og effektiv holdning. Dette fokuset kan da føre til at de slipper å forholde seg til pasienten på det eksistensielle plan. Jeg har gjennom masterstudiet i klinisk helse- og omsorgsvitenskap reflektert over dette med dannelsen. Når vi går gjennom et utdanningsløp, er dette med på å gi oss kunnskap, ferdigheter og holdninger. Denne kunnskapen danner oss som yrkesutøvere gjennom erfaring og skjønn. Den omsorgsvitenskapelige kunnskapen kjennetegnes av et helhetssyn på mennesket som pasient og kan bidra til at vi kan se og oppfatte pasientens unike og aktuelle situasjon. Jeg mener at denne kunnskapen vil kunne bidra til at studentene lettere ser pasienten som et unikt individ med ulike behov, både fysisk, psykisk, åndelig og eksistensielt. Omsorgsvitenskapen kan dermed bidra til at studentene kan handle omsorgsgivende.

## 1.2 Oppgavens hensikt og relevans

Tidligere forskning viser at sykepleierstudentene ikke er forberedt på å møte pasienter i livets siste fase og studentene er bekymret for hvordan de skal håndtere slike situasjoner.

Studentene er også redd for egne reaksjoner (Ek et al., 2014). Som lærer i bachelorutdanningen i sykepleie har jeg i flere år vært engasjert i simulering som en metode for studentene å erverve seg kunnskap og erfaring på. Mye av simuleringsaktiviteten kan handle om å gjøre kliniske vurderinger, sette i verk tiltak, utføre prosedyrer og evaluere dette. Det vil i slike tilfeller ofte være mindre fokus på eksistensiell omsorg. Jeg er opptatt av at studentene skal ha mulighet til å øve på ulike pasientsituasjoner og utfordringer før de skal ut i praksis og jeg mener at studentene kan få noe av denne erfaringen gjennom simulering. Her tror jeg at simuleringens tilrettelegging og gjennomføring av erfarne lærere/fasilitatorer vil ha betydning for studentenes læring. I en kvalitativ studie med observasjon og intervju i forbindelse med simulering for sykepleierstudenter (McNiesh, 2015) kommer det fram at en vet lite om prosesser innen simuleringsmiljø som letter læring av sosiale og relasjonelle komponenter av sykepleiepraksis.

Jeg ønsker å belyse hvordan rommet kan ha betydning i simuleringssituasjoner der studenter har fokus på pasienter i livets siste fase. Dette ønsker jeg å finne ut av ved å intervjuere lærere som har erfaring med omsorg ved livets slutt og som har erfaring med simulering som læringsmetode for studenter.

Ved å velge en kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming har jeg forsøkt å få en økt forståelse for rommets betydning i simuleringssituasjoner der en møter pasienten i livets siste fase. Jeg jobbet med tematikken over en lengre periode for å finne ut hva jeg ville vite mer om og finne hensikten med forskningen min. Utsagn fra studenter i sykepleierutdanningen, sammen med forskning som sier noe om studentenes følelse av forberedthet i møte med pasienter i livets slutfase (Ek et al., 2014), gav meg en pekepinn på hva jeg ville undersøke. Jeg ønsker å finne ut mer om hvordan lærere, gjennom økt forståelse for rommets betydning gjennom simulering, kan hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med den døende pasienten.

### 1.2.1 Mål med studien

Målet med studien er å belyse hvordan lærernes erfaringer med rommets betydning gjennom simulering kan hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med den døende pasienten.

### 1.2.2 Avgrensning/presisering

Rommet er et begrep som har mange dimensjoner og kan ha ulike betydninger. Rommet kan være konkret og abstrakt (Alvsvåg, 2014; Lassenius, 2012; Martinsen & Kjær, 2015).

Mitt perspektiv i denne studien er tosidig. Jeg vil legge vekt på lærernes erfaringer i simuleringssrommet og rommets betydning i forhold til pasienten.

I møtet med den døende pasienten ligger det også implisitt å møte pårørende. Det er derfor av betydning at studentene har et utvidet blikk som også inkluderer pårørende.

Når jeg snakker om læreren i simuleringssrommet, bruker jeg både betegnelsen lærer og fasilitator, da læreren i simuleringer ofte er fasilitator.

### 1.2.3 Problemstilling

Hvordan kan lærere gjennom økt forståelse for rommets betydning i simuleringssituasjoner, hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med pasienter i livets slutfase?

Hvilke erfaringer har lærere i en sykepleierutdanning med denne problemstillingen?

### 1.3 Oppgavens struktur

Denne oppgaven består av sju kapitler. I det første kapitlet presenteres studiens hensikt og relevans. Her presenteres også målet med studien, avgrensning/presisering i oppgaven samt problemstilling. I kapittel to presenteres den teoretiske referanserammen med omsorgsvitenskapelig teori og relevant forskning. I kapittel tre presenteres metodologi og vitenskapsteoretisk grunnlag. Her gjør jeg rede for min for forståelse og betydning denne har hatt for forskningsprosessen. I kapittel fire presenteres forskningsdesign og metode. I kapittel fem presenteres funn. I kapittel seks drøftes funnene i lys av teori og forskning og i kapittel sju presenteres oppgavens avslutning.

## 2. Teori

### 2.1 Klinisk omsorgsvitenskap

Ifølge Eriksson og Lindström (2003, s.3) er den kliniske omsorgsvitenskapen en akademisk disiplin og en humanvitenskapelig orientert vitenskap som har som formål å forme ideal for omsorg. Den anses også å ha en klart formulert ontologi, epistemologi og ethos og hviler på en hermeneutisk tradisjon. Omsorgsvitenskapen kan deles inn i emne og tematikk, og omsorgens emne eller substans formes tematisk ut fra ulike kontekstuelle sammenhenger (Eriksson & Lindström, 2003, s.3-6). Tilegnelsen, det å gjøre til sitt eget, anses å være betydningsfullt for å forstå omsorgens fundament. Gjennom økt forståelse vil tanker, følelser og handling kunne omformes (Eriksson & Lindström, 2003, s.13-16). Den kliniske omsorgsvitenskapen regnes ikke som en praktisk disiplin, men den kan bidra til å øke forståelsen for omsorgens fundament, omsorgsaksen og de kontekstuelle forutsetningene for omsorgen. Den vil derfor kunne ha betydning for praksis ved å skape en sammenheng mellom teori og praksis (Eriksson & Lindström, 2003, s.4). I følge Dahlberg og Segesten (2010, s.43) er omsorgsvitenskapen profesjonsnøytral og kan derfor anvendes av flere yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren.

Ulike begrep vil kunne være med på å gi ting mening og gjennom det kunne skape forutsetninger for å gripe inn i og forandre virkeligheten (Eriksson, 2012, s.31). Derfor kan begrepsutviklingen bety mye for utviklingen av en autonom omsorgsvitenskap og ved at begrepene er perspektivavhengige kan de ha stor betydning for forståelsen av hva omsorg er. Ontologisk evidens i omsorgen vil ifølge Eriksson (2012, s.35) være å utvikle begrep som kan avspeile dype strukturer og vesensegenskaper i omsorgen. Hun skriver videre at et slikt begrep kan være for eksempel kjernebegrepet lidelse som, når det tilføres ulike vesensegenskaper, kan gi substans, innhold og dybde til begrepet. Da kan lidelse framtre som livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse. Disse begrepene betegnes som grunnbegrep og sammen med kjernebegrepet lidelse er de med på å forme den indre teorikjernen i den kliniske- og systematiske omsorgsvitenskapen (Eriksson, 2012, s.35-36). Dahlberg og Segesten (2010, s.15) mener at det å ha evidens betyr å vite sikkert og de sier videre at det å ha evidens som grunnlag for omsorg innebærer å vite sikkert at omsorgen er den beste for pasienten.

Mitt omsorgsvitenskapelige perspektiv vil også ha utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi og hun beskriver omsorgen som relasjonell, praktisk og moralsk. Hun skriver at sykepleieren må være trygg i forhold til den kunnskapen hun har og hun må utøve sykepleien på en faglig og forsvarlig måte (Martinsen, 1989, s.69-75). Martinsen trekker videre fram sansning og undring i relasjoner mellom sykepleier og pasient som betydningsfullt (Martinsen & Kjær, 2012a, s.45). Martinsen skriver at sykepleiere som har omsorg for pasienter vil være i situasjoner som setter det sansende og undrende nærværet på prøve. Her vil sykepleieren forholde seg til pasient, pårørende og medarbeidere i rom som gjerne vil være betydningsmettet med luft, lys, lukter, toner og stemninger. Videre hevder Martinsen, vil disse rommene påvirkes av maktrelasjoner, ulike dilemmaer og forundring (Martinsen & Kjær, 2012a, s.45). Tid, travelhet, rom, og rommelighet er også dimensjoner Martinsen synliggjør og hun hevder at det ikke alltid blir gitt rom for undring og tenkning (Martinsen & Kjær, 2012a, s.132-137).

## 2.2 Simulering

Simulering blir ansett å være en læringsmetode som skaper studentaktivitet. Metoden kombinerer teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter i et miljø som ikke skaper risiko for pasienten (Hall-Lord, 2015, s.108). Simulering anvendes som læringsmetode i ulike utdanninger og innen helsefag blir simulering beskrevet som aktiviteter eller fenomener som etterligner et klinisk miljø (Struksnes, Hofmann & Ødegården, 2015, s.13). I dette miljøet kan en trene på prosedyrer, gjøre vurderinger, utøve kritisk tenkning og ta beslutninger.

Simulering i utdanning brukes i betydelig grad og det er utarbeidet standarder som skal være med på å sikre god praksis (Lioce et al., 2015). Kriterier som er essensielle for et godt simuleringsdesign som gir studentene nyttige og gode læringsmuligheter er utarbeidet (Lioce et al., 2015). Her trekkes det fram at det er viktig med et godt simuleringsdesign som gjør at en kan formulere gode overordnede mål for simuleringen samt mål som er spesifikke for deltakerne. Utviklingen av det kliniske scenarioet er av betydning og en må tilstrebe at dette er så realistisk og praksisnært som mulig. Dette kan ha betydning for deltakernes engasjement i simuleringen. En må ta hensyn til både kunnskapsnivå og erfaringsnivå når en skal tilrettelegge simuleringen. Briefing i forkant av scenarioene skal forberede deltakerne på det som skal skje, og gjennom debriefingen vil en kunne få klarlagt forventninger samt nivå av kunnskap og erfaring. Det er av stor betydning at en har en strukturert debriefing og

tilbakemelding til deltakerne og det er viktig at den som gjennomfører debriefingen har god kunnskap og er godt forberedt. Evaluering skal være med å sikre kvalitet og effektivitet. Deltakerforberedelse skal rette seg mot det en forventer av kunnskap, ferdigheter, holdninger og oppførsel hos deltakerne og skal sikre at deltakerne får de best mulige forhold for å oppnå simuleringmålene (Lioce et al., 2015).

I simuleringer innen sykepleien kan en både bruke medstudenter, lærere og andre personer i rollen som pasient og pårørende. En kan også bruke avanserte dukker som kalles pasientsimulatorer (Struksnes et al., 2015, s.13). Personene som er involvert i simuleringen er *deltakere*, som kan studenter og/eller lærere. *Aktører* er studentene som er aktive i selve gjennomføringen av simuleringen, og *observatører* er de studentene som ser på at medstudentene simulerer (Struksnes et al., 2015, s.14).

Lærere som har ansvar for simuleringen vil gjerne ha ulike funksjoner. Den som er instruktør eller er tilrettelegger for simuleringen kalles fasilitator og er ansvarlig for den faglige og pedagogiske gjennomføringen. En dyktig fasilitator er en nødvendighet for å kunne håndtere alle komplekse aspekter i simuleringen (Boese et al., 2013). Fasilitator kan støtte og tilrettelegge for deltakerne slik at de kan forstå og nå målene som er satt og kan justere simuleringen basert på deltakernes handlinger eller mangel på handling. Fasilitator kan hjelpe deltakerne til å identifisere positive handlinger og hvilke handlinger som kan endres for å få et bedre utfall for pasienten og for å oppnå læringsmålene dersom disse ikke er nådd (Boese et al., 2013). Fasilitator har ansvar for å skape et trygt læringsmiljø som støtter og oppfordrer til aktiv læring og refleksjon og utvikling av deltakernes profesjonelle integritet (Boese et al., 2013).

Dersom en bruker pasientsimulator kalles den som har ansvar for å kontrollere simulatoren for operatør. Operatøren gir da stemme til pasientsimulatoren og gjør simuleringen mest mulig realistisk. Operatøren kan i enkelte tilfeller også være pasient (Struksnes et al., 2015, s.14).

De fleste simuleringer gjennomføres etter et bestemt mønster der forberedelsesfasen starter med at deltakerne får sette seg inn i temaet og læringsutbytte samt tema for scenarioet skal være kjent. I briefingen får deltakerne informasjon om scenarioet, som kan være en pasienthistorie med ulike problemstillinger. De briefes også om fasiliteter i rommet, tilgjengelig utstyr og eventuelt pasientsimulatoren dersom denne brukes. Her gjennomgås kommunikasjonslinjer og roller fordeles. Deretter følger gjennomføringsfasen og til slutt

gjennomføres en debriefing, som er en systematisk refleksjon over læring etter gjennomført praktisk simulering (Struksnes et al., 2015, s.14).

Debriefingen deles inn i tre faser som omhandler beskrivelse, analyse og anvendelse og har som hensikt å få belyst hva som skjedde i scenarioet, om det fantes alternativer og hvordan ble situasjonen løst (Struksnes et al., 2015, s.53-57).

### 2.3 Trygghet

Trygghet er av stor betydning for både student og pasient. Den teoretiske beskrivelsen av trygghetsbegrepet kunne vært flettet inn i de tre punktene om simulering, rommet og omsorg i livets slutfase – palliativ omsorg. Jeg har valgt å løfte fram trygghetsbegrepet i et eget punkt, da trygghet er et gjennomgående tema i mine funn. Trygghetsbegrepet vil kunne ses opp mot de ulike rommene og vil kunne ha betydning for både studenter og pasienter. Trygghet kan ses på som et komplisert begrep og fenomen som kan betraktes ut fra ulike synsvinkler og som betyr ulike ting for alle mennesker (Segesten, 1994, s.63). Segesten (1994, s.12-14) omtaler trygghet som en ytre og indre dimensjon. Segesten skriver at trygghet kan være en følelse som kan være både god og dårlig. Den gode trygghetsfølelsen beskriver hun med ord som blant annet tillit, sjelefred, harmoni, varme, glede og balanse. Utryggheten beskriver hun blant annet som uro, usikkerhet, frustrasjon, ubalanse, frykt, sterk spenning og nervøsitet. Den indre tryggheten vil kunne være trygg på seg selv, ha tilhørighet og fellesskap. Videre sier Segesten (1994, s.12-14) at voksne personer kan bygge opp den indre tryggheten gjennom erfaring og positive opplevelser og gjennom bearbeidelse av det som gir utrygghet. Ord som beskriver denne selvtryggheten kan ifølge Segesten være å våge, mestre, tro på seg selv, vite hva en vil og erkjenne svakheter. Den ytre tryggheten, som omhandler det som kan gi trygghet utenfor en selv og som gjerne dreier seg om trygghet relatert til livet en lever og verden en lever i, deler Segesten (1994, s.12-14) inn i fire. Materiell trygghet kan handle om blant annet bolig, arbeid, skole og vil ha betydning for eksistensen. Trygghet i miljøet kan blant annet handle om den tryggheten det kan være for pasienter å være på sykehus der det er tilgjengelige ressurser og utstyr som pasientene trenger. Relasjoner og nettverk kan ha stor betydning for tryggheten. Segesten beskriver også denne relasjonstryggheten i forhold til det å være pasient der kontakt med pårørende og kontinuitet i omsorgsrelasjonen er viktig. Den fjerde dimensjonen som går på kontrolltrygghet kan delvis gripe inn i de andre trygghetsdimensjonene. Det kan handle om å ha kunnskap, vite hva som skjer i situasjonen, hvilken rolle har den enkelte i situasjonen og hvilke krav stilles i situasjonen (Segesten, 1994,



s.12-14). Opplevelsen av trygghet vil være betydningsfull i simuleringsrommet. Studentene har behov for trygge læringsrom der de er kjent med hva som skal foregå og der de vet at de kan øve uten fare for pasienten. Når studentene kan få denne erfaringen vil det kunne påvirke tryggheten til pasientene de møter i praksis.

## 2.4 Rommet

Jeg vil i dette punktet se på noen av rommets dimensjoner og jeg vil se rommet i relasjon til pasient og pårørende samt student og lærer.

Simuleringsrommet, som både har et fysisk og psykososialt læringsmiljø (Struksnes et al., 2015, s.52-53), er beskrevet i punkt 2.3 og jeg vil her trekke fram noen etiske aspekt ved dette rommet. Som student i en simuleringsøvelse vil en være eksponert på en annen måte enn ved andre læringsformer. Her vil studentene blottstille den kunnskapen de har og mange vil kunne oppleve det å være aktør i en simuleringsøvelse som både truende og avslørende (Struksnes et al., 2015, s.15). Det er viktig at studentene er trygge før, under og etter simuleringen og lærer eller fasilitator må ta hensyn til studentenes fysiske, mentale og sosiale integritet. Dette innebærer også at alle er informert om taushetsplikt i forhold til det som skjer i simuleringsøvelsen (Struksnes et al., 2015, s.73).

Menneskene har ifølge Lassenius (2012, s.297) indirekte innvirkning på rommet, og det er naturlig at vi går inn og ut mellom ulike rom. Rommet vil alltid være der og vil derfor være ontologisk. Rommet kan også gis en abstrakt eller symbolsk betydning som kan beskrives som at det er noe som «sitter i veggene». Det abstrakte vil ikke være synlig, men vi kan kjenne igjen ulike romslige aspekt og Lassenius (2012, s.294) skriver at det er i det abstrakte rommet vi gjør ting som gir struktur og liv til våre relasjoner. Videre trekker Lassenius fram en avdelings romskapende dynamikk der omsorgen kan ses opp mot menneskets romlige vesen og der rommet tar form i et meningssøkende samspill. Her vil meningen ha opphav i aktiviteten eller som hun skriver, i romsligheten (Lassenius, 2012, s. 294).

Som sykepleiere og sykepleierstudenter med omsorg for pasienter i livets siste fase vil vi være i rom som har lukter, luft, lys, toner og her vil vi gjerne oppleve stemninger som kan sette det undrende og sansende nærværet på prøve (Martinsen & Kjær, 2012a, s.45). Slike rom og situasjoner der en møter pasienten og pårørende kan for mange være både utfordrende og komplekse. Omsorgens romslige dimensjon vil ha betydning for omsorg som gis, og som

omsorgsgiver vil vi alltid måtte forholde oss til vurderinger, kultur og regler og dette vil direkte eller indirekte bestemme form og grenser for vår handlefrihet (Lassenius, 2012, s. 296). Lassenius (2012, s.297) hevder videre at det er en vesentlig forskjell mellom miljø, der bruk av teknikker inngår og rom, der det mellommenneskelige er. I rommet ligger romsligheten. Ylikangas (2012, s.275) beskriver miljø som et omsorgsvitenskapelig begrep med en holistisk betydning, og miljøet er en foranderlig tilstand som kan være helsefremmende eller sykdomsbevarende.

Atmosfæren i miljøet kan synes å være av betydning for at forhold som gir varme, trygghet, nærhet og en mellommenneskelig relasjon blir tillatt. Dette vil kunne være med på å sette pasientens individuelle og unike behov i sentrum. Den som gir omsorg vil være nær pasienten og være med å skape atmosfæren i rommet (Ylikangas, 2012, s. 270-271). Pårørende vil også kunne påvirke atmosfæren i rommet. Det er de som står nær pasienten som sammen med pleierne er de som kan skape atmosfæren rundt pasienten. Det viser seg ofte at det er nærværet av pårørende som er med på å gi pasienten en indre ro, harmoni, og en spesiell sikkerhet og trygghet. Likevel kan det i noen tilfeller være pårørende som kan være årsak til lidelse og uro hos pasienten (Ylikangas, 2012, s. 270). Stemning og atmosfære i et rom vil kunne ha betydning for om pasienten opplever miljøet som omsorgsgivende (vårdande) (Ylikangas, 2012, s.265). Ylikangas sier videre at for å forstå et spesielt miljø, må vi betrakte de forskjellige aspektene fra et omsorgsvitenskapelig ståsted og spesielle behov som pasienten og pårørende har vil også påvirke og ha betydning for miljøet. Målet må være å forene og skape optimale forhold der pasienten og pårørende føler seg trygge, finner ro og kan være delaktig (Ylikangas, 2012, s.268).

Lassenius (2012, s.295) beskriver også rommet som omsorgsgivende og har sett på rom og romlighet i lys av det rommet som pasient og omsorgsgiver på forskjellig måte skaper og gir innhold til. Denne romskapelsen kan være planlagt eller ubevisst. For å illustrere relasjonen mellom rom og romlighet, gir hun oss et bilde på en løk, der både innmat og skall hører sammen og danner en indre og ytre helhet som er avhengig av hverandre. Rommet er skallet som holder sammen innmaten som formes av pasientens og omsorgsgiverens romlighet (Lassenius, 2012, s.295). Hun fremhever videre at i omsorg og pleie eier omsorgen, *det vårdandet*, rom i ulike rom, og de fleste rom har en tydelig form ut fra sitt formål eller sin hensikt. Herunder kommer det fysiske omsorgsmiljøet (Lassenius, 2012, s.295). Romligheten som formes i relasjonen mellom omsorgsgiver og pasient vil begge kunne kjenne på. Det vil kunne være forskjell på hvordan romligheten kjennes på en akutt avdeling og en palliativ

avdeling. Lassenius skriver videre at vi som omsorgsgiver kan skape en sammenheng der vi inngir varme og ro eller kulde og utrygghet, og gjennom dette skape en god eller mindre god plass å være (Lassenius, 2012, s.295-297).

Eksistensielt sett blir mennesket til i relasjon med andre og det er denne relasjonen som utvikler oss i forhold til respekt og omdømme. Dette får stor betydning når vi opplever uhelse, sykdom og lidelse (Lassenius, 2012, s.297). Lassenius støtter seg på Erikssons omsorgsvitenskapelige bilde av mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd. Dette innebærer at omsorgsarbeideren må forholde seg til mennesket ut fra biologiske, psykologiske, sosiale og åndelige synsvinkler og innenfor den etiske synsvinkelen der mennesket ontologisk sett er udelelig (Lassenius, 2012, s.297). Romligheten kan da komme fram i omsorgsrelasjonen, der pasientens og omsorgsgiverens livserfaring og situasjon avspeiles som noe dypere enn kun interaksjon i psykologisk eller sosial mening. Denne romligheten i omsorgen går ut på å skape både personlig og felles mening. Lassenius skriver videre at romligheten har det lidende mennesket som etisk drivkraft og omsorgsvirkeligheten kan forstås som en skapelse som starter og slutter med å lindre pasientens lidelse (Lassenius, 2012, s.297).

Når vi blir syke eller rammes av uhelse, minker vårt livsrom. Dette gjelder både det konkrete og fysiske rommet samt autonomi og personlig frihet (Lassenius, 2012, s.294).

Arman og Rehnsfeldt beskriver møtet som skjer mellom mennesker som et uttrykk for menneskets ontologiske interdependens. Denne interdependensen, som vil si at vi lever i gitte og bestemte forhold til hverandre, kan gjøre at den som skal hjelpe har mulighet til å forstå at den andre lider og har det vanskelig (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 36). Det at vi lever i bestemte og gitte forhold til hverandre kaller Løgstrup interdependens og i det ligger det at vi ved vårt blotte nærvær utgjør livsrom og verden for hverandre og vi lever i gitte og bestemte forhold til hverandre og ikke i isolasjon eller ensomhet. (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.36).

Alvsvåg (2014, s.132) trekker fram mellomrommet som en forutsetning for relasjon og dialog og at det i det mellommenneskelige, i rommet mellom oss finnes det noe universelt og grunnleggende. Alvsvåg skriver videre at i helse- og utdanningsvesenet er gode relasjoner avhengig av en viss distanse som gir det rommet relasjonen trenger. Virkelige og oppriktige møter kan oppstå selv om, og på tross av at pasient og pårørende og sykepleiere eller studenter kan være fremmed for hverandre. Forutsetningen er, sier Alvsvåg, at *distansen gir rom for relasjonen og relasjonen muliggjør dialogen* (Alvsvåg, 2014, s.132). I relasjonen

mellom to mennesker skriver Dahlberg og Dahlberg (2015, s.147) at det kan være vanskelig å forstå hva som skaper møtet, om personene forstår hverandre eller ikke, og om møtet blir bra eller dårlig. Dahlberg og Dahlberg hevder videre at det omsorgsgivende møtet, som knyttes til individets helse, stiller andre krav enn hverdagslige møter gjør, og det omsorgsgivende møtet skapes i mellomrommet av både likhet og ulikhet. Dermed vil det omsorgsgivende mellomrommet ikke bare knyttes til den ene parten i relasjonen, men det skapes i det møtet som er mellom pasienten og den som gir omsorgen (Dahlberg & Dahlberg, 2015, s.148).

Samtalens rom beskrives av Martinsen (2012b, s.273) som et rom der holdninger formes og som hviler i og næres av det tillitsfulle møtet med medmennesker. Hun skriver videre at det er viktig å bygge kulturer i helsevesenets rom som kan gi mulighet for samtalen og *som gir romslighet til på forskjellig måte å ettertenke de stemte inntrykk og arbeide med dem* (Martinsen, 2012b, s.273). Kjær (i Martinsen & Kjær, 2012a, s.159) hevder at sykepleie befinner seg i mellomrommet mellom skapelse og tilintetgjørelse. Sykepleiere kan erfare at samtaler med pasienter og pårørende som opplever sorg og kriser kan være svært utfordrende og vanskelige.(Martinsen & Kjær, 2012a, s.156).

Dersom vi kan dele erfaringer har vi muligheter til å forstå og Martinsen (2012a, s.132) mener at vi kan oppnå en forståelse som skaper gjenkjennelse. Gjennom å dele erfaringer dannes nye forståelsesformer som kaster nytt lys over hendelsen. I en pleiesituasjon kan både pasient og sykepleier være bekymret og hun skriver at disse bekymringene kan bli fastlåst i fortvilelse eller åpne mot ivaretagelse av trøst og håp. Å trøste handler først og fremst om å være sammen i håpløshet eller bekymring og at sykepleieren i trøsten møter pasienten her og nå og lar stemningen som bryter fram få uttrykk (Martinsen & Kjær, 2012a, s.132). Hun skriver videre at sykepleieren med sin kunnskap, blir veiledet av sin sansning av pasienten slik at hun kan finne og møte pasienten der han er.

I helsevesenets rom som ofte preges av aktivitet og effektivitet vil det være utfordrende å være til stede slik at en kan fornemme pasienten der han er (Martinsen & Kjær, 2012a, s.129). Når vi er sansende til stede vil det skapes et fiktivt rom der spontan medlevelse med pasienten sammen med overveielser og faglige begrunnelser kan være med på å gi individuell omsorg for pasienten (Martinsen & Kjær, 2012a, s.52).

Samtalen, som forutsetter en bevegelse mellom forståelse og sansning, åpner ifølge Martinsen (2012b, s.271) for hverandres fiktive rom og den forutsetter at deltakerne har en lyttende og mottagende holdning. Martinsen skriver videre at det fiktive rommet kan hjelpe oss til å se fra

en annen synsvinkel eller ta noe mer nøye i øyesyn. Her sier hun at vi i samtalen kan øve og trene oss på å gi hverandre råd og mot til å stå i vanskelige situasjoner (Martinsen, 2012b, s.272).

Det fysiske rommet vil gjerne ha en sentral plass i forhold til pasient, pårørende, studenter, sykepleiere og lærere. Det fysiske simuleringsrommet er belyst i kapittel 2.2. Det fysiske miljøet vil være alt som er rundt oss og som kan beskrives ut fra hvordan det ser ut. Det kan være farger, lys, lyd, møbler, kunst, utrustning, ren luft, rent vann, blomster med mer. Dette kan gi opplevelser av trygghet, trivsel og sikkerhet (Ylikangas, 2012, s. 268). Martinsen (2015, s.199) stiller spørsmål om rommets arkitektur med sine ting og sin innredning. Dører og vinduer som gir mulighet for luft og lys, kan være med på å gi stemninger i rommet som de som er i rommet kan kjenne er betydningsfulle og livgivende. Som pasient får en gjerne tildelt en seng, et nattbord og et klesskap. Pasienten blir da en del av det som forbindes med omsorgsmiljø (Lassenius, 2012, s.294). På en avdeling er ofte nattbordet det eneste private som pasienten kan ha sine personlige eiendeler i. Nattbordet får dermed symbolverdi som eget og bør behandles med respekt (Edlund, 2012, s. 370).

## 2.5 Omsorg i livets slutfase – palliativ omsorg

Omsorgens kjerne er ifølge Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 14) det bildet av verden og virkeligheten som omsorgsvitenskapen står for, og det handler om menneskets dypeste livsspørsmål som gjelder liv og død, helse og lidelse, godt og vondt med mer. Omsorg beskrives innenfor omsorgsvitenskapen i relasjon til begrep som pasient, helse, sykdom og lidelse (Söderlund, 2012, s. 116).

I omsorgsvitenskapen ser en på den menneskelige omsorgen (human caring) som belyser den unike omsorgsgivende prosessen mellom omsorgsgiver og pasient (Söderlund, 2012, s. 116). Eriksson med flere benevner dette som «det caritative vårdandet» og som innebærer at omsorgsgiveren innbyr og tar imot pasienten i en ånd som preges av uselvisk og vilkårløs kjærlighet (Söderlund, 2012, s. 117). Omsorgsarbeid kjennetegnes av en vilje til å hjelpe andre til å utvikle sine egne muligheter og i profesjonelle relasjoner trenger vi faglig forståelse, kunnskap og erfaring (Alvsvåg, Førland & Jacobsen, 2014, s. 19). Alvsvåg, Førland og Jacobsen skriver videre at etikk og moral i relasjonen kommer til uttrykk i viljen til å hjelpe og måten vi bistår og hjelper på. Det handler om hvordan vi bruker oss selv som

fagpersoner med kunnskap og ferdigheter i møtene, og hvordan vi bruker utstyr, ting, redskap, teknikk og teknologi (Alvsvåg et al., 2014, s.19).

Martinsen (1989, s. 14-17) hevder at omsorgen er relasjonell, praktisk og konkret. Relasjonell fordi vi som mennesker er avhengige av hverandre, praktisk ved at vi deltar konkret i den andres lidelse og moralsk som har med hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Martinsen skriver videre at omsorgsrelasjonen bygger på solidaritet, fellesskap og gjensidighet og det ligger ingen forventning om gjenytelse i denne relasjonen (Martinsen, 1989, s.14-17).

Å gi omsorg i livets slutfase vil kunne handle om behandling, pleie og omsorg for den alvorlig syke og døende pasienten og fokuset vil være å fremme pasientens livskvalitet. Palliasjon, også kalt lindrende behandling, fremmer livskvalitet for alvorlig syke og døende gjennom fokus på symptomkontroll og andre utfordringer av psykisk, sosial eller eksistensiell karakter. I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen finner en European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO sin definisjon av palliasjon:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015)

Den palliative kulturen kjennetegnes av en helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende. En har respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, og fokuset er pasientens beste (Helsedirektoratet, 2015). I dette ligger det at både pasienten og de pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon.

Omsorgsvitenskapen betoner vekten av en omsorgsholdning der pasientens eget perspektiv på sin helse og uhelse og på sin livssituasjon vektlegges. Pårørendes perspektiv på omsorgen er også viktig, og bør tas hensyn til, spesielt der det ikke finnes noe behandlingsalternativ og hvor omsorgen blir rettet mot palliasjon (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 118-119).

Arman (2012, s. 196) ser på grunnbegrep for omsorg i lys av lidelse som kjernebegrep. Grunnbegrep for omsorg kan være medlidelse, ømhet, møte, bekreftelse og vitne. En god omsorg er ifølge Arman og Rehnsfeldt å bekrefte pasientens verdighet og møte pasienten som individ (individuelt bemötande) (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 75).

Den palliative pasienten kan ha et komplekst sykdomsbilde som har bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle forhold (Helsedirektoratet, 2015). I denne fasen vil pasienten være sårbar og kunne oppleve ulik grad av lidelse. Eriksson (1995, s.13) mener at lidelsen utgjør en del av alt menneskelig liv og at lidelsen er tilegnet mennesket. Lidelse kan ses på som en subjektiv menneskelig helhetsopplevelse av det å møte noe vondt, og årsakene til lidelsen kan være både usynlige og synlige ifølge Arman (Arman & Rehnsfeldt, 2012, s.187).

Pasienter i livets slutfase kan ha både kroppslig smerte, sykdom og ubehag. Dette vil være en av lidelsene som vi kan møte i sykepleien og som Eriksson (1995, s.66) beskriver som sykdomslidelse. Livslidelse kan oppstå når pasienten står foran møte med død og tap (Eriksson, 1995, s.66). Arman (2012, s.187) skriver at lidelse er en fysisk, emosjonell eller åndelig/eksistensiell opplevelse som innebærer angst, smerte eller uro. Det kan ofte være mennesker som forårsaker hverandres lidelse og Eriksson (1995, s.35) skriver at det å volde en annen lidelse innebærer alltid å krenke den andres verdighet.

Verdighet anses som et bærende begrep innenfor omsorg (Edlund, 2012, s. 364). I et omsorgsvitenskapelig perspektiv innebærer dette at alle mennesker har en iboende absolutt verdighet som ifølge Edlund ikke kan krenkes og som er gitt mennesket kun fordi vi er mennesker. Denne verdigheten er knyttet til ansvar for den andre (Edlund, 2012, s.364). Martinsen (2003b, s.61) hevder at «alle mennesker har lik verdighet, fordi vi er skapt» og hun sier videre at den iboende verdigheten innebærer at alle har samme verdi som menneske, uansett utrustning, og verdighet og dette er hevet over enhver pris (Martinsen, 2003b, s.61). Krenkelse av verdighet kan oppstå av mange årsaker. Det å ikke bli sett, ensomhet, sorg og redsel, er opplevelser som kan krenke verdigheten (Edlund, 2012, s.366). Noen ganger kan verdigheten trues når vi ikke kan ta ansvar for eller hjelpe andre, og verdigheten trues når vi mister vår selvstendighet og frihet og kjenner på at vi kan være en byrde for andre (Edlund, 2012, s.367). Videre skriver Edlund at en utfordring i den gode omsorgen blir å lære seg å oppdage verdigheten og å vise aktsomhet uansett hvor vanskelig situasjonen er for pasienten (Edlund, 2012, s.373). Hun snakker også om at vår verdighet som omsorgsgiver kan krenkes,

og nevner tilfeller der vi kommer opp i situasjoner der vi blir delaktige i pleie og omsorg som vi ikke ønsker å delta i eller kan gjøre noe med og der pasientens verdighet krenkes (Edlund, 2012, s.369).

Pleiesituasjonen kan være det som fører til at pasienten opplever lidelse og Eriksson (1995, s.66) kaller dette pleielidelse. Innen omsorgsvitenskapen blir det vektlagt at respekt og aktelse for menneskets helhet og verdighet er det som former det teoretiske omsorgsperspektivet og som kan gjøre at vi gjennom tanke, hjerte, hånd og vilje, kan gjøre det som er godt for mennesket i den konkrete situasjonen (Eriksson & Lindström, 2003, s.21).

Omsorgsetisk er mangelen på medlidelse og fellesskap mellom pasient og omsorgsgiver den største trusselen mot en god omsorg som lindrer lidelse (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.79). Det å påføre pasienten omsorgslidelse, kan for mange omsorgsarbeidere føles vanskelig og kan gi skyldfølelse (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.73). Mangel på en omsorgsgivende relasjon er det pasientene fremhever når det gjelder omsorgslidelse. De føler at de ikke blir sett som unike medmennesker og pasientene som ikke kjenner på denne relasjonen opplever en følelse av å bli sviktet, forlatt og de kjenner på utrygghet (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.76). Det å se andre lide skaper medlidelse. Medlidelse er en naturlig reaksjon av omsorg og ømhet hos den som står ved siden av og ser på. Dette skriver Arman er en naturlig egenskap hos menneskene, men har *«ibland tränats bort alltför väl i utbildning och yrkesgärningar»* (Arman, 2012, s.194). Arman sier videre at en av de viktigste oppgavene en har som omsorgsgiver i møte med pasienten, er å lære seg å håndtere den medlidelse som pasientens situasjon vekker og gjennom det bevare en naturlig holdning av ømhet og ekte vilje til å lindre lidelse (Arman, 2012, s.194). Skal en gi en omsorg som lindrer og hjelper, må vi kunne se og kjenne igjen tegn på lidelse. Som omsorgsgiver vil en gjerne stå i konflikt mellom å åpne opp for pasientens sårbarhet og å ignorere den andres lidelse. Pasientens lidelse vil i noen tilfeller få fram omsorgsgiverens egen lidelse og følelser og dette vil kunne hindre den naturlige omsorgen (Arman, 2012, s.195). Omsorgsgiveren har i møtet med pasienten et valg om å møte pasienten eller ikke og pasientene ser dette valget (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.76).

Det finnes mye forskning på hvilken kompetanse en må ha innen palliasjon. Lippe & Carter (2015) mener at i tillegg til kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse til å lindre plagsomme symptomer og fysiske smerter, må en kunne skape trygghet psykisk, sosialt og eksistensielt i forhold til overgang til døden. En skal ivareta pårørende i en vanskelig situasjon. Den omsorgen som gis må være tilpasset pasientens og de pårørendes individuelle



behov. I tillegg må helsearbeideren ivareta egne reaksjoner i dette samspillet (Lippe & Carter, 2015).

## 2.6 Presentasjon av relevant forskning som kan belyse forskningstemaet

Jeg startet arbeidet med å skrive prosjektplan høsten 2016 og i den prosessen startet mine søk etter relevant litteratur som kunne belyse tema jeg ønsket å forske på. Jeg søkte på faglitteratur i bøker og på forskningsartikler. Våren 2017 ble brukt til systematiske søk i databasene Cinahl, PubMed, Google Scholar samt manuelle søk. Jeg startet med søkeordene *palliative care, terminal care, end of life care, dying, nursing student, education, nursing, baccalaureate, environment, milieu, room, simulation*. Ulike søkekombinasjoner gav et rikholdig utvalg av artikler som omhandlet simulering som læringsmetode for studenter som skal møte pasienter i livets siste fase og deres pårørende. Undervegs i bearbeidingen av datamaterialet fra fokusgruppene ble det klart for meg at jeg måtte utvide søket for å kunne belyse lærings- og simuleringsrommet samt lærerens rolle og oppfatning. I dette søket brukte jeg søkeordene *patient simulation, teachers, simulation room, simulation facility, learning environment, teachers perspective or perception, faculty attitudes or facilitator perceptions*. Det finnes mye forskningslitteratur om simulering og studentlæring generelt, også innen fagfeltet palliasjon. Jeg har funnet flere oversiktsartikler som er relevante. Oversiktsartiklene gav grunnlag for manuelle søk innenfor ulike tema som kunne belyse denne studien.

### Oversiktsartikler:

Kirkpatrick et al. (2017) støtter bruk av simulering i palliativ omsorg og funnene viser at simulering er med på å utvikle sykepleierstudentenes kompetanse gjennom å gi mening og kontekst til den omsorgen de gir alvorlig syke pasienter. De fremhever at simulering er med på å øke studentens selvtillit og trygghet, og de får styrket sin evne til kommunikasjon samt at simuleringen gir økt følelsesmessig beredskap. Forståelse av prinsippene for palliativ omsorg blir økt gjennom simulering. Litteraturoversikten gav ingen målbare størrelser som kunne vise sammenhengen mellom effekt av simulering, studentens rolle i simuleringen, utførelsen (den kliniske handlingen) av palliativ omsorg og studentens selvbevissthet innenfor tematikken (Kirkpatrick et al., 2017).

Smith et al. (2018) har gjort en systematisk litteraturstudie for å se hvordan simuleringserfaring kan bidra til utvikling av kommunikasjonsevner hos sykepleierstudenter og sykepleiere som skal gi omsorg til pasienter i livets siste fase og deres pårørende. Funnene viser at simulering brukes som metode for å lære studenter ferdigheter innen kommunikasjon til pasienter som er i livets siste fase. Forskerne fant også at mangel på standardisering, dårlige evalueringsmetoder og begrenset samarbeid i et flerprofesjonelt team gjorde det vanskelig å identifisere og formidle validert beste praksis (Smith et al., 2018). De anbefaler videre forskning innen fagområdet samtidig som de kommer med anbefalinger for å forbedre kvalitet og validitet i simuleringmetoder som omhandler kommunikasjonskompetanse innen palliasjon og omsorg ved livets slutt (Smith et al., 2018).

Wazonis (2014) ser på metoder og evaluering for debriefing i simulering som brukes i sykepleierutdanning. Fire områder som belyste forskjell i metode ble trukket fram: bruk av debriefing, utformingen av debriefing, ressurser til evaluering. Forfatteren mener at denne oversikten forklarer terminologi og beskriver hvordan de ulike debriefingsmetodene i forhold til faser, tilnærminger, elementer i debriefing og evalueringer henger sammen. Dette kan gi lærere og forskere en oversikt over metoder og evalueringer i simuleringdebriefing (Wazonis, 2014).

Mange studenter kan føle på utrygghet og engstelse når de skal delta i simuleringer og i en oversiktsartikkel fra 2013 ble det sett på hva som kan være årsak til dette (Nielsen & Harder, 2013). Det ble identifisert ulike tilnærminger for å redusere studentenes engstelse og disse baserte seg på relevant litteratur og rapporter fra studenter. De viktigste anbefalingene fra litteraturen var å introdusere og orientere studentene i forhold til læringsmiljøet og ha simulering i små grupper, spesielt der studentene var tidlig i utdanningen og ha tilstrekkelig tid til simuleringen. Anbefalinger fra litteraturen vektla det å ha autentiske roller og å introdusere scenarier på forhånd. I tillegg trakk forfatterne fram viktigheten av å gjennomføre debriefing rett etter simuleringen. Det som også var interessant var forslag fra studentene i forhold til tiltak som kan redusere engstelse. Her fremkommer det at studentene har behov for at lærerne er vennlige og støttende, at en kan utvikle samspillet mellom student og pasient eller simuleringsskuer, de framhevet betydningen av å få hensiktsmessig orientering til

simuleringsomgivelsene og simuleringsrollene hos studenter som skal delta i simulering, og de ønsket å utarbeide en sykepleieplan for scenarioet i gruppe (Nielsen & Harder, 2013).

En oversiktsartikkel som omhandler engstelse og klinisk utøvelse i simuleringer konkluderer med at studentene har ulik grad av stress i en simuleringssituasjon. Dette stresset kan både forbedre utøvelsen hos studentene eller den kan påvirke utøvelsen negativt (Al-Ghareeb, Cooper & McKenna, 2017)

Lioce et al (2015) har sett på hvilke standarder som kan gi et best mulig simuleringsdesign. Her fremheves det at simuleringsbaserte erfaringer som brukes bør ha en målrettet utforming. Simuleringsdesign som bygger på identifiserbare mål gir effektiv og realistisk læring for helsevesenet (Lioce et al., 2015)

Boese et al (2013) har sett på fasilitator rollen og poengterer at en dyktig fasilitator er nødvendig for å kunne håndtere alle komplekse aspekter i en simulering. Fasilitatoren skal støtte, tilrettelegge og eventuelt tilpasse simuleringen til deltakerne. Målet er å oppnå læringsmålene som er satt og få et bedre utfall for pasienten (Boese et al., 2013).

Lippe og Carter (2015) har i en systematisk litteraturstudie sett på effektive læringsstrategier som omhandler palliativ omsorg. I artikkelen har de inkludert kvantitative, kvalitative og mixed method studier. Fire av artiklene omhandler simulering. De konkluderer med at studentene har utbytte av palliativ undervisning uansett metode og det er uklart hvilken metode som er mest effektiv (Lippe & Carter, 2015).

Husebø, O'Regan og Nestel (2015) har sett på Gibbs sin refleksjonsmodell og sammenlignet den med ulike debriefingsmetoder. Her konkluderer forfatterne med at refleksjonsmodellen kan være anvendelig i debriefingsmetoder som finnes. Når følelsesdimensjonen legges til den eksperimentelle læringen som fordrer at deltakerne er aktive og tilegner seg konkret erfaring, vil det styrke deltakernes engasjement og dermed være sentralt i forhold til læring (Husebø et al., 2015)

### Kvantitative studier:

Khalaila (2014) har i sin kvantitative studie sett på effekten av simulering før studentene skulle ut i praksis. Studentene deltok i flere simuleringsøvelser der pasientene kunne ha brystmerter, astma, pneumoni og der pasienten var i den postoperative fasen. I funnene kom det fram at simuleringen førte til lavere engstelsesnivå og økt selvtillit og omsorgsevne hos studentene da de kom ut i praksis. Forskeren konkluderer med at simulering er en god og effektiv metode for læring. Samtidig påpekes det at det er et høyt nivå av engstelse hos studentene før de skal ut i praksis og at simulering i større grad bør innføres i utdanningen slik at en kan redusere studentenes engstelse i forkant av praksis (Khalaila, 2014).

Allen (2018) har i sin kvasiekperimentelle studie sett på graden av psykologisk og fysiologisk stress hos studenter som simulerer pasientcase der pasienten er døende. Hun konkluderer med at sykepleierstudenter opplever større psykologisk stress enn fysiologisk stress når de deltar i simulering til pasienter som er i livets siste fase (Allen, 2018).

### Mixed method

I en mixed method studie som omhandlet simulering og studenters holdning og erfaring til omsorg i livets slutfase, kom det fram fire temaer som studentene synliggjorde gjennom refleksjon (Ferguson & Cosby, 2017). Studentene følte at de var i et ukjent landskap. De erfarte betydningen av det å skape verdighet ved å se pasienten som en individuell person. Funnene viste også at mange studenter ikke var forberedt på det som skulle skje med pasienten. Det siste temaet som kom fram var at det var mange studenter som ikke visste hva de skulle si og hvordan de skulle kommunisere til pasienten som ikke responderte verbalt. Kvantitative data understøttet temaene. Studentene kjente på bekymring i forhold til å gi omsorg til pasienten og pasientens familie. Artikkelforfatterne mener at dette kan påvirke studentenes evne til å yte denne omsorgen og at kunnskapen som kom fram kan hjelpe skoler til å utvikle en læreplan som kan formidle god praksis for omsorg i livets slutfase (Ferguson & Cosby, 2017).

I en annen studie ble det undersøkt om simulering har betydning for å forbedre kommunikasjonsevnene til studenter som gir omsorg til pasienter i livets siste fase

(Bloomfield, O'Neill & Gillett, 2015). Det ble gjennomført fokusgrupper for å få en oversikt over studentenes kvalifikasjoner i forhold til kommunikasjon og omsorg i livets slutfase. Det kom fram fire tema som studentene formidlet i disse gruppene: *hvordan svare på sorg og sinne, utfordringer med å håndtere følelser, å vite hva en skal si i situasjonen og manglende erfaring med denne type situasjoner*. Disse temaene gav grunnlag for utvikling av simuleringsaktivitet der skuespillere spilte rollen som pasient og pårørende. Eksterne aktører ble brukt for å øke realismen i simuleringen og samtidig ivareta studenter eller lærere for den påkjenningen det kan være å spille en rolle som en døende pasient eller dennes pårørende. Det ble brukt spørreskjema før og etter simuleringen og disse ble sammenlignet for å evaluere effekten av simuleringsaktiviteten. Forfatterne konkluderer med at det er et behov for å øke studentenes kommunikasjonsevner i forhold til pasienter i livets slutfase og deres pårørende, og at dette bør få større plass i utdanningen. En bør innføre utdanningsmetoder som reduserer frykt og engstelse i forhold til dette temaet og som kan utvikle studentenes selvtillit og kompetanse i møtet med pasienter i livets siste fase. Dette vil ha betydning for kvaliteten i omsorgen som gis pasient og pårørende (Bloomfield et al., 2015).

### Kvalitative studier

I en kvalitativ studie av Tosterud, Hall-Lord, Petzäll & Hedelin (2014) der data ble innsamlet ved hjelp av fokusgruppe, konkluderer forfatterne med at deltakerne opplevde at simulering var en læringsmetode som var både ukjent og påtrengende. Gjennom debriefing opplevde studentene gode muligheter for læring og forfatterne mener at debriefing er avgjørende for læring. Simulering i små grupper gav de beste læringsmuligheter da den trygghet og sikkerhet som deltakelse i mindre grupper gav for studenten var økt i forhold til ved deltakelse i større grupper. Studentene mente at aktivitet, forutsigbarhet og forberedthet var viktig for overførbar læring (Tosterud et al., 2014).

I sin forskning har Lejonqvist et al. (2016) undersøkt om og hvordan klinisk kompetanse kan utvikles gjennom simulering og om simulering anses som en god metode for å lette overføringen fra teori til praksis. De konkluderer med at der det er et godt simuleringsdesign, finner de evidens for studentenes ervervelse av klinisk kompetanse, spesielt i forhold til å utføre, gjennom simulering. Samtidig trekker de fram utfordringen med å møte pasientens

lidelse med medfølelse og tilstedeværelse og de påpeker at det etiske ved omsorgsakten og omsorgsevnen kan være utfordrende å gjøre evident (Lejonqvist et al., 2016).

Ek et al. (2014) har intervjuet 1. års sykepleierstudenter for å belyse og beskrive studentenes erfaring med døden og med omsorg for pasienter i livets siste fase. Forskerne fant fire tema som kom fram gjennom intervjuene: Tanken på døden er mer skremmende enn den faktiske erfaringen, mot til å møte den døende pasienten og å by på seg selv, å erfare å ikke strekke til i møtet med døden og det å bli konfrontert med sine egne følelser i dette møtet. Forskerne konkluderer i denne studien med at studenter, gjennom hele utdanningen, må ha kontinuerlig støtte og mulighet til å reflektere og diskutere erfaringene de gjør når de møter og har omsorg for pasienter i livets siste fase. I tillegg anbefaler de at lærere og veiledere gjennom refleksjon i praksis hjelper studentene slik at de kan utvikle sin evne til å ta vare på døende pasienter (Ek et al., 2014).

Eaton, Floyd & Brooks (2012) har i sin kvalitative studie med en fenomenologisk tilnærming sett på hvordan simulering knyttet opp mot hjemmebaserte tjenester og hospiceavdelinger kan forberede studenter til å møte pasienter i livets siste fase samt deres pårørende. Her viser funnene at studentene gjennom simulering får et positivt læringsutbytte med økt evne til kritisk tenkning, handling og i tillegg erfaring med pårørende (Eaton et al., 2012).

McNiesh (2015) har ved hjelp av en etnografisk metode og intervju sett på kulturen som finnes i et simuleringslaboratorium der sykepleiestudenter deltar. I simuleringsrommet kan studenter øve som sykepleiere og hun beskriver studenter som gikk inn i rollen som selvstendig sykepleier og som gav pasienten omsorg og pleie som i en virkelig pasientsituasjon kunne vært uforsvarlig. I denne simuleringssettingen kom det fram at debriefingen er svært viktig for studentene slik at de kunne reflektere over egen aktivitet. Debriefingen bør handle om både prosess og læringsutbytte slik at studentene kan bli bevisst de ferdighetene de har (McNiesh, 2015).

### 3.0 Metodologi og vitenskapsteoretisk grunnlag

I det følgende kapittelet vil jeg si noe om det vitenskapsteoretiske grunnlaget for tilnærmingen jeg har til denne oppgaven. Malterud (2017, s.15) hevder at forståelsen av vitenskapelighet ikke er knyttet sammen med en bestemt forskningsmetode, men som hun skriver, det er hvordan denne kunnskapen hentes inn og håndteres som avgjør om dette holder mål vitenskapelig. En avklaring av vitenskapsfilosofi bør ligge til grunn for valget av forskningsmetode (Thornquist, 2003, s.200). Mitt valg av forskningsmetode vil være avhengig av spørsmålene jeg ønsker å få svar på og Malterud (2017, s.30) skriver at kvalitative metoder brukes der en vil beskrive, analysere og fortolke egenskaper, kvaliteter eller karaktertrekk ved de fenomenene en skal studere. Hun sier videre at materialet kan bestå av tekst som kan stamme fra samtaler eller observasjoner (Malterud, 2017, s.30).

Jeg vil i denne oppgaven ha en induktiv tilnærming der jeg som forsker tolker og bruker meg selv som redskap i tilnærmingen. Her vil min forforståelse spille inn. Avhengig av hvilket ståsted vi har kan verden oppfattes i ulike versjoner (Malterud, 2017, s.27).

I denne studien ønsker jeg å belyse læreres oppfatninger eller opplevelser av rommets betydning i simuleringssituasjoner med studenter som har fokus på pasienter i livets siste fase. Da jeg ønsker å få vitenskapelig innsyn i menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, verdier, holdninger og motiver samt menneskelig samhandling, kan kvalitative forskningsmetoder gi muligheter for dette (Malterud, 2017, s.30). Kvalitative metoder bygger ofte på teorier om fenomenologi og hermeneutikk og dette kan bidra til at jeg kan få fram nyanser og mangfold og her vil målet vil være forståelse mer enn forklaring (Malterud, 2017, s.28 og 32).

#### 3.1 Hermeneutikk

Flere forfattere hevder at hermeneutikk anses å være en fortolkningsbasert tilnærming og fokuset vil være å tolke meningsinnhold i tekster eller ytringer som blir avdekket i en vitenskapelig undersøkelse (Busch, 2013, s.51; Malterud, 2017, s.28-29; Thornquist, 2003, s.139). I tolkning av tekst vektlegger hermeneutikken forholdet mellom deler og helhet og dette betegnes som den hermeneutiske sirkel (Busch, 2013, s.51). Det ble tidlig klart at tilnærmingen i oppgaven hovedsakelig ble hermeneutisk, da jeg ønsket å forstå og tolke lærernes opplevelser og oppfatninger av rommets betydning i studentenes simulering til

pasienter i livets siste fase. Her vil også min forforståelse spille inn, da vi alltid møter andre med vår forforståelse, og den er ifølge Thornquist påvirket av både kropp, språk sosiale erfaringer og historie (Thornquist, 2003, s.142). Jeg vil utdype min forforståelse senere. Hermeneutikken legger også vekt på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017, s.28).

Omsorgsvitenskapen hviler ifølge Arman og Rehnsfeldt (2011) på en humanvitenskapelig grunn og den hermeneutiske prosessen er det som forener teori og praksis innen omsorgsvitenskapen. De sier videre at hermeneutikken handler om å forstå fenomen og opplevelser og denne forståelsen kan en få ved å gå dypere inn i disse opplevelsene, erfaringene eller fenomenene (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.17). I denne studien har informantene delt sine erfaringer og opplevelser og det som ble sagt muntlig har jeg transkribert. Denne teksten har jeg så gått inn i for å tolke og forstå.

### 3.2 Den hermeneutiske sirkel eller spiral

Den hermeneutiske sirkel eller spiral innebærer ifølge Arman og Rehnsfeldt (2006) at svarene kan gi opphav til nye spørsmål eller at svarene blir nye spørsmål. De mener at ved å anvende hermeneutikken kan en både skape en vitenskapelig kunnskapsgrunn samt en vitenskapelig måte å forholde seg på i omsorgen (Arman og Rehnsfeldt 2006, s.17). Slik jeg tolker det kan jeg, dersom jeg forstår en del av helheten få et nytt perspektiv til å forstå helheten i. En endring i forståelsen av helheten vil kunne føre til at jeg ser delene på en annen måte. Det kan derfor være forbindelse mellom det jeg skal fortolke fordi den forståelsen jeg bærer med meg kan ha sammenheng med den tekst som skal forstås. Dette kan føre til en endring i min forforståelse og er i tråd med det Thornquist (2003) skriver om spiralbevegelsen som vil føre til at forskeren gjør en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse og dermed legger grunnlag for nye måter å få dypere innsikt på. Hun hevder at det handler om å forstå og tolke deler i lys av helheten og helheten ut fra delene (Thornquist, 2003, s.143). Jeg håper å få økt kunnskap og forståelse gjennom denne vekselvirkningen mellom helhet og del.

### 3.3 Forforståelse

Gjennom denne studien har jeg valgt en humanistisk tilnærming og jeg ser da på begrepet forforståelse med utgangspunkt i den humanistiske tradisjonen og da spesielt med



utgangspunkt i Gadamer. Thornquist (2003) viser til flere teoretikere som sier noe om hva som kan påvirke min forforståelse og hun belyser Gadamer og hans syn på språk og språktradisjon og hvordan denne påvirker våre fordommer og hva vi oppfatter (Thornquist, 2003, s.162-165). Dette kommer også fram i Malterud (2017, s.44-45) sin beskrivelse av hva forforståelse er og hun regner Gadamer som en viktig bidragsyter når det gjelder tolkning av tekster som grunnlag for forståelse. Forforståelsen har jeg med meg inn i prosjektet og den vil kunne påvirke meg i måten jeg samler inn data på og hvordan jeg leser og tolker data. Malterud (2017, s.44-45) skriver videre at forforståelsen er en viktig side av den motivasjonen vi har for å sette i gang forskning rundt et bestemt tema.

Min forforståelse i forhold til min erfaring med simulering som undervisningsform kan være både en styrke og en svakhet og denne har nok vært styrende for mitt perspektiv i denne oppgaven. Jeg har med meg mange års erfaring fra utdanningssektoren i tillegg til mange års erfaring fra intensivavdelingen. Omsorgen for den akutt kritisk syke, og i en del tilfeller den døende pasienten, kunne være krevende. Det kunne være utfordrende å ivareta alle omsorgens dimensjoner i et teknisk miljø med stor aktivitet. Gjennom masterutdanningen i klinisk helse- og omsorgsvitenskap har jeg fått et utvidet faglig perspektiv på omsorgens dimensjoner og dette vil også ha betydning for mitt faglige ståsted. Min teoretiske referanseramme har betydning for hvordan jeg leser materialet og vil være en integrert del av forskningsmetoden min som hjelper meg å forstå mine empiriske funn i en større sammenheng (Malterud, 2017, s.47). Når jeg har gjennomført fokusgruppeintervju og analysert data har bevissthet om min egen forforståelse vært viktig. Som Malterud skriver, har jeg måtte spørre meg selv hva som er med på å bestemme hva jeg ser og hva som er mitt utgangspunkt for de observasjoner og tolkninger jeg har gjort (Malterud, 2017, s.20). Jeg tror at min forforståelse har vært grunnlag for å få en dypere forståelse for det tema jeg har valgt. Lundman og Graneheim (2012, s.197) skriver at flere forfattere mener at vi må utnytte vår forforståelse under forskningsprosessen (Lundman & Graneheim, 2012, s.197).

### 3.4 Å forske i eget miljø

Det er flere aspekt jeg må vurdere når jeg skal forske i eget miljø. Det kan tenkes at det for noen kan være vanskelig å si nei til å delta i prosjektet dersom de har et profesjonelt forhold til meg som skal forske. Her var det viktig for meg å understreke at det var frivillig å delta.

Malterud (2017, s.216) skriver ”når vi skal forske på egne kolleger eller i eget miljø må vi bruke vårt beste skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap eller sin hverdag” (Malterud, 2017, s.216). Jeg har som forsker god kjennskap til miljøet og personene som er involvert i studien min og dette kan være utfordrende i forhold til min objektivitet og evne til å se sannheten i funnene mine (Hull, 2017). utfordringen vil være om det er informantenes erfaringer som kommer fram eller om det er jeg som forsker som ser det jeg ønsker å se. Dette vil være knyttet til min forforståelse og ha betydning for studiens troverdighet. For å belyse ulike aspekt ved studiens troverdighet vil jeg bruke de begrep som Graneheim og Lundman (2004) bruker i kvalitativ innholdsanalyse. Jeg vil komme nærmere inn på dette i forbindelse med analysen.

## 4.0 Forskningsdesign og metode

En kvalitativ metode kan gi meg kunnskapsutvikling ved hjelp av fortolkning og metodene har gjerne røtter i hermeneutisk og fenomenologisk filosofi (Malterud, 2017, s.35). Ved mitt valg av metode har det vært tematikk og forskningsspørsmål som har vært bestemmende for innsamling av data og analyse av data. Jeg skal i oppgaven forsøke å argumentere saklig for de valgene jeg har tatt og diskutere fordeler og ulemper ved metoden. Flere forfattere skriver at fordeler og ulemper ved metoden må diskuteres og prosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring i forhold til tolkning (Graneheim & Lundman, 2004; Krueger & Casey, 2015; Malterud, 2017, s.36).

### 4.1 Metode for innsamling av data

#### 4.1.1 Fokusgrupper

Studien har anvendt fokusgruppe intervju i datasamlingen. En fokusgruppe er ifølge Krueger og Casey (2015, s.2) en gruppe som er samlet ut fra formål, størrelse, sammensetning og fremgangsmåte (Krueger & Casey, 2015, s.2). Jeg ønsket å få en annen innsikt i temaet enn jeg ville fått ved individuelle intervjuer, og der ble min kunnskap om effekten av gruppedynamikk sentral i valget mellom individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Dette er i tråd med det Malterud (2017, s.138) skriver om fokusgrupper, der hun hevder at vi ved denne metoden utnytter det ekstra som samhandlingen mellom deltakerne gir i forhold til individuelle intervjuer. Hun skriver videre at fokusgrupper er godt egnet dersom vi ønsker å lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i miljøer der mange mennesker samhandler. Videre poengterer hun at sammensetningen i fokusgruppen kan være av betydning og at en tilstreber en balanse mellom homogenitet og variasjon, der homogenitet kan være med på å gi samhandlingen i gruppen konstruktive assosiasjoner og variasjonen kan være med på å sikre bredde i erfaringer og synspunkter i forhold til problemstillingen (Malterud, 2012, s.20).

Malterud (2012, s.41) mener at det er vanligst at fokusgruppene møtes en gang og, som hun skriver, ”at det skal være et spesifikt og godt argument med direkte forbindelse til din problemstilling for at du skal gjennomføre flere samlinger med hver gruppe”. Etter mitt første fokusgruppeintervju, transkribering av materialet og start av analyseprosessen, ble det

klart at jeg hadde behov for å fordype meg i noen fokusområder som ytterligere kunne belyse problemstillingen min. Ved avslutningen av det første fokusgruppeintervjuet spurte jeg informantene om mulighet til å stille i et oppfølgende fokusgruppeintervju dersom dette skulle bli aktuelt. Alle informantene ønsket å delta og jeg forklarte at ny invitasjon, med samme forutsetninger for frivillighet, da ville bli sendt ut.

Flere forfattere påpeker at det er viktig å gjøre grundige forarbeider før en gjennomfører en kvalitativ studie (Krueger & Casey, 2015, s.19-37; Malterud, 2017, s.46-47). En av forberedelsene til studien var å lese faglitteratur og forskningslitteratur slik at jeg kunne få et bredere grunnlag for å kunne forstå det jeg skulle undersøke og måten det skulle undersøkes på. Dette vil være i tråd med det Malterud skriver om at vi som forskere må ha et godt teoretisk grunnlag for å kunne vurdere forskningens relevans. Hun sier videre at teorien er en integrert del av forskningsmetoden og den hjelper oss til å forstå våre empiriske funn i en større sammenheng (Malterud, 2017, s.47). Søkene mine er beskrevet i kapittel 2.6.

I forkant av fokusgruppeintervjuene satt jeg opp spørsmål som skulle være til hjelp for å forberede hva som skulle tas opp i selve intervjuet. Jeg endte opp med tre spørsmål som jeg håpet skulle dekke temaet i studien. Flere forfattere skriver at en intervjuguide med gode spørsmål kan være et godt redskap i forberedelsen til et fokusgruppeintervju og at intervjuguiden kan få en annen funksjon under selve fokusgruppeintervjuet (Krueger & Casey, 2015, s.41-47; Malterud, 2012, s.71). Gode spørsmål bør ifølge forfatterne være entydige, åpne, korte, forståelige, ikke være for formelle, ha et språk som deltakerne forstår og ha et preg som kan skape en uformell og trygg atmosfære (Krueger & Casey, 2015, 41-43; Malterud, 2012, s.71). Informantene i fokusgruppen er alle lærere, de kjenner hverandre og de kjenner fagterminologien. Jeg vurderte derfor ikke å forenkle språk eller spørsmålsstilling. Jeg utarbeidet en temaliste med forholdsvis åpne spørsmål til det første fokusgruppeintervjuet (vedlegg 4). Jeg startet med et innledende generelt omsorgsspørsmål. Deretter gikk jeg over til nøkkelspørsmålene (Krueger & Casey, 2015, s.45). Under et av spørsmålene tok jeg med punktvis nøkkelord som jeg mente kunne belyse spørsmålet. Gjennom samtalen mellom informantene ble flere av nøkkelordene diskutert. Jeg hadde derfor ikke behov for eksplisitt å spørre i forhold til disse. Etter å ha transkribert dette fokusgruppeintervjuet og beveget meg inn i analysedelen, så jeg at jeg hadde behov for utdypende data på noen områder og jeg utarbeidet til dette fokusgruppeintervjuet 8 spørsmål som fungerte som en guide (vedlegg 5). I dette fokusgruppeintervjuet, der deltakerne var de samme som i første fokusgruppemøte,

startet jeg derfor direkte på nøkkelspørsmålene uten introduksjons eller overgangsspørsmål (Krueger & Casey, 2015, s.54).

Møtested for begge fokusgruppene var et av skolens møterom med innredning som gav mulighet for å samles rundt et bord uten for stor avstand mellom informantene og opptakere.

Et fokusgruppeintervju ledes av en moderator som skal styre samtalen mellom deltakerne og samtidig sørge for at tiden som er avsatt brukes hensiktsmessig i forhold til prosjektets problemstilling (Malterud, 2012, s.65). Jeg har ikke ledet fokusgrupper før men har erfaring fra å lede personalgrupper og studentgrupper. Her skulle jeg inn og være moderator i en gruppe som består av kollegaer. Å moderere kan ses på som et håndverk, der god opplæring er en fordel (Malterud, 2012, s.65). Det som flere forfattere vektlegger i forhold til rollen som moderator er en balanse mellom feltkunnskap, tillit blant deltakerne, moderators respekt for deltakerne og moderatorkompetanse (Krueger & Casey, 2015, s.104; Malterud, 2012, s.66). Jeg hadde i forkant av intervjuene lest meg opp på emnene som skulle diskuteres og jeg har også praktisk kunnskap og erfaring innenfor disse. Jeg hadde i tillegg lest meg opp på fokusgruppe som metode. Jeg gikk inn i møtet med dyp respekt for den erfaringen og kompetansen som informantene besitter. En vanlig nybegynnerfeil som moderator kan være at en snakker for mye og kommer med egne synspunkter i saken (Malterud, 2012, s.66). Mine informanter hadde mye kunnskap å dele samt mange tanker rundt tema, og samtalen foregikk lett og i respekt for hverandre. Jeg hadde en tilbaketrukket rolle og jeg mener det var en god balanse mellom innlevelse og distanse.

Jeg velger å si litt om co-moderator, da jeg i mine to fokusgrupper hadde forskjellige co-moderatorer. I begge fokusgruppene brukte jeg kollegaer som co-moderatorer og begge hadde erfaring fra fokusgruppeintervju. De hadde også erfaring fra ledelse av ulike grupper. Co-moderatorene fikk temaliste og spørsmål i forkant av fokusgruppeintervjuene. Vi avtalte rollefordeling og hvilken funksjon co-moderator skulle ha. De skulle ha oppgaver som å følge med på hva som foregikk i gruppediskusjonen, ta feltnotater om stemning og samhandling og sørge for replikkfesting basert på deltakernes navn (Krueger & Casey, 2015, s.107; Malterud, 2012, s.66). Begge co-moderatorene ble også bedt om å sjekke om det var noen spørsmål jeg ikke hadde stilt eller, i første fokusgruppeintervju, om det var nøkkelbegrep vi ikke hadde vært innom. De hadde også kontroll på det tekniske utstyret samt å sørge for drikke til gruppedeltakerne (Krueger & Casey, 2015, s.107).

Jeg brukte båndopptaker og mobil til å ta opp samtalene. Begge gav god kvalitet på lyden. Informantene var i informasjonsskrivet orientert om at samtalen ble tatt opp.

Co-moderator og jeg var klar til å ta imot informantene da de kom og Krueger og Casey (2015) skriver at det er viktig at alt er klart før informantene kommer. Da kan fokuset være på å skape en god atmosfære (Krueger & Casey, 2015, s.109). Alle fant en plass og ble tilbudt drikke og litt å spise. Jeg startet med å ønske velkommen og takket for at de ville delta i studien. Jeg presenterte meg som moderator og forklarte hva det innebar. Videre presenterte jeg co-moderator og forklarte hennes rolle og funksjon. I informasjonsskrivet deltakerne hadde fått, stod det beskrevet hva studien skulle handle om og jeg henviste til dette for å få informantene tunet inn på temaet. Her ble også temaet taushetsplikt og konfidensialitet tatt opp. Informantene fikk informasjon om opptakerne og når disse ble slått på. Alle informantene kjente hverandre så det ble naturlig at de ikke presenterte seg inngående med persondata, men at de tok en runde og fortalte litt om sin arbeidserfaring rundt temaet. Deretter startet vi med spørsmålene. Samtalen gled lett og alle informantene var aktive. Selv om de var engasjerte, snakket de lite i munnen på hverandre. Det var slik jeg så det en god og avslappet atmosfære. Det var noen informanter som snakket mer enn andre, men det var ikke slik at jeg så behov for å henvende meg direkte til de informantene som snakket minst (Krueger & Casey, 2015, s.121). Vi avsluttet med at co-moderator sjekket om alle spørsmålene var stilt og om nøkkelbegrepene var belyst. Deretter ble informantene spurt om det var områder som ikke var belyst eller om de savnet noe. Det kom fram noen refleksjoner etter dette spørsmålet. Jeg spurte også om de kunne tenke seg å delta i et oppfølgende fokusgruppeintervju dersom det ble aktuelt. Alle informantene svarte at det ville de. Se mer om dette under 4.1.1 om fokusgrupper. Flere forfattere anbefaler debriefing med lydopptakeren i gang (Krueger & Casey, 2015, s.131; Malterud, 2012, s.78). Etter at informantene hadde forlatt rommet hadde co-moderator og jeg en spontan oppsummering. Vi snakket om gjennomføringen og samhandlingen i gruppen. Dette kan ifølge Malterud (2012, s.78) være viktig for senere vurdering av datavaliditet.

#### 4.1.2 Utvalg

I en kvalitativ studie er det kvalitetene til det som undersøkes som blir viktig og derfor blir ofte utvalget mindre enn ved kvantitative studier. Dette støttes av Malterud (2012, s.58) som skriver at en vil forsøke å etablere et strategisk utvalg som har potensial til å belyse

problemstillingen. Når jeg skulle sette sammen fokusgruppen hadde jeg i tankene homogenitet og variasjon. Malterud (2012, s.44) mener at homogenitet innen gruppen vil styrke gruppedynamikken ved at deltakerne lettere kan identifisere seg med og gjenkjenne erfaringer. Dette skaper assosiasjoner og gir også substansiell kommunikasjon som handler om temaet. Hun skriver videre at homogenitet må balanseres mot variasjon, da mangfoldet i erfaringer kan skape nyanser i de empiriske dataene og gjennom analysen gi nye og relevante beskrivelser av det vi skal studere (Malterud, 2012, s.44).

#### 4.1.3 Inklusjonskriterier

Lærere som bruker simulering som metode for studentlæring og lærere som underviser i omsorg ved livets slutt. Lærerne må ha minimum 3 års erfaring som underviser og ha erfaring med omsorg for pasienter i livets slutfase.

Gjennom disse kriteriene for utvelgelse så jeg at informantene ville oppfylle en fornuftig balanse mellom homogenitet og variasjon og at de kunne tilføre relevante data til temaet mitt. Malterud (2017, s.58) skriver i forhold til relevans at *forforståelse, problemstilling og teoretisk referanseramme vil bestemme hvilke forhold vi må ta hensyn til for å oppnå data som omfatter det aktuelle fenomenet i tilstrekkelig dybde og bredde* (Malterud, 2017, s.58). Jeg fikk 7 deltakere til fokusgruppen ved første møte og 5 deltakere ved andre møte. Her hadde alle 7 deltakerne bekreftet at de kom, men to måtte melde frafall.

Antall deltakere i en fokusgruppe kan variere og flere forfattere sier at spørsmålene eller formålet med studien bør være utslagsgivende (Krueger & Casey, 2015, s.82). De skriver videre at gruppene ikke bør være for store når de brukes i forskningssammenheng. Her vil et antall på 5-8 være bra. Grunnen til dette er at for store grupper kan være vanskeligere å styre og det blir liten tid til den enkelte (Krueger & Casey, 2015, s.82). Dette støttes av Malterud (2012, s.40) .

#### 4.1.4 Etske vurderinger

Gjennom hele forskningsprosessen vil en måtte vurdere etiske problemstillinger og jeg vil her gjøre rede for hvordan jeg har gått fram for å håndtere de etiske problemstillingene på en tilfredsstillende måte. Ved starten av studien diskuterte jeg med min veileder hvilken metode jeg ønsket å bruke og det ble klart at jeg måtte søke NSD om godkjenning da jeg skulle ta opp

fokusgruppeintervjuet på bånd og lagre dette.

Jeg foretok en henvendelse på mail til dekan ved skolen med forespørsel om å få rekruttere informanter til fokusgruppeintervju (vedlegg 2). Tillatelse ble gitt og jeg sendte deretter forespørsel på mail til informantene om de ville delta i fokusgruppen. Informantene ble orientert om samtykkeerklæring og retten til å trekke seg fra studien (vedlegg 3).

#### 4.1.5 Søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

Forskning som innebærer behandling av personopplysninger har en meldeplikt for. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste er oppnevnt som personvernombud for alle forsknings- og studentprosjekter som skjer ved alle høyskoler og universiteter. Etter at prosjektplanen var godkjent ble søknad sendt til NSD og svaret forelå 04.08.2017. NSD kom med tilråding om at prosjektet, med prosjektnummer 54722, kunne gjennomføres under forutsetning av at vilkårene for vurderingen blir fulgt (vedlegg 1).

## 4.2 Transkribering av data

Etter fokusgruppeintervjuene satt jeg med cirka tre timer med lydopptak som jeg overførte til min datamaskin og opptakene fikk dato som filnavn. Jeg hørte gjennom opptakene for å sjekke kvaliteten. Kvaliteten var god og jeg kunne derfor, etter å ha tatt en sikkerhets kopi, slette opptakene fra lydopptakerens minnekort og mobil (Malterud, 2012, s.96). Mine empiriske data ble så bearbeidet og gjort klar for analyse og disse data bestod av tekst som reflekterte samtalen mellom deltakerne og moderator. Teksten skal gjøres håndgripelig og konkret gjennom transkribering (Malterud, 2012, s.96). Transkribering er en tidkrevende prosess. Malterud (2017, s.78) snakker om transformasjon som skjer når man gjør tale om til tekst og at vi ikke må forveksle teksten i utskriften med virkeligheten. Vi får et begrenset virkelighetsbilde, selv ved en nøyaktig transkripsjon og hun skriver at formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig formidler det deltakerne ville meddele. Jeg valgte å transkribere selv og ble med det kjent med en ny side av materialet samtidig som jeg gjenopplevde erfaringene fra datasamlingen. Malterud (2017, s.80) anbefaler at forskeren transkriberer selv da dette kan åpne for andre ettertanker og slutninger enn da opptaket ble gjort. Jeg anonymiserte deltakerne med en gang jeg begynte å skrive og skjønnte litt ut i transkriberingen at jeg måtte modifisere dialektene for å ivareta anonymiteten. Jeg skrev derfor bokmål, men endret ikke på rekkefølgen i ordene. For å ytterligere ivareta



anonymiteten benevner jeg informantene med tall i presentasjonen av funnene.

Transkriberingen var en arbeidskrevende prosess, da jeg skrev ned i detalj hva informantene sa. Jeg utelot for det meste ord som ja, nei, eh og hmm, men føyde til ”latter” der dette var med på å belyse stemningen. Det var få utfordringer med at informantene snakket i munnen på hverandre. Etter å ha transkribert satt jeg med 41 sider tekst som skulle analyseres.

Malterud (2017, s.80) skriver at en gjennom transkriberingen også starter analyseprosessen og vi starter allerede da med filtrering og tolkning. Jeg har forsøkt å ta med informantenes perspektiv og stemmer inn i analysearbeidet.

### 4.3 Analyse av data

Skal mine fokusgruppediskusjoner bli til forskning kreves det at de empiriske dataene jeg har samlet blir analysert og systematisert på en refleksiv måte (Malterud, 2012, s.101). Jeg skal gjennom analysen fortolke og sammenfatte dataene ved å se på likhetstrekk, forskjeller, erfaringsvariasjon, holdninger og følelser (Malterud, 2017, s.93). Jeg leste gjennom transkripsjonen fra det første fokusgruppeintervjuet flere ganger for å få et overblikk. Etter å ha bearbeidet materialet hadde jeg fått et helhetsbilde. Dette førte til at jeg så flere fokusområder jeg ønsket å få mer utfyllende svar på, og det ble derfor invitert til et oppfølgende fokusgruppemøte. Etter transkripsjon av det oppfølgende fokusgruppemøtet startet jeg med å sortere i forhold til de fokusområdene som kom fram i materialet. Jeg har valgt å bruke (Graneheim & Lundman, 2004) sin kvalitative innholdsanalyse og vil i den videre analyseprosessen bruke deres begrep. Min analyseenhet er mine to fokusgruppeintervju. Størrelsen på analyseenheten har vært håndterbar i analysen (Lundman & Graneheim, 2012, s.190). Jeg startet med å sortere i det som framsto som fokusområder eller innholdsområder, som (Graneheim & Lundman, 2004) kaller ”content area”. Her brukte jeg fargekoder for å skille de ulike innholdsområdene. Data med fargekodene ble lagt inn i en tabell som skilte hvert innholdsområde. Jeg fortsatte så med å finne meningsbærende enheter. Det kunne være ord og setninger med aspekter som kunne relateres til hverandre gjennom kontekst eller innhold, det er dette Graneheim og Lundman kaller ”meaning unit” (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg kondenserte meningsbærende enheter ved å fortette teksten mer ved å korte inn på setninger samtidig som jeg forsikret meg om at innholdet ble bevart. Jeg skrev så ned kodeord som var beskrivende for innholdet og tabellen inneholdt dermed tre nivå av teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg tenker at utvelgelsen av kodeordene kan være påvirket av min forforståelse og det kunne vært hensiktsmessig om en

medforsker kunne gjøre det samme med datamaterialet mitt, da vi kan se forskjellig på dette. Neste steg var å finne kategorier ut fra kodene. Kategorier betegnes å være en gruppering av et innhold som deler noe felles, de er på et beskrivende nivå og de skal være internt homogene og eksternt heterogene (Graneheim & Lundman, 2004). De sier samtidig at det ikke alltid er mulig å lage slike kategorier når en tekst handler om menneskets opplevelser som kan være så sammenflettet at de kan passe inn i flere kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Her så jeg etter hvert at jeg fikk mange koder og kategorier og flere av kategoriene ble forholdsvis like. Jeg oppdaget også at en del data kunne høre til i flere kategorier og jobbet med å slå sammen flere av disse. I den videre prosessen gikk jeg nok en gang gjennom kodene. Da beveget jeg meg mer over i et tolkende nivå og kodene ble samlet i subtema. Etter å ha lest og tolket teksten endte jeg opp med to overordnede tema.

Tema er ifølge Graneheim og Lundman ”... *a thred of underlying meaning through, condenced meaning units, codes or categories, on an interpretative level*” (Graneheim & Lundman, 2004, s.107). Jeg endte opp med 2 tema og 6 subtema (tabell 1).

**Tabell 1.**

<b>TEMA</b>	<b>SUBTEMA</b>
Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient	Lærerens rolle – den som styrer og tilrettelegger for læring
	Å redusere distansen mellom lærer, student og pasient
	Overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis
Økt bevissthet gjennom refleksjon	Samtalens betydning som ledd i refleksjon
	Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter
	Å være lydhør og tilstede i rommet

#### 4.4 Troverdighet

Lundman og Graneheim (2012, s.197) hevder at mange artikler med kvalitativ innholdsanalyse bruker begrep som er knyttet til en kvantitativ tradisjon og nevner spesielt begrep som tar for seg troverdighet. Mens det innen kvantitativ forskning snakkes om

validitet, reliabilitet, generaliserbarhet og nøytralitet (Lundman & Graneheim, 2012, s.197), tar forfatterne til orde for å bruke begrep som ”credibility”, ”dependability” og ”transferability” i forbindelse med kvalitative studier. Dette beskriver ulike aspekt av ”trustworthiness” (Graneheim & Lundman, 2004). De skriver at alle studier må evalueres i henhold til de prosedyrer som er brukt for å komme fram til funnene. Selv om de bruker ulike begrep for å diskutere troverdighet, mener de at begrepene må ses i sammenheng med hverandre og de mener at forskeren må foreta ulike handlinger for å vise troverdigheten i resultatene (Graneheim & Lundman, 2004). Malterud (2017, s.23) sier at ingen kunnskap er allmenngyldig slik at den gjelder under alle omstendigheter og for alle formål. Hun hevder at generaliserbarhet er et problematisk begrep. Hun mener det er viktigere å ta stilling til hva funnene er sant om, hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2017, s.23). Videre sier hun at ”å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser” (Malterud, 2017, s.192). Jeg har valgt kvalitativ innholdsanalyse og vil derfor bruke Graneheim og Lundman (2004) sin metode for analyse av data, og deres begrep som relateres til analyseprosessen samt metodens troverdighetsaspekter.

Når Malterud (2012, s.132) snakker om intern validitet, sier hun at spørsmålet er om studien undersøker det den sier den vil undersøke. Graneheim og Lundman (2004) snakker om ”credibility”, som kan oversettes med troverdighet, og betydningen av hvordan en lager koder og kategorier under analysearbeidet.

Graneheim og Lundmans (2004) ”dependability” kan forklares med at fenomenologiske og forskningsmessige endringer gjør at data kan forandre seg over tid og tidsperspektivet er av betydning her. De hevder at dersom en har store datamengder og innsamlingen av data skjer over tid, kan det føre til inkonsekvens i datasamlingen (Graneheim & Lundman, 2004). Dette gjelder slik jeg forstår det når en har forskjellige fokusgrupper som skal besvare de samme spørsmålene. Jeg har hatt flerstegs fokusgruppeintervju med de samme informantene med fire måneders mellomrom og dette kan ha betydning for den interne validiteten av studien.

Når det kommer til studiens eksterne validitet snakker Graneheim og Lundman (2004) om ”transferability» som handler om resultatene er overførbare til andre situasjoner. De mener at gode beskrivelser av utvalg, gruppekultur, datasamling, analyseprosess og omstendigheter som utgjør konteksten for studien er viktig. Dersom en kan gi rike og frodige presentasjoner av funnene vil dette samlet kunne gi leseren mulighet til å se om studien har overføringsverdi

(Graneheim & Lundman, 2004). De skriver at forskeren kan komme med forslag og skape forutsetninger for overførbarhet, men de poengterer at det er opp til leseren å bestemme om funnene er overførbare til en annen kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har forsøkt å beskrive alle vurderinger jeg har gjort gjennom hele oppgaven for å være så transparent som mulig, slik at leser kan være med å validere arbeidet mitt.

## 5.0 Presentasjon av funn

Jeg vil i det følgende kapittel presentere funnene som kom fram i fokusgruppeintervjuene. Her håper jeg at jeg har fått fram deltakernes stemme. I presentasjonen av funnene bruker jeg gjennomgående betegnelsen informant om deltakerne i fokusgruppene. Noen ganger sier informantene noe om hva de opplever eller synes at lærerne skal gjøre og i disse sammenhengene, der informantene snakker om seg selv i tredje person, trekker jeg inn betegnelsen lærer.

Etter å ha analysert materialet var det to hovedtema som avtegnet seg:

### **Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient**

#### **Økt bevissthet gjennom refleksjon**

I mine subtema har jeg tolket hva som ligger i informantenes utsagn, samtidig som jeg har forsøkt å være tro mot utsagnene.

Koder, subtema og tema er presentert under i tabell 2.

KODE	SUBTEMA	TEMA
Ta studenten på alvor, være lydhør	<b>Lærerens rolle – den som styrer og tilrettelegger for læring</b>	<b>Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient</b>
Ikke krenke – ivareta verdigheten og tryggheten til studenten		
Bevisstgjøring av omsorgsdimensjonen		
Skape relasjon mellom student og lærer	<b>Å redusere distansen mellom lærer, student og pasient</b>	
Formidle troverdighet		
Skape mer likeverdighet – endret maktbalanse mellom student og lærer		
Skape relasjon til pasient		
Skape et godt mellomrom		
Ivareta pasientens verdighet	<b>Overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis</b>	
Erfaring før praksis -forberede studenten -skape kreativitet, se muligheter		
Simulering og refleksjon skaper trygghet før praksis		
Rød tråd: trygghet hos studenten skaper trygghet hos pasienten		
Tilbakemelding fra praksis		
Rom og atmosfære for samtale	<b>Samtalens betydning som ledd i refleksjon</b>	<b>Økt bevissthet gjennom refleksjon</b>
Må lytte til ordene og lytte til det usagte		
Gode rollemodeller i praksis og blant lærerne	<b>Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter</b>	
Holdninger		
Makt i samhandling – speile de andre slik at en skjønner rollen sin		
Erfarne lærere senser atmosfæren Kan veilede studentene i simulering	<b>Å være lydhør og tilstede i rommet</b>	
La studentene bli bevisst omsorgsdimensjonen		
Øke sanseskarpheten		
Være lydhør i rommet -Lære å gå inn i rommet		
Refleksjon og debriefing åpner opp øynene for ting		
Skape rom for undring og refleksjon		
Taus kunnskap		

## 5.1 Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient

Alle informantene fremhever trygghetsdimensjonen som svært betydningsfull for ivaretagelse av både studenter og pasienter. Når informantene snakker om å ivareta studentene, som har ulikt kunnskapsnivå, praksiserfaring, livserfaring og alder, legger de vekt på sin rolle som tilrettelegger for skape gode og trygge læringsrom som kan bidra til å ivareta trygghet og verdighet hos studentene. Informantene beskriver bevisstgjøring, synliggjøring og klarlegging av forventninger både hos lærer og student som betydningsfullt. De fremhever simuleringsrommet som et rom som kan skape utrygghet for studenten som kan være ukjent med denne læringsmetoden. De trekker fram viktigheten av å være lydhør overfor studentene. Samtidig beskriver alle informantene simuleringsrommet som et trygt rom der en kan øve uten at det er fare for pasienten og der en kan få mulighet til undring og refleksjon både i forhold til pasientsituasjonen og i forhold til egne handlinger, følelser og reaksjoner. Alle informantene var innom relasjoner både mellom student og lærer og mellom student og pasient. De var opptatt av distansen som ofte finnes mellom lærer og student og trakk fram betydningen av å tone ned ekspertrollen som læreren har, og forsøke å møte studentene der de er. Informantene beskriver også at en gjennom simulering og refleksjon kan skape gode rom for å synliggjøre omsorgsdimensjonen i pasientmøtet, og å ivareta hele pasienten med hans eller hennes ulike behov. De beskriver nærhet og distanse til pasienten og trekker inn gode mellomrom her. Her beskriver de ulike handlinger og tilnærminger som kan ha betydning for å ivareta pasientens trygghet og verdighet. Informantene snakker om å synliggjøre at en har tid til pasienten og betydningen av signalene en sender ut via kroppsspråket. Når informantene beskriver de ulike dimensjonene i forhold til trygghet, trekker de fram overføringsverdien til og fra simuleringsrommet og praksis. De beskriver studenter som gjennom simulering har fått noe erfaring i forhold til møtet med den døende pasienten og som har hatt mot til å gå inn i lignende situasjoner i praksis. Flere informanter uttrykker at dette er mulig når studenten opplever simuleringsrommet som trygt, og at det gir rom for både reaksjoner og refleksjon. De beskriver viktigheten av at simuleringen og pasientsituasjonen er autentisk, og gir et bilde på hvordan virkeligheten kan være. Informantene trekker fram studenter som har erfart pasientsituasjoner i praksis, og som kan se ting med litt andre øyne enn de som jobber der. Her trekker informantene fram overføringsverdi fra praksis og inn i simulering, og hvordan de kan bruke studentenes erfaringer inn i pasientcase. Dette beskriver

flere informanter som betydningsfullt i forhold til å ta studenten på alvor, ta ned distansen mellom lærer og student, og skape tryggere læringsrom.

### 5.1.1 Lærerens rolle – den som styrer og tilrettelegger for læring

Informantene snakket en del om forutsetninger for at simuleringsrommet skulle inngi trygghet. De beskriver lærerens rolle som tilrettelegger og den som styrer simuleringsrommet og de var opptatt av i hvilken grad og hvordan en kan utfordre studentene i denne settingen. En informant trakk fram rollen som fasilitator og egen erfaring og sensitivitet i forhold til studentene:

*2: I det rommet du fasiliterer sener du hvor du kan utfordre studenten og hvor du ikke kan gjøre det.*

Flere av informantene snakker om ulike dimensjoner i sin egen rolle. De beskriver betydningen av møtet med studentene og viktigheten av å se studenten der han eller hun er både i forhold til kunnskap, erfaring og livserfaring. De fremhever at lærerens rolle er å ta studentene på alvor og å møte dem med respekt. Her snakket de også om å skape rom som gjør at studenten kan kjenne på at det er greit å ikke vite alt, og at det er rom for å undre. En informant trekker fram dette med at studentene skal inn i et sensitivt tema og at de har ulik erfaring med seg inn i denne settingen:

*4: Dersom vi skal møte dem der de er så handler vel det også om hvilken ballast de har med seg og hvilke erfaringer de har med seg fra før i forhold til det temaet som de skal inn i.*

*5: Så er det jo en kjempeutfordring at de er unge og mange av dem har virkelig ikke kjent på disse følelsene.*

Informantene diskuterte forventninger som både studentene og lærerne har, og de beskrev at det kunne være et stort gap i forhold til disse forventningene. Noen av studentene kommer inn i simuleringssettingen med ønske om å lære masse om omsorg til den døende pasienten mens andre vegrer seg mer. De snakket om hvilken betydning det kan ha om dette gapet er for stort og trakk fram at distansen her kan skape utrygghet hos studentene. Informantene beskrev studenter som hadde et sterkt fokus på praktiske gjøremål og gjennom disse glemte å se pasienten i en større sammenheng. Her trakk noen av informantene fram den tryggheten det er for mange studenter å ha noe praktisk å gjøre, og at studentene kan oppleve trygghet ved å håndtere for eksempel et blodtrykksapparat.



*4: Studentene er trent på å ta vitale målinger, det er det vi har lært dem og det er det de forventer at vi skal anerkjenne dem på! Så er det så mye mer, så mange omsorgsdimensjoner som de også skal lære. Jeg tror faktisk at en del av dem ikke var kommet lenger enn at det var det de hadde lært at de skulle jobbe med og så oppdaget de at det faktisk var en del andre ting som de også skulle ha fokus på.*

Når informantene snakket om lærerens rolle og egen forventning, kom flere inn på forventningsgapet der lærerne og studentene hadde ulike forventninger til hva og hvordan de skulle lære. Informantene vektla betydningen av at studentene skulle ha gode læremuligheter, samtidig beskrev de utfordringen i forhold til studentens nivå av kunnskap og erfaring. Flere informanter beskrev at terskelen for hva de som lærere ønsket at studentene skulle lære ofte kunne synes å være for høy. Dette påvirker studentenes trygghet og gir dårligere læringsmuligheter. En informant uttalte:

*4: Med tanke på at dette er ganske ukjent landskap for dem så trenger de rett og slett opplæring i hva disse behovene er og det er vår jobb å lære dem dette!*

Informantene snakket videre om hvordan lærerens rolle har betydning for å synliggjøre for studentene hva som skal læres i simuleringen og de beskrev bruk av læringsutbytter som både kunne være til hinder og hjelp for at studentene skulle bli bevisst læresituasjoner.

Informantene beskrev balansegangen mellom det å ha konkrete læringsutbytter og det å ha fleksibilitet i forhold til ting og situasjoner som dukker opp undervegs i simuleringen.

Studentene ønsker å vite hva de skal lære og her vektla flere informanter lærerens rolle som tilrettelegger og den som synliggjør hva som skal læres i simuleringen. De beskrev også at studenter som ikke er på det nivå som lærerne tror i forhold til læringsmål og pensum, blir utrygge når det er et stort gap her.

*2: Å ha konkrete læringsmål som er avgrenset er også med på å skape en trygghet i forhold til å vite hva de skal ha fokus på.*

*1: Samtidig skal ikke læringsutbyttene være overstyrende heller.*

Informantene snakket mye om sårbarhet både hos studenter, pasienter og lærere. De trakk fram sin egen rolle i forhold til å skape trygghet. Når de skulle beskrive sårbarhet hos studentene, snakket de mye om den dobbelte sårbarheten som studentene kunne oppleve som betydningsfull for studentens verdighet. Mange studenter har ikke møtt en døende person i livet sitt og dermed har de ingen erfaring med dette møtet. I tillegg kan studenten ha begrenset livserfaring. Simulering som læringsmetode ble beskrevet som ukjent for mange studenter. De beskrev at tematikken omsorg ved livets slutt, sammen med en ukjent læringsmetode som

simulering kan bli for mye. Det gjorde at lærerne var ekstra bevisst på å ikke krenke studentene og tydeliggjorde egen rolle i forhold til å skape trygge læringsrom.

*4: Det er kanskje noe med denne tematikken som gjør at vi må være ekstra lydhøre for studentene? De er kanskje mer sårbare innenfor denne tematikken enn i andre områder i livet som de er litt mer robuste i forhold til.*

*6: Hva utsetter vi studentene for og hvilke verktøy gir vi studentene for å kunne håndtere krevende situasjoner?*

De snakket om betydningen av at de samme studentene kan få simulere samme case to ganger og delte erfaringer på effekten av dette. Informantene opplevde at studentene kunne gå fra erkjennelse til å oppleve mestring gjennom simulering av et pasientcase, via debriefing etter gjennomført case og til ny simulering av det samme caset. Her beskriver flere informanter at studentens verdighet kan ivaretas ved å få gjøre samme case to ganger, slik at de kan få mulighet til å rette opp det de følte de ikke mestret.

*2: Dialogen i debriefingen mellom simuleringene hjelper studentene til å se feil og muligheter og de får muligheter til å rette opp ting uten å miste verdigheten – eller fasaden.*

Informantene kom med eksempler på simuleringssituasjoner som kunne belyse viktigheten av trygge rammer i simuleringsrommet. De så at møtene med den døende pasienten i simuleringsrommet kunne oppleves sterkt for mange studenter og de beskrev situasjoner der studenter forlater simuleringsrommet fordi møtet med pasienten er for tøft. Samtidig beskrev de situasjoner der studentene velger å være med å fullføre simuleringen, men da i en annen rolle enn opprinnelig. Informantene reflekterte over hva det er i disse rommene som gjør at studentene velger å bli og å fullføre simuleringen.

*4: Hun kom ikke tilbake til simuleringssettingen annet enn som observatør, men i debriefingen var hun med og fikk sette ord på det som hun kjente på.*

Informantene var som beskrevet tidligere opptatt av at studentene kommer inn i tematikken og simuleringen med ulik livserfaring, erfaring fra praksis og kunnskap. Informantene beskrev utfordringer med å synliggjøre omsorgsdimensjonen i møte med pasienten, og de snakket om at studentene har behov for å vite, for å kunne føle seg trygg. Informantene beskrev sin rolle når det gjaldt å få fram studentenes behov for å se helheten i pasientsituasjonen. De beskrev sin rolle i forhold til å synliggjøre pasientsituasjonen og se ting i sammenheng. Her var de opptatt av at studentene skulle lære seg å se kliniske tegn, og at de må få forklaring på hva de ser. Videre sier flere informanter at det er viktig å bruke egen

erfaring og kunnskap til å synliggjøre dimensjoner og sammenhenger for studentene, og at det er lett å glemme at studentene har ulik ballast med seg inn i simuleringen. En informant sier:

*4: Det er mange ganger jeg i møte med studenter får tilbakemelding om at dette var de ikke klar over eller dette visste de ikke*

Informantene beskrev utfordringer med å synliggjøre den helhetlige omsorgen og var inne på at studentene hadde behov for bli mer bevisst på rommelige dimensjoner. Samtidig beskrev informantene viktigheten av å synliggjøre aktiviteter som har stor betydning for pasient og pårørende, og at dette kunne være betydningsfullt for studentens opplevelse av trygghet i simuleringen. En av informantene påpekte det å holde pasienten i hånden eller fukte pasientens munn som en viktig omsorgsgivende handling. Alle informantene beskriver et stort ansvar i forhold til å få studentene til å se etter tegn og behov hos pasienten, og å se hele pasienten. De trakk fram at ved å synliggjøre hva som skjer med pasienten, kan de bidra med å skape større trygghet i pasientrommet. Her beskriver informantene ivaretagelsen av pårørende som svært viktig. En av informantene trekker fram simulering som en god læringsmetode i forhold til å få studentens blikk opp for alt som er rundt pasienten.

*6: Studentene kom inn i rommet med blodtryksapparatet, for det var det de hadde lært. Det var deres umiddelbare kunnskap. Det er noe med å lære dem enkle verktøy. For eksempel der en møter pasient og pårørende, da kan vi hjelpe studenten til å se at her er det faktisk en familie og den er forskjellig fra gang til gang. Vi må spørre og bli kjent med disse personene og lære å spørre: hva er viktig for dere her?*

Informantene var opptatt av å kunne skape et trygt simuleringsrom, eller trygge rammer, slik at studentene kan få tid og rom for undring og refleksjon. En informant trakk fram at det var av stor betydning at studentene fikk tid til å komme med sine opplevelser og at en ved å skape gode rammer rundt refleksjonen skaper trygghet. Dette beskrev flere av informantene, og de mener at det kan være lettere for studentene å ta opp vanskelige situasjoner i en simuleringssetting enn i en praksissituasjon. Det var viktig at studentene fikk tenke gjennom situasjonene og løfte disse opp. I simulering og debriefing dukker det ofte opp nye ting, og informantene beskriver sin rolle her som betydningsfull i forhold til å få løftet disse situasjonene opp. En informant tydeliggjorde dette:

*1: Det er gull verdt med simulering i forhold til å få den tilbakemeldingen, ikke sant? Vi kan si til studenten om det ikke hadde være en ide å være litt mer varsom når du gikk inn til pasienten?*

*5: Det er jo en tilbakemelding for læring som de tar med seg.*

### 5.1.2 Å redusere distansen mellom lærer, student og pasient

Informantene snakket mye om relasjoner både mellom student og lærer, og student og pasient, og de vektla viktigheten av å ta ned distansen mellom disse. Når informantene snakket om relasjonen mellom lærer og student trakk de fram betydningen av at læreren kjenner studenten. Det vil ifølge informantene være viktig for å kunne ta ned barrierer og maktbalanse, og de beskrev at dette vil gjøre det lettere for studentene å ta opp det som opptar dem. Informantene beskrev det å skape gode relasjoner som betydningsfullt for å kunne se den enkelte. Her uttrykte flere at det å skape troverdighet som lærer i en simuleringssituasjon er viktig. Informantene beskrev studenter som føler at lærerne innehar mye kunnskap og mestrer det meste. Noen av informantene påpekte det med å synliggjøre egen sårbarhet som betydningsfullt for å ta ned distansen mellom lærer og student. De påpekte at de som lærere ikke vet alt og det å synliggjøre at læreren ikke er et overmenneske vil kunne gjøre noe med relasjonen til studenten og være med på å redusere distansen. Flere informanter trakk fram at de i liten grad er bevisst terskelen som studentene beskriver finnes i ulike møter med lærere, og uroen som studentene føler i forkant av disse møtene. En informant trakk fram det å være ekte og autentisk i rollen som fasilitator, og det å være bevisst det som formidles med og uten ord. Her snakker flere informanter om det å kunne by på seg selv hvilken betydning det har for møtet og for relasjonen mellom student og lærer.

*3: Når vi møter pasienter og pårørende i siste fase er det svært sårbare og vanskelige situasjoner å være i uansett hvor lenge vi har jobbet. Det å synliggjøre som lærer at det er krevende og at jeg ikke alltid vet hvordan jeg skal takle ting. Noen ganger er møtene greie og andre ganger skulle jeg ønske at jeg kunne gjort ting på nytt. Det er viktig at vi også viser vår sårbarhet.*

Når informantene snakker om at det kan være et stort gap mellom student og lærer beskriver de også muligheter for at simuleringsrommet kan skape mer likeverdighet, og gjennom dette føre til at studentene blir tryggere og våger mer. Flere fortalte at det er viktig å ta ned ekspertrollen som læreren i utgangspunktet har og de snakket om utfordringer og forpliktelser i simuleringsrommet som kan føre til at studenten opplever både trygghet og læring. De beskrev erfaringer med simuleringssituasjoner der lærerne er aktører og studentene observatører der de bruker en aktiv læringsmetode som åpner opp for studentenes egenvurdering av kunnskapsutvikling og at det finnes alternative måter å tilegne seg kunnskap på. En informant sa at lærere har godt av å høre hva studentene sier og at det er mye å lære gjennom en slik tilbakemelding:

*4: I simulering inviterer vi studentene til å si noe om hvordan de tenker. Ting kan gjøres annerledes. Det er ikke bare vi som står og foreleser om at det er slik ting er. Vi har en case og dette tester studentene ut. Så diskuterer vi ulike alternativer og der tror jeg at studentene har en opplevelse av at de møter oss som lærere på en helt annen måte enn når de møter oss i auditoriet. Det vil alltid være en ubalanse i makt så lenge vi har den erfaringen og den utdanningen vi har, men....*

*Det gjør noe med maktbalansen i simuleringsrommet kontra auditoriet.*

Når informantene kom inn på relasjonen mellom pasient og student eller pasient og sykepleier beskrev de hvordan en møter pasienter i livets siste fase og de påpekte relasjonens betydning i disse møtene. Her trakk de fram mellomrommet og de beskriver ulik betydning og forståelse av dette. Informantene snakket om den roen som kan være i rommet og som har stor betydning for pasient og pårørende. Flere informanter beskrev mellomrommets betydning i møtet med pasienten og hvordan møtet mellom pasient og student kan ha betydning for pasientens verdighet. En informant trakk fram hvordan vi snakker gjennom kroppsspråket og hvordan vi kan formidle at vi har tid til pasienten og pårørende. Hun beskrev begrepet verdighet i forhold til tid, og at pasientene er vare for om pleieren senser deres individuelle behov. Pasienten trenger tid for å åpne seg. Informanten beskrev hastigheten i kroppsspråket som betydningsfullt her:

*7: Dersom du bare er raskt innom pasientrommet og viser at du er på vei videre, åpner ikke pasienten seg. Hvordan kan vi få studentene til å forstå denne biten? Dette vil vel gå på opplevelsen av verdighet... dersom pasienten skal si noe og den andre allerede er et annet sted. Det senser pasienten fort.*

Informanten beskrev videre situasjonen i forhold til studentens ståsted og så at det kan være utfordringer i forhold til om studenten med sine kunnskaper er i stand til å se hele pasienten. Flere informanter spurte om studentene har kunnskap og erfaring nok til å reflektere over dette mellomrommet, og de opplevde at det er viktig for dem å synliggjøre denne dimensjonen gjennom simulering og refleksjon. En informant satt med en annen erfaring og beskrev tilbakemeldinger fra praksis der praksisplassen sa at pasienten ofte spør etter studentene.

*1: .. pasienten spør gjerne etter studenten for de tar seg tid og ser dem.*

Alle informantene beskrev ulike pasientmøter og betydningen rommet har for å skape mer likeverdighet i disse møtene. De trekker fram muligheter som kan oppstå i stell situasjoner, der pasienten gjerne kan begynne å snakke om eksistensielle ting. Informantene beskrev hvordan de som lærere kan hjelpe studentene til å nærme seg pasienten på en omsorgsfull måte og hvordan de kan kjenne på mot og oppleve trygghet i forhold til å være tilstede i slike

situasjoner. De beskrev utfordringer for uerfarne studenter som oppfatter at pasienten ønsker å snakke om vanskelige ting, men der studenten kanskje ikke våger å gå inn i det møtet med pasienten. En informant snakket om dører som åpner seg når en er nær pasienten for eksempel i en pleiesituasjon. Hun belyste dette videre ved å snakke om de eksistensielle spørsmålene som gjerne kommer når en er i et nært fellesskap og tilstede som en er ved et stell:

*6: Jeg bruker gjerne dette bildet overfor studentene når vi snakker om denne døren som kanskje åpner seg litt i et stell og der pasienten er alvorlig syk eller døende. Dette med å våge å være tilstede. Pasienten kan snakke om døden og at det ikke går så bra. Hva velger du å si som student da? Du ser mye bedre ut i dag?.*

Mellomrommet kan som nevnt tidligere ha ulik betydning, og informantene snakket om at det kunne være det å bare være tilstede, sitte ved pasienten, være taus. En informant snakket om at det kan være opplevelsen av relasjonen og fellesskapet, og illustrerte dette ved å se for seg en bro mellom pasienten og seg selv. Mellomrommet kunne også være når en fikk tid til å tenke. En informant beskriver mellomrommet som den nødvendige avstanden som er mellom pasient og pleier og som pleieren i noen tilfeller trenger for å holde ut i en krevende omsorgssituasjon.

*2: Mellomrommet kan være opplevelsen av fellesskapet, relasjonen, altså den broen du har mellom pasienten og deg selv. Og det kan ligge absolutt i tausheten. Du sitter der på en måte i et fellesskap, nærhet.*

Når informantene beskrev hva det innebærer å ivareta pasientens verdighet, trakk de fram pasientens behov som svært viktig. De påpekte at dersom de skal vite hva disse behovene er, må de spørre pasienten selv eller eventuelt pårørende. Flere informanter belyste dette med eksempler fra simuleringssituasjoner der studentene ikke spurte pasienten eller pårørende, men handlet ut fra det de trodde var god omsorg og pleie. Flere informanter snakket om at det var tydelig forskjell i lærersimulering og studentsimulering, og de påpekte at mye av denne forskjellen kunne forklares med tidligere erfaring i pasientmøter.

*4: Det er kanskje det vi må lære studentene. Hva er det pasient og pårørende etterspør?  
7: Her er det viktig å sense det med nærhet og distanse for det er svært individuelt for pasientene.*

### 5.1.3 Overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis

Informantene delte mange erfaringer og tanker i forhold til studentenes forberedthet og trygghet før praksis, og i hvilken grad simulering kan være med på å gi dem noe erfaring før

de møter pasientene ute i praksisfeltet. De belyste ulike aspekter både når det gjaldt overføringsverdi fra simuleringsaktivitet til praksis, og erfaringer eller opplevelser i praksis som kunne brukes i simulering og debriefing. Informantene beskrev studenter i sykepleierutdanningen som har liten erfaring med pasienter som er i livets siste fase og mente at dette er med på å skape utrygghet i forhold til dette møtet. En informant snakket om begrepet erfaring og mente det kan være en hendelse som er jobbet med, og bearbeidet på ulikt vis. De beskrev ulike tilnærminger til hvordan studenten kan få erfaring før de møter pasientene, og simulering ble trukket fram som en god metode for studentene å få kunnskap og erfaring, og dermed oppleve større grad av forberedthet og trygghet før praksis. De vektla også at pasientcasene som utformes må være med på å sikre nærhet til praksis. Flere av informantene trakk fram de mulighetene som finnes i et sykepleielaboratorium og beskrev utfordringer i forhold til å skape gode læringsrom som kan avspeile virkeligheten i praksis. Her snakket de om det å synliggjøre rommets dimensjoner for studentene. En informant snakket om å skape gode øvingsrom der studentene kan få øve slik at de skal være så godt forberedt som mulig. Flere informanter belyste dette med å få øve uten risiko for pasienten i et trygt øvingsmiljø.

*2: Det å simulere med pasient og pårørende..... der en får lov til å øve seg uten at det er en virkelig pasient.. da kan de kanskje se denne helheten i større grad*

*6: Vi kan ikke erstatte praksis, men kan vi levendegjøre situasjoner så godt som mulig, kan vi skape mer forberedthet*

Informantene kom med eksempler på at studenter tar med seg erfaring fra simulering til praksis. Her beskrev de simuleringspraksisen som et godt grunnlag for møter i praksis. Her snakket to av lærerne om studenten som i simuleringen møtte krevende og utfordrende pårørende som totalt overskygget pasienten. De beskrev studenter som har fått svært krevende spørsmål fra pårørende som de ikke har kunnet svare på. Det lærerne trakk fram er tilfeller der studentene har vært i krevende simuleringssituasjoner, gjort seg erfaringer fra disse, og så møtt og tatt ansvar for lignende pasientsituasjoner i praksis. Her beskriver lærerne utfordrende situasjoner studentene har opplevd i simuleringen, og som har gitt dem større handlingskompetanse når de kom ut i praksis.

*7: ...da studenten kom opp i en virkelig pasientsituasjon med en døende pasient, klarte hun å være til stede hos pasienten den vakten. Hun turte etter simuleringen men sa at dette var en av de tingene hun gruet seg til når hun gikk i sykepleien.*

*4: Når studenten da klarer å gå fra simulering og inn i en reell pasientsituasjon med akkurat det samme, da har det skjedd noe på veien, tenker jeg.*

Lærerne opplever at praksisplassene gir tilbakemelding på at studenter som har simulert har en annen forberedthet i pasientsituasjoner og kan handle på en mer hensiktsmessig måte. De beskriver studenter som har fått en større trygghet i disse pasientmøtene og at de derfor klarer å ha mer fokus på pasienten. Alle lærerne sier noe om at dette er gode tilbakemeldinger for dem som er involvert i simulering, og som forsøker å lage praksisnære pasientsituasjoner for studentene. Her beskrev også flere av informantene at studenters erfaringer fra praksis kan brukes inn i simuleringsscener. De beskrev studenter som reflekterer over situasjoner de har vært i og som de synes er utfordrende. Flere informanter snakket om å involvere studentene i planlegging av simuleringsscener, og med det gjøre læringssituasjonene mer knyttet opp mot praksis. De beskrev denne studentinvolveringen som en måte å ta studentene på alvor på og at studenten blir hørt.

*5: Ved å fange opp situasjoner i praksis kan vi gjøre studentene mer delaktig og de har muligens større læringsutbytte når en får nærhet til praksis og det er studentstyrt.*

*6: Dersom vi tar refleksjoner fra praksis inn i simuleringen kan det være en måte vi kan vise at vi tar studenten på alvor.*

Simulering med praktisk handling og refleksjon er ifølge informantene en unik mulighet å få erfaring. Slik kan studentene oppnå å kjenne større grad av trygghet for de skal ut i praksis. De beskriver simulering og refleksjon som viktige verktøy som hjelper studenten til å få flere innfallsvinkler i forhold til å takle møtene med pasienter som er i livets siste fase. Her trakk de fram realistiske pasientcase som kan synliggjøre mer av den helhetlige omsorgen og kompleksiteten, uten at en må dramatisere det så mye at det blir uoverkommelig for studentene. Dette gjør studentene tryggere før de går ut i praksis.

*1: Hvis vi bruker simulering så trygger vi dem i større grad enn om de bare skal vente til situasjonene oppstår. For i simuleringen får de de refleksjonene i ettertid og de tør å gå mer inn i situasjonen.*

Flere av informantene beskrev sammenhengen mellom trygghet hos studenten og trygghet for pasienten som en rød tråd. De snakket om viktigheten av å skape gode læringsrom for studentene for å fremme deres trygghet. De beskrev temaet omsorg i livets siste fase som svært utfordrende både på et faglig og et personlig plan. Videre snakket om at dette er et område der studentene skal utvikle både profesjonalitet i forhold tematikken samtidig som det er et område der de må utvikle egen erfaring som privatmenneske. Dersom lærerne skaper et negativt læringsrom for studenten, vil dette kunne prege studenten i hans eller hennes møte med disse pasientene.

*3: Dette temaet er til de grader eksistensielt!*



Informantene snakket om hvilken omsorgskultur studentene møter i praksis. Alle informantene har erfaring med pasienter som er i livets siste fase, og de beskrev hvor viktig det er å legge til rette for at den siste tiden skal bli best mulig for pasient og pårørende. Her snakket de om det å ha faglig kunnskap både i forhold til sykdom, medikamenter, sykepleie og relasjoner, slik at en kan legge til rette for at pasientens siste tid blir best mulig. De beskrev også betydningen av å stole på seg selv og at en gjør det rette for pasienten.

*1: Det skal være en god død, en god opplevelse for pasienten og pårørende og da strekker du deg ganske langt for å imøtekomme ønsker.*

Informantene beskrev hvordan en omsorgskultur kan påvirkes når studenter eller andre kommer utenfra, og de beskrev at studenter kan komme på avdelinger med nysgjerrighet og et nytt blikk på hva som kan gjøres med for eksempel pasientens rom. Lærerne har opplevd studenter som har hatt mot til å komme med forslag. Her sier en av informantene at vi gjennom simulering kan hjelpe studentene til å ta ned denne kulturbarrieren.

*4: Studentene ser ofte ting på en annen måte enn de som er vant med å jobbe der. Men de trenger mot da!*

*1: Så har studentene ofte en annen idealisme enn de som jobber der som kanskje ikke ser de samme mulighetene... vi må få det til!*

## 5.2 Økt bevissthet gjennom refleksjon

Alle informantene beskrev refleksjon og debriefing som viktige redskap for studentenes læring og erfaring, og de vektla betydningen av at det skapes rom for dette i simuleringen. De opplever at mange studenter ikke har kommet lenger enn å utføre praktiske prosedyrer. Informantene vektla betydningen av å tilrettelegge for læring, utvikling og refleksjon, og å skape trygge rom for dette. Debriefingen gjennomføres med studenten, medstudenter og lærer. Flere av informantene snakket om at det er mulig å øve på vanskelige pasientmøter gjennom simulering. De beskrev hvordan de kan lage gode læringsrom for studentene som simulerer. Erfaringer informantene sitter med er at det har stor betydning at studentene får simulert samme case to ganger med en debriefing mellom simuleringene. En informant sa at det ofte kan dukke opp nye momenter i en debriefing og hun poengterte at dette er både utfordrende og spennende for både studenter og lærere. Refleksjonen gav studentene mulighet til å stoppe opp og gå dypere inn i situasjonen. De kan bli mer bevisst på hva de tenker rundt de ulike situasjonene. Her kan de se hvordan de møter pasienten og de kan bli bevisst på hvordan gode og dårlige møter arter seg. Informantene beskrev studenter som ble mer bevisst

på hva de gjorde eller ikke gjorde, som trakk lærdom av dette, og fikk økt trygghet før praksis. Her trakk flere av informantene fram sin egen rolle i forhold til refleksjon og debriefing. De poengterte dette med å utfordre studentene til å tenke over hva de gjorde i simuleringen, og hvilke muligheter de hadde for ulike tilnærminger i pasientmøtet.

Informantene vektla at studentene har mulighet til å gjennomføre simuleringen en gang til. Informantene beskrev erfaringer som studentene gjør mellom første og andre simulering. De så at det hadde foregått læring, og at studentene gjorde oppdagelser som medførte at de kunne se ulike løsninger og alternativ i møte med pasienten og pårørende. Her beskrev informantene at studentene har fått erfaringer å ta med seg videre, og at noen kjenner på mer trygghet i forhold til møtet med pasienter i livets siste fase og pasientens pårørende.

Informantene beskrev hvordan de bruker simuleringen til å synliggjøre muligheter for å kunne skape bedre rom for pasienten og pårørende. Her vektla de sin rolle som fasilitator og lærer. Informantene snakket om synliggjøring og bevisstgjøring på rommets utforming slik at de kan åpne opp for å se at rommet kan tilpasses pasienten som er der. Informantene beskrev studenter som ikke har annen erfaring med pasientrom enn de rommene de kjenner til fra pasientrom på sykehus.

#### 5.2.1 Samtalens betydning som ledd i refleksjon

Informantene beskrev samtalen som betydningsfull både i forhold til studenten sin læring, trygghet og ivaretagelse av verdighet, og i forhold til pasientens og pårørendes opplevelser av å bli møtt og forstått.

Når informantene snakket om samtaler i forhold til lærer og studenter, vektla de fasen der debriefing og refleksjon foregår og betydningen av at læreren klarer å skape trygge rammer rundt dette. Debriefingen og refleksjonen hjelper studentene slik at de kan få gjøre endringer og handle annerledes i forhold til det som er løftet opp i debriefingen:

*4: her kan vi spørre studenten om hva som skjedde i situasjonen, hvilke muligheter som oppsto og om de benyttet seg av disse mulighetene. Vi må høre med studenten hvordan de ville gjort det om de skulle gjøre det om igjen. Så prøver de en gang til og så kommer de kanskje litt lenger.*

Den refleksjonen som kan komme gjennom debriefingen beskriver flere informanter vil være med på å hjelpe studentene til å se muligheter, og å være kreative i sine møter med den døende pasienten og pårørende. Informantene snakket om hvor viktig det er å synliggjøre at studentene har et handlingsrom. En informant beskrev studenter som etter gjennomført

debriefing og refleksjon ble klar over at de gjerne har større spillerom i forhold til hvordan de møter pasientene og hvordan de legger til rette for god omsorg. Hun beskrev studenter som endret fokus i pasientmøtet fra å være opptatt av å registrere vitale målinger som blodtrykk og puls til å bare være tilstede for pasienten og pårørende:

*4: Etter debriefingen der de har fått reflektert og fått innspill på ulike ting en kan gjøre rundt pasienten, så de at det var så mye mer de skulle gjøre. Ta pårørende med ut på gangen, finne kaffe, eller bare sette seg ned med pasienten uten å gjøre noe.*

Når informantene snakket om samtaleens betydning for pasient og pårørende beskrev de rom og atmosfære som betydningsfulle dimensjoner i forhold til hvor viktig det er med god tilrettelegging for at den gode samtalen skal finne sted. En informant påpekte dette:

*4: ... rommets betydning for omgivelsene og hva er det som åpner seg av samtaler og hva er det som stenger? Det har jeg tro på!*

Her beskrev flere hvordan utformingen av rommet kan spille inn på pasient og pårørendes opplevelse av sin situasjon. Sykehusrommet beskrives som kaldt og rigid i forhold til plassering av seng, nattbord, infusjonsstativ og annet teknisk utstyr. Flere informanter påpekte at sykehusrommene ofte er utformet og organisert på en måte som ikke inngir en atmosfære som kan åpne opp for samtalen. De trakk frem muligheten til å snu sengen slik at pasienten har mulighet å se ut, at pasienten kan ha mer av sine personlige eiendeler i rommet, og å gi rom for at pårørende kan sitte litt skjermet. De beskrev miljø, interiør og atmosfære som viktige faktorer som både kan åpne og stenge for samtalen. To av informantene beskrev dette slik:

*6: Vi må stimulere til en kreativitet hos oss til å gjøre om et rom slik at det blir bedre å være i for både pasient og pårørende. Da vi simulerte med studentene så vi hvor låste de var i hvordan rommet var satt i det de kom inn. De har ingen beredskap i seg til å gjøre det på en annen måte.*

*4: Si da at vi organiserte en liten sittegruppe i en krok. Hva hadde skjedd da?*

Alle informantene snakket om hvordan atmosfæren i rommet kan påvirke møtet mellom sykepleier/student og pasient/pårørende. De beskrev kommunikasjon og etisk refleksjon som svært sentralt i møtet med pasient og pårørende og de snakket om kommunikasjonens betydning for å nå inn til pasienten. De beskrev en varhet overfor pasienten som de sender, og som kommer med erfaring, og de belyste viktigheten av å lytte både til det som sies men også det som ikke uttrykkes med ord.

*2: Du må lytte mer enn til ordene, du må lytte til det usagte*

To av informantene trakk fram erfaring fra egen praksis og fortalte om betydningen av å sense rommet og atmosfæren, og om dette åpnet opp for samtalen. Her snakket de om god tilrettelegging for at samtaler mellom pasient, sykepleier/student og pårørende kan finne sted. De beskrev viktigheten av å være kreativ når en skal tilrettelegge for god atmosfære og flere påpekte at rommet måtte tilrettelegges i forhold til pasientens og pårørendes behov. En lærer trakk fram et konkret eksempel på god tilrettelegging og kreativitet som var betydningsfull for at pårørende skulle få snakke sammen:

*4: Jeg tenker på den erfaringen som du gjorde (5) i forhold til å skape en god atmosfære for pårørende slik at de kunne få sitte uforstyrret å snakke sammen litt borte fra pasienten, mens du satt hos henne. Vi kan bare tenke på: Hva snakket de om rundt det bordet? Hva åpner slike kreative tilretteleggelser for ... av sånne flyktige samtaler.*

Informantene beskrev også situasjoner der det ikke passer å være flere hos pasienten når han eller hun har behov for å snakke. En informant påpekte at det noen ganger kunne være situasjoner der den gode samtalen kun ville oppstå dersom en var to i rommet. I praksis der sykepleiere gjerne har med seg studenter, er det derfor viktig å fange signalene fra pasienten og være var for om flere kan være tilstede under samtalen. En informant uttrykte det slik:

*2: I noen samtaler egner det seg ikke å være flere hos pasienten, selv om han eller pårørende har sagt ja. Noen ganger må en bare være to for å få den best mulige samtalen.*

### 5.2.2 Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter

Informantene beskrev at det å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter og som kan vise hvordan en kan møte den døende pasienten, er av stor betydning for studentenes læring og refleksjon. Når informantene snakket om rollemodeller beskrev de både kontaktsykepleiere i praksis og lærere som dette. Informantene poengterte at mange lærere og sykepleiere ikke alltid er klar over hvilken innvirkning de har på studentene, og på hvilken måte dette påvirker studentene i sin dannelselse.

Når informantene beskrev seg selv som rollemodeller for studentene trakk de fram egen erfaring og kunnskap som betydningsfullt. De beskrev utfordringer med å synliggjøre omsorgsdimensjonen i møtet med pasienten i livets siste fase. Her snakket de om både å få studentene til å oppøve sitt kliniske blikk, gjøre vurderinger, se pasientens behov, være lydhør for pasientens behov, kjenne på atmosfæren og ivareta pårørende. De beskrev temaet palliasjon som et utfordrende område som studentene skal erverve seg kunnskap og erfaring

med. Informantenes erfaring og kunnskap ble brukt når de skulle simulere en pasientsituasjon der pasienten var i livets siste fase og pårørende var tilstede. Informantene beskrev viktigheten av å formidle ro i denne settingen og synliggjorde dette ved å bruke lav stemme, sette seg ned hos pasienten og være til stede. Flere av informantene påpekte at avstanden mellom studenter og lærere kan være utfordrende. En informant erfarte at avstanden mellom lærer og student ble redusert i de tilfellene der læreren var aktiv deltaker i simuleringen eller der lærere deltok i rollespill:

*2: Jeg tror at studentene er på jakt etter rollemodeller av oss lærere. I et scenario der lærerne simulerer og gjør seg litt sårbare, vil vi kunne skape litt trygghet hos studenten.*

En annen informant poengterte at lærerdeltakelse og involvering, der læreren også kunne synliggjøre egen sårbarhet, kunne fremme både diskusjoner og refleksjoner i en simuleringssetting:

*1: Det er jo ikke sikkert at vi lærere har fasiten på alt. Tenk hvor gode refleksjoner og diskusjoner vi kunne fått!*

Informantene beskrev betydningen av å være bevisst sin rolle og hvordan en framstår i møtene både med pasienter og studenter. Her snakket de også om makt og maktforhold i samhandling både med student og pasient. De beskrev betydningen av å avklare hvilke holdninger en har og hvor en står både som sykepleier og menneske. Informantene påpekte at dette har betydning for å bli bevisst hvordan en viser seg i møtet med andre mennesker. Når det gjelder læreren som rollemodell beskrev en informant betydningen av selvinnsikt som en prosess som går over tid og som det tar tid å bli bevisst:

*3: Jeg brukte mange år på å skjønne hvilken innvirkning jeg hadde på andre og hvordan skal vi tilrettelegge for at studenten skal få den selvinnsikten? De kan ikke ha den fulle selvinnsikten når de er student for det er noe som kommer med årene. Er dette noe vi vektlegger? Altså det å speile den andre slik at en skjønner rollen sin og at en skjønner makten sin i en samhandling?*

Flere informanter trakk fram studenter som de erfarer har lært masse av kontaktsykepleiere som har tilrettelagt for gode møter med pasienter som er i livets siste fase. Studentene har fortalt om rom og atmosfære rundt pasienten som har vært god, og som de erfarte har gitt mulighet for helhetlig og god pleie og omsorg. Her trakk en informant fram det å synliggjøre de små, men viktige tingene en gjør i pasientrommet. Dette poengterte hun er de små tingene som bidrar til den helhetlige ivaretagelsen og disse tingene må i en del tilfeller konkretiseres for studentene. Det kan være justering i forhold til hvordan pasienten ligger, rette litt på puten,

har pasienten drikke, er rommet ryddig, sitter pårørende godt, trenger de kaffe eller hvile? Her beskrev hun små ting som gjør at studentene kan kjenne på at helheten blir ivaretatt.

### 5.2.3 Å være lydhør og tilstede i rommet

Informantene beskrev dette med sanseskarphet og det å koble tilstedeværelse til kunnskap som essensiell. De påpekte viktigheten av å fange opp signalene som pasienten og pårørende sender ut. Her beskrev de betydningen av å være nærværende for å fange opp disse signalene. Her snakket de om omsorgsdimensjonen og betydningen av denne og de brukte denne kunnskapen og erfaringen inn i simuleringssituasjonen. Noen informanter snakket om å være lydhør i omsorgsmøtet, og i hvilken grad studentene oppøvde sin sanseskarphet. De snakket mye om studentenes evne til å være til stede i situasjonen og å være lydhør. Informantene beskrev mange uerfarne studenter som opplevde at det kan være mange ting i rommet som krever deres oppmerksomhet, og at studentene må få hjelp til å være lydhør for hva som er viktigst for pasienten i den spesielle situasjonen. En informant beskrev et simuleringss møte mellom student, pasient og pårørende der pårørende tok all oppmerksomhet:

*6: De gav ingen respons på denne døren som åpnet seg og pasienten som ville snakke. Enten så hørte de det ikke eller så var det andre stemmer i rommet som var overdøvende, eller så visste de ikke hva de skulle gjøre med det.*

Informantene beskrev forskjellen i simuleringssettingene der lærere simulerer og der studentene simulerer. De trakk inn erfaring, kunnskap og visdom som de har ervervet gjennom mange år, og som farger dem i møtet med pasienten. De snakket om den roen som var i rommet der erfarne lærere var aktører. Informantene trakk fram roen i rommet og hvordan de gikk inn med lave stemmer og rolige bevegelser. De beskrev signalene som sendes ut via kroppsspråket og synliggjorde at de hadde tid ved å sette seg ned ved siden av sengen. Stemningen som var i rommet der uerfarne studenter hadde sitt første møte med den døende pasienten og hans/hennes pårørende, beskrev de som en annen. Informantene erfarte at mange studenter glemte både pasient og pårørende opp i alle de praktiske gjøremålene. De var ikke lydhør for pasienten som hadde behov for å snakke, de var kun opptatt av praktiske gjøremål. Alle informantene fortalte at det i debriefingen ble viktig å få synliggjort de ulike rommene i forhold til atmosfære og stemning. En informant beskrev den første studentsimuleringen:

*7: Det var stor forskjell på hvordan de møtte pasienten og pårørende var egentlig bare en faktor på siden som var forstyrrende. De hadde bare som mål å måle blodtrykk og puls.*

Samtidig vektla de betydningen av å få synliggjort for studentene helheten i omsorgen til pasient og pårørende. De trakk fram ulike erfaringer på familiekonstellasjoner der pasient og pårørende kan ha forskjellige og i enkelte tilfeller motstridende behov. De beskrev studenter som ikke har utviklet evnen til lydhørhet i møtet med pasienten, og de mente at dette ikke er noe som en kan lese seg til eller som kommer uten videre. Det å være lydhør oppøves gjennom erfaring, og informantene mener at ulike rom og ulike settinger i simulering kan hjelpe studentene her.

Informantene beskrev hvordan de kan hjelpe studentene til å bli klar over alle dimensjonene rundt pasienten som er i livets siste fase. Lærerens funksjon som fasilitator og veileder er viktig her. De vektla utforming av case og rom som kan hjelpe studentene til å møte pasienten på en god måte, og de trakk inn debriefing og refleksjon som helt essensielt for at studentene skal kunne se hva de gjorde eller ikke gjorde, hvilke valg de tok og om de kunne ha gjort noe annerledes.

*4: Da får de kanskje til å høre disse stemmene og de blir på en måte løftet fram igjen. Studentene kan få reflektere over hva en kan gjøre med det og hva det var som gjorde at de ikke valgte å gå inn i det. La de ikke merke til det eller visste de ikke hva de skulle si?*

Informantene beskrev hvordan studentene gjennom deltakelse i simuleringen gjør mange oppdagelser i forhold til å møte pasienter i livets siste fase og deres pårørende. De snakket om studenter som lærer å bruke sansene sine ved at de tar på pasienten, ser på pasienten, lytter, og er lydhør for hva som skjer i rommet. De beskrev også forskjellige dimensjoner med rommet som studentene ble oppmerksomme på. Her snakket informantene også om den tause kunnskapen, den som er der men som ikke uttales eksplisitt, men som gjerne sitter i veggene i pasientrommet der sykepleiere med erfaring har ansvaret. Flere av informantene beskrev hvordan studentene kan lære å se rommets betydning for omsorgen som gis til pasienten. De beskrev hvordan studentene kan få erfaring med hvordan en kommer inn i rommet, hvordan de skal oppføre seg i rommet, og hvordan de forlater rommet. De snakket også om at denne kunnskapen ofte er taus, men at den kan synliggjøres dersom det løftes opp i debriefing og refleksjon slik at en kan få begrep og språk i forhold til dette.

*7: ...bare det å bakke ut av rommet og ta et overblikk om det er noe mer. Det er dette rommet... Kjenne på stemningen..*

*6: Her kommer den tause kunnskapen inn og hvordan øver vi studentene til sanseskarphet slik at de ser de tingene sykepleieren faktisk gjør i praksis.*

*De små justeringene som kan gjøre hele forskjellen for pasienten.*

Informantene beskrev hvilken betydning den grunnleggende sykepleien har for at pasienten skal føle velvære. De snakket om de små tingene som gjør at pasienten får det bedre. Det kan være et bedre leie, lindre tørste, lindre smerter, bli sett. De snakket om betydningen av at studentene selv skal få kjenne hvordan et godt håndlag kan påvirke opplevelsen av god omsorg, og trakk fram betydningen av at studentene selv kan være pasient og sette seg inn i den rollen. En slik aktiv deltakelse mente de vil kunne gi studentene en annen kunnskap og erfaring enn dersom de kun er tilskuere og observatører. De vil også kunne formidle opplevelsen til sine medstudenter:

*7: Forflytning i seng kan kjennes bra og mindre bra. Krøllete laken, putene som ligger bra. Dersom de da kan si hvordan opplevelsen var til sine medstudenter, så er det gull verdt for alle parter.*



## 6.0 Drøfting

Jeg har søkt å finne svar på problemstillingen min med å belyse hvordan lærernes erfaringer med rommets betydning gjennom simulering kan hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med pasienten i livets siste fase.

For å beskrive og belyse rommets betydning velger jeg å tilnærme meg rommet som en kan betrakte en diamant med ulike fasetter. Her kombineres substans og symmetri med en uendelig variasjon av former, vinkler og substans, der rommet kan forvandles og ha en flerdimensjonell betydning (Richardson & StPierre, 2005). Her kan min innfallsvinkel til rommet gi forskjellige nyanser. Jeg vil i dette kapitlet derfor diskutere hovedlinjene i temaene som kom fram gjennom analysearbeidet og som ble presentert som funn i forrige kapittel.

Fokusgruppeintervjuene vil sammen med den teoretiske rammen med faglitteratur og tidligere forskning danne grunnlag for kunnskap og forståelse for emnet i oppgaven. Jeg velger å dele drøftingen i de to hovedtema som vises i tabell 2. Videre vil jeg under de to hovedtemaene drøfte det som kom fram i mine subtema i samme tabell. Her velger jeg å slå sammen noen subtema da disse henger sammen avhengig av innfallsvinkelen jeg tar.

### 6.1 Rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient

Etter å ha tolket tekstens underliggende mening (Graneheim & Lundman, 2004) framsto trygge rammer som en rød tråd. Trygghet og verdighet kommer klart fram som betydningsfulle begrep i funnene fra fokusgruppeintervjuene. Jeg vil derfor videre se på ulike dimensjoner ved rommet som kan ha betydning for studentens og pasientens opplevelse av trygghet og verdighet.

Det kan være ulike faktorer som kan ha betydning for opplevelse av trygghet og jeg tenker at trygghet vil være noe vi erfarer. Begrepet trygghet, og hva det innebærer, må derfor ses opp mot den personen, studenten, pasienten eller pårørende som det har betydning for. Jeg velger å ha Segestens (1994) hoveddimensjoner i forhold til trygghetsbegrepet med videre i drøftingen.

Verdighet og krenkelse er for to begrep som er knyttet til hverandre og jeg anser verdighet

som en kjerneverdi og et bærende begrep innen omsorgsvitenskapen. Dette finner jeg også hos Edlund (2012, s.364) og Martinsen (2003b, s.61) Verdighet kan være vanskelig å beskrive da den er noe som den enkelte opplever selv. Det vil derfor være lettere å sette ord på hva som krenker verdigheten enn på hva som ivaretar denne (Heggstad, 2016, s.23). Den subjektive verdigheten som kan være knyttet til identitet og relasjoner kan settes i et kontekstuellt lys og vil kunne gjelde for både pasienter, pårørende, studenter og lærere. Konteksten her kan være simuleringsrommet der lærer og student møtes, eller rommet der pasienten som er i livets slutfase møter student/sykepleier. Den konteksten som disse vil være i vil derfor kunne gi ulik opplevelse av krenkelse eller ivaretagelse (Heggstad, 2016, s.28). Vår iboende verdighet anses som ukrenkelig, men den vil kunne trues dersom vi behandler pasienten som en diagnose eller som et objekt. Dette kan føre til at verdigheten som er knyttet til menneskeverdet kan bli truet (Heggstad, 2016, s.25) Studenter trekker fram betydningen av å se pasienten som et helt menneske, og gjennom det ivareta pasientens verdighet, og de opplever å kunne få erfaring med dette gjennom simulering (Ferguson & Cosby, 2017). Her mener jeg at atmosfæren i simuleringsrommet kan ha noe å si for at studentene skal kunne erfare den helhetlige ivaretagelsen. Dette kommer jeg tilbake til senere i drøftingen.

### 6.1.1 Trygghet og verdighet forutsetter gode relasjoner og gode rom

Lærerens rolle kan på mange måter sies å være den som styrer og tilrettelegger for læring. Lærerne kan være med å skape trygge rom og simuleringsrommet ble beskrevet som både trygt og utrygt. Det kan være mange faktorer som kan trygge studentene og dermed gi økt mulighet for læring. Studenter i sykepleierutdanningen vil ha et stort mangfold når det gjelder kunnskap, erfaring og livserfaring og dette vil kunne være med å påvirke deres opplevelse av trygghet i situasjonen. Studentenes selvtrygghet, kan beskrives som en indre tilstand som har en kobling til opplevelser gjennom barndommen, og den kan utvikles hos voksne gjennom erfaring, positive opplevelser og bevisst bearbeidelse av utrygghet (Segesten, 1994, s.13). Det kan ha betydning i en simuleringssetting. Simulering som læringsmetode og simuleringsrommet kan være ukjent for studentene og i noen tilfeller kan aktiviteten som foregår der vekke såre og ubehagelige minner. Dette kan være lyder, lukter, erfaring med pasientsituasjon og lignende (Jeffries, 2012). Min erfaring fra pasientrom der pasienten er i livets siste fase vil være svært betydningsmettet (Martinsen & Kjær, 2012a, s.45). Her vil læreren eller fasilitator ha et stort ansvar i forhold til å tilrettelegge for studentene og eventuelt redusere stressnivå og angst før studenten går inn i scenarioet der en møter

pasienten. Dersom studentene opplever simuleringssituasjonen som ukjent og de kjenner på utrygghet eller engstelse i forhold til hva som skal skje i møtet med pasienten som er i livets siste fase, vil de kunne oppleve økt psykologisk stress i disse situasjonene. Dette kommer også fram i forskningen til Allen (2018) og Ek et.al (2014). Min erfaring er at studentene har ulikt nivå av engstelse inn i disse simuleringssituasjonene. Forskning viser at denne engstelsen kan forbedre noen studenters kliniske utøvelse, mens det for andre vil virke hemmende (Al-Ghareeb et al., 2017). Flere informanter beskrev studenter som opplevde at de kjente på stress og kaotiske følelser selv om simuleringssrommet hadde en rolig atmosfære. Studentene vil i tillegg til å være preget av en simuleringssituasjon kunne kjenne på sterke følelser i forhold til stemningen og atmosfæren i rommet. Det er her pasienten tilbringer sine siste dager. Ylikangas (2012, s.265) hevder at stemning og i et rom vil ha betydning for om pasienten opplever rommet som omsorgsgivende. Her tenker jeg at studentenes utrygghet i rommet vil kunne påvirke atmosfæren og denne usikkerheten vil overskygge deres mulighet til å se de forskjellige dimensjonene i rommet. Når studentene opplever at rommet og situasjonen er trygg, vil de ha muligheter til å kunne se hva pasienten virkelig trenger. Erfaringene informantene vektla er at dersom studentene får delta i simulering flere ganger gjennom utdannelsen, kan de oppleve å være bedre forberedt på hva som skal skje og de vil kjenne på mindre engstelse i forhold til det å simulere. Dette støttes i en kvasiexperimentell studie med kontrollgruppe der Gantt (2013) har sett på hvordan forberedelse og forberedthet til simulering kan påvirke engstelse og hvordan engstelsen påvirket simuleringen. Forventninger og forberedthet til det som skal skje i simuleringssrommet vil kunne være svært forskjellig hos studenter og lærere. Lærerne bør sørge for god introduksjon og forberedelse til det som skal skje og denne forberedelsen av deltakerne bør rette seg mot det en forventer av kunnskap, ferdigheter og holdning og erfaring. Måten det kan gjøres på og som informantene påpeker, er å ha en god briefing til scenarioet som skal være mest mulig realistisk og praksisnært. Studentene må settes godt inn i det som kan møte dem i dette rommet der pasienten tilbringer sine siste dager. Rommet vil være ladet med ulike stemninger og både pasient og pårørende vil være sterkt nærværende i dette rommet. Her blir det viktig for lærerne å kunne formidle omsorgen og å belyse det som kan gjøres, hvordan det kan gjøres og hvordan vi forholder oss til pasient og pårørende i denne situasjonen. Tilsvarende løfter også Martinsen fram som viktige element (Martinsen, 1989). Briefingen skal forberede studentene på hva som skal skje og en god briefing vil være med å skape trygghet for studentene. Dette påpekes også av Lioce et al (2015) og Struksnes et al (2015).

Det vil være mange studenter som har lite eller ingen erfaring med døende eller døde

mennesker, verken i sine private liv eller i praksissammenheng. Min erfaring er at mange studenter beskriver usikkerhet, er engstelige for møtet med et menneske som skal dø, og de fremhever at de er usikre på hvordan dette møtet skal bli. Dette poengteres av Ek et al. (2014). Studentene vil gjennom gode scenarier og trygge simuleringsrom kunne få noe erfaring med disse møtene. Det vil være av betydning at studentene får støtte og mulighet til å reflektere og diskutere erfaringer de gjør når de møter og har omsorg for døende pasienter. Støtten må de få gjennom hele utdanningsløpet. Viktigheten av dette finner jeg påpekt hos Ek et al. (Ek et al., 2014).

I all simulering snakkes det om å skape troverdige rom som kan gi økt læring og forberedthet for studentene. Simuleringsrommet kan være en arena der studentene skal kjenne på egen usikkerhet både i forhold til tema og læringsmetode. Samtidig skal de få kjenne på stemningen i dette rommet der pasienten er. Når lærerne beskriver utfordringer med studentenes forberedthet i forhold til pasienten i livets siste fase, trekker de fram hvordan simuleringsrommet kan være troverdig. Gjennom min simuleringserfaring både som sykepleier og som lærer har jeg sett at det kan være stor forskjell på sykepleieres og studenters tilnærming til simuleringsrommet og pasientscenarioet. Mens de erfarne sykepleierne kan forestille seg hvordan pasientrommet ser ut, hvordan pasient og pårørende er i rommet og hvordan stemningen kan være, vil studentene, som ikke har denne erfaringen, måtte se alt. Her kan gode simuleringsrom hjelpe studentene slik at de ulike dimensjonene i rommet kan synliggjøres. Utforming og interiør i rommet kan gjenspeile rom studentene møter i helsevesenet og det blir viktig å få synliggjort hvordan dette rommet har mulighet til å inngi trygghet og sikkerhet samt trivsel og godt miljø. Dette påpekes av både Martinsen (2015, s.199) og Ylikangas (2012, s.268). Ved å endre noe på rommets innredning kan rommet bli mer personlig. Sengen kan plasseres annerledes, en kan arrangere en sittegruppe for pårørende, være bevisst på pasientens personlige eiendeler som behandles med respekt og som plasseres der pasienten ønsker. Dette vil kunne være et godt omsorgsmiljø. Dette løfter også Edlund (2012, s.370) og Lassenius (2012, s.370) fram som viktige element. Et slikt miljø vil kunne legge til rette for synliggjøring av andre rommelige dimensjoner som atmosfære, relasjoner, samtaler og omsorgsgivende møter. Disse dimensjonene kommer jeg tilbake til senere i drøftingen. Gjennom praksis vil studentene møte pasienter og pårørende med ulike behov. De vil møte dem i egne hjem, på sykehjem og på sykehus. Skal studentene kunne få erfaring med ulike pasientmøter før praksis, må simuleringsrommet være troverdig og kunne gjenspeile ulike rom der disse møtene med pasient og pårørende finner sted. Dette kommer

også fram hos Eaton et.al (2012). I simuleringsrommet kan læreren vektlegge at studentene får øve på å se kliniske tegn på at pasienten er døende, og samtidig skal de forsøke å ivareta ulike behov som pasient og pårørende har i situasjonen. Omsorgsdimensjonen vektlegges i disse pasientmøtene og det kan være utfordrende å synliggjøre at pasientens lidelse er individuell og kan være kompleks. Her kan lærerne i simuleringsrommet forsøke å synliggjøre en omsorgsholdning som vektlegger pasientens eget perspektiv på sin helse- og livssituasjon, samt pårørendes perspektiv. Pasientens og pårørendes eget perspektiv på livssituasjonen og påpekes av Dahlberg og Segesten (2010, s.118-119) som viktig for å kunne ha en god omsorgsholdning. Når studentene skal observere og ivareta pasientens ulike behov, er det viktig at den grunnleggende sykepleien vektlegges. Studentene kan bli bevisst håndlag og tempo ved ivaretakelsen av personlig pleie og de kan få erfare betydningen av å se videre utover pleiesituasjonen. Klarer de å være lydhør for hva pasienten trenger og hva han formidler? Dersom pasienten ikke møtes med omsorg og respekt vil han kunne oppleve pleielidelse (Katie Eriksson, 1995, s.66). Studentene kan i en simuleringssituasjon gjennom refleksjon og debriefing få løftet fram situasjonen slik at pasientens individuelle behov i situasjonen kan bli mer synlig.

Relasjoner og ulik grad av distanse og nærhet kan være dimensjoner som jeg mener har stor betydning for forholdet mellom lærer og student og mellom student/sykepleier og pasient. En god relasjon mellom lærer og student forutsetter slik jeg ser det, at læreren kjenner studenten og dette vil kunne bidra til økt trygghet for studenten og gode muligheter for læring. Denne tryggheten kan ses opp mot Segestens (2012, s.12-14) relasjonstrygghet. Studentene kan også kjenne på trygghet når de opplever at læreren har erfaring og kompetanse innenfor temaet de skal simulere. En av informantene uttalte at studenter ofte kan ha en klar formening om at læreren kan og vet det meste. At læreren besitter mye fagkunnskap og har mange år med pasienterfaring vil kunne ha noe å si for maktforholdet mellom student og lærer. Makt sier noe om et styrkeforhold i en situasjon og vil være tilstede i alle relasjoner mellom mennesker. Martinsen (2003, s.86) hevder at makten har to sider og den kan brukes til å frigjøre den andres livsressurser eller undertrykke den andre. Det er etter min mening viktig å redusere denne ubalansen som kan oppleves i en simulering. Det finnes makt i forhold til å inneha kunnskap. Dersom læreren bruker fagterminologi eller en språklig terminologi som kan være ukjent for studentene, kan dette skape større ubalanse i relasjonen mellom lærer og student. Læreren har her et stort ansvar for å forsøke å møte studentene der de er, og klare å formidle hva som skal skje, hvorfor og hvordan. Denne synliggjøringen handler både om

simuleringsmetoden og om alt som vil være knyttet til pasienten i rommet. Da kan en vektlegge at det i god omsorg til pasienten handler om praktiske gjøremål, som pleie og prosedyrer, og på det relasjonelle plan må en i møtet med pasienten være lydhør for ulike behov som formidles både verbalt og nonverbalt. Dette vil kunne beskrives som omsorgsarbeid (Alvsvåg et al., 2014). Som lærer eller fasilitator har en ansvar for tilrettelegging, gjennomføring og veiledning i simuleringsrommet. I denne rollen vil trygghet og selvavgrensning i forhold til å være veileder være viktig for å kunne gi anerkjennelse og korrigerende etter studentens behov. Studenter kan oppleve utrygghet når de erfarer at praksisveileder er usikker på utøvelsen av sykepleien eller på veilederrollen, og de trekker fram at dårlige relasjoner til veileder kunne føre til negative konsekvenser for studentens læringsutbytte (Haugan, Aigeltinger & Sørli, 2012).

Kan en så skape mer likeverdighet mellom student og lærer i simuleringsrommet? I simuleringsrommet vil det være lærerne som legger premissene og dette vil kunne ha betydning for atmosfæren og om rommet oppleves trygt eller ikke. Informantene trekker fram egen troverdighet og de beskriver erfaring og kompetanse samt det å synliggjøre egen sårbarhet i forhold til tematikken som en betydningsfull faktor her. Det å ta utgangspunkt i studentenes ståsted og lage et simuleringsrom som bygger på gjensidig tillit, vil kunne støtte studentene i læringsprosessen og kunne skape økt trygghet. Det er viktig å være bevisst kroppsspråket hos en selv som lærer og hos studentene. Aktiv lytting og tilstedeværelse vil kunne bidra til trygghetsfølelse og læring hos studentene (Hauge et al., 2016).

Når jeg skal se på relasjonen opp mot pasienten og pårørende velger jeg å drøfte dette i tilknytning til både student og sykepleier. I all omsorgsrelasjon vil det være et element av makt tilstede og denne dimensjonen vil studentene ha behov for å få synliggjort. I omsorgsyrket er det pleierne som har makten og pasienten er den svake. Rundqvist (2012) hevder at makt over pasienten ikke er forenelig med omsorgens ide, og omsorgsarbeideren bør derfor ta hensyn til pasientens vilje. Gjennom pasientens tillit vil en kunne få hans eller hennes fullmakt til å handle (Rundqvist, 2012, s.336-339). Martinsen skriver at når vi møter den andre med omsorg har dette å gjøre med å bli den andres tillit verdig. Denne relasjonen mellom student/sykepleier og pasient blir uttrykt innenfor rammen av en autoritetsstruktur som er bygget på en svak paternalisme påpeker Martinsen (2005, s.154-155). I simuleringsrommet forsøker lærerne å synliggjøre at kunnskap, kultur og normer har stor betydning i pleiens rom og at den makten vi har som omsorgsgiver må brukes slik at vi ikke

krenker pasienten. Martinsen (2012b, s.261) snakker om denne makten vi har som omsorgsgivere og som lærere i simuleringsrommet forsøker å belyse for studentene. Å krenke pasienten vil være å gjøre ham eller henne maktesløs overfor det som skal skje. Trækker vi over pasientens grenser vil vi etter min mening krenke pasienten ved å frarøve pasienten hans eller hennes verdighet. Her må en forsøke å få fram den balansen som er mellom den faglige kunnskapen en har, som skal ligge til grunn for god sykepleie og pasientens ønsker, behov og autonomi. Alle handlinger sykepleiere og studenter utfører må gjøres med engasjement og sensitivitet. Dette vil gagne pasienten. Dette påpeker også Martinsen (2005, s.147). Dette støttes av Arman og Rehnsfeldt (2011, s.75) som hevder at ved å bekrefte pasientens verdighet og å møte ham eller henne som et individ gir vi god omsorg. Skal pasientens individuelle og unike behov ha fokus, må miljøet rundt pasienten ha en atmosfære som tillater forhold som gir varme, trygghet, nærhet og en mellommenneskelig relasjon. Denne atmosfæren trekker Ylikangas (2012, s.270-271) fram som betydningsfull. Rommet som pasienten er i kan være et rom med muligheter, lengsler og forventninger og dette forutsetter at pasienten opplever å ha en lindrende relasjon til sykepleieren eller studenten. For studenter som kan være opptatt av behandling og pleie kan det være av stor betydning at de i simuleringsrommet får erfare pasienter som ønsker hverdagslige ting som friske mennesker ikke tenker over. Det kan være å kunne se ut av vinduet, ha litt mer dempet belysning, høre musikk og lignende. I møtet mellom student/sykepleier og pasient og pårørende vil relasjonen, eller mangel på denne, spille en betydningsfull rolle for pasientens og pårørendes opplevelse av dette møtet.

Mellomrommet trekkes fram for å belyse ulike dimensjoner i pasientmøter. Når vi er virksomme i det omsorgsgivende mellomrommet vil vi bevege oss mellom vitenskapelig kunnskap og det personlige, det som har med pasientens livsverden å gjøre. Her kan vi bruke kunnskapen i møtet med pasienten, kanskje klare å ta ned tempo i forhold til gjøremål, slik at vi får mulighet til å reflektere over hva det er som møter oss Dette trekkes fram av Dahlberg og Dahlberg (2015, s.167) Hva dette mellomrommet betyr kan variere fra person til person. Alvsvåg (2014, s.132) snakker om det mellommenneskelige som finnes i mellomrommet og som er en forutsetning for relasjon og dialog. En god relasjon mellom pasient og student/sykepleier kan ha betydning for pasientens opplevelse av verdighet eller krenkelse. Når pasientene opplever å bli sett og studenten eller sykepleieren synliggjør at de har tid er dette med på å bevare verdigheten. Pasienten vil kunne oppleve roen i pasientrommet som omsorgsgivende og atmosfæren kan bety mye for en mellommenneskelig relasjon som kan

inni nærhet, varme og trygghet. Dette påpeker også Ylikangas (2012, s.270-271). Min erfaring er at det i utdanning og praksis legges for liten vekt på å skape og synliggjøre rom som er gode å være i for både pasient, pårørende, student og sykepleier. Her trekker informantene fram betydningen av å lære studentene at de ikke alltid trenger å gjøre noe konkret inne hos pasienten, men at de kan sette seg ned ved sengen og signalisere at de har tid til å lytte. Det kan være utfordrende for studentene å ikke ta vitale målinger eller utføre prosedyrer, men å se hele pasienten i situasjonen og hvilke behov pasienten har der og da. Omsorgen kan i enkelte tilfeller, når den er påtvunget, oppleves som tvang av pasienten. Studentene har gjennom utdanningen lært å ta vitale målinger og registrere verdier. Martinsen snakker om hastige rom med støy som kan være uro, hastverk eller registrering. Hun trekker fram dette med stillhet og at stillheten i seg selv summer av toner, som kan oppleves som gode, trygge, beroligende, sørgelige, fryktelige. Martinsen beskriver et rom med toner som et rom som kan gi verdighet, og der rommene er langsomme, tillates tonen å tone ut (Martinsen, 2012c, s.262-263). Det kan være utfordrende å få uerfarne studenter til å ta ned aktiviteten i pasientrommet og å få synliggjort at de kan få inntrykk av pasienten og situasjonen som videre kan gi utgangspunkt for god og helhetlig omsorg. Noen ganger ønsker pasientene at en kun skal være tilstede.

Her snakker Arman (2015) om det omsorgsgivende mellomrommet som skapes i møtet mellom pasienten og den som gir omsorgen, og Martinsen (2012a, s.45) påpeker at sykepleiere som har omsorg for pasienten vil være i situasjoner som setter det sansende og undrende nærværet på prøve.

Erfaringer som både kontaktsykepleiere og flere av informantene har, er at studentene i praksis våger å gå inn i disse møtene med pasienten som er i livets siste fase og pasientene spør om studentene kommer på vakt. De beskriver også studenter som har ønsket å gå inn i slike møter og som kjenner at disse møtene har vært betydningsfulle. For noen studenter har erfaringen fra simulering hjulpet i disse møtene.

### 6.1.2 Overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis

I all simuleringspraksis ønsker en at det kan skje en overføring av kunnskap ervervet i simuleringsrommet til praksis, og her kan flere faktorer være betydningsfulle. I et trygt simuleringsrom vil studentene kunne prøve og feile, og de kan lære og erfare gjennom refleksjon. En informant betegnet simuleringsrommet som «prøverommet» der studentene



skal få øve og reflektere, og gjennom det få erfaring og bli bedre forberedt til det som møter dem i praksis. Det å møte pasienter i livets siste fase vil for mange studenter være noe de forbinder med usikkerhet og noe de ikke har erfaring med. Denne usikkerheten som studentene har belyses av Ek et.al (2014). Erfaringen de kan få gjennom gode pasientcase og simulering kan være med på å redusere denne utryggheten. Dette vil kunne komme pasienten til gode da tryggere studenter kan gi tryggere pasienter. Trygge læringsrom kan gi realistisk trening for studentene, og vil kunne føre til økt forberedthet for praksis. Dette påpekes også av Khalaila (2014) og støttes av Husebø et.al (2015). I simuleringsrommet betegnes den delen der studentene kan komme med sine tanker, opplevelser og erfaringer etter å ha deltatt i et pasientscenario, for debriefing. En strukturert debriefing kan brukes for å veilede refleksjon og læring. Dette vektlegges av Husebø et.al (2015). Her kan studentene gjennom refleksjon lære av erfaringene de har gjort i møtet med pasienten og de kan vurdere og evaluere tidligere kunnskap i lys av denne erfaringen, for til slutt å innlemme den nye kunnskapen for bruk i fremtidig praksis. Simuleringen erstatter ikke praksis men vil være et godt supplement til både ervervelse av teori og praktisk erfaring. Dette påpekes av Khalaila (2014) og Kirkpatric et.al (2017). Informantene beskrev gode tilbakemeldinger fra praksis der praksisplassen trakk fram gode situasjoner der studentene våget å gå inn i møtet med den døende pasienten. Studentene kan, etter å simulert i pasientrom som har gitt mulighet for å bruke fantasi i forhold til utforming av rommet og aktivitet i rommet, ta denne erfaringen inn i avdelingen og gjennom det ha mulighet til å påvirke omsorgskulturen der. Lassenius (2012, s.294-296) snakker om at vi som omsorgsgivere må forholde oss til vurderinger, kultur og regler og dette kan forme og sette grenser for den handlefriheten vi har. Det finnes mye forskning som viser at simulering er en god metode for studenter å få en helhetlig, effektiv og aktiv læring i et trygt miljø som ikke skader pasienten. Simulering anses som en god metode for å lette overføringen fra teori til praksis. Lejonqvist et al. konkluderer med at simulering gir evidens for ervervelse av klinisk kompetanse, spesielt i forhold til å utføre. De peker på utfordringer med å møte pasientens lidelse med medfølelse og tilstedeværelse og de påpeker at det etiske ved omsorgsakten og omsorgsevnen kan være utfordrende å gjøre evident (Lejonqvist et al., 2016).

Det vil etter min mening kunne være overføringsverdi fra praksisplass til simuleringsrommet. Studentene kan erfare ulik omsorgskultur i praksis og de opplever at denne kan være både god og mindre god. Rutiner, tidspress og utforming av pasientrom er forhold de trekker fram. Lassenius (2012, s.294-296) snakker om en avdelings romskapende dynamikk der omsorgen

kan ses opp mot menneskets romslige vesen og der rommet tar form i et meningssøkende samspill der meningen har opphav i aktiviteten eller romsligheten.

I sykepleierutdanningen har en refleksjonsgruppe når studentene er i praksis og her kan studentene komme med erfaringer og refleksjoner i en gruppe som er trygg. Studentene sitter med opplevde situasjoner og utfordrende pasientmøter som kan være utgangspunkt for pasientcase som skal brukes i simulering. Dette vil kunne være med på å skape troverdige simuleringsrom. Dette vektlegges hos Bloomfield et.al (2015). Det kan være av betydning at sykepleiere fra praksisplassen kan delta i studentenes simulering, både som pasient, pårørende og sykepleier. Sykepleierne kan bidra med realistiske pasientsituasjoner som kan gi gode simuleringscase og gode refleksjoner i en debriefing. Sykepleiere fra praksisplassen kan i simulering opptre som gode rollemodeller for studentene. Dette drøftes i kapittel 6.2.2.

## 6.2 Økt bevissthet gjennom refleksjon

Økt bevissthet gjennom lydhørhet, sanseskarphet og refleksjon ser jeg som en gjennomgående tråd i teksten. I omsorgssammenheng vil refleksjon kunne være en medvirkende faktor for studentene til å erverve seg kunnskap og erfaring gjennom utdannelsen. Studentene kan få føle på stemningen som er i rommet og på betydningen av å være rolig. Her ser jeg refleksjonsprosessen som en utviklingsprosess som skal lede til ny forståelse. Studentene vil så i praksis, gjennom refleksjon i handlinger og over handlinger, kunne utvikle en følelse for hvordan en skal handle i ulike situasjoner. Dette påpeker Ekeberg (2015, s.238-242) som videre skriver at vi etter å ha vært i en pasientsituasjon kan trekke oss ut av situasjonen for å analysere det som foregikk, og hun kaller dette selvrefleksjon der bevisstheten trekkes mot en selv (Ekebergh, 2015, s.43-44).

I simuleringsrommet betegnes den delen der studentene kan komme med sine tanker, opplevelser og erfaringer etter å ha deltatt i et pasientscenario for debriefing og en strukturert debriefing kan brukes for å veilede refleksjon. Dette trekker Husebø et.al (2015) fram. Her kan studentene gjennom refleksjon lære av erfaringene de har gjort i møtet med pasienten og de kan vurdere og evaluere tidligere kunnskap i lys av denne erfaringen. Målet med simulering og debriefing er at studentene kan innlemme den nye kunnskapen for bruk i fremtidig praksis. Den refleksjonen som helsepersonell har gjennom simuleringsaktivitet beskrives som "... an in-depth consideration of events or situations outside of oneself: solitary, or with critical support" (Husebø et al., 2015, s.369). Det viser seg at studenter

gjennom simulering, refleksjon og debriefing sammen med andre studenter lærer både gjennom egne erfaringer men også gjennom medstudenters erfaringer og gjennom samarbeid. Dette kommer fram gjennom forskning (Lejonqvist et al., 2016; McNiesh, 2015). Her har læreren eller fasilitatoren et stort ansvar for å tilrettelegge for et trygt og tillitsfullt refleksjonsmiljø som fremmer debriefing og refleksjon. Dette påpekes av McNiesh (2015).

### 6.2.1 Samtale, lydhørhet og tilstedeværelse i det omsorgsgivende rommet

Atmosfære og stemning i rommet har mye å si for hvordan pasienten opplever tilværelsen og informantene snakker om flere faktorer som har betydning for hvordan det oppleves å være i dette rommet. Omsorgsgiverne er nær pasienten og skaper atmosfæren i rommet der den mellommenneskelige relasjonen er viktig for å skape trygghet og ro (Ylikangas, 2012, s. 270-271). Det å skape og bevare en rolig atmosfære i et pasientrom krever at en har erfaring. Her har erfarne sykepleiere en helt annen mulighet til å sette seg inn i en pasientsituasjon og de kan spille på situasjoner de har opplevd, de kan se for seg rommet og settingen og de kan kjenne på følelsene som har vært tilstede i disse situasjonene. Erfarne lærere klarer å ta ned tempo og sette en rolig stemning i rommet. Studenter med liten praktisk erfaring har ikke disse bildene i hodet sitt, og har derfor mindre mulighet til å se for seg hvordan situasjonen og stemningen kan være. Noen rom har atmosfære og stemning som en kan ha utfordringer med å forklare og beskrive med ord. Når noe "sitter i veggene" og bare er der. Pasientrommet der den døende pasienten og hans pårørende er, har ofte en spesiell atmosfære. Her vil både lærere, gjennom simulering, og sykepleiere i praksis ha en utfordrende oppgave i forhold til å få formidlet denne tause kunnskapen, der rommet vil være abstrakt, men der vi kjenner igjen ulike rommelige aspekt. Martinsen hevder at vi i møtet med pasienten trenger menneskekunnskap, modenhet og faktakunnskap og erfarne sykepleiere vil gjennom dette handle etter engasjement og skjønn. Hun skriver videre at denne fortrolighetskunnskapen som dreier seg om å handle med godt omdømme, ikke kan tilegnes gjennom vitenskapen men gjennom eksempellæring i praksis (Martinsen, 2005, s.154-155).

I en del situasjoner er holdningen og handlingen en her framviser, det som kan være med på å synliggjøre denne kunnskapen. Lassenius (2012, s.294) hevder at det er i det abstrakte rommet vi gjør ting som gir struktur og liv til våre relasjoner.

Omsorgsdimensjonen blir trukket fram når informantene beskrev hvordan en skal kunne fange opp signaler som pasienten og pårørende sender ut, og de framhevet nærværet i

situasjonen som essensielt. Det kan være utfordrende for lærere å formidle denne omsorgsdimensjonen i pasientmøter. Mye kan ligge i den tause kunnskapen som en har ervervet seg gjennom praksis, og det kan være krevende å lage scenarioer i simulering som kan synliggjøre denne omsorgsdimensjonen. Omsorgens kjerne dreier seg om menneskets dypeste livsspørsmål (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.14). For mange studenter som har liten livserfaring og erfaring med pasienter, kan det være utfordrende å løfte blikket og å endre fokus fra prosedyrer, teknikk og gjøremål, til å være lydhør for hva pasienten egentlig ønsker og har behov for. Her snakker informantene om hvordan en kan utforme ulike scenarier og ulike rom som kan synliggjøre kompleksiteten og utfordringer i ulike pasientmøter. De ser at det er betydningsfullt å få studenten til å stoppe litt opp og være var og lydhør for hva pasienten formidler både verbalt og nonverbalt. Alle pasientrom vil etter min erfaring være betydningsmettede og i en simulering der studentene skal få noe erfaring med pasienten som er døende vil det være viktig å få synliggjort hva som skjer i rommet og at studentene blir bevisst på at pasienten er i sin siste fase i livet. Dette rommet, der pasienten tilbringer den siste tiden, vil som Martinsen (2012a, s.45) fremhever, være betydningsmettet i forhold til det som skjer der, og mange studenter vil kunne kjenne på usikkerhet og maktesløshet i slike møter. Erfaring lærere har i sykepleierutdanningen, er at studentene er opptatt av å gi omsorg og gjøre det beste for pasienten og pårørende. I mange tilfeller handler studentene ut fra det de mener er god omsorg, men det er ikke alltid at det oppleves som god ivaretagelse av pasienten selv. Det skal gjerne erfaring og lydhørhet til for å oppfatte hva pasienten formidler. Dersom en ikke er var for dette vil en, i beste mening, kunne påføre pasienten pleielidelse eller omsorgslidelse (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.79; Eriksson, 1995, s.66). Det vil være betydningsfullt for studentene at de gjennom simulering kan få erfare at aktiviteten gjerne kan tas ned og at en med hele sin væremåte kan synliggjøre for pasienten og pårørende at en har tid til å lytte og tid til å være lydhør for ønsker og behov. Setter en seg ned med pasienten uten å gjøre noe, bare være og lytte, vil en lettere kunne bli var for hva pasienten uttrykker. Gjennom stillheten kan flere sanser aktiveres og gjennom en lyttende åpenhet og samklang kan det skapes gode og rommelige rom mellom pasienten og sykepleier/student (Martinsen & Kjær, 2012a, s.41-43). Her kreves det ofte en god veiledning og debriefing etter slike møter med døende pasienter, og informantene vektla å få fram de ulike dimensjonene ved dette betydningsmettede rommet. Det er viktig å få formidlet til studentene at pasienten skal kunne være delaktig i det som gjøres og bestemmes rundt ham, og at en må være var for at en ikke trår over grensen der en ut fra sin profesjonelle væremåte fratår pasienten delaktighet og medbestemmelse. Martinsen (2005, s.145) beskriver dette slik: ” Gjennom den «tone»

*yrkesutøveren med sin holdning setter på relasjonen, blir den andre gjort maktesløs*". Her vil vår evne til å være lydhør og til å kommunisere være viktig for det som foregår mellom student/sykepleier og pasient og pårørende. Martinsen (2005, s.37) skriver at kommunikasjonen bærer all samtale, og den er fellesgjørende, og samtidig. Hun sier den gode samtalen forutsetter lytting.

Studenter beskriver usikkerhet overfor hva pasientene eller pårørende vil snakke om eller spørre om og noen har uttrykt engstelse i forhold til om de kan få direkte spørsmål om hvordan det er å dø. En trenger gjerne erfaring for å kunne møte pasienten der han er med sine bekymringer, og i enkelte situasjoner vet en ikke hva en skal si eller gjøre, en må bare være nærværende i pasientens fortvilelse og avmakt (Martinsen & Kjær, 2012a, s.132). I NOU 2017:16 trekkes samtalen mellom helsepersonell og pasient fram når det gjelder palliativ behandling og det vektlegges at gode kommunikasjonsferdigheter er av stor betydning. Samtalene kan handle om fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle temaer og pasientens behov er det styrende. Det vektlegges at en må være ekstra oppmerksom hva pasient og pårørende ønsker å snakke om i de tilfellene der pasienten erkjenner at livet går mot slutten (NOU 2017:16, 2017). Som sykepleier med mange års praktisk erfaring, har jeg erfart at samtaler med pasienter og pårørende som opplever sorg og kriser kan være svært utfordrende og vanskelige. Disse samtalene har vært viktige i forhold til ivaretagelse av pasienten. Kjær (2012a) påpeker at samtalen er et av de rom som sykepleierne vil og kan ta vare på en del av medmenneskets liv. Slik jeg ser det kan pasienter, studenter og lærere oppleve gode samtaler. Dette forutsetter at vi har tillit til hverandre. Min erfaring er at studenter kan gjennom simulering lære og få erfaring med kommunikasjon til pasienter i livets siste fase ved å ha tid, sette seg ned, og forsøke å være tilstede i situasjonen. Det er betydningsfullt at de kan erverve seg denne erfaringen før de er ferdig utdannet og møter pasienten. Dette påpekes også av Bloomfield et.al (2015) og Smith et.al (2018). Som sykepleier og sykepleierstudent vil en være nær pasienten, gjerne over et lengre tidsrom og en vil komme tett på pasienten. Dette kan gi grunnlag for å oppfatte om pasienten har behov som de ikke uttrykker verbalt. Det nonverbale kan gi mye informasjon dersom en har evnen til å oppfatte det. Den grunnleggende sykepleien er av stor betydning for pasienten og gjennom et stell kan sykepleieren og sykepleierstudenten hjelpe pasienten til å føle velvære og kjenne på verdi som menneske. Dette kan være med på at pasienten kjenner på det å leve samtidig som han fornemmer og erkjenner kroppens forfall (Hee, 2001, s.642). Hee beskriver dette godt: *"Gjennom grundig og omhyggelig kroppspleie kommer pasienten i kontakt med sin egen*

*kropp, merker hver enkelt del på godt og vondt og blir seg bevisst at situasjonen er som den er – verken verre eller bedre.*” (Hee, 2001, s.642). Her vil simuleringsrommet være en arena for å gi studentene erfaring med opplevelsen av å være pasient og å kjenne på hvordan en kan bli møtt i disse situasjonene. Denne erfaringen vil kunne hjelpe studentene slik at de ikke påfører pasienten pleielidelse. Dette påpeker også Eriksson (1995, s.66). Samtidig er tematikken omsorg i livets slutfase svært sensitiv og det kan føre til utfordringer og påkjenninger dersom studentene skal spille en døende pasient eller dennes pårørende. Her har Bloomfield et al. (2015) sett på fordelene med å ha eksterne aktører i slike roller. De trekker fram at lærere eller fasilitatorer kan få emosjonelle utfordringer når de skal spille pasient eller pårørende i disse casene.

### 6.2.2 Å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter

Gjennom sykepleierutdanningen tilegner studentene seg både teoretisk kunnskap og praktisk erfaring slik at de kan utøve sykepleie gjennom gode pasientmøter. Gjennom praksis har sykepleierstudentene lært av og blitt formet av de sykepleierne de har møtt gjennom utdanningen. Bjerkenes (2015, s.40) hevder at det er verdifullt for studenter å lære ved å se hvordan rollemodeller forholder seg i konkrete situasjoner og hun mener at slik læring kombinert med veiledning i form av refleksjon over handling gir godt grunnlag for læring (Bjerkenes & Christiansen, 2015, s.40). Informantene beskrev studenter som hadde erfart sykepleiere som de opplevde var gode rollemodeller men også sykepleiere som handlet på en måte som studentene mente var uverdigg for pasienten. Her kan det etter min mening gjennom synliggjøring, refleksjon og diskusjon være mulig å få beskrevet og synliggjort ulike dimensjoner i pasientrommet og hvordan studenten og sykepleieren gjennom sin holdning og væremåte kan påvirke dette rommet. Erfarne lærere som deltar i simuleringsaktiviteten vil være gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter. De vil kunne delta i rollen som pasient for å forsøke å formidle ulike dimensjoner med rommet og med omsorgen som gis. Martinsen skriver om kunnskap som er taust tilstede i de eksemplene sykepleierne viser i praksis, og disse kan avdekkes for studentene ved å beskrive og diskutere de felles erfaringer og normer som ligger gjemt i disse handlingene (Martinsen, 2005, s.155). I funnene fra fokusgruppeintervjuene kommer det fram at flere av lærerne mener at studentene lærer av å se hva mesteren gjør og de snakker om både lærerens og praksissykepleierens betydning som rollemodell. I en doktorgradsavhandling (Johnson-Anderson, 2014) ser forskeren på sykepleierutdanningens oppfatninger om viktigheten av å integrere rollemodeller i simulering.

Johnson-Anderson trekker fram strategier for denne integreringen. Utdanningene anså at det å ha rollemodeller i simuleringen var betydningsfullt. Spesielt i forhold til utvikling av studentenes selvtillit og trygghet, samt evne til å ta avgjørelser, kjenne igjen tegn på forverring i pasientens tilstand og evne til å gi kompetent omsorg. Rollemodellene som deltok i simuleringene kunne være læreren eller fasilitatoren, det kunne være sykepleier fra praksis eller en student som var kommet på et høyere nivå i utdanningen. Studentene kunne også se på opptak av gjennomført simulering. I de fleste tilfellene der det ble brukt rollemodeller i simuleringen, var det læreren eller fasilitatoren som deltok (Johnson-Anderson, 2014). Her ser jeg et stort potensiale i forhold til å integrere praksis mer i simuleringen. Gjennom deltakelse fra flere praksissykepleiere kan studentene lære og erfare fra gode rollemodeller.

### 6.3 Studiens betydning for praksis

Studenter i sykepleierutdanningen trenger praktisk erfaring før de skal ut i praksis. Forskning viser at simulering kan bidra til at studentene kan få denne erfaringen (Khalaila, 2014; Kirkpatrick et al., 2017; Lejonqvist et al., 2016; Smith et al., 2018). Her kan gode simuleringsscase som kan gi studentene erfaring med pasienter i livets siste fase hjelpe studenten til å bli klar for de ulike romslige dimensjonene rundt pasienten. Dermed vil de kunne utvikle sin omsorgsevne og bli bedre forberedt for praksis.

### 6.4 Forslag til videre forskning

Det kan være interessant å forske på bruk av rollemodeller fra praksis som deltar sammen med studentene i simulering. Dette kan føre til et tettere samarbeid mellom skole og praksissted som jeg tror studenter, skole og praksis nytte godt av.

### 6.5 Metodiske refleksjoner

Jeg har valgt en kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming for å belyse lærernes erfaringer med rommets betydning i simuleringssituasjoner. Tilnærmingen har vært induktiv og jeg har brukt meg selv som redskap og tolket teksten som framkom etter fokusgruppeintervjuene. Her vil min forforståelse og oppfatninger spille inn på tolkningen. Malterud (2017, s.20) fremhever at vi må være bevisst vårt utgangspunkt for observasjoner og

tolkninger som vil være med på å bestemme hva vi ser. Jeg håper dette har vært en god induktiv tilnærming, som gir litt ny innsikt. Jeg har forsøkt å bruke min forforståelse konstruktivt under forskningsprosessen (Lundman & Graneheim, 2012, s.197). Jeg håper dette har dannet grunnlag for en dypere innsikt og forståelse for temaet.

Det transkriberte datamaterialet ble analysert og systematisert gjennom Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Gjennom min induktive tilnærming leste jeg teksten fra det transkriberte materialet for å se etter likheter og ulikheter. Data fra transkriberingen ble samlet i meningsbærende enheter som ble kondensert og kodet. Kodene ble sammenlignet i forhold til likheter og forskjeller og endte opp med 6 subtema og 2 hovedtema. Her kan utfordringen ha vært å holde abstraksjonsnivå og tolkningsgrad logisk og kongurent gjennom analysen.

Jeg har tilstrebet å holde tråden gjennom oppgaven, fra bakgrunn for valg av tema, via metode, til funnenes integritet, diskusjon og konklusjon/avslutning



## 7.0 Avslutning

Målet med studien har vært å belyse hvordan lærernes erfaringer med rommets betydning gjennom simulering kan hjelpe studentene til å bli bedre forberedt til møtet med den døende pasienten. Informantene har ut fra sin kompetanse og erfaring med palliativ omsorg og simulering hatt ulike innfallsvinkler og erfaringer med rommet.

Jeg har gjennom en hermeneutisk tilnærming forsøkt å finne svar på problemstillingen. Jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuer. Etter transkribering og analyse av fokusgruppeintervjuene var det to hovedtema som avtegnet seg, som kunne belyse ulike dimensjoner av rommet.

Det første hovedtemaet handler om rammer som skaper trygge og gode rom for student og pasient og under dette hovedtemaet framkom tre subtema. Lærerens rolle som tilrettelegger og den som styrer, har stor betydning for synliggjøringen av hva som skal skje i simuleringsrommet. Relasjonen mellom student og lærer kan ha en del å si i forhold til studentens opplevelse av trygghet og verdighet. Det samme kan gjelde for relasjonen mellom student og pasient. Gode simuleringscase og trygge simuleringsrom kan være faktorer som kan ta ned studentenes engstelse både i forhold til simuleringsrommet og i forhold til pasienten som er i livets siste fase.

Funnene viser at det kan være overføringsverdi mellom simuleringsrommet og praksis. Studenter som har deltatt i simulering til pasienter i livets siste fase og som har kjent på følelser som disse møtene skaper, kan få erfaring og mot til å møte disse pasientene i praksis. Praksiserfaring kan også brukes inn i simuleringen og bidra til å utarbeide realistiske pasientcase.

Det andre hovedtemaet går på økt bevissthet gjennom refleksjon. Subtemaene som underbygger dette er lydhørhet og tilstedeværelse i rommet, rom for samtalen og å ha gode rollemodeller som kan synliggjøre gode pasientmøter. Gjennom simulering kan studentene lære seg å stoppe litt opp eller ta ned hastigheten og fokuset på praktiske gjøremål. De kan få erfaring med å være tilstede i rommet uten at de nødvendigvis skal utføre noe. Lydhørhet, stillhet og samtale har betydning i pasientmøtene og dette trenger studentene å få øve på.

Refleksjonen og debriefingen vil ha betydning for at studentene skal forstå hva dette vil si. Det kom fram at studentene trenger gode rollemodeller som kan hjelpe dem med å synliggjøre gode omsorgsmøter.

Rommets ulike dimensjoner kan være utfordrende å synliggjøre. Simulering i trygge omgivelser med gode pasientsituasjoner kan gi studentene god erfaring før praksis. Informantene erfarer at en gjennom simulering med gode pasientcase og påfølgende debriefing og refleksjon, vil kunne synliggjøre noe av disse dimensjonene og dermed bidra til at studentene blir bedre forberedt til å kunne møte og til å gi omsorg til pasienter i livets siste fase.

Å anvende en omsorgsvitenskapelig tenkning inn i simulering vil kunne styrke studentenes muligheter til å se pasienten som et menneske med fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Omsorgsvitenskapen vil kunne bidra til å belyse rommets dimensjoner og gjøre disse mer synlige for studentene.

## Referanser

- Al-Ghareeb, A. Z., Cooper, S. J. & McKenna, L. G. (2017). Anxiety and Clinical Performance in Simulated Setting in Undergraduate Health Professionals Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(10), 478-491. doi:10.1016/j.ecns.2017.05.015
- Allen, M. L. (2018). Examining Nursing Students' Stress in an End-of-Life Care Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 14, 21-28. doi:10.1016/j.ecns.2017.10.006
- Alvsvåg, H. (2014). Mellomrommet - forutsetning for relasjon og dialog. I H. Alvsvåg, Førland, O, Jacobsen, F (Red.), *Rom for omsorg* (s. 127-145). Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F. F. (2014). Rom, ting og medmennesker : en innledning. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), (s. 13-23). Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Arman, M. (2012). Lidande. I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-198). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2015). *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande : etik i vårdandet* (2. utg.). Stockholm: Liber.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2012). *DEF : Det existentiella förbandet : Existentiellt omhändertagande efter katastrof* Liber.
- Bjerknes, M. S. & Christiansen, B. (2015). *Praksisveiledning med sykepleierstudenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bloomfield, J. G., O'Neill, B. & Gillett, K. (2015). Enhancing student communication during end-of-life care: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*, 13(6), 1651-1661. doi:10.1017/S147895151500022X
- Boese, T., Cato, M., Gonzalez, L., Jones, A., Kennedy, K., Reese, C., ... Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard V: Facilitator. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6, Supplement), S22-S25. doi:https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.010
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforl.

- Dahlberg & Dahlberg, K. (2015). Vårdande mellanrum och sammanhang. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (Bind 1, s. 145-168). Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande : i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eaton, M. K., Floyd, K. & Brooks, S. (2012). Student Perceptions of Simulation's Influence on Home Health and Hospice Practicum Learning. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(6), e239-e247. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.11.003>
- Edlund, M. (2012). Värdighet. I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 363-376). Lund: Studentlitteratur.
- Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I. & Hammarlund, K. (2014). Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(10), 509-515. doi:[10.12968/ijpn.2014.20.10.509](https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.10.509)
- Ekebergh, M. (2015). Reflexionens roll för vårdande vård. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (Bind 1, s. 238-245). Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: TANO.
- Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som diciplin. I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 31-45). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). *Gryning : II : Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Ferguson, R. & Cosby, P. (2017). Nursing Students' Attitudes and Experiences Toward End-of-Life Care: A Mixed Methods Study Using Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(8), 343-346. doi:[10.1016/j.ecns.2017.03.006](https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.03.006)
- Ferrell, B., Malloy, P., Mazanec, P. & Virani, R. (2016). CARES: AACN's New Competencies and Recommendations for Educating Undergraduate Nursing Students to Improve Palliative Care. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 32(5), 327-333. doi:[10.1016/j.profnurs.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.07.002)

- Gantt, L. T. (2013). The effect of preparation on anxiety and performance in summative simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(1), e25-e33.  
doi:10.1016/j.ecns.2011.07.004
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106730776&site=ehost-live>
- Hall-Lord, M.-L. (2015). Hva sier forskning om simulering? I S. Struksnes, B. Hofmann & T. Ødegården (Red.), *Pasientsimulering i helsefag : en praktisk innføring* (s. 107-114). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugan, G., Aigeltinger, E. & Sørli, V. (2012). Relasjonen til veilederen betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis. *Sykepleien forskning*, (2), 152-158.
- Hauge, K. W., Brask, O. D., Bachmann, L., Bergum, I. E., Heggdal, W. M., Inderhaug, H., ... Julnes, S. G. (2016). Kvalitet i praksisstudier i sykepleier- og vernepleierutdanning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 19-33. doi:10.7557/14.3772
- Hee, I. (2001). Sykepleie på hospice. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie : praksis og utvikling* : 2 (Bind 2, s. 638-653). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Heggestad, A. K. T. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I U. Knutstad & A. K. T. Heggestad (Red.), *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., Bind 2, s. 23-39). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helsedirektoratet. (2015). Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>
- Hull, E. (2017). Conducting Research in Your Own Backyard. *Teaching and Learning in Nursing*, 12(4), 232-233. doi:10.1016/j.teln.2017.06.011
- Husebø, S. E., O'Regan, S. & Nestel, D. (2015). Reflective Practice and Its Role in Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), 368-375.  
doi:10.1016/j.ecns.2015.04.005
- Jeffries, P. R. (2012). *Simulation in nursing education : from conceptualization to evaluation* (2nd ed. utg.) National League for Nursing.

- Johnson-Anderson, H. (2014). *The integration of role modeling into simulation: Undergraduate nurse educators' perceptions and practices* (Doktorgradsavhandling). University of South Dakota.
- Khalaila, R. (2014). Simulation in nursing education: an evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations. *Nurse Educ Today*, 34(2), 252-258. doi:10.1016/j.nedt.2013.08.015
- Kirkpatrick, A. J., Cantrell, M. A. & Smeltzer, S. C. (2017). Palliative Care Simulations in Undergraduate Nursing Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(9), 414-431. doi:10.1016/j.ecns.2017.04.009
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups : a practical guide for applied research* (5. utg.). Los Angeles: Sage.
- Kunnskapsdepartementet. (2016). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning* (Meld .St. 16 (2016–2017)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>.
- Kunnskapsdepartementet. (u.å.). *RHETOS: Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger – sykepleierutdanning* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/874ef4e2da2e401a8e06de7da1c83e65/utkast-til-retningslinje-for-sykepleierutdanningen.pdf>
- Lassenius. (2012). Från rum till rum - eller at vara rum? I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 294-304). Lund: Studentlitteratur.
- Lassenius, E. (2012). Från rum til rum - eller att vara rum? I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 293-306). Lund: Studentlitteratur.
- Lejonqvist, G. B., Eriksson, K. & Meretoja, R. (2016). Evidence of clinical competence by simulation, a hermeneutical observational study. *Nurse Educ Today*, 38, 88-92. doi:10.1016/j.nedt.2015.12.011
- Lioce, L., Meakim, C. H., Fey, M. K., Chmil, J. V., Mariani, B. & Alinier, G. (2015). Standards of Best Practice: Simulation Standard IX: Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(6), 309-315. doi:https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005
- Lippe, M. P. & Carter, P. (2015). End-of-Life Care Teaching Strategies in Prelicensure Nursing Education: An Integrative Review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 17(1), 31-39. doi:10.1097/NJH.000000000000118

- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. utg., s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribes.
- Martinsen, K. (2012b). Etikk i sykepleien - mellom spontanitet og ettertanke. I P. K. Telléus & M. Pahuus (Red.), *Praksisformernes etik : bidrag til anvendt etik* (Bind nr 3, s. 257-281). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Martinsen, K. (2012c). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. T. Bjørk, S. Helseth, F. Nortvedt & M. Gilmore (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 250-271). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2015). Er sykeværelset med interiør og ting hjelpende? : om sted og stedstap i helsevesenet. I T. A. Kjær & K. Martinsen (Red.), *Utenfor tellekantene - Essays om rom og rommelighet* (s. 199-228). Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012a). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribes.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2015). *Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforl.
- McNiesh, S. G. (2015). Cultural Norms of Clinical Simulation in Undergraduate Nursing Education. *Global qualitative nursing research*, 2, 1-10.  
doi:10.1177/2333393615571361
- Nielsen, B. & Harder, N. (2013). Causes of Student Anxiety during Simulation: What the Literature Says. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(11), e507-e512.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.03.003>

- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Richardson, L. & StPierre, E. A. (2005). Writing: A Method of Inquiry. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage handbook of qualitative research* (3. utg., s. 959-978). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Rundqvist, E. (2012). Makt som fullmakt. I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 335-346). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet og otrygghet*. Göteborg: Segesten Förlag.
- Smith, M. B., Macieira, T. G. R., Bumbach, M. D., Garbutt, S. J., Citty, S. W., Stephen, A., ... Keenan, G. (2018). The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 1049909118761386. doi:10.1177/1049909118761386
- Struksnes, S., Hofmann, B. & Ødegården, T. (2015). *Pasientsimulering i helsefag : en praktisk innføring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 115-128). Lund: Studentlitteratur.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tosterud, R., Hall-Lord, M.-L., Petzäll, K. & Hedelin, B. (2014). Debriefing in simulation conducted in small and large groups: Nursing students' experiences. *Journal Of Nursing Education And Practice*, 4(9), 173-182. doi:10.5430/jnep.v4n9p173
- Wazonis, A. R. (2014). Methods and evaluations for simulation debriefing in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 459-465.
- Ylikangas, C. (2012). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I I. Bergbom & L. W. Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 265-278). Lund: Studentlitteratur.



## Vedlegg

### Vedlegg 1 – Svar fra NSD



Anne Lise Holm  
Klingenbergvegen 4  
5414 STORD

Vår dato: 04.08.2017

Vår ref: 54722 / 3 / L AR

Deres dato:

Deres ref:

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.06.2017.  
Meldingen gjelder prosjektet:

54722	Læreres oppfatninger/opplevelser av rommets betydning i simulering av omsorg til pasienter i livets siste fase - et omsorgsvitenskapelig perspektiv
Behandlingsansvarlig	Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Lise Holm
Student	Bente Haug

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet

- Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for datasikkerhet

## **Veiledning**

### **Krav til informert samtykke**

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskulen på Vestlandet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 30.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52 / [marie.schildmann@nsd.no](mailto:marie.schildmann@nsd.no)

## Vedlegg 2 - Forespørsel om å få deltakere til forskningsprosjekt

Forespørsel om å få deltakere til fokusgruppeintervju i forbindelse med min masteroppgave i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap.

Jeg har nå startet på min masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap og håper at denne kan være ferdig i løpet av våren 2018.

Foreløpig tittel på oppgaven:

### **Læreres oppfatninger/opplevelser av rommets betydning i simulering av omsorg til pasienter i livets siste fase – et omsorgsvitenskapelig perspektiv**

Jeg ønsker å belyse hvordan lærernes erfaring/oppfatninger kan ha betydning i simuleringssituasjoner når det gjelder omsorg i livets slutfase og ønsker å samle inn data til denne oppgaven ved bruk av fokusgruppeintervju.

Inklusjonskriterier: Lærere som bruker simulering som metode for studentlæring og lærere som underviser i omsorg ved livets slutt. Lærerne bør ha minimum 5 års erfaring som underviser og ha erfaring med omsorg for pasienter i livets slutfase.

Jeg håper at disse kriteriene vil oppfylle en fornuftig balanse mellom homogenitet og variasjon.

Det er ønskelig med 5-10 lærere.

Jeg håper at intervjuet/intervjuene kan holdes i uke 32 eller 33.

Min veileder er Anne Lise Holm.

Prosjektet er søkt NSD.

Vedlagt ligger informasjonsskriv vedrørende deltakelse i prosjektet.

Mvh

Bente Haug

## Vedlegg 3 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Dette er en henvendelse til deg som er lærer i bachelorutdanningen i sykepleie. Du har erfaring med og er engasjert i omsorg til pasienter i livets slutfase, har veiledning av studenter i praksis, og/eller har erfaring med simulering som læringsarena for studenter.

Jeg er student ved masterstudiet Klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet og skal skrive masteroppgave.

Foreløpig tittel på masteroppgaven:

### **Læreres oppfatninger/opplevelser av rommets betydning i simulering av omsorg til pasienter i livets siste fase – et omsorgsvitenskapelig perspektiv**

Bakgrunn og formål

Som lærer i bachelorutdanningen i sykepleie har jeg i flere år vært engasjert i simulering som en metode for studentene å erverve seg kunnskap og erfaring på.

Tidligere forskning viser at sykepleierstudentene ikke er forberedt på omsorg ved livets slutt. De er bekymret for hvordan de skal håndtere slike situasjoner og er redd for egne reaksjoner. Forskning viser at en vet lite om prosesser innen simuleringsmiljø som letter læring av sosiale og relasjonelle komponenter av sykepleiepraksis.

Jeg ønsker å belyse hvordan lærernes erfaring/oppfatninger kan ha betydning i simuleringssituasjoner når det gjelder omsorg i livets slutfase.

Dette er min masteroppgave i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.

Foreløpig problemstilling: Hvilke erfaringer har lærere med rommets betydning i simuleringssituasjoner av omsorg til pasienter i livets siste fase?

Du får denne forespørselen fordi du jobber i bachelorutdanningen i sykepleie, er engasjert i simulering som læringsarena for studentene og/eller er engasjert i/foreleser om omsorg i livets slutfase.

Dette er en kvalitativ studie og jeg ønsker å samle inn data ved hjelp av fokusgruppeintervju. Intervjuene vil vare mellom 1 og 2 timer.

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

Spørsmålene vil omhandle omsorg i livets slutfase, simulering som metode for kunnskapservvervelse og erfaring i forhold til å møte pasienter og pårørende i livets slutfase, rommets betydning i omsorgssammenheng og hvordan vi kan hjelpe studentene til å få kunnskap og erfaring i møte med disse pasientene.

Data vil lagres i lydopptak og notater.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som masterstudent og min veileder som vil ha tilgang til personopplysningene. Personopplysningene lagres på nettverksstasjon på Høgskulen på Vestlandet. Opptak lagres separat på opptaker i innelåst skap. Navneliste og koblingsnøkkel holdes adskilt.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.2018.

Personopplysninger og opptak vil da bli slettet.

### **Frivillig deltakelse**

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg.

Mvh

Bente Haug

[bente.haug@hvl.no](mailto:bente.haug@hvl.no)

Mobil: 97182717

Veileder:

Anne Lise Holm

[anne.holm@hvl.no](mailto:anne.holm@hvl.no)

Mobil: 93861822

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

---

### **Samtykke til deltakelse i studien**

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefon:-----Mail:-----

## Vedlegg 4 – Temaliste til 1. fokusgruppeintervju

### **Temaliste til fokusgruppeintervju**

Tema: Læreres oppfatninger/opplevelser av rommets betydning i simulering av omsorg til pasienter i livets siste fase – et omsorgsvitenskapelig perspektiv

Tema for oppgaven:

Læreres oppfatninger/opplevelser av rommets betydning i simulering av omsorg til pasienter i livets siste fase – et omsorgsvitenskapelig perspektiv

Problemstilling (ikke endelig):

Hvilke erfaringer har lærere med rommets betydning i simuleringssituasjoner av omsorg til pasienter i livets siste fase?

1. Hva legger du i begrepet omsorg ved livets slutt?

2. Hvordan kan rommet, i vid forstand, ha betydning for omsorgen som gis til pasienter i livets slutfase?

- det fysiske rommet, interiør
- helsevesenets rom
- det flerdimensjonelle rommet
- hva er et omsorgsgivende miljø?
- mellomrommet
- romslighet
- atmosfære
- hva er et omsorgsgivende miljø?

3. Hvilke undervisningsrom erfarer dere at øker studentens kunnskap, ferdighet og holdning i forhold til livets slutt?

4. Er det noe vi ikke har snakket om når det gjelder rommets betydning for omsorg ved livets slutt eller studenters ....

## Vedlegg 5 – Spørsmålsguide til 2. fokusgruppeintervju

### Til fokusgruppeintervju 2

#### **Spørsmål som jeg håper dere kan snakke litt om:**

På hvilken måte kan vi ivareta verdigheten til studenten?

På hvilken måte kan vi ivareta verdigheten til pasienten?

Hvordan kan tryggheten ivaretas hos pasient og pårørende?

Hvordan kan vi hjelpe studenten til å bli tryggere i møte med pasienten i livets siste fase?

Er det mulig at studentene kan få erfaring før praksis?

Hvordan kan studentene bli mer bevisst på omsorgens ulike dimensjoner?

Studentens sensitivitet – kan den økes eller læres?

Hvilke undervisningsrom/undervisningsform erfarer dere at øker studentens kunnskap, ferdighet og holdning i forhold til livets slutt?