

Hva er intensivsykepleiers erfaring med oppfølging av pårørende og oppfatninger til å innføre etterlattesamtaler?

En kvalitativ studie

Masteroppgave



**Universitetet
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie**

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Rønnaug Kovdal og Cecilie Dahle Mæland

Veileder: Sissel I. Eikeland Husebø

Dato 12.05.2022

**MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i:
Intensivsykepleie**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2022

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Rønnaug Kovdal og Cecilie Dahle Mæland

VEILEDER: Professor Sissel I. Eikeland Husebø

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Hva er intensivsykepleiers erfaring med oppfølging av pårørende og oppfatninger til å innføre etterlattesamtaler?

Engelsk tittel:

What is intensive care nurses experiences and perceptions of follow –up bereavement support to bereaved families?

EMNEORD/STIKKORD:

sykepleiers holdninger
etterlatte
etterlattsamtaler
oppfølging av etterlatte
intensivsykepleier

bereaved family members
bereavement support
intensive care nurses
follow up support
nurse`s attitudes

ANTALL ORD: 16.526

STAVANGER, 12.05.2022

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på to lærerike og spennende år på studiet master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie ved Universitetet i Stavanger.

Vi vil først og fremst takke hverandre for et utrolig samarbeid gjennom en hektisk periode med oppgaveskriving. Vi har vært hverandres støtte og pådrivere.

Vi vil gjerne takke vår veileder Sissel Husebø for konstruktiv og god veiledning gjennom denne prosessen.

Vi ønsker å takke intervjupersonene våre som bidro med spennende synspunkter.

Rønnaug Kovdal og Cecilie Dahle Mæland

Stavanger, mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Ivaretagelse av pasientens pårørende når pasienten er innlagt, og etter et eventuelt dødsfall, er en del av intensivsykepleierens ansvarsområde. Helsepersonell bør ivareta og følge opp etterlatte etter dødsfallet blant annet ved å tilby etterlattesamtale, særlig etter dramatiske dødsfall, slik at de etterlatte får stille spørsmål og reflektere rundt sykeleiet og dødsfallet.

Hensikt: Studiens hensikt var å belyse hvordan pårørende ble ivaretatt umiddelbart etter et dødsfall og hvilke rutiner som eksisterte for utførelse av planlagte etterlattesamtaler.

Metode: Masterstudien har et kvalitativt design. Data ble innhentet med syv semistrukturerte individuelle intervju. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse av Graneheim og Lundman.

Funn: Analysen av de individuelle intervjuene resulterte i to temaer; *Intensivsykepleiers opplevelse og tolkning av situasjonen i forbindelse med dødsfall er avgjørende for ivaretagelse av pårørende og intensivsykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattesamtaler.* Masterstudien fant at det ble gitt tilfeldig og umiddelbar støtte til de pårørende etter et dødsfall. Informantene identifiserte ulike barrierer som må overvinnes for at planlagte etterlattesamtaler skal kunne innføres. Intensivsykepleierne kan bidra til videre støtte av pårørende i sorgprosessen ved å tilby etterlattesamtaler

Konklusjon: Masterstudien fant at det for intensivsykepleierne var forskjell på å ivareta pårørende ved et forventet dødsfall i forhold til dødsfall som kom uventet.

Intensivsykepleiernes personlige egenskaper påvirket hvordan pårørende ble ivaretatt.

Mangel på rutine gjorde at støtten ble tilfeldig og varierende. Ved behov for videre oppfølging fra avdelingen var det overlatt til de etterlatte å ta kontakt, denne kontakten burde vært initiert av avdelingen. Etterlattesamtaler kan hjelpe pårørende i sorgprosessen.

Abstract

Background: During a patient's illness period in hospital and after death, care and support should be provided to the patient's family members as a part of the integral role in intensive care nursing. Healthcare workers must offer bereavement support, especially after traumatic deaths. Family members should be given the opportunity to ask questions and reflect upon the illness period and death.

Aim: The aim of this study was to investigate the support given to family members around the time of death of their loved one, and current practice of formal bereavement support.

Methods: An exploratory design was employed, and data were obtained with 7 individual, semi-structured interviews. Content analysis by Graneheim and Lundman was performed to identify common themes.

Results: The analysis of the individual interviews yielded two themes: *Intensive care nurse's perception and experience of the situation regarding a death of a patient is of importance and will affect the support given to the bereaved family members, and intensive care nurses recommend formal, organized bereavement support to be conducted.* The findings found the support received by the family members to be immediate and by chance. In order to implement formal bereavement support, intensive care nurses must overcome several barriers. Bereavement follow-up can assist the family members in working through the grief process.

Conclusion: The study showed that there was a perceived difference in supporting family members after an expected death of an ill patient compared to when death was unexpected. The intensive care nurses personal qualities had an impact on how the bereaved family members were supported. No bereavement services are as of yet implemented in the ward, hence the random and varied support given by the intensive care nurses to the bereaved families. If family members wanted to receive bereavement follow-up they must take the initiative, but ideally this contact ought to be initiated by the intensive care nurse/ ward. Bereavement follow-up can assist the family members in working through the grief process.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	9
1.3 Avgrensning	10
1.4 Begrepsavklaring	10
2.0 Teoretisk rammeverk	11
2.1 Tidligere forskning	11
2.2 Sorgprosessen	14
2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	15
2.3.1 Omsorgens moralske side	16
2.3.2 Omsorgens praktiske side	17
2.3.3 Omsorgens relasjonelle side	17
2.3.4 Utfordringer for omsorgen	18
2.4 Kvalitetsforbedringssirkelen	18
3.0 Metode	20
3.1 Design	20
3.1.1 Forforståelse	20
3.1.2 Kontekst	21
3.1.3 Intervjuguide	21
3.1.4 Utvalg av informanter	22
3.1.5 Innsamling av data	23
3.1.6 Transkripsjon	24
3.2 Analyse	25
3.3 Forskningsetiske vurderinger	28
3.3.1 Nødvendige tillatelser	29
3.3.2 Informert samtykke	29
3.3.3 Aidentifisering og sikring av data	29
3.4 Studiens troverdighet	30
3.4.1 Reliabilitet	30
3.4.2 Validitet	31
3.4.3 Overførbarhet	32
4.0 Funn	33
4.1 Intensivsykepleiers opplevelse og tolkning av situasjonen i forbindelse med dødsfall er avgjørende for ivaretagelse av pårørende	34
4.1.1 Samtaler med pårørende kommer an på flere forhold	34
4.1.2 Det gis tilfeldig og umiddelbar støtte til de pårørende etter dødsfall	35
4.1.3 Akutt eller forventet død skaper ulike behov for oppfølging	37
4.2 Sykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattesamtaler	39

4.2.1 Kjenner rutinen med etterlattekonvolutt, men ikke innholdet	39
4.2.2 Etterlatte må selv ta kontakt ved behov for oppfølging i ettertid	40
4.2.3 Det er flere barrierer og forutsetninger for at etterlattesamtaler gjennomføres	41
4.2.4 Etterlattesamtaler er et viktig hjelpemiddel i sorgprosessen	44
5.0 Diskusjon	45
6.0 Konklusjon	53
6.3 Implikasjoner for praksis.....	54
6.4 Implikasjoner for videre forskning	55
7.0 Referanser	56
Vedlegg 1: Godkjenning fra PVO	59
Vedlegg 2: PVO svarbrev	60
Vedlegg 3: Godkjenning fra avdelingsleder ved MIO.....	62
Vedlegg 4: Informasjonsskriv til deltakere.....	63
Vedlegg 5: Samtykkeerklæring	65
Vedlegg 6: Intervjuguide.....	66

1.0 Innledning

Norsk sykepleierforbund (2019) beskriver fire grunnleggende ansvarsområder for sykepleierollen; å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. De yrkesetiske retningslinjene (2019) omtaler også helsefremmende og forebyggende tiltak som viktige sykepleieoppgaver. Ivaretagelse av pasientens pårørende når pasienten er innlagt, og etter et eventuelt dødsfall, vil være en del av intensivsykepleierens ansvarsområde (Helsedirektoratet, 2017).

God praksis i arbeid med pårørende må være bygget på helselovgivningen som regulerer virksomhetens, helsepersonellens, pasientens og pårørendes rettigheter og plikter. Helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge forholdene slik at pårørende får oppfylt sine rettigheter og kan bruke sine ressurser (Bøckmann & Kjellevold, 2010, s. 7-8). Helsepersonell sitt arbeid må være bygget på kunnskap og med respekt for hvordan også pårørende blir rammet ved alvorlig sykdom og død hos pasienten. Helsepersonell kan ivareta pårørende ved å erkjenne de pårørendes behov, legge vekt på deres forståelse av problemene og anerkjenne den innsatsen de pårørende gjør og kunnskapen de har om pasienten (Bøckmann & Kjellevold, 2010, s.7-8).

Tidligere forskning viser at arbeidet med etterlatte er varierende, mangler struktur, klare formål og formell evaluering. Mangel på kompetanse og undervisning om emnet er også en barriere for at pårørende ivaretas på en god måte av intensivsykepleiere etter at en av deres nærmeste er død ved en intensivavdeling (Egerod et al., 2017, Kurian et al., 2014, McAdam et al., 2016, McAdam et al., 2018). Vi trenger kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer med pårørendesamtaler for å kunne forbedre dagens praksis og denne masteroppgaven har til hensikt å bidra med dette.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom vår arbeidserfaring som sykepleiere har vi hatt opplevelser med pårørende som har gjort sterkt inntrykk og satt dype spor. Vi har erfart at oppfølgingen av etterlatte har vært mangelfull, og kontakten med de etterlatte blir avsluttet når de forlater sykehuset etter en av deres nærmeste er død. Dette har vært med å danne grunnlaget for at vi ønsker at denne masteroppgaven skal omhandle etterlattesamtaler. Helsedirektoratet utgav i 2017 en

ny nasjonal veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med veilederen er at pårørende og etterlatte skal bli inkludert i omsorgstjenesten med individuelt tilpasset støtte, oppfølging og veiledning fra helsepersonell. Pårørendeinvolvering er ment som et tiltak for å styrke helsepersonell sitt arbeid med pårørende og etterlatte og for å bedre kvaliteten på tjenesten. «Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legges til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende» (Hesledirektoratet, 2017). Helsepersonell bør ivareta og følge opp etterlatte etter dødsfall blant annet ved å tilby etterlattesamtale, særlig etter dramatiske dødsfall, slik at de etterlatte får stille spørsmål og reflektere rundt sykeleiet og dødsfallet. Etterlattesamtaler kan ifølge Milberg et al. (2008) være støttende for de etterlatte i en vanskelig situasjon. Etterlattesamtalen kan avdekke eventuelle behov de etterlatte har for videre oppfølging med andre faggrupper eller hjelpeinstanser. Sæteren (2010) mener at fra et sykepleieperspektiv er hensikten med etterlattesamtaler å vise omsorg, og en etterlattesamtale kan være et hjelpemiddel for de pårørende i sorgprosessen. Både intensivsykepleierne og etterlatte kan ifølge Hauge et al. (2009) se verdien av at etterlattesamtaler er til hjelp for de etterlatte i en vanskelig tid.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å belyse intensivsykepleiernes erfaringer med gjennomføring av etterlattesamtaler. Vi ønsker å få mer kunnskap om hvordan de pårørende blir ivaretatt av intensivsykepleier umiddelbart etter et dødsfall og hvilke rutiner som eksisterer for utførelse av planlagte etterlattesamtaler i løpet av de første ukene etter dødsfallet. Hva inneholder disse samtalene, hvordan struktureres de, og hvorfor blir det gjennomført, eventuelt ikke gjennomført etterlattesamtaler?

Med utgangspunkt i dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hva er intensivsykepleiers erfaring med oppfølging av pårørende og oppfatninger til å innføre etterlattesamtaler?

For å svare på problemstillingen har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvordan blir pårørende ivaretatt av intensivsykepleier umiddelbart etter et dødsfall*
2. *Hvordan kan intensivsykepleier bidra til videre støtte av pårørende i sorgprosessen?*

1.3 Avgrensning

Studien er avgrenset til en medisinsk intensiv overvåkningsavdeling ved et universitetssykehus. Informantene arbeidet ved denne avdelingen og delte sine erfaringer med pårørende til pasienter som døde ved avdelingen.

1.4 Begrepsavklaring

Pårørende: Pårørende er nærstående personer i livet til den som rammes av sykdom. Vanligvis har familiemedlemmer denne rollen. Det er alltid, så langt det lar seg gjøre, pasienten selv som skal definere hvem som er nærmeste pårørende, og dette er nedfelt i helselovgivningen (Bøckmann & Kjellehold, 2010, Helsedirektoratet, 2017).

Etterlatte: Er nærstående personer i livet til en person som dør (Helsedirektoratet, 2017).

Etterlattesamtaler: I dette legger forfatterne av denne masterstudien ikke bare formelle samtaler hvor etterlatte kommer tilbake til avdelingen for en avtalt samtale, men også telefonsamtaler der de etterlatte blir oppringt 3-4 uker etter dødsfallet.

Etterlattekonvolutt: Slik praksis er i dag når det gjelder oppfølging så får etterlatte utdelt en konvolutt som blant annet inneholder to brosjyrer. Den ene inneholder generell informasjon om stønadsordninger, økonomi, sorgreaksjoner og kontaktinformasjon til ulike offentlige instanser. Den andre brosjyren inneholder praktisk informasjon om hva som skjer med den avdøde på avdelingen og informasjon om begravelsesbyrå. De ansatte kan også fylle inn telefonnummer til avdelingen, lege og sykepleier slik at de etterlatte kan ta kontakt. Etterlattekonvolutten inneholder også et skriv hvor pårørende kan gi tilbakemelding til avdelingen, hvor de blant annet kan svare på et spørsmål om de fikk tilbud om å komme tilbake senere for en oppfølgingssamtale med lege/sykepleier. Innholdet i konvolutten er klargjort på forhånd.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Tidligere forskning

Det finnes lite publisert forskning relatert til sorgarbeid foretatt av sykepleiere og det finnes begrenset informasjon angående den formelle og organiserte etterlatte-støtten (Kurian et al. 2014).

Chang et al. (2012) utførte en studie hvor sykepleiere i kommunehelsetjenesten beskrev sine erfaringer med oppfølging av etterlatte, og hva sykepleierne oppfattet som deres rolle i dette arbeidet. Flestparten av informantene hadde en formening om at oppfølging av etterlatte gjennom hjemmebesøk var en naturlig del av deres arbeidsoppgaver, men informantene uttrykte at de fant besøkene vanskelige. Utfordringer som ble identifisert var blant annet at sykepleier eller etterlatte hadde manglende forståelse for hensikten med hjemmebesøkene, følelsesmessig belastning, manglende selvtillit og for lite kunnskap til tross for tidligere undervisning,

Tidligere forskning fra intensivheter

Kurian et al. gjorde i 2014 en kvantitativ studie hvor hensikten var å belyse gjeldende praksis og holdninger til sorgarbeid, sykepleieres rolle i dette arbeidet og interesser og utdanning relatert til sorg. Resultatene fra sykepleierne som jobbet i to ulike intensivavdelinger som hadde deltatt i et prosjekt og fått kursing i sorgarbeid ble sammenlignet med en kontrollgruppe. Kontrollgruppen besto av en kirurgisk intensivavdeling og en hjerteavdeling. Funnene viste at nesten halvparten av deltagerne gav uttrykk for at de ikke hadde fått nok undervisning og erfaring i sorgarbeid til etterlatte. Sykepleiere som hadde deltatt i prosjektet med sorgarbeid var mer enige i at sykepleiere burde ta initiativ til, og holde kontakt med pårørende som nylig hadde mistet et familiemedlem.

I 2017 ble det utført en landsdekkende nett-basert undersøkelse i danske intensivavdelinger angående etterlatte-oppfølging og innholdet i oppfølgingen. Resultatene viste at 72% av intensivavdelingene gav informasjon om sorgarbeid som sykehusene hadde å tilby, mens kun en avdeling gav informasjon om tilbudet fra kommunen. 59% av intensivavdelingene oppgav at de etterlatte fikk tilbud om oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet. Dette

tilbudet var imidlertid varierende i innhold, var ikke evidens-basert og manglet formell evaluering (Egerod et al., 2017).

McAdam og Erikson (2016) sin studie i USA, hadde også til hensikt å beskrive oppfølgingen av etterlatte på intensivavdelinger. Deltakerne svarte på en spørreundersøkelse. Flertallet oppga at deres avdeling ikke ga tilbud om etterlattesamtale. Det kom frem at 38% av 237 deltakere hadde rutine for oppfølging av de etterlatte. Dette var ofte bare i form av kondolansekort eller brosjyrer (McAdam & Erikson, 2016). Samme studie avdekket flere barrierer for oppfølging av etterlatte, som mangel på tid og avsatte midler. Informantene kjente seg ikke kvalifiserte nok til å følge opp etterlatte, og beskrev det som utfordrende.

McAdam og Puntillo (2018) utførte en kvantitativ studie med pårørende som hovedfokus og med mål å evaluere effekten av oppfølging av etterlatte når det gjaldt angst, depresjon, post-traumatisk stress, forlenget sorg og tilfredshet av pleien. Dette var en prospektiv pilotstudie hvor man sammenlignet en gruppe etterlatte som fikk oppfølging med en kontrollgruppe. Resultatene viste at flere deltagere i gruppen som ikke fikk sorg-oppfølging hadde forlenget sorg og skåret høyere på post-traumatisk stress, noe som kunne indikere en høyere risiko for å utvikle PTSD. I begge gruppene hadde flertallet av de etterlatte et ønske om å bli fulgt opp av intensivavdelingen, enten i form av et kondolansekort eller en telefon-oppringing fra avdelingen.

O`Sullivan et al. (2021) fant at støtten de pårørende fikk under sykehusoppholdet var relatert til hvorvidt den syke sine pleie og omsorgsbehov ble dekket. Rundt halvparten av de spurte rapporterte at de hadde fått tilstrekkelig hjelp og støtte. Det var viktig for de pårørendes opplevelse av støtte at helsepersonellet uttrykte empati og respekt i pleien av den syke. Pårørende følte seg også ivaretatt dersom helsepersonell gav tydelig informasjon om at døden var nær forestående. For mange pårørende var det vanskelig å ta inn over seg at døden nærmet seg. Etterlattesamtaler ble satt pris på av pårørende, særlig dersom samtalen ble med et helsepersonell som var til stede da pasienten døde. De familiemedlemmene som ikke hadde blitt oppfulgt i etterkant uttrykte skuffelse over å ikke ha blitt tilbudt støtte.

I 2005 evaluerte intensivavdelingen ved Drammen sykehus sin oppfølging av etterlatte. De hadde i fire år hatt som prosedyre å ringe etterlatte tre-fire uker etter dødsfall (Hauge et al., 2005). De fikk i denne samtalen tilbud om å komme tilbake til avdelingen for samtale med sykepleier. 30 prosent valgte å komme inn for samtale, mens resten var fornøyd med telefonsamtalen. Ved hjelp av spørreundersøkelse og intervju ble det bekreftet at flertallet syntes det var viktig å få tilbud om samtale og at telefonsamtalen hadde verdi i seg selv (Hauge et al., 2005).

Downar et al. (2014) utførte en kvantitativ studie på 2 ulike sykehus i Canada. De ønsket å se nærmere på og kartlegge intensivavdelingenes behov for sorg - screening og behov for oppfølging av de etterlatte. Forfatterene ønsket å undersøke dette både fra de etterlattes perspektiv samt fra helsepersonells ståsted. Ved hjelp av spørreskjema ble det kartlagt om pårørende hadde symptomer på komplisert sorg, forlenget sorg, sosiale vansker og ønske om oppfølging. De fant at en stor andel av de etterlatte var fornøyd med pleien av den avdøde og at de ville anbefale sykehuset til andre, men likevel ville flertallet ha ønsket oppfølging i etterkant av dødsfallet. Det innebar at de blant annet ønsket å møte det medisinske teamet for å gå gjennom omstendighetene rundt dødsfallet. De ansatte ga i all hovedsak uttrykk for at de følte seg trygge på å gi etterlatte støtte i den umiddelbare fasen etter dødsfallet, men at de ønsket trening og kursing i å gi støtte utover denne fasen. Det som ble hyppigst nevnt var kurs, informasjon om tilgjengelige ressurser for de etterlatte og tildelt tid til å utføre arbeid med etterlatte.

Oppsummert så viser tidligere forskning at arbeidet med etterlatte er varierende, mangler struktur, klare formål og formell evaluering. Mangel på kompetanse og undervisning om emnet er også en barriere. For å skape en interesse blant sykepleiere for å ta initiativ til å holde kontakt med pårørende, må sykepleiere få mer kunnskap om emnet (Egerod et al., 2017, Kurian et al., 2014, McAdam et al., 2016, McAdam et al., 2018).

2.2 Sorgprosessen

Fra et vitenskapelig synspunkt er sorg de psykologiske reaksjonene som kommer av et tap, ledsaget av sosiale, kulturelle, kroppslige og åndelige konsekvenser (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 11).

Når noen dør, vil de fleste etterlatte oppleve en form for uvirkelighet. Dette kan være idet dødsfallet skjer, når de får vite om dødsfallet eller i tiden før en får avklart hva som har skjedd. Det kan oppleves som å være i en drøm, eller som at det ikke er sant. Denne opplevelsen av uvirkelighet kan ifølge Dyregrov og Dyregrov (2007) forklares med at følelser er satt på vent, slik at energi kan brukes til å håndtere situasjonen. Dette bidrar til en foreløpig beskyttelse mot smerten rundt det som har hendt. Endret tidsopplevelse kan gi ekstra tid til å "handle", det kan også gi den personen som rammes tid til å ta inn det som har skjedd litt om gangen. Dette kan utsette de sterke reaksjonene slik at personen ikke overveldes av sterke følelser som ofte kan gjøre en handlingslammet. Sjokket hos de etterlatte kan være så sterkt at det kan gå dager, timer eller uker før de klarer å ta inn over seg hva som har skjedd. Det er viktig at omgivelsene har forståelse for og kunnskaper om disse ulike reaksjonene. Kroppslige reaksjoner er heller ikke uvanlige (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 30).

Det er vanlig å snakke om sorg i ulike faser. Der første fase omtales som sjokkfase, der en prøver å forstå hva som har skjedd. Etter denne kommer ofte reaksjonsfasen der gråt, tristhet, protest eller sinne opptrer. For mange vil det etter denne fasen gå over i bearbeidelsesfasen der det begynner å gå opp for en at vedkommende er død. Den siste fasen er nyorienteringsfasen, der en igjen mestrer å se fremover. Hvordan disse fasene oppleves er individuelt og det kan veksle mellom de ulike fasene (Helsenorge, 2021). For den som mister en av sine nære og kjære personer, er det smerte, savn og lengsel.

Omstendigheten rundt dødsfallet gjør at det oppleves forskjellig. Skjer dødsfallet etter langvarig sykdom, kan de pårørende oppleve sorg blandet med utmattelse. Døden kan også oppleves som en lettelse for de pårørende om den avdøde har lidd under sykdommen. De etterlatte har dessuten fått tatt farvel før dødsfallet. Mange pårørende opplever sammensatte sorgreaksjoner. Dersom en person gjør slutt på livet, vil de etterlatte kunne være preget av lengsel, savn og ulike traumereaksjoner. Det kan også være vanlig å føle

lettelse om den avdøde har forårsaket smerte og skade gjennom eksempelvis vold, rus eller incest. De etterlatte selv innenfor samme familie kan oppleve sorgen svært forskjellig. Mange tap kan medføre traumatiske opplevelser for de etterlatte. Ved sykdom kan situasjoner fra sykdomsforløpet brenne seg inn i minnet. Øyeblikk fra innleggelsen på intensivavdelingen eller øyeblikk som da diagnosen ble stilt kan ha gitt sterke minner som senere kan oppleves vanskelige. Traumereaksjonene kan bli dominerende ved plutselige og dramatiske dødsfall (Dyregrov & Dyregrov, 2017, s. 11).

Det er en nesten allment akseptert oppfatning om at alle går gjennom faser i sorgarbeidet. Dette har ifølge Dyregrov og Dyregrov (2007) sin bakgrunn i at det for mange tiår siden ble av kjente teoretikere skrevet om sorg som fulgte slike faser. Etter dette har det blitt gjentatt i flere sammenhenger, både i lærebøker, aviser og den offentlige diskursen. Faseteorier om sorg blir imidlertid ikke bekreftet i sorgforskningen. For et flertall av sørgende kan en grovt dele reaksjonene inn i en sjokkfase, reaksjonsfase og en nyorienteringsfase, men slike inndelinger passer ikke for alle. Rådene teorier vektlegger at de sørgende veksler mellom å forholde seg til tapet og de unngår å minnes det. Denne vekslingen er en måte å håndtere tapet på. *“De sørgende må evne både å gå nær det som har skjedd, og å “melde seg på” livet igjen”* (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 28).

Dyregrov og Dyregrov (2007) viser til sin egen forskning, som sier at etterlatte ønsker tidlig og utstrekkelig hjelp. De etterlatte kan oppleve tap av energi og utmattelse og det kan gjøre dem ute av stand til å ta kontakt med hjelpeapparatet. Det er også flere av de etterlatte som ikke klarer å sette ord på hvilken type hjelp de trenger, de vet heller ikke om hvilke hjelpetiltak som er tilgjengelige for dem.

2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsen er svært anerkjent for sin omsorgsfilosofi. Selv om Martinsen i sine tekster beskriver et sykepleier- pasientforhold, mener forfatterne av denne studien at dette lar seg overføre til å gjelde ivaretagelse av pårørende så vel som pasient. Å ivareta en pasient inkluderer å ivareta og vise omsorg for hans pårørende og de som står ham nær.

Et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling er omsorg, og det utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie.

Omsorg er et ord vi kjenner igjen fra dagliglivet, og blir forbundet med å hjelpe og ta hånd om (Martinsen, 2003a, s. 14) Omsorg i sykepleie blir uttrykt i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket, der fagkunnskap og menneskelig tilstedeværelse er flettet sammen (Martinsen, 2003b, s. 38). Martinsen uttalte i et intervju i "Sykepleien" (2019) at sykepleie skal ikke være uten omsorg, men at omsorg i seg selv ikke er sykepleie. I sykepleien blir omsorg uttrykt ved å være omtenkstom, medfølende og sansende oppmerksom i utøvelsen av det faglige skjønnet. Omsorg er et universalt verdiprinsipp som knyttes til ansvaret for de svake. Omsorg handler om engasjement og relasjon, men i dette ligger det også utfordringer. Dersom man mister fokus på hva som tjener den andre best, og setter egne følelser i sentrum, kan omsorgen bli sentimental. Sykepleier blir da uengasjert og likegyldig (Martinsen, 2005, s.157). Ifølge Martinsen har omsorgen tre sider; den moralske, relasjonelle og praktiske.

2.3.1 Omsorgens moralske side

Ut ifra et kollektivistisk basert menneskesyn har sykepleier et deltakende, omsorgsfullt ansvar. Omsorg er ikke bare et rasjonelt, men også et moralsk begrep. Forholdet mellom mennesker bærer preg av makt og avhengighet, og hvordan man forvalter dette forholdet blir et spørsmål om moral. Det at noen er mindre i stand til å selv definere sine problem og behov, gjør at svake grupper har krav på støtte. Moralen viser seg altså i forholdet mellom mennesker og måten vi er på. Slik er moral en del av vårt dagligliv. Holdningen bak våre handlinger er viktig, og dannes gjennom måten vi lever våre liv på og fortrolighet med moralske forbilder. I den forbindelse er det viktig at sykepleier ikke passiviserer pasienten og hindrer ham i å bruke sine ressurser. Omsorg er derimot å frigjøre hverandres ressurser (Martinsen, 2003a, s. 52). Sykepleier må møte pasienten med tillit, i en samhandling hvor begge parter blir deltakende. Martinsen (2003) advarer mot å være rasjonelt kalkulerende, slik at de moralske spørsmålene blir borte. Martinsen beskriver det slik: *"Det er dagliglivets praksishandlinger som forutsetter og konstituerer den moralske dialog som gjelder spørsmålet om å handle ut fra den riktige målestokk. Det vil si å handle fornuftig"* (Martinsen, 2003a, s. 50). Martinsen er kritisk til formålsrasjonalitetens etikk, som hun mener er resultatorientert og u-relasjonell. Formålsrasjonalitetsetikken spalter personer, der

en del er rasjonell men ufølsom for andres lidelser mens den andre delen er emosjonell men ikke rasjonell. Da blir ikke lenger moralen fornuftig, slik våre daglige praksishandlinger er. Dette får konsekvenser for omsorgen mener Martinsen, og skriver: *“Det ligger derfor i omsorgen en forpliktelse til å reise de grunnleggende moralske spørsmålene slik at moralen blir både rasjonell og emosjonell”* (Martinsen, 2003a, s. 54)

2.3.2 Omsorgens praktiske side

Sykepleier er et praktisk fag, og de grunnleggende kvaliteter ved omsorg skal praktiseres i hverdagen (Martinsen, 2003a, s. 68). Ifølge Martinsen må omsorg læres som en del av yrkeskompetansen og dette forutsetter at en er bevisst praktikerkunnskapens betydning. Menneskers lidelse appellerer til praktisk handling. Å avvise lidelsens appell fører til en avvisning av den andres identitet. En sykepleier vil gradvis, gjennom flere steg som logisk følger etter hverandre, øke sin kompetanse og ferdighetslæring. Den erfarne sykepleier følger ikke bare regler, men er bevisst sine valg, lager seg mål og vurderer hvilken plan som må følges for å nå dette målet. Erfaring muliggjør helhetstenkning. Martinsen oppsummerer med egne ord: *“Moralsk praksis ut fra den riktige målestokk må læres gjennom erfaring og gjennom diskurs. Erfaring og sosial samhandling er komponenter i livsførselen. Med liten erfaring vil vi handle detaljstyrt ut fra regler ... Med større kyndighet som vi får gjennom erfaring, vil våre handlinger bli mindre regelstyrte”* (Martinsen, 2003a, s. 49). I en moralsk handlingssammenheng gir erfaring oss en etisk kompetanse som Martinsen kaller praktisk visdom (Martinsen, 2003a, s. 49).

2.3.3 Omsorgens relasjonelle side

I og med at omsorgsbegrepet dreier seg om vår tilknytning til andre, blir det ifølge Martinsen først og fremst et relasjonelt begrep (2003a, s. 14). Utgangspunktet er en erkjennelse av at vi alle er avhengige av hverandre. Tar man utgangspunkt i dette kollektivt basert menneskesynet så står ikke avhengighet i motsetning til selvhjulpenhet. Avhengighet inngår i alle menneskelige forhold, på ulik måte. Prinsippet om ansvaret for de svake er ifølge Martinsen (2003a, s. 15) et overordnet prinsipp, og derfor et forbilde for hvordan vi betrakter og forholder oss til hverandre.

2.3.4 utfordringer for omsorgen

En vedvarende utfordring for sykepleier er å kunne kombinere problemløsning og kunnskap, og i dette må man ha en undrende åpenhet. Sykepleier må være nysgjerrig. Slik vårt hastige samfunn er i dag kan man ikke ta for gitt at undring og tenkning får rom. Martinsen (2012) mener at vi må åpne oss for undringen på en slik måte at vi har ro, tid og åpenhet i oss og for det rundt oss. For sykepleier står ofte gjøremålene i sentrum; en hektisk gjøremålstravelhet som Martinsen (2012) videre kaller det. Arbeidsoperasjonene skal utføres raskt, slik at man kan haste videre til neste gjøremål. Travelheten kan føre til at sykepleier ikke makter å være sansende til stede, og blir dermed avskåret fra å ta del i den andres erfaringer. Kunsten blir da å være langsom i de korte møtene; å være nærværende i øyeblikket. Undring og nærværende langsomhet kan gjøre sykepleier i stand til å se situasjonen fra forskjellige sider, å møte pasienten seende og lyttende. Martinsen (2012) påpeker likevel at vi aldri kan forstå den andre fullt ut, det vil alltid være noe mer knyttet til personen enn det som sykepleier kan bli delaktig i.

Martinsen problematiserer altså vårt forhold til klokketiden, og stiller spørsmål til om det er mulig for sykepleier og pasient å være sammen om noe i en felles tid, i et nærværende øyeblikk. Pleien tar den tiden den tar, men vi fjernes fra opplevelsen og erfaringen av tidens mangfoldighet. Øyeblikket som er fullt av sanselighet, følelser, erfaringer og erindringer blir tatt fra oss. Martinsen (2012) mener at en viktig oppgave ikke bare for sykepleiere, men for alle, er å forsøke å holde det nåværende øyeblikk tilbake, og *“til tross for døden la det fylles og få rikdom av det som skjer i nåtiden”* (Martinsen, 2012, s. 118).

2.4 Kvalitetsforbedringssirkelen

Siden vi håper at denne oppgaven kan være en del av et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor man setter inn tiltak og endrer på nåværende praksis, så vil vi bruke modell for kvalitetsforbedring. Modellen beskriver fem ulike faser for å oppnå forbedringer i praksis. De ulike trinnene kan brukes systematisk for å sikre en vellykket gjennomføring, og består av forberedelse, planlegging, utførelse, evaluering og oppfølging. Forfatterne av denne studien vil fokusere på trinn en og to. I første trinn inngår en felles erkjennelse av behovet for forbedring. Forbedringsarbeidet skal forankres og organiseres og kunnskapsgrunnlaget skal klargjøres ved bruk av forskning, erfaring og brukerkunnskap. Trinn to er planleggingsfasen, hvor man kartlegger behov og dagens praksis. Videre setter man seg mål og velger

måleverktøy for så å finne eller utvikle forbedringstiltak (Helsebiblioteket 2015).



Figur 2. Modell for kvalitetsforbedring, illustrert av Siri Eggesvik

3.0 Metode

Målet med kvalitativ metode er å utforske menneskers levde erfaringer, opplevelse og samhandling. Metoden er fortolkende, og anerkjenner at menneskers erfaringer er individuelle, på samme tid som individet befinner seg i en sosiokulturell sammenheng (Malterud, 2017, s 30). Den kvalitative metoden er fleksibel, og gjør det mulig å tilpasse forskningsdesignet etter hvert som man i studien får økt kunnskap om temaet. Denne fleksibiliteten gjør at kvalitativ metode egner seg godt til å utforske tema som man har lite forskning på fra før (Polit & Beck, 2017, s. 463). Siden formålet med denne studien er å utforske sykepleiers erfaringer med ivaretagelse av pårørende og gjennomføring av etterlattesamtaler, vil det være mest hensiktsmessig å benytte en kvalitativ tilnærming.

3.1 Design

Siden kvalitativ metode søker å øke vår forståelse av hvorfor menneskene gjør som de gjør, vil intervju være en passende metode. Forskningsintervju bygger på dagliglivets samtaler, hvor man søker å forstå verden slik intervjupersonen oppfatter den. Forskeren har en aktiv rolle og skaper en interaksjon med informantene (Polit & Beck, 2017, s.510).

I denne studien ble det benyttet et eksplorativt design, med semistrukturerte individualintervju. Individuelle intervju blir gjerne valgt for å kunne gi informantene tid og rom til å fortelle om sine erfaringer og overveielser som det krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2017, s.133). Dette designet var hensiktsmessig i forhold til vår problemstilling, siden vi ønsket at informantene skulle dele sine erfaringer med ivaretagelse av pårørende, men også oppfatninger til innføring av etterlattesamtaler. Det kan føles tryggere for informantene å skulle gi uttrykk for sine oppfatninger og holdninger i individuelle intervju enn i et fokusgruppeintervju. Forfatterne kunne ha valgt fokusgruppeintervju for å legge til rette for mer diskusjon rundt temaet (Kvale & Binkmann, 2012, s. 18), men på grunn av Covid-19 og en presset arbeidssituasjon i avdelingen som følge av dette, hadde det vært tilnærmet umulig og foretatt fokusgruppeintervju i januar 2022.

3.1.1 Forforståelse

Et sentralt begrep innenfor hermeneutisk filosofi, som betyr læren om tolking av tekster som grunnlag for forståelse, er *forforståelse*. Gadamer (2004) sin tenkning er av stor betydning og han argumenterer for at menneskers individuelle forutsetninger og erfaringer er med oss når

vi tolker data. Disse både bevisste og ubevisste erfaringer, meninger og holdninger påvirker hvordan vi samler inn, leser og tolker våre data. I dette inngår også forskerens faglige perspektiv og teoretiske referanseramme. Forfatterne av denne masterstudien har tidligere gjort rede for hva som var motivasjonen til å starte opp denne studien, og allerede med sin interesse for temaet har forfatterne dannet seg en viss forventning til hva studien skulle avdekke, og ikke minst til hva forfatterne ønsker studien kan bidra med i framtidig praksis når det gjelder oppfølging av etterlatte. Som nevnt i introduksjonen har begge forfatterne fem års erfaring som sykepleiere ved et universitetssykehus, og har i den forbindelse hatt mye pårørendekontakt. Forfatterne har erfart at det finnes et forbedringspotensial når det gjelder ivaretagelse og oppfølging av de pårørende, spesielt etter at den umiddelbare kontakten med avdelingen er over. Forforståelse kan med andre ord være en positiv drivkraft bak et prosjekt, men Malterud (2017, s. 45) advarer og sier at det også kan føre til at man bli blind for de empiriske data man samler inn. Forforståelsen kan overdøve budskapet fra det innsamlede materialet og begrense vår horisont. Forfatternes forforståelse kan ha påvirket hele masterstudien; fra intervjuguide til analyse, og presentasjon av resultatet. Forfatterne av denne studien har etter beste evne forsøkt å vise at resultatene stammer fra det materialet som faktisk er samlet inn. Forfatterne har vært klar over egen forforståelse, og dette har vært et tema som har vært gjenstand for refleksjon og diskusjon gjennom hele arbeidet med denne studien. Som Aadland (2019, s.75) beskriver; det som blir personlig engasjerende er subjektive sannheter i vår egen livsverden, men dette er bare delvis bevisste viljeshandlinger. Våre valg styres også av vår tause forforståelse på det førbevisste planet.

3.1.2 Kontekst

Avdelingen som informantene arbeidet ved, er en medisinsk intensiv overvåkningsavdeling ved et universitetssykehus. Avdelingen har spisskompetanse på behandling av akutt kritisk syke pasienter uten behov for respiratorbehandling, men som trenger spesiell overvåkning. Avdelingen har kapasitet til 18 pasienter ved ordinær drift og blir bemannet av både intensivsykepleiere og sykepleiere. Avdelingen har ingen korridorpasienter.

3.1.3 Intervjuguide

Det ble utarbeidet en delvis strukturert intervjuguide, dette i tråd med hva som er karakteristisk for det kvalitative intervju (Thagaard, 2013, s. 99). En intervjuguide er mer

strukturert enn et uformelt intervju med samtalepreg, men er likevel fleksibel i oppbygningen (Turner, 2010).

Intervjuguiden ble utarbeidet tidlig i arbeidet med masterstudien, da denne skulle legges ved prosjektplanen til godkjenning. Det skal være nøye sammenheng mellom studiens problemstilling og intervjuguide. Forfatterene av en studie tilegner seg etter hvert empirisk og teoretisk litteratur på feltet, det vil da komme tydeligere frem hva andre har funnet ut og hvordan studiens forskningsspørsmål kan spisses ytterligere (Malterud 2012, s. 32). Det ble fokusert på å utarbeide spørsmål med åpne svaralternativer slik en kvalitativ studie skal ha, da ja/nei spørsmål ikke åpner for ny kunnskap. Malterud (2012) skriver at intervjuer skal møte informantene med et åpent sinn, der en skal være klar til å fange opp og forfølge svar på spørsmål som ikke er planlagte på forhånd. Forfatterene av denne masterstudien hadde ingen tidligere erfaring med intervju, dette kan være årsaken til at intervjuene likevel ble svært strukturerte. Det ble utført et pilotintervju av en sykepleierkollega for å kvalitetssikre spørsmålene. Noen av spørsmålene viste seg å være for lukkede og nærmest ja/ nei spørsmål. Disse ble endret og intervjuguiden ble revidert før oppstart. Pilotintervjuet ble også utført som forberedelse på intervjusettingen.

3.1.4 Utvalg av informanter

Rekruttering av informanter foregikk ved en medisinsk intensiv overvåkningsavdeling. Forfatterene kontaktet avdelingsleder per e- post med søknad om tillatelse til å utføre studien, samt en forespørsel om vedkommende kunne utføre et strategisk utvalg etter studiens inklusjons og eksklusjonskriterier. Forfatterne fikk rask tilbakemelding med godkjenning for oppstart av studien, sammen med informasjon om antall informanter som hadde sagt seg villige til å la seg intervju. Strategisk utvalg vil si at deltakere blir valgt ut etter egenskaper eller kvalifikasjoner som er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen og den teoretiske bakgrunnen (Thagaard, 2013, s. 60). Våre inklusjonskriterier ble satt til at informantene skulle ha minimum 4 års erfaring fra aktuell avdeling. I utgangspunktet tenkte vi at alle informantene skulle være intensivsykepleiere, men vi kom frem til at sykepleiere på aktuell avdeling kan bidra med like verdifulle data. Arbeid med pårørende er ikke begrenset til å gjelde kun intensivsykepleiere. Ivaretagelse av pårørende er beskrevet i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019) og er en del av sykepleiers ansvarsområde. Av informantene som deltok var likevel 6 av 7 intensivsykepleiere.

3.1.5 Innsamling av data

Intervjuene ble utført i januar 2022, fordelt over to dager. Vi fordelte rollene som intervjuer og observatør mellom oss. Disse rollene ble opprettholdt gjennom alle intervjuene for å sikre kontinuitet. Den av oss som hadde minst kjennskap til avdelingen hadde rollen som intervjuer, dette begrunner vi med at det var ønskelig å holde en viss distanse under intervjuene for å kunne holde seg innenfor intervjuets rammer og tema. Derimot argumenterer Thagaard (2013, s. 114) for at når studien foregår i et miljø som forskeren kjenner godt eller har deltatt i over lengre tid, reduseres den sosiale avstanden mellom forsker og intervjupersonen (Thagaard, 2013, s. 114). Begge forfatterne er sykepleiere og ansatt ved sykehuset hvor intervjuene ble foretatt, og har derfor god kjennskap til miljøet rundt informantene.

Det var utfordrende å finne passende rom til å utføre intervjuene på uten forstyrrelser, derfor ble det benyttet to ulike rom. I etterkant ser forfatterne at det fra vår side kunne vært planlagt bedre. Det ble hengt opp lapp på døren for å forhindre avbrudd og intervjuene foregikk uten avbrytelser. Forfatterne la merke til at det var ulik atmosfære under intervjuene, der det ene rommet var å foretrekke. Det kan forklares med at det foretrukne rommet var utformet som et samtalerom med bord, stoler og en sofa, i motsetning til det andre rommet som var et undersøkelsesrom. Før intervjuene startet ble informantene informert om studiens hensikt. Samtykkeskjema ble signert av alle informantene før intervjuet startet og det ble informert om muligheten for å trekke tilbake samtykket uten at det ville få konsekvenser for informantens arbeidsforhold. Før båndopptaker ble startet og intervjuet formelt kunne begynne, ble det fokusert på å skape en god og avslappet atmosfære. Intervjuer var bevisst eget kroppsspråk og kroppsholdning gjennom hele intervjuet. Betydningen av at det blir etablert en god og tillitsfull atmosfære kan ikke overvurderes. Hvis en ikke lykkes i dette, kan intervjuene få en dårlig kvalitet (Thagaard, 2013, s. 113). Informantene ble gitt informasjon om rollefordelingen før intervjuet startet. Intervjueren stilte spørsmålene som var utarbeidet i intervjuguiden, observatøren stilte oppfølgingsspørsmål og skrev ned observasjoner som ble gjort underveis i intervjuet.

Det ble utført 7 individuelle intervju og intervjuer fant det spesielt utfordrende underveis i intervjuene å følge opp informantens svar med nok "rom" og "stillhet", som kunne gitt

informantene mulighet til å reflektere og utdype svarene sine. Varigheten på hvert intervju var mellom 15-50 min.

På begge intervjudagene var avdelingen preget av travelhet, dette påvirket informantene på den måten at noen av dem hadde begrenset med avsatt tid til å la seg intervju. Dette gav kanskje mindre mulighet til ettertanke underveis i intervjuet. Intervjuer ble også påvirket av tidsbegrensningen, da det la et press på å komme gjennom intervjuguiden før informanten måtte gå. Alle intervjuene ble avsluttet med at forfatterene spurte informantene om de hadde noe mer å tilføye om temaet som ikke hadde kommet frem i løpet av intervjuet. Etter at båndopptaker var skrudd av ble det naturlig med en uformell prat om studiens hensikt og eventuelle implikasjoner for praksis.

3.1.6 Transkripsjon

Det ble brukt båndopptaker til å ta opp intervjuene. Dette gjorde intervjueren i stand til å fokusere på intervjuenes tema og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 205). Ordbruk, pauser og tonefall ble registrert, og gav nyttig informasjon når forfatterne gikk tilbake og lyttet.

Transkriberingen ble utført av begge forfatterne og fordelt slik at fire intervju ble transkribert av den ene og tre av den andre. Dette ble utført i dagene etter at intervjuene var utført. I transkripsjonsprosessen ble det muntlige språket skrevet ned ordrett, og innholdet ble på den måten omgjort fra muntlig samtale til skriftlig tekst. Det ble skrevet på bokmål for å unnlate dialekten og aidentifisere informantene. I dette prosjektet er det selve meningsanalysen som er fokuset og hensikten med intervjuene, derfor vil intervjuene ikke kreve en spesiell transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 209). Der forfatterne var usikre på om det transkriberte materialet var avskrevet riktig, ble lydopptakene gjennomgått i felleskap for å være sikre på at ikke noe av innholdet gikk tapt. I noen tilfeller var det enkelte ord som var umulige å forstå, men forfatterne var begge enige i at dette ikke hadde noe betydning for innholdet og meningen i intervjuene. Det transkriberte materialet utgjorde 27 sider med et gjennomsnitt på tre sider.

3.2 Analyse

Analyse av intervjuene tok utgangspunkt i innholdsanalysen til Graneheim og Lundman (2004). Kvalitativ innholdsanalyse beskriver variasjoner og identifiserer forskjeller og likheter i en tekst. Dette kommer til uttrykk i kategorier og tema på ulike tolkningsnivåer. I teksten finnes det et manifest og et latent innhold. Det manifeste handler om det tekstnære, åpenbare innholdet i teksten som kommer frem i kategoriene. Det latente innholdet i teksten handler om det underliggende budskapet, det som står mellom linjene. Det kommer til uttrykk på et tolkende nivå gjennom tema (Graneheim & Lundman, 2004).

Den transkriberte teksten ble lest flere ganger for å bli godt kjent med innholdet. I første trinn av analysen ble de transkriberte intervjuene skrevet ut og meningsbærende enheter ble identifisert. Forfatterene diskuterte sin felles forståelse av hva teksten handlet om. Dersom det var tvil om innholdet gikk vi tilbake til det transkriberte materialet for å se hva som var formidlet. Analyseprosessen var svært tidkrevende og gikk gjennom flere trinn. Forfatterene erfarte at det var nødvendig å gå frem og tilbake i trinnene underveis i prosessen. Dette for å sikre at ikke viktig informasjon gikk tapt underveis i analyseprosessen. Andre trinn i analysen innebar å kondensere de meningsbærende enhetene. Her ble de meningsbærende enhetene forkortet uten at innhold og mening gikk tapt (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene i denne studien var i utgangspunktet konsentrerte og konsise, dette innebærer at de kondenserte meningsenhetene er tilnærmet like meningsenhetene.

Tabell 1: Eksempel fra analyse trinn 1-2, fra meningsenhet til kondensert meningsenhet

Meningsenheter	Kondensert meningsenheter
Det har mye å si hvordan familien takler det. Hvis det er forventet og de har hatt legesamtale og legen har informert godt og grundig om prognose, kanskje avsluttende behandling og palliasjon. Familien er godt informert og inneforstått og da er det lettere. Hvis det kommer plutselig og akutt da blir det mer vanskelig.	Det er lettere for familien å takle det dersom de er godt informert og dødsfallet er forventet. Hvis det er akutt, blir det vanskeligere.
Jeg tror alle ... er jo egentlig ... jeg tenker at alle burde hatt en oppfølgingssamtale. Fordi at vi runder jo av samtalen greit, sant, men det er klart at man er i en sånn sjokktilstand. Og jeg tror for vår del, men for deres del, er det å få en samtale etter en viss tid. Jeg vet ikke om det skal gå en dag eller to eller en uke, men bare få høre litt om hvordan tingene er.	Jeg tenker at alle burde hatt en oppfølgingssamtale. Vi runder jo av samtalen greit, men det er klart at man er i sjokktilstand. Jeg tror for vår del, men også for deres del, er det å få en samtale etter en viss tid. Jeg vet ikke om det skal gå en dag eller to eller en uke, men bare få høre litt om hvordan tingene er.
For det som var umiddelbart etter selve hendelsen ... det var for så vidt et forventet dødsfall, og, men, tilsynelatende var ting greit og pårørende følte at det gikk sånn som forventet og de hadde ikke sånne spørsmål til hendelsesforløpet.	Det var et forventet dødsfall og tilsynelatende var ting greit. Pårørende følte at det gikk som forventet og de hadde ikke spørsmål til hendelsesforløpet
Jeg tror det har bare litt sånn med personlige egenskaper på en måte; at jeg alltid har egentlig vært veldig opptatt av pårørende. Og at jeg ... nei jeg vet ikke. Jeg tror jeg er god til å kommunisere, og jeg føler meg jo relativt trygg i rollen min da, her på avdelingen. Og det har jo kommet med årene, så jeg tror det bare handler om hva slags person jeg er, egentlig.	Jeg tror det handler om personlige egenskaper, jeg har alltid vært opptatt av pårørende. Jeg er god til å kommunisere og jeg føler meg trygg i rollen min.

I tredje trinn av analysen ble det av alle de kondenserte meningsenhetene identifisert koder som var tekstnære. En kode er en kortfattet beskrivelse av en kondensert meningsenhet, og kodingen lar forfatteren reflektere over sine data på en ny og variert måte (Graneheim & Lundman, 2004). På dette tidspunktet i analysen ble alle kodene tatt utskrift av og klippet ut. Kodene ble nummerert etter hvilket intervju de tilhørte. Koder med samme meningsinnhold ble samlet og organisert i "hauger" og limt på en plakat. Hver "haug" ble gitt et foreløpig domenenavn, som kun ble brukt som et arbeidsredskap i dette steget av analysen. Et domene er en del av en tekst som handler om et spesifikt område, og utgjør en grovinndeling av kodene. Domenene kan for eksempel være de delene av en intervjuetekst

som henger sammen med spørsmålene i en intervjuguide (Graneheim & Lundman, 2004). For å komme videre i analysen var det nødvendig å redusere antall koder, og dette ble gjort ved at kodene fra en “haug” ble skrevet inn på datamaskinen igjen. Det ble enda en gang nødvendig å forsikre seg om at kodene hadde samme meningsinnhold, før hver gruppe av koder fikk et nytt og samlende kodenavn. Antall koder ble på denne måten redusert fra 192 til 27.

Trinn fire innebar at de 27 kodene igjen ble tatt utskrift av og klippet ut. Koder med likhetstrekk ble samlet under en kategori. Her var det viktig å vurdere om kodene var homogene for den kategorien de var plassert i, og eksternt heterogene for de andre kategoriene (Graneheim & Lundman, 2004). Dette var en omfattende prosess, og kategoriene ble endret flere ganger for å få en passende og presis benevnning.

Tabell 2: Eksempler fra analysetrinn 3-4, fra koder til kategorier

Koder	Kategorier
Ved plutselige dødsfall kan pårørende få ulike krisereaksjoner	Akutt eller forventet død skaper ulike behov for oppfølging
Pårørende har større behov for samtale og oppfølging ved akutt død	
Pårørende har ikke like stort behov for oppfølging ved forventet dødsfall	
Erfaring er med på å gjøre sykepleier trygg på å gjennomføre etterlattesamtaler	Samtaler med pårørende er avhengig av flere faktorer
Erfaring med samtaler etter dødsfall varierer	
Sykepleier trenger støtte av legen i enkelte situasjoner	
Å føle seg trygg i samtale med pårørende er situasjonsavhengig.	

Siste trinn (trinn fem) av analysen innebar at det skulle identifiseres tema som bandt sammen det underliggende, latente budskapet i kategoriene. Polit og Beck (2006) definerer tema som “den røde tråden” av mening som gjentar seg i kategori etter kategori. Ifølge Graneheim et al. (2017) skal et tema svare på spørsmålet “Hva handler dette om?” Å abstrahere kategoriene til tema kan være vanskelig, siden det skal være såpass abstrakt. Et tema kan ligge under tekstenes overflate, men når det først er identifisert, ser det ut til å

være åpenbart. Forfatterne av denne masterstudien erfarte at det var vanskelig å skulle fjerne seg fra teksten og det manifeste innhold for å tolke den latente og abstrakte meningen.

Tabell 3: Eksempel fra analysetrinn 5, fra kategorier til tema

Kategorier	Tema
Barrierer og forutsetninger for utførelse av etterlattesamtaler	Intensivsykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattesamtaler
Etterlattesamtaler er et viktig hjelpemiddel i sorgprosessen	
Etterlatte må selv ta kontakt ved behov for oppfølging i ettertid	
Kjenner rutinen med etterlattekonvolutt, men ikke innholdet	

3.3 Forskningsetiske vurderinger

Grunntanken i all forskning er at den skal bidra til ny kunnskap og ha en nytteverdi. I et forskningsprosjekt og masterprosjekt finnes det ulike forskningsetiske overveielser som må tas hensyn til. Forskningsetikkloven (2017) skal bidra til at forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer, og forskere skal opptre med aktsomhet for å sikre at disse normene blir fulgt. Ifølge Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora (2021) bygger forskningsetikken på flere grunnleggende normer, som alle er forankret i forskningsfelleskapet. Denne masterstudien vurderes å ha fulgt sannhetsnormen, som innebærer sannhetssøken, sannhetsforpliktelse og ærlighet. Masterstudien har videre rettet seg etter de metodologiske normene som saklighet, klarhet og etterprøvbarehet. Videre bygger studien på alminnelige normer, som alle har sitt utspring i den mest grunnleggende verdien av alle; menneskeverdet, og går ut fra prinsippene om respekt for likeverd, frihet, selvbestemmelse, beskyttelse mot skade og urimelig belastning.

3.3.1 Nødvendige tillatelser

Denne studien krevde ikke tillatelse fra REK -regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig etikk, det er studiens formål som avgjør dette. Studier som skal behandle helseopplysninger eller skaffe ny kunnskap om helse og sykdom (Helseforskningsloven §4a) skal godkjennes av REK. Etter at prosjektplan var godkjent av veileder, ble det søkt til personvernombudet ved forskningsavdelingen på det aktuelle sykehuset siden formålet var å undersøke praksis for å forbedre den. Det ble fylt ut et interaktivt søknadsskjema (e-protokoll) som ble godkjent av veileder før det ble sendt til forskningsavdelingen sammen med prosjektplan, intervjuguide, samtykkeskjema og godkjenning fra både avdelingsleder og avdelingssjef. Studien ble godkjent av PVO 22/12-21. Etter godkjenning fra PVO ble klinikksjef orientert om studien.

3.3.2 Informert samtykke

Ifølge lov om medisinsk og helsefaglig forskning (§ 13) må informantene gi skriftlig samtykke til å delta i et forskningsprosjekt (Helseforskningsloven, 2008). I denne studien fikk informantene et informasjonskriv hvor det ble informert om hensikten med studien, framgangsmåte og at informantene ville være anonyme. Deltagerne gav skriftlig samtykke til at innholdet i intervjuene kunne brukes i selve studien. Det ble presisert at deltagelse var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten at dette skulle få noen følger for dem. Denne informasjonen ble gjentatt muntlig før intervjuene startet. Kvalitativ metode er fleksibel og dynamisk, det kan føre til at problemstilling, forskningsspørsmål og perspektiver endrer seg gjennom forskningsprosessen. Det kan skape utfordringer i det informerte samtykke som er gitt på bakgrunn av skriftlig informasjon gitt innledningsvis til informantene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). I denne studien har forfatterne gjort endringer underveis i problemstilling og forskningsspørsmål, men uten at dette har fått konsekvenser for det opprinnelige samtykket til informantene.

3.3.3 Aidentifisering og sikring av data

Anonymisering vil si at forbindelsen mellom personer og informasjon tas vekk, slik at opplysningene ikke lar seg spore tilbake til individet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Ved transkribering av intervjuene ble de oversatt fra dialekt til bokmål, dette ble gjort for å unnlate dialekten og aidentifisere informantene. Under lydopptak underveis i intervjuprosessen ble det ikke sagt navn på informantene. Forfatterene ga under transkripsjonen intervjuene nummer fra 1-7. Det innsamlede datamaterialet ble oppbevart

på passord-beskyttet minnepenn. Samtykkeskjemaene ble oppbevart i et låsbart skap adskilt fra transkribert materiale samt lydfiler. Deltakerne fikk informasjon om at alle opplysninger, inkludert samtykkeskjema, skal slettes ved prosjektets slutt, og senest juni 2023.

Konfidensialitet er å se på som en rettighet for prosjektet sine deltakere og brudd på denne, undergraver forskningens tillit og troverdighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

3.4 Studiens troverdighet

I kvalitativ forskning brukes begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet for å vurdere studiens troverdighet. Det skal argumenteres for studiens kvalitet slik at leseren kan vurdere troverdigheten til hvordan forskeren har kommet frem til studiens resultater (Thagaard, 2013, s. 193).

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan forklares som forskningens pålitelighet. Begrepet omhandler spørsmålet om en kan stole på at resultatet ville blitt det samme dersom en annen forsker hadde anvendt samme metode. Forskerne må kunne vise tydelig til hvordan dataene er utviklet i forskningsprosessen. Argumentasjonen skal overbevise leseren om hvor gode data en har fått, og dermed overbevise om kvaliteten og verdien av resultatene. For å kunne argumentere for forskningens reliabilitet må prosessen være gjennomsiiktig, forskerne må tydeliggjøre refleksjoner de har gjort rundt konteksten for innsamling av data (Thagaard, 2013, s. 202). Det vil ifølge Aadland (2019, s 293) være et uoppnåelig og urealistisk krav at en gjentagelse av alle fasene i forskningsprosessen skal føre til at man får nøyaktig samme resultat. Likevel viser det hvilken retning man ønsker at vitenskapelig forskning skal ta: sannheten skal frem ved hjelp av gyldig og pålitelig kunnskap. Man kan sikre troverdigheten ved å være nøyaktig og ærlig i bruken av metoden.

I denne studien blir det i metodekapittelet nøye beskrevet hvordan forfatterne har gått fram for å samle data, herunder rekruttering av informanter og inklusjonskriterier for å kunne delta i prosjektet. Forfatterne har brukt intervjuguide som et verktøy i datasamlingen for å sikre mest mulig relevant data i forhold til problemstillingen. Informantene kom fra samme avdeling og jobbet innenfor de samme rammene hva angår prosedyrer og rutiner på

oppfølging av etterlatte og etterlattesamtaler. Miljøet og konteksten var kjent for forfatterne, dette ble sett på som å være en styrke for troverdigheten til de erfaringene informantene delte. Alle intervjuene ble utført av en og samme person, spørsmålene ble derfor stilt på lik måte, med enkelte individuelle tilpasninger til hver informant. Thornquist (2018, s. 235) påpeker at det ofte blir sagt at informantene må få like spørsmål i lik rekkefølge, slik at svarene kan sammenlignes. Samme spørsmål representerer da en likhet. Det er på denne måten forfatterne av denne studien har utført intervjuene, nettopp med tanke på datamaterialet skulle være sammenlignbart og mulig å analysere. Thornquist (2018, s. 235) stiller seg kritisk til denne tenkningen, og sier at den fysiske verden er utgangspunktet for denne tankemåten. I stedet bør man ta utgangspunkt i at mennesker er fortolkende, preget av sin erfaring og forforståelse, og derfor tolker spørsmålene individuelt. En konsekvens av denne erkjennelsen er at også ulike spørsmål kan resultere i at informantene deler erfaringer og tanker av samme art. Selv med denne kunnskapen har forfatterne av denne masterstudien ikke klart å løsrive seg fra intervjuguiden. En viktig grunn til dette er mangel på erfaring med gjennomføring av intervju. Intervjuer, men også observatør, var bevisst på å ikke påvirke informantene med egne holdninger og synspunkt, og dette har nok ført til at intervjuene hadde lite samtalepreg.

Ved at det ble gjort lydopptak av intervjuene kunne forfatterne utvikle data som i utgangspunktet var mer uavhengige av forfatterens oppfatninger enn notater (Thagaard, 2013, s.203). Forfatterne har også i analyseprosessen gjort det klart hva som er primærdata og hva som er vurderinger og tolkninger.

3.4.2 Validitet

Validitet er tett knyttet til tolkning av data og gyldigheten av de tolkningene man har gjort. For å kunne validere en studie må man se om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten man har studert (Thagaard, 2013, s. 204). Forskeren styrker validiteten ved å kritisk gjennomgå analyseprosessen. Dette blir i denne studien vist gjennom en detaljert beskrivelse av analysen og de fortolkningene som har blitt gjort. Et annet begrep som brukes i forbindelse med en studies validitet er *gjennomsiktighet*, som nevnt tidligere i kapitlet. Med dette menes at forskeren er tydelig på hva som er grunnlaget for

fortolkningene. Det skal redegjøres for hvordan analysen har dannet grunnlaget for de konklusjonene forskerne har kommet fram til.

Videre kan man ifølge Thagaard (2013, s. 205) styrke validiteten ved å få andre til å kritisk vurdere analyseprosessen, og forfatterene har i denne studien brukt veileder aktivt under alle trinn av analysen, dette begrunnes med at forfatterene ikke hadde erfaring med analyse fra tidligere. Tolkninger som presenteres skal ifølge Thagaard (2013, s. 205) være begrunnet, og dette prinsippet har forfatterne av denne studien fulgt ved at alle stegene og framgangsmåten i analyseprosessen er beskrevet. Forfatterne har under kapittel 3.1 redegjort for relasjonen til informantene som deltok i prosjektet, dette i tråd med Thagaard (2013, s. 206) som mener at et virkemiddel for å kunne begrunne tolkningene er å beskrive erfaringer fra prosjektet og relasjonen til deltagerne. Forfatternes kjennskap til miljøet er betydningsfullt for en studies reliabilitet, men også for dens validitet, og vil påvirke tolkningen av de data som kommer fram. Det at begge forfatterne er sykepleiere betyr at forfatterne kunne relatere til det miljøet som ble studert. Temaene som ble dannet under analysen var et resultat av de tolkningene forfatterne gjorde av meningsenhetene.

3.4.3 Overførbarhet

Overførbarhet i kvalitative studier vil si at det ses på om den tolkningen som har utviklet seg innenfor rammene av et prosjekt også kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2013, s. 210). Utvalget som studien baserer seg på er sentralt. Når en skal argumentere for overførbarheten må det vises til spesielle trekk ved utvalget. Forfatterne av denne studien har beskrevet konteksten, utvalg av informanter og datainnsamling i metodekapittelet. Dette kan gi leseren et grunnlag for å vurdere hvorvidt studien er overførbar. Selv om forfatterne gir forslag og skaper forutsetninger for overførbarhet, er det når det kommer til stykket leseren som avgjør om resultatene er overførbare til en annen kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). Overførbarhet knyttes videre til gjenkjennelse. Personer som har erfaring med de fenomener som blir studert, kan kjenne seg igjen i tolkninger som har blitt gjort (Thagaard, 2013, s. 212). En rik og sterk presentasjon av funnene sammen med sitater fra informantene er også et virkemiddel for å øke overførbarheten (Graneheim og Lundman, 2004). Forfatterne har i presentasjonen av funnene brukt direkte sitat fra informantene for å understreke tolkningen som har blitt gjort, og gir på den måten leseren et innsyn i råmaterialet. Sitatene illustrerer også variasjon i datamaterialet.

4.0 Funn

I den kvalitative innholdsanalysen av datamaterialet ble det identifisert to tema:

“Intensivsykepleiers opplevelse og tolkning av situasjonen i forbindelse med dødsfall er avgjørende for ivaretagelse av pårørende” som består av tre kategorier og

“Intensivsykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattesamtaler” som består av fire kategorier. Temaene med de tilhørende kategoriene blir presentert i tabell 4 nedenfor.

Tabell 4: Oversikt over tema og tilhørende kategorier fra dataanalysen.

Kategori	Tema
Samtaler med pårørende kommer an på flere forhold	Intensivsykepleiers opplevelse og tolkning av situasjonen i forbindelse med dødsfall er avgjørende for ivaretagelse av pårørende
Det gis tilfeldig og umiddelbar støtte til de pårørende etter dødsfall	
Akutt eller forventet død skaper ulike behov for oppfølging	
Kategori	Tema
Kjenner rutinen med etterlattekonvolutt, men ikke innholdet	Intensivsykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattesamtaler
Etterlatte må selv ta kontakt ved behov for oppfølging i ettertid	
Det er flere barrierer og forutsetninger for at etterlattesamtaler gjennomføres	
Etterlattesamtaler er et viktig hjelpemiddel i sorgprosessen	

Videre vil vi presentere de to temaene med de tilhørende kategoriene. Presentasjonen av funnene vil understøttes med sitater fra informantene for å styrke troverdigheten.

4.1 Intensivsykepleiers opplevelse og tolkning av situasjonen i forbindelse med dødsfall er avgjørende for ivaretagelse av pårørende

Temaet baserer seg på informantenes egne beskrivelser av hvordan pårørende blir ivaretatt i avdelingen etter et dødsfall, hvordan gjennomføring og innhold i samtaler varierer og hvordan ulike krisereaksjoner hos pårørende påvirker informantenes opplevelse av situasjonen.

Temaet består av 3 kategorier: Samtaler med pårørende kommer an på flere forhold, det gis tilfeldig og umiddelbar støtte til de pårørende etter dødsfall og akutt eller forventet død skaper ulike behov for oppfølging.

4.1.1 Samtaler med pårørende kommer an på flere forhold

Det var stor variasjon i hvilke erfaringer informantene hadde med samtaler med pårørende etter dødsfall. Det var få av informantene som hadde gjennomført formelle oppfølgingsamtaler med etterlatte 3-4 uker etter dødsfallet. Informantenes erfaringer gjaldt i hovedsak umiddelbar samtale og støtte til pårørende før og etter dødsfallet mens de enda var i avdelingen.

“Men ellers så har jeg jo erfaring med de samtalene der og da i situasjonen og rundt det, og både i den siste tiden pasienten er i live og når de dør og rett etterpå.”

Informant 5

Informantene uttrykte at ivaretagelse av pårørende var noe de var opptatt av. Flere fortalte om et personlig engasjement for pårørendearbeid. Det kom til uttrykk ved at pårørende tidlig ble satt i fokus og inkludert. Informantene var opptatt av å holde pårørende informert om endringer hos pasienten. Informantene tok også initiativ til at det ble opprettet kontakt mellom lege og pårørende, og samarbeidet med lege om praktiske tiltak, som å planlegge når pårørende skulle ringes inn ved endring hos pasienten. Erfaring fra praksis med pårørende var viktig for at informantene skulle føle seg trygge i samtalene med pårørende. Flere av informantene snakket om at alder og livserfaring hadde styrket deres rolle som sykepleier, og at dette også gjorde dem tryggere i møte med pårørende. En informant trakk i

tillegg fram at gode kommunikasjonsevner var en personlig egenskap som gjorde henne trygg:

“Jeg tror det har bare litt sånn med personlige egenskaper på en måte; at jeg alltid har egentlig vært veldig opptatt av pårørende. Og at jeg ... nei jeg vet ikke. Jeg tror jeg er god til å kommunisere, og jeg føler meg jo relativt trygg i rollen min da, her på avdelingen. Og det har jo kommet med årene, så jeg tror det bare handler om hva slags person jeg er, egentlig.” Informant 7

Informantene beskrev at ved plutselige og akutte dødsfall ble den uformelle og spontane samtalen med pårørende annerledes, og det ble behov for å ha med lege. Dersom de pårørende var veldig preget av situasjonen og hadde mange spørsmål var det vanskelig for informantene å møte de pårørende alene.

“Jeg vet ikke. Det er jo litt om settingen på samtalen, da. Jeg synes jo alltid at det har vært greit når det har vært en lege med, for det er så mange ting jeg ikke kan svare på. Men ... ja.. Jeg vet jo ikke helt.” Informant 4

Selv om det som oftest er legen som bringer et dødsbudskap, fortalte en av informantene om utfordringene ved selv å måtte ringe pårørende og bringe et budskap om et dødsfall som ikke var forventet. Dette ble eksemplifisert som at de pårørende hadde dratt hjem for kvelden og så døde pasienten senere på natten. Dette ble beskrevet som vanskelige situasjoner å stå i.

4.1.2 Det gis tilfeldig og umiddelbar støtte til de pårørende etter dødsfall

Informantene uttrykte at en stor del av deres erfaring med å gi støtte til pårørende handlet om tiden før dødsfallet og umiddelbart etterpå. En informant beskrev det slik:

“Da er det kanskje hovedsakelig mest omkring den døende, at det handler mest om hvordan han eller hun har det, eller hvordan jeg oppfatter ... hva vi gjør for at den prosessen skal bli best mulig for den døende. Og så spør jeg jo videre etter hva behov

de (pårørende) har, for å tilrettelegge slik at de kan være der mest mulig og ha det best mulig mens de er der. Få hvile seg og jeg kan hjelpe dem med det. Mat og hvile, og om det er andre de kunne tenke seg å snakke med. Prest eller lege hvis de har noen spørsmål som skulle vært rettet til legen.” Informant 5

Informantene beskrev at de var opptatt av å gi pårørende informasjon om endring eller forverring i pasientens tilstand, slik at de på denne måten kunne forberede pårørende på at pasienten var døende. En informant trakk også frem at det var hun som tok initiativ til å ta opp med legen om de pårørende var informert og videre organisere en samtale mellom pårørende, lege, sykepleier og eventuelt pasienten. Etter dødsfall i avdelingen, uttalte en informant at hun tok initiativ til samtale med pårørende umiddelbart etter dødsfallet, eller pårørende ba om det selv. En annen informant fortalte at hun tilbød de etterlatte en samtale på avdelingen:

“Jeg tror at jeg tar initiativ, men kanskje ikke, ja, jeg gjør jo det. Vi tilbyr jo pårørende å snakke med oss akkurat i den tiden, ja i tiden rett etterpå.” Informant 2

Det er ikke rutine for oppfølging av etterlatte, pårørende får en samtale på avdelingen før de reiser hjem. Denne samtalen har ikke noe formell struktur.

“Det er jo ikke noe oppfølging på sikt eller i etterkant, enn akkurat når de er der. At du snakker med dem før de reiser hjem igjen etter dødsfallet. Men ellers er det ikke noe.” Informant 2

Det var tilfeldig hvilken støtte informantene gav de pårørende under sykehusoppholdet. Informantene hevdet at personlige egenskaper og livserfaring lå til grunn for dette. Det ble poengtert at det var viktig å “se” og “høre” de pårørende etter dødsfallet. La de få lov å fortelle litt om hvem den avdøde var. Det ble også av en informant beskrevet at hun opplevde at de pårørende ble “lettet” når det ble tatt opp ting på initiativ fra sykepleier som kunne være vanskelig å snakke om. Den samme informanten beskrev det også slik:

“Vi kunne vært litt flinkere tror jeg; å tørre å stå i de der tøffe situasjonene. “Hvordan går det egentlig?” Jeg har et eksempel på en situasjon hvor vi tenkte litt sånn.. det ble sagt: “Nei de er så lei seg, de må få være litt i fred.” Og det kan godt være, noen trenger ro og vi må føle oss frem i hver enkelt situasjon. Mens noen trenger også den der hånden på skulderen, eller at noen sitter der med dem når de griner, sant. Og vi må tåle å stå i det tenker jeg. Det er ikke bare enkelt for oss heller selvfølgelig. Men viktig.” Informant 3

En informant fortalte at samtalene med etterlatte ofte skjedde spontant rundt sengen til den avdøde, innholdet varierte og var ofte av praktisk karakter. De etterlatte var opptatt av hvor lenge avdøde skulle være på avdelingen og om de kunne se den døde når vedkommende var flyttet. Noen ønsket bare at sykepleier var sammen med de pårørende uten at det trengte å bli sagt så mye i denne umiddelbare situasjonen. Kontakten med de etterlatte i avdelingen etter dødsfall ble av en informant beskrevet slik:

“Når dødsfallet inntreffer, får de pårørende sitte inne på rommet med den døde. Enten med oss eller uten. Og så etter en stund går de pårørende ut og vi steller pasienten. Så kommer de inn igjen, og så kan det være en liten samtale om hvordan de har det og litt om hendelsen.” Informant 6

4.1.3 Akutt eller forventet død skaper ulike behov for oppfølging

Informantene erfarte at ved plutselige dødsfall kunne pårørende få ulike krisereaksjoner. Dette skapte ifølge informantene et annet behov for både informasjon og oppfølging enn i situasjoner hvor dødsfallet var forventet. En informant gav uttrykk for at ved plutselige dødsfall var pårørende i sjokk, og ville ikke være i stand til å huske informasjonen som de mottok rett etterpå. Krisereaksjonen kunne også komme til uttrykk ved at de avviste å snakke med sykepleierne. En av informantene beskrev det slik:

“Noen signaliserer at de ønsker nesten ingenting; men hvorfor gjør de det? Det har jeg tenkt litt på, om det er på grunn av traume, stress, at de skyver vekk hendelsen. Det er jo noen som er veldig mottakelige i etterkant, mens andre er veldig avvisende. Da har jeg tenkt litt... hvorfor er de avvisende? En ting er hvis det er traume,

men om det er at de ikke vil innse, om det da kommer i etterkant når de kommer hjem. Det har jeg tenkt på mange ganger.” Informant 6

Informantene mente at dersom pårørende fornektet situasjonen kunne de få en reaksjon i etterkant. Informantene var opptatt av at det var ekstra viktig å følge opp pårørende som viste tegn til krisereaksjon. En informant fortalte:

“Det er jo de som viser litt sånn krisereaksjoner, mens de er her da, de er det jo veldig viktig å følge opp etterpå tror jeg.” Informant 2

Ved plutselige dødsfall ble behovet for samtale og oppfølging vurdert til å være større.

“Nei jeg tror ikke det er behov for det som helt fast for alle. Men jeg tenker at det kunne vært en praksis hvor du i hvert enkelt tilfelle alltid hadde det i tankene; om dette burde blitt fulgt opp senere, og særlig med dødsfall hvor ting kommer veldig brått på, og det gjør det jo noen ganger.” Informant 5

De fleste av informantene mente at akutt eller forventet død skapte ulike behov for oppfølging hos de pårørende. Dersom dødsfallet var forventet og familien var godt informert, mente informantene at dødsfallet ble lettere å håndtere, og at sykepleierne i de tilfellene selv kunne vurdere at det ikke var behov for videre oppfølging. Ved naturlige dødsfall ble det ifølge en informant en fin avslutning når pårørende forlot avdelingen, og informanten tenkte lite på de pårørende i etterkant. En informant mente at det burde blitt gjort individuelle vurderinger og tolkninger av hver enkelt situasjon.

“Men hvis en vurderte det hver gang, ja. Hvis det er en eldre person som har vært syk lenge og alle forventet det, og nesten synes det var godt at han fikk slippe og alt sånn, så kan en vurdere at det ikke er behov for. Men ikke på alle.” Informant 5

4.2 Sykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattesamtaler

Temaet handler om at informantene beskriver nåværende praksis med å dele ut etterlattekonvolutter, men at det er overlatt til de pårørende å ta kontakt ved behov for videre oppfølging etter at de har reist fra avdelingen. Informantene identifiserer ulike barrierer som må overvinnes for at planlagte etterlattesamtaler skal kunne innføres, og hvordan sykepleierne kan bidra til videre støtte av pårørende i sorgprosessen.

Temaet består av fire kategorier: Kjenner rutinen med etterlattekonvolutt men ikke innholdet, etterlatte må selv ta kontakt ved behov for oppfølging, det er flere barrierer og forutsetninger for at etterlattesamtaler gjennomføres, etterlattesamtaler er et viktig hjelpemiddel i sorgprosessen.

4.2.1 Kjenner rutinen med etterlattekonvolutt, men ikke innholdet

Informantene fortalte at de pårørende fikk utdelt en etterlattekonvolutt, og at kontaktinformasjonen til avdelingen ble fylt ut for hånd.

“Jeg pleier alltid å skrive opp telefonnummer, til .. altså mitt navn, og så legen sitt navn og telefonnummer til avdelingen. Det gjør jeg alltid.” Informant 3

Utover å vite om rutinen med å dele ut etterlattekonvolutt hadde informantene varierende kjennskap til hva denne inneholdt. Informantene fortalte at de ikke husket innholdet, men mente at den inneholdt praktisk informasjon og en brosjyre som forteller om veien videre og at pårørende selv må kontakte begravellesbyrå. En informant uttrykte:

“Altså det er mange år siden jeg sikkert har satt meg ned og lest i det, men jeg vet jo på en måte når pårørende kommer etter et dødsfall så gir jeg jo dem den brosjyren, og da forteller jeg jo dem bare at «dere finner det dere trenger i den brosjyren» for jeg vet liksom at der kan de ringe til prest og begravellesbyrå. Men jeg tror nok at jeg på en måte ikke har tenkt så mye over den, det telefonnummeret, fordi at det sjelden skjer at noen ringer tilbake.” Informant 7

4.2.2 Etterlatte må selv ta kontakt ved behov for oppfølging i ettertid

Informantene uttalte at de ikke fulgte opp pårørende i etterkant av et dødsfall, da det ikke forelå rutine for dette på avdelingen de jobbet på. Når pårørende dro fra avdelingen, opphørte kontakten fra informantenes side. Det ble av en informant sagt:

“Min forståelse av praksisen sånn som den er per i dag, er at vi ikke har noen rutiner på oppfølging av etterlatte, i hvert fall ikke etter at de har dratt fra avdelingen.”

Informant 3

Informantene beskrev at det var lagt opp til at de etterlatte selv måtte ta kontakt med avdelingen ved behov for samtale i ettertid.

En informant presiserte at hun hadde lest arket som pårørende kan fylle ut, uten å beskrive dette nærmere.

En informant beskrev det slik:

“De ringer selv hvis de ønsker noe. Så får de jo en sånn lapp hvor de kan skrive på om de er fornøyde eller ikke og så om de ønsker noen samtale, men, det er ikke vanlig. Jeg har nesten ikke hatt noen.” Informant 4

En informant hadde erfart at pårørende hadde ønsket samtale med bakgrunn i at de var misfornøyde og trengte en oppklarende gjennomgang av hendelsesforløpet. Informanten hadde hatt noen slike samtaler, men da i samarbeid med lege. En annen hadde erfaring med at avdelingen hadde kalt inn pårørende til samtale etter svært spesielle og traumatiske hendelser.

Informantene ga uttrykk for at de stilte seg undrende til at det var overlatt til de pårørende å ta kontakt og be om en etterlattesamtale. Informantene var usikre på om pårørende oppfattet at kontaktinformasjonen som ligger i konvolutten var et reelt tilbud om å ringe tilbake. En informant uttrykte følgende:

“Eh...nei jeg vet faktisk ikke helt. Jeg tror det kan være veldig mye forskjellig, men jeg vet ikke, det kan jo godt være at folk tenker at det nummeret som mest sannsynlig står på den brosjyren, som skal sies at jeg ikke er 100 prosent sikker på, at det bare står der for å være hyggelig. Det blir jo veldig sånn hengende løst, egentlig. Og de vil nok gjerne betro seg mer til begravellesbyrået og samtale med dem, enn på en måte det nummeret som står nederst på arket, på en måte, at de kan kontakte oss.”

Informant 7

En av informantene mente at det tidligere var mindre åpenhet om døden, men at dette har endret seg i samfunnet generelt og at dette kan ha påvirket helsepersonell sin innstilling til oppfølging av etterlatte. Informantene gav uttrykk for at de flere ganger hadde hatt opplevelser med pårørende, der de tenkte at de hadde hatt behov for oppfølging. Det ble av en informant påpekt at vedkommende var mest bekymret for de pårørende som var tause og ikke stilte spørsmål. Det ble trukket frem noen situasjoner som informantene husket spesielt godt, og som hadde gjort inntrykk. Det ble poengtert at det var et spesielt behov for oppfølging dersom det var barn involvert. En informant sa det slik:

“Og så er det for eksempel unge barn, som.. sånn typisk under 20 år, som sier at alt går fint, men du merker jo på hele dem at de ikke har det fint. De har kanskje ikke lyst å gå inn engang, til pasienten, og se dem døde. Og da føler jeg de fort forsvinner ut av avdelingen altså. Uten at jeg føler at jeg har noen som helst rett til å sånn «Du, du vil ikke komme og sette deg inn her og snakke om det?» Jeg føler det hadde blitt veldig unaturlig og på en måte. I den settingen da. Så det er nok ganske mange ganger hvor jeg tenker at de skulle nok hatt mer oppfølging.” Informant 7

4.2.3 Det er flere barrierer og forutsetninger for at etterlattesamtaler gjennomføres
Informantene beskrev flere årsaker til at de etterlatte ikke får oppfølging i etterkant. Den ene informantene fortalte at det ofte var svært travelt på sengeposten; når de pårørende har reist og den avdøde blir kjørt fra avdelingen så tas neste pasient imot og sykepleierne må raskt omstille seg til mottak av ny pasient. Den samme informantene hadde også tenkt at familien tok kontakt med psykolog eller prest om de hadde behov for dette. Flere av

informantene trakk frem tidspress og en hektisk avdeling som mulige årsaker til at de pårørende ikke får oppfølging i etterkant slik rutinen er nå. Det ble av en informant uttrykt slik:

“Kanskje det er litt sånn at når de går herfra så er vi litt ferdige med .. altså vi har hatt en samtale på huset, sant. At vi tenker da vi er litt sånn ferdige med den saken der hvis det går an å si det på den måten.” Informant 3

Det ble uttalt av informantene at de måtte ha nok informasjon om pasienten for å kunne gjennomføre etterlattesamtaler. Det var derfor situasjonsavhengig om informantene følte seg trygge i samtale. En informant beskrev det slik:

“Ja altså det er jo litt avhengig av hva som er grunnen til at de vil ha samtalen. Hvis de bare vil gå gjennom ting som jeg kan svare på, så er det jo greit. Men jeg antar at det hadde vært mange forskjellige grunner til at de ville ha hatt samtalen.”

Informant 4

Informantene beskrev også andre forutsetninger for at etterlattesamtaler skulle vært en naturlig del av deres arbeidsoppgaver. Det ble trukket fram at dersom informantene kjente pasienten og hadde fått en relasjon til pårørende så ville det vært lettere å ta ansvar for etterlattesamtaler. En informant fortalte om de store variasjonene i hvor lenge pasientene var i avdelingen; noen av pasientmøtene var korte, med en varighet på noen timer, mens andre kunne ha et tidsspenn på dager og uker. En informant beskrev det slik:

“Jeg tenker spesielt hvis jeg hadde vært involvert. Ikke hvis jeg ikke hadde vært involvert. Eller, det kunne godt vært at jeg kunne tatt en samtale bare på litt sånn generelt grunnlag og hørt. Jeg synes i utgangspunktet, og det er en trygghet for de i den andre enden og, hvis jeg kjenner, har snakket litt med dem på forhånd, at de har et forhold til meg. Så det tror jeg på, at hvis man får det til at den som har vært involvert, en av dem, kan ringe opp, det er jo gjerne flere.” Informant 3

Informantene i denne studien uttalte at de var positive til en eventuell implementering av etterlattesamtaler. Noen av dem hadde foreslått det i avdelingen ved en tidligere anledning, andre informanter fortalte at de tenkte at det ikke nødvendigvis ville kreve så mye å gjennomføre det og henviste til kjennskap til andre avdelinger der det allerede er rutine for etterlattesamtaler. En informant sa det slik:

“Så jeg tenker at selv om vi ikke opplever at det er et behov, så tror jeg at det hadde vært godt for alle at det var enn sånn rutine på det, med en oppfølgingsamtale. Det er jo absolutt kjempeviktig. Fikk liksom litt en liten sånn der.. nå når jeg snakket om det.. Ja at det er faktisk noe som jeg mener at vi må innføre. Er veldig sterkt for det.”

Informant 3

Informantene kom med forslag og innspill til hvordan etterlattesamtalen kunne vært organisert og at den eksempelvis kunne inneholdt informasjon i forhold til sorg. Informantene syntes det var viktig at samtalen ble tatt etter noen uker slik at sykepleier ikke hadde glemt situasjonen. Det ble også poengtert at sykepleieren må sette seg inn i pasient “case” og forberede seg før samtalen. En informant trakk også frem at det lettere kunne la seg gjennomføre om man ikke kalte inn alle. Dersom man tok kontakt med de etterlatte per telefon, ville kanskje denne telefonsamtalen være tilstrekkelig i flere av tilfellene.

Informantene beskrev også ulike utfordringer ved en eventuell implementering av etterlattesamtaler. Disse utfordringene gjaldt i all hovedsak organisering og tidsbruk. Samtalene må planlegges, organiseres og settes av tid til. I noen tilfeller vil det være behov for å ha med lege på samtalene, og informantene påpekte at det kunne bli utfordrende å organisere det slik at lege og sykepleier som kjente pasienten var til stede samtidig. Noen informanter påpekte også at nye tiltak tar tid å innføre på en sengepost. En uttrykte det på denne måten:

“Og så tror jeg og det handler mye om dette med ressurser og tid. Det å faktisk kunne «ja i dag skal jeg ha den timen der jeg skal faktisk ringe til pårørende». Og det er lett å si det her og nå at «men det er det tid til», men plutselig har du den der drittravle vekten der du kanskje ikke har tid, og så er det en avtale som plutselig ikke ... ja. Jeg

bare ser for meg at det kommer til å være ganske mange ulike meninger om noe sånn. Det er det jo alltid. Ja. Men jeg tror nok det med ressurser og tid og sånn.”

Informant 7

Selv om informantene i utgangspunktet var positivt innstilt til etterlattesamtaler, så ble det nevnt av informantene at de hadde betenkeligheter med å legge til nye arbeidsoppgaver i løpet av arbeidsdagen. En sa følgende:

..Så er det jo klart at hvis vi får det i tillegg til alle andre arbeidsoppgaver så er jeg ikke så positiv til det. Informant 6

4.2.4 Etterlattesamtaler er et viktig hjelpemiddel i sorgprosessen

Informantene hadde en formening om at tiden etter at kontakten med pårørende og avdeling var avsluttet, måtte være utfordrende for de pårørende. De hadde en oppfatning av at pårørende kunne være i en sjokkfase rett etter dødsfallet, og at mange spørsmål, tanker og følelser dukket opp etter hvert som tiden gikk, og når de fikk dødsfallet mer på avstand. En informant uttrykte:

“Det er sikkert mange som har mange spørsmål, mange tanker etterpå, flere er kanskje i sjokkfase, men etterpå våkner de til virkeligheten, de har mange spørsmål og mange følelser. Kanskje sliter de etterpå med tanker og kanskje skyldfølelse. Jeg vet ikke, det er mange følelser en kan ha.

Etter sjokkfasen ... Kanskje etter begravelsen, når en ser at det er et tomt hus og ingen å besøke, da kommer den fasen og de lander mer.” Informant 1

Pårørende burde derfor ifølge informantene bli kontaktet et par uker i etterkant av dødsfallet, slik at pårørende da kunne få mulighet til å fortelle om hvordan de hadde det og få svar på spørsmål som de måtte ha.

“Og jeg tror for vår del, men for deres del, er det og det å få en samtale etter en viss tid. Jeg vet ikke om det skal gå en dag eller to eller en uke, men bare få høre litt om

hvordan tingene er. For da har ting fått landet litt, sant. Og det er gjerne når ting har fått roet seg litt at det dukker opp spørsmål og tanker.” Informant 3

Informantene trakk også fram at etterlattesamtaler kunne gjøre det lettere for pårørende dersom de fikk en fin avslutning under andre omstendigheter, etter en viss tid. En informant beskrev hvordan etterlattesamtaler i etterkant kunne virke helsefremmende, ved at en forebygger mot psykosomatiske lidelser, stress og traumer som kan føre til sykemeldinger. Det ble poengtert viktigheten med å komme i gang med sorgprosessen og hverdagen.

Selv om etterlattesamtaler ble beskrevet av informantene til å kunne være et viktig hjelpemiddel i de etterlattes sorgprosess, så trakk de også fram eksempel på hvordan sykepleiere kunne lære av det og bruke erfaringene til å øke sin egen kompetanse. En informant forklarte:

“Det jo, altså, du lærer jo av det. Til neste. Alle er unike og har sin forskjellig opplevelse av situasjonen, men det er jo alltid greit hvis du kan få input på ting du kan gjøre bedre.” Informant 4

En informant mente at bruk av etterlattesamtaler ville gi pårørende et godt inntrykk av avdelingen.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene fra masterstudien bli diskutert i lys av teori og tidligere forskning. Funnene viser at informantene gir omsorg og støtte til de pårørende umiddelbart etter at en av deres nærmeste er død, men at denne hjelpen er tilfeldig. Samtaler med pårørende etter dødsfall blir påvirket av informantenes erfaring og trygghet i situasjonen. Dødsfall som er akutte eller forventet skaper ulike behov for oppfølging av etterlatte. Det er flere forutsetninger for at etterlattesamtaler skal kunne gjennomføres noen uker etter dødsfallet, men dersom disse forutsetningene er til stede, kan etterlattesamtalene være et viktig støttetiltak i sorgprosessen til de etterlatte.

Funnene i denne masterstudien viste at informantenes erfaringer med pårørendesamtaler gjaldt de umiddelbare samtaler og støtten til pårørende før og etter dødsfallet mens de enda var i avdelingen. Disse funnene blir også bekreftet hos Downar et al. (2017), som viste at flertallet av sykepleierne som deltok i deres studie oppgav at de "ofte", eller "nesten alltid" gav følelsesmessig støtte til pårørende i tiden rundt dødsfallet, men at de i etterkant av dødsfallet ikke tilbydde videre oppfølging av etterlatte. Til tross for lite erfaring med formelle etterlattesamtaler så viste funnene i denne masterstudien at informantene hadde et personlig engasjement for å ivareta pårørende. Når det ikke finnes konkrete tiltak for videre oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, viser tidligere forskning at oppfølgingen ofte blir tilfeldig og avhengig av den enkelte helsearbeiders eget initiativ (Egerod et al., 2017). Funnene våre viser at dette personlige engasjementet var den største drivkraften for at informantene ivaretok pårørende, og som gjorde at de hadde en holistisk tilnærming til pasienten. Denne holistiske tilnærmingen kom blant annet til uttrykk gjennom å betrakte pasienten som en del av en større sammenheng, hvor de pårørende og familien inngikk som en helhet. Pårørende fikk oppmerksomhet tidlig etter pasientens innleggelse i avdelingen. Pårørende kan ifølge Bøckmann & Kjellevoid (2010, s. 48) gjennom sin kunnskap om pasienten danne et godt grunnlag for samarbeid med helsepersonellet. Pårørende kan bruke sin erfaring og kjennskap til pasienten til å komme med forslag til løsninger og gi informasjon om pasienten som er ukjent for helsepersonellet.

I tillegg til å involvere pårørende var også informantene pådrivere for å få til et samarbeid med legen ved at de lå i forkant av situasjonen, og la en plan sammen med legen for når pårørende skulle tilkalles til avdelingen dersom den kritisk syke pasientens tilstand forverret seg. O`Sullivan et al. (2021) fant at rundt halvparten av pårørende ble kontaktet tidsnok til å være til stede da den syke døde. For de pårørende var det viktig å få anledning til å få sagt et siste farvel. De var også takknemlige for at den syke ikke døde alene uten familie til stede.

Funnene i denne masterstudien viste at personlige egenskaper gjorde informantene trygge i samtaler og ivaretagelsen av pårørende. Gode evner til å kommunisere ble trukket fram som viktig. Et annet aspekt av stor betydning er at helsepersonell må være tydelige i sin kommunikasjon med de pårørende. Informasjonen må være tilpasset, i klartekst, og sykepleier må forsikre seg om at informasjonen har blitt forstått. O` Sullivan fant at 14,6% av pårørende ikke var klar over hvor fort døden kom. Pårørende fant det

vanskelig å forstå at døden var nær forstående og hadde ikke forstått den informasjonen som ble gitt.

Denne masterstudien fant videre at den tilfeldige støtten som ble gitt til pårørende var påvirket av informantenes livserfaring og yrkeserfaring. Informantene påpekte hvor viktig det var å "se" og "høre" de pårørende etter dødsfallet, og la dem fortelle om den avdøde og hvem han /hun var som person. Det ble sett på som viktig å være til stede for de etterlatte, gi dem en hånd på skulderen og være der for dem også når de gråt. I den umiddelbare situasjonen etter et dødsfall, viste funnene, kunne en nærmest taus tilstedeværelse av intensivsykepleier og pårørende være situasjonen i sykehusrommet. Det er ifølge Dyregrov og Dyregrov (2007) viktig at omgivelsene har forståelse for og kunnskaper om ulike reaksjoner hos de etterlatte, slik at helperne kan unngå å legge et forventningspress på de etterlatte på hvordan det er "normalt" å reagere.

Informantene erfarte at de pårørende noen ganger ønsket å sitte sammen med den avdøde alene, men at informantene da gikk inn på rommet ved et par anledninger for å spørre de etterlatte om det var noe de hadde behov for. Denne tilstedeværelsen og varheten for signalene til de pårørende kan ses på som et uttrykk for omsorg. Omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie (Martinsen, 2003, s. 69). Omsorg blir uttrykt i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket, der fagkunnskap og menneskelig tilstedeværelse er flettet sammen (Martinsen, 2003, s. 38). Omsorg handler ifølge Martinsen om engasjement og relasjon, hvor man må fokusere på hva som tjener den andre best og uten å sette egne følelser i sentrum. På den måten unngår man at omsorgen blir sentimental og at sykepleier blir uengasjert og likegyldig (Martinsen, 2005, s. 157).

Informantene erkjente at det kunne være utfordrende situasjoner å stå i, noen kunne reagere med å trekke seg unna pårørende, og forklare det med at pårørende trengte å være alene og i fred. Dette er i samsvar med funnene i Chang et al. (2012) hvor halvparten av informantene som var sykepleiere mente at det å møte pårørende i etterkant av et dødsfall var vanskelig. Informantene var ikke komfortable med å være til stede med en person som gråt eller gav uttrykk for fortvilelse. Downar et al. (2014) sin studie viste derimot at flertallet av deltakerne som var sykepleiere var komfortable med å gi støtte til de etterlatte. Downar

et al. (2012) sine funn viste at helsepersonell kun følte seg komfortable når innholdet i samtalene med etterlatte gjaldt en gjennomgang av hendelsesforløpet omkring dødsfallet. Funnene i denne masterstudien viste noen tilsvarende funn; de spontane samtalene varierte i innhold, men var som oftest av praktisk karakter. De etterlatte var eksempelvis opptatt av og hadde spørsmål til om hvor lenge den avdøde skulle være på avdelingen, og om de kunne få se den avdøde etter at vedkommende var flyttet fra avdelingen.

Ifølge Bøckmann & Kjellevold (2010, s.179) bør et dødsbudskap meddeles pårørende av en lege som har kjennskap til familien fra før, og som kjenner pasientens historie. Det er med andre ord ikke en sykepleieroppgave å overbringe et dødsbudskap, men funnene i denne masterstudien viser imidlertid at det ikke alltid var tilfellet at dødsbudskapet ble gitt av en lege, og at informantene selv måtte ringe. Det var tilfeller hvor de pårørende hadde dratt hjem for kvelden, og så døde pasienten senere på natten. Informantene beskrev at dette var utfordrende og vanskelige situasjoner å stå i. Hvorfor det ble aktuelt for informantene å ringe når et dødsfall skjedde om natten, har vår masterstudie ikke data om. En mulig forklaring kan være lavere bemanning og større arbeidsmengde for legene på nattskift. I utgangspunktet var det et ønske fra informantene sin side at legen var med på samtaler med pårørende som var spesielt vanskelige å stå i alene. Det kunne være i situasjoner hvor pårørende var svært preget av dødsfallet og der de hadde mange spørsmål.

Funnene våre viste at informantene uttrykte at erfaring fra klinisk praksis var en styrke i omsorgen for pårørende i forbindelse med dødsfall. Erfaringskunnskap er en sentral kompetanse for sykepleiere, og i dette ligger at sykepleier baserer sin kunnskap på tidligere erfaring, og på denne måten øker sin kompetanse og ferdighetstrening (Martinsen, 2003). Denne erfaringen vil videre muliggjøre helhetstenkning, som vi har sett eksempel på ved at intensivsykepleierne i masterstudien inkluderte både pasienten og pårørende i sin omsorgsutøvelse. Funnene i denne masterstudien viste videre at informantene tolket hver enkelt situasjon, og vurderte hvordan de kunne legge til rette for at forholdene skulle bli best mulig for den døende. Samtidig ble de pårørende ivaretatt ved at de fikk dekket sine behov for blant annet mat og hvile. Det er uttrykk for det som Martinsen (2003) kaller omsorgens praktiske side; sykepleier ser de pårørendes lidelse, og møter denne lidelsens appell ved å handle og utføre helt konkrete omsorgsoppgaver. Til tross for at pårørende blir

ivaretatt både ved å få dekket sine fysiske behov og blir vist omsorg på andre måter, så viste studien til O`Sullivan (2021) at pårørendes opplevelse av å bli støttet og ivaretatt var relatert til hvorvidt den syke fikk dekket sine pleie og omsorgsbehov. Det kan tyde på at det for de pårørende er det syke familiemedlemmet som blir viktigst for dem i tiden rundt dødsfallet, og de er mindre opptatt av at deres egne behov blir dekket. Samtidig vil det være nærliggende å tro at nettopp det at de pårørende blir godt ivaretatt av helsepersonellet, frigjør krefter og overskudd til å kunne rette oppmerksomheten på den døende.

Ifølge Helsedirektoratets veileder fra 2017 bør helsepersonell følge opp etterlatte etter et dødsfall ved blant annet å tilby etterlattesamtaler (Helsedirektoratet, 2017). Formålet med dette er at de etterlatte får stille spørsmål og reflektere rundt sykeleiet og dødsfallet. Funnene fra denne masterstudien viste at til tross for disse anbefalingene så var tiltaket med å dele ut etterlattekonvolutten den eneste rutinen som avdelingen hadde for formell oppfølging av etterlatte. Informantene hadde lite kjennskap til hva denne konvolutten inneholdt, men de fylte alltid ut kontaktinformasjon til avdelingen.

I resultatene fra denne studien ble det påpekt at de etterlatte selv måtte ta kontakt med avdelingen om det var behov for samtale i ettertid. Det ble poengtert av informantene at de var usikre på om brosjyren som er vedlagt etterlattekonvolutten, der det står: "Ta gjerne kontakt med oss", ble oppfattet som en reel invitasjon til å ringe avdelingen. Dyregrov (s. 70, 2007) finner i sin forskning at etterlatte ønsker tidlig og utstrekkelig hjelp, som vil si at etterlatte ikke skal trenge å ta det første initiativet dersom de ønsker hjelp fra det offentlige. Det er flere som ikke vil være i stand til å be om hjelp, selv om hjelpere den første dagen gir dem informasjon om at de må ta kontakt dersom de får behov for hjelp. Dyregrov (2007) skriver videre at etterlatte har flere forklaringer på hvorfor de ikke ber om hjelp. Noe av det som kommer frem er at de opplever tap av energi og utmattelse, det kan gjøre dem ute av stand til å ta kontakt med hjelpeapparatet. Det er også flere av de etterlatte som ikke klarer å sette ord på hvilken type hjelp de trenger, de vet heller ikke om hvilke hjelpetiltak som er tilgjengelige for dem. Downar et al. (2017) fant at majoriteten av de etterlatte inkludert i deres studie ville ha ønsket en oppfølgingssamtale etter å ha opplevd dødsfall i nær familie. Det bør bemerkes at utvalget i Downar sin studie var lite, med 31 deltakere. Dette kan også ses i sammenheng med funnene i McAdam et al. (2018), som viste at alle pårørende som

ikke deltok i sorggruppen ønsket å bli kontaktet av intensivavdelingen i etterkant av dødsfallet, enten i form av et kondolansekort eller via telefon. Det bør også her bemerkes at utvalget av informanter som ikke deltok i sorggruppen kun besto av 10 pårørende. Funnene til Downar et al. (2017) og McAdam et al. (2018) står i delvis kontrast til O`Sullivan (2021), som i sin studie undersøkte hvordan pårørende opplevde støtten fra helsepersonell i tiden etter å ha mistet en av sine kjære og fant at rundt halvparten av pårørende ikke hadde snakket med noen i etterkant, og heller ikke hadde noe ønske om eller behov for dette. Av de etterlatte som deltok i studien var det 21% som ikke hadde snakket med noen fra helsetjenesten etter dødsfallet, men som hadde et ønske om dette.

I funnene våre kom det frem at informantene ved flere anledninger hadde hatt opplevelser med etterlatte, der de hadde inntrykk av at de pårørende hadde behov for oppfølging på et senere tidspunkt. Det ble i den forbindelse trukket frem av informantene at de var ekstra bekymret for de pårørende som var tause og ikke stilte spørsmål. Det kan tenkes at informantene her snakket om etterlatte som var i en sjokkfase. Sorg etter for eksempel dødsfall har ulike faser. Den første fasen omtales som sjokkfasen, der en prøver å forstå hva som har skjedd. Dyregrov (2007) hevder at sorgreaksjoner ikke følger de enkle forløpene som er beskrevet i lærebøker. Faseteorier om sorg blir ikke bekreftet i sorgforskning. For et flertall av sørgende kan en grovt dele reaksjonene inn i en sjokkfase, reaksjonsfase og en nyorienteringsfase, men slike inndelinger passer ikke for alle. Rådene teorier vektlegger at de sørgende veksler mellom å forholde seg til tapet og å unngå å minnes det. Denne vekslingen er en måte å håndtere tapet på. *“De sørgende må evne både å gå nær det som har skjedd, og å “melde seg på” livet igjen”* (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 28).

Funnene i denne masterstudien avdekket flere forutsetninger som informantene beskrev som avgjørende dersom de skal gjennomføre etterlattesamtaler som en del av sine arbeidsoppgaver. De la vekt på at det var viktig at de kunne ta seg tid til å tilegne seg nok informasjon om pasienten og sykdomsforløpet. Allerede opparbeidet relasjon til de pårørende ble også vektlagt som noe som ville gjøre samtalen lettere. Dette funnet er i samsvar med funn i studien til av O`Sullivan (2017), der pårørende beskriver hvor positivt og til hjelp det hadde vært i sorgprosessen å få snakke med helsepersonell som hadde vært til stede ved dødsfallet. Funnene i denne masterstudien viste at variasjonen i avdødes liggetid i

avdelingen var av betydning. Det ble beskrevet at noen pasienter hadde vært innlagt ved avdelingen kun et par timer, mens andre hadde vært innlagt ved avdelingen i dager og uker før dødsfallet. Intensivsykepleierne hevdet at det ville oppleves tryggere å skulle ha formelle etterlattesamtaler dersom den avdøde hadde vært godt kjent for sykepleieren. Dette funnet er i samsvar med resultatene i Chang et al. (2011) som viste at tidligere kjennskap til avdøde og pårørende gjorde det lettere for sykepleiere å gjennomføre etterlattesamtaler. Selv om studien til Chang (2011) ble utført i kommunehelsetjenesten og beskriver oppfølging av etterlatte i hjemmet, så mener vi at funnene i denne masterstudien kan sammenlignes med etterlattesamtaler generelt.

Funnene i denne masterstudien viste at informantene var positive til en eventuell innføring av etterlattesamtaler. Det ble likevel gitt uttrykk for betenkeligheter i forhold til å innføre flere arbeidsoppgaver uten ekstra ressurser i en allerede travel arbeidshverdag. Det ble vektlagt at organisering og tidsbruk ville være den største utfordringen. Dette kan ses i sammenheng med Martinsen (2012, s. 114-120) som mener at vi i dagens samfunn styres av den målstyrte og disiplinerte klokketiden. Der hvor klokketiden dominerer blir det utfordrende for sykepleier og pårørende å skulle være sammen om noe i en felles tid. For å kunne oppnå dette må sykepleier må være langsom i de korte møtene; være nærværende i øyeblikket og sansende til stede. Med undring og nærværende langsomhet kan sykepleier møte pårørende seende og lyttende, og dermed ta sitt omsorgsansvar på seg på det stedet og i den situasjonen der en er (Martinsen, 2012, s. 114- 120).

Funnene i denne masterstudien viste at informantene var motiverte og at de så verdien og nødvendigheten av å kunne tilby oppfølging av etterlatte. Ifølge Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (2017) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) er den helsefremmende og forebyggende funksjonen beskrevet som en viktig del av sykepleierens rolle og funksjon. Informantenes bevissthet om at etterlattesamtaler er en del av deres ansvarsområde stemmer dermed overens med funksjonsbeskrivelsen og retningslinjene til intensivsykepleiere. Det ble likevel uttrykt av informantene at slike prosesser vil ta tid og at det vil være mange meninger i et kollegium. Egerod et al. (2018) fant også i sin studie flere barrierer for oppfølging av etterlatte. Det ble trukket frem at i et historisk perspektiv, så har ikke etterlattesamtaler vært en integrert del av behandlingsregimet og at det av denne grunn ikke har vært satt av midler til dette formålet,

med unntak av når det har vært pågående forskningsprosjekter. Det ble videre lagt vekt på at i en travel arbeidshverdag med knappe ressurser har oppfølging av etterlatte vært tilfeldig og drevet av individuelle personer med et ekstra engasjement for pårørendearbeid.

McAdam et al. (2016) beskrev også flere barrierer for formell oppfølging av etterlatte som for eksempel mangel på utdanning og kursing, som ble funnet å være den største barrieren, samt manglende økonomisk støtte og avsatt tid. Det ble også i deres studie funnet at personalet ikke hadde nok kunnskaper om hva de etterlatte hadde behov for. Informantene i samme studie gav også uttrykk for at de ikke følte seg kvalifisert til å kunne tilby oppfølging til de etterlatte. Kurian (2014) bekreftet i sine funn at intensivsykepleiere som hadde fått opplæring i oppfølging av etterlatte viste en bedre forståelse av håndteringen av etterlatte enn de uten opplæring. De var dermed bedre i stand til å utføre oppgaven.

Funnene fra denne masterstudien viste at informantene var opptatt av tiden etter at de etterlatte kom hjem og kontakten med avdelingen var avsluttet. De hadde en formening om at følelser og spørsmål kunne dukke opp hos de etterlatte etter at de hadde fått dødsfallet mer på avstand. De mente derfor at de pårørende burde bli kontaktet i etterkant, slik at de hadde mulighet til å få bearbeidet opplevelsene og erfaringene de satt igjen med etter sykehusoppholdet. Funnene i O` Sullivan (2021) viste at det var noen familiemedlemmer som ga uttrykk for skuffelse, da de ikke hadde mottatt støtte eller tilbud om dette i det hele tatt.

Vi har gjort oss noen tanker om at en kartleggingssamtale med pårørende via telefon, nødvendigvis ikke ville ha krevd så store ressurser. Dette kan ses i sammenheng med O`Sullivan (2021) sin studie som fant at 48% av pårørende ikke hadde behov for videre oppfølging. Intensivsykepleierne kan likevel via en telefonsamtale få kartlagt og fulgt opp de som virkelig har behov for en oppfølgingssamtale. Hauge et al. (2005) fant også i sin studie at det ikke var flertallet, men 30% av de som ble kontaktet per telefon som takket ja til å komme tilbake til avdelingen for en samtale. Det ble også hevdet av Hauge et al. (2005) at telefonsamtalen hadde verdi i seg selv.

Det ble uttrykt av informantene i denne masterstudien at etterlattesamtaler kunne gi noe tilbake til sykepleierne. Erfaringene kunne gi lærdom og de kunne bruke tilbakemeldingene fra de etterlatte til å øke egen kompetanse og forbedre praksis. Dette funnet kan også ses i sammenheng med resultatene i Hauge et al. (2005) som fant at sykepleierne kan bruke

oppfølgingen av de etterlatte til å få tilbakemeldinger og slik bidra til forbedring av egen praksis. Dette finner vi igjen hos Martinsen, som hevder at sykepleie er et praktisk fag, og de grunnleggende kvaliteter ved omsorg skal praktiseres i hverdagen (Martinsen, 2003, s. 68). Ifølge Martinsen må omsorg læres som en del av yrkeskompetansen og dette forutsetter at en er bevisst praktikerkunnskapens betydning.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne kvalitative masterstudien var å belyse intensivsykepleiernes erfaringer med gjennomføring av etterlattsamtaler. Vi ønsket å få mer kunnskap om hvordan de pårørende ble ivaretatt av intensivsykepleier umiddelbart etter et dødsfall og hvilke rutiner som eksisterte for utførelse av planlagte etterlattesamtaler i løpet av de første ukene etter dødsfallet. Hva inneholdt disse samtalene, hvordan ble de strukturert, og hvorfor ble det gjennomført, eventuelt ikke gjennomført etterlattesamtaler. Problemstillingen var: "Hva er intensivsykepleiers erfaringer med oppfølging av pårørende og oppfatninger til å innføre etterlattesamtaler?" Gjennom semistrukturerte, individuelle intervju ble intensivsykepleiernes erfaringer identifisert og analysert.

I funnene kom det fram at intensivsykepleiernes opplevelse og tolkning av situasjonen i forbindelse med dødsfall er gjørende for ivaretagelsen av pårørende. Intensivsykepleierne anbefaler at oppfølging av pårørende bør være planlagte etterlattsamtaler.

Tiden før et dødsfall spilte en stor rolle i ivaretagelsen av de pårørende. Intensivsykepleierne beskrev at de var opptatt av å opprette kontakt og dialog med de pårørende under en innleggelse. I den grad det var mulig ble de pårørende tidlig trukket inn og involvert i pasientbehandlingen. Intensivsykepleierne beskrev at de opplevde at det var forskjell på å ivareta pårørende ved et forventet dødsfall i forhold til dødsfall som kom plutselig og uventet. Ved plutselige dødsfall hadde intensivsykepleierne et behov for å ha med lege i møte med de etterlatte.

Umiddelbart etter et dødsfall ble de pårørende gitt støtte og omsorg ved at intensivsykepleierne var til stede sammen med de etterlatte rundt sengen til den døde.

Intensivsykepleierne beskrev at det ikke var formelle eller planlagte samtaler som foregikk i den umiddelbare tiden rundt dødsfallet, men at samhandlingen med pårørende besto av spontane, uplanlagte samtaler. Intensivsykepleierne tolket hver enkel situasjon, og tilpasset seg pårørende ønsker. For noen pårørende var det nok at intensivsykepleierne var til stede uten at det ble sagt så mye, noen trengte bare en hånd på skulderen. Intensivsykepleiernes personlige egenskaper påvirket hvordan pårørende ble ivaretatt, og gjorde at støtten ble tilfeldig og varierende.

Funnene viste at det ikke var faste rutiner for etterlattesamtaler etter at pårørende hadde forlatt avdelingen kort tid etter dødsfallet. Den eneste rutinen som ble beskrevet var utdeling av en standardisert etterlattekonvolutt. Ved behov for videre etterlattesamtale var det overlatt til de etterlatte å ta initiativ til kontakt med avdelingen. Intensivsykepleierne hadde en oppfatning om at denne kontakten burde vært initiert av avdelingen, og de etterlatte burde blitt kontaktet via telefon for en samtale og for å kartlegge eventuelle behov for videre oppfølging. Intensivsykepleierne beskrev hvordan etterlattes ulike krisereaksjoner umiddelbart etter dødsfallet kunne være en indikasjon på et behov for videre oppfølging.

Intensivsykepleierne var positive til en eventuell implementering av etterlattesamtaler, men beskrev ulike barrierer og forutsetninger for at dette kunne latt seg gjennomføre. Det ble vektlagt at tid og organisering kunne bli utfordrende. Det var viktig for intensivsykepleierne at de hadde følt seg trygge i samtalene, en forutsetning for dette ville ha vært kjennskap til pasienten og relasjon til pårørende. Pårørende burde ifølge intensivsykepleierne bli kontaktet et par uker etter et dødsfall, slik at pårørende kunne få fortelle om hvordan de hadde det og få svar på spørsmål som de måtte ha.

6.3 Implikasjoner for praksis

Funnene fra denne masterstudien har følgende implikasjoner for praksis og utdanning.

- I henhold til modell for kvalitetsforbedring, viser funnene at det er et forbedringspotensial i oppfølgingen av etterlatte og vi har klargjort

kunnskapsgrunnlaget ved å gjennomgå og vurdere tidligere forskning og innhente data om intensivsykepleiers erfaringer.

- Implementering av etterlattsamtaler bør innføres rutinemessig i avdelingen, slik at ansvar og initiativ til videre oppfølging ikke blir overlatt til de etterlatte.
- Etterlatte bør få tilbud om etterlattesamtale slik at de får bearbeidet opplevelser og erfaringer fra sykehusoppholdet og dødsfallet og dermed kan komme videre i taps- og sorgprosessen.
- En intern prosedyre for etterlattesamtaler kan gjøre sykepleierne tryggere i gjennomføringen av etterlattesamtaler. Det kan utarbeides en "mal" som kan fungere som en sjekkliste med punkter til hjelp i samtalen. Sykepleierne bør informere om tilgjengelig oppfølging /støtte utenfor sykehuset.
- Et større fokus på ivaretagelse av etterlatte i sykepleierutdanningen kan bidra til økt kunnskap om emnet og gjøre sykepleierne tryggere i møte med pårørende.
- Implementering av etterlattesamtaler vil kreve dedikerte og engasjerte personer som kan drive det fram, og vi håper at vårt arbeid kan være til inspirasjon og hjelp i et fremtidig forbedringsprosjekt.

6.4 Implikasjoner for videre forskning

Dersom etterlattesamtaler blir innført rutinemessig ved avdelingen kan et forslag til videre forskning være å gjøre en studie for å undersøke tilfredshet hos etterlatte, hvordan de erfarte tilbudet de fikk og hva som kunne forbedres.

For å finne ut om funnene i denne masterstudien er overførbare kunne det vært interessant å gjøre en studie hvor man sammenlignet erfaringene fra et annet sykehus med tilsvarende pasientomfang.

7.0 Referanser

- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*.
- Chang, E., Bidewell, J., Hancock, K., Johnson, A. & Easterbrook, S. (2012). Community palliative care nurse experiences and perceptions of follow-up bereavement support visits to carers. 18: 332-339. *International journal of nursing practice*.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2012.02046.x>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2019, 23. mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
[vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag](https://www.forskningsetikk.no/veiledning-for-forskningsetisk-og-vitenskapelig-vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/)
- Downar, J., Barua, R. & Sinuff, T. (2014). The desirability of an intensive care unit (ICU) Clinician – Led Bereavement Screening and Support program for Family members of ICU Decedents (ICU bereave). *Journal of Critical Care*, 311, 311.e16.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.11.024>
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2017). *Mestring av sorg -Håndbok for etterlatte og hjelpere*. Vigmostad & Bjørke
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død - Hvordan kan vi hjelpe?* Fagbokforlaget
- Egerod, I., Kaldan, G., Coombs, M. & Mitchell, M. (2017). Family-centered bereavement practices in Danish intensive care units: a cross-sectional national survey. *Intensive and critical care nursing*, 45, 52-57. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.10.003>
- Fonn, M. (2019). Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien* 02.19, 70-75.
- Gadamer, H-G. (2004). *Truth and method* (2.utg.). Continuum.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24), s. 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, s. 29-34

- Hauge, G., Eskerud, S.R. og Eide, K. (2005). Samtaler hjelper etterlatte. *Tidsskrift for sykepleierforskning*, 93 (13), 56-57.
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/samtaler-hjelper-etterlatte>
- Helsebiblioteket. (2015, 20.august). *Modell for kvalitetsforberding*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Helsedirektoratet. (2017). Pårørendeveilederen.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>
- HelseNorge. (2021, 24. november). *Dødsfall-Sorg og sorgreaksjoner*.
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/dodsfall-sorg-og-sorgreaksjoner/>
- Kurian, M. J., Daniel, S., James, A., James, C., Joseph, L., Malecha, A. T., Martin, E. M. & Mick, J. M. (2014). Intensive care registered nurses' role in bereavement support. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(1), 31-39.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000018>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lundmann, B. & Graneheim, U.H. (2008). I M, Granskar & B. Høglund-Nielsen (Red.), *Tillampad kvalitativ forskning inom halso – och sjukvård* (2. utg., s. 187 – 201). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003, b). *Fenomenologi og omsorg, tre dialoger* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003, a). *Omsorg, sykepleie og medisin - Historisk- filosofiske essays*. (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe

- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe
- McAdam, J.L. & Erikson, A. (2016). Bereavement services offered in adult intensive care units in the United States. *American journal of critical care*, 25 (2), 110-117.
<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016981>
- McAdam, J. L. & Puntillo, K. (2018). Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased intensive care unit patients. *American journal of critical care*, 27 (5), 372-380. <http://doi.org/10.4037/ajcc2018575>
- Milberg, A. Olsson, E. C. Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedricsen M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of pain and symptom management*, 35(1), 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.039>
- NSFLIS. (2017, 20.september). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*.
https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- O`Sullivan, A., Alvariza., A, Ohlen, J. & Larsdotter, C. (2021). Support received by family members before, at and after an ill person`s death. *BMC Palliative Care*, 20:92.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-021-00800-8>
- Polit, D. F., & Beck, C. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utgave). Wolters Kluwer.
- Sæteren, B. (2010). Sorg og sorgarbeid. I A.- M. Reitan & T.K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie - Pasient, utfordring, handling* (3. utg.). Akribe AS.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (2.utg.). Fagboklaget.
- Turner, W-D. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, 15 (3), 754- 760.
- Aadland, E. (2011). "Og eg ser på deg..." *Vitenskapsteori i helse – og sosialfag* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Godkjenning fra PVO

Lode, Kirsten <kirsten.lode@sus.no>
on. 22.12.2021 14:50

Til: Cecilie Dahle Mæland

Hei,

De nødvendige dokumentene i saken foreligger, og studien kan starte opp. Det vil komme et formelt svar fra personvernombudet ved et seinere tidspunkt.

Vennlig hilsen

Kirsten Lode
sykepleier/ph.d.
Fagsjef helsefaglig forskning/1.amanuensis II
Stavanger universitetssjukehus/Universitetet i Stavanger
Tlf 47866779

eProtokoll <noreplyeprotokoll@helse-vest-ikt.no>

fr. 14.01.2022 12:46

Til: Cecilie Dahle Mæland

Skjema ferdig behandlet

<https://eprotokoll.ihelse.net/form/2726/724F0342837F31CF>

Tilbakemelding

Hei,

Dette er en skriftliggjøring av tilbakemelding til prosjektet når det gjelder ivaretagelse av personvernet, hvorpå vurderingen ble gjort før prosjektet fikk oppstarts godkjenning.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen. Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkjef/ne før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 01.06.2023 og sluttmelding skal sendes til PVO.
9. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon

(art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet ...

10. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 01.06.2023.

11. PVO kontaktinformasjon skal ligge i samtykket: personvernombudet@sus.no

12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger SUS og UIS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med hilsen

Ina Trane

Jurist

for

personvernombudet

Vedlegg 3: Godkjenning fra avdelingsleder ved MIO

Fra: Salte, Marit

Sendt: tirsdag 5. oktober 2021 13:31

Til: 'Rønnaug Kovdal' <r.kovdal@stud.uis.no>

Kopi: Erikson, Lene <lene.erikson@sus.no>

Emne: SV: Søknad om å få gjennomføre masterprosjekt

Hei.

Dere er velkomne til å snakke med intensivsykepleiere i forhold til deres masteroppgave, som har fokus på etterlattsamtaler.

Marit Salte

Avd.sykepleier / intensiv sykepleier MIO (spes.avdeling)

Tlf 51519158 / 95729044

www.sus.no

Forespørsel om deltakelse i kvalitetsforbedringsprosjekt

Oppfølging av etterlatte

«Hva er intensivsykepleiers holdninger til og erfaringer med gjennomføring av etterlattesamtaler?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masterstudie hvor formålet er å belyse intensivsykepleieres holdninger til og erfaringer med gjennomføring av etterlattesamtaler på MIO ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens hensikt vil være å belyse intensivsykepleierenes holdninger til og erfaringer med gjennomføring av etterlattesamtaler. Vi ønsker å få mer kunnskap om nåværende praksis og hvilke rutiner som allerede finnes for utførelse av etterlattesamtaler.

På bakgrunn av den informasjonen vi får kan vi avdekke et eventuelt forbedringspotensial for at praksis skal bli mer forskningsbasert.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger (UiS) er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i masterstudien innebærer det at du deltar på et individuelt intervju som vil foregå på din arbeidsplass etter avtale. Intervjuet vil bli utført av to masterstudenter, hvor det vil bli anvendt lydopptaker. Intervjuet vil vare mellom 40 – 60 minutter. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg; alder, arbeidserfaring og kjønn.

Det er frivillig å delta

All deltakelse i prosjektet er frivillig. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæring på neste side. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg som ansatt ved SUS hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Rønnaug Kovdal eller Cecilie Dahle Mæland eller deres veileder Sissel Eikeland Husebø.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i den endelige masteroppgaven. Lydbåndopptakene fra intervjuene vil lagres på en kryptert minnepenn og oppbevares i et låsbart skap. All informasjon fra intervjuet vil bli transkribert med pseudonym før det lagres på en bærbar datamaskin som er passord beskyttet. Lydopptakene slettes så snart intervjuene er transkribert i et Word-dokument. Ditt navn og kontaktopplysningene dine vil erstattes av en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

I tillegg til mastergradsstudentene Rønnaug Kovdal og Cecilie Dahle Mæland, vil også veileder Sissel E. Husebø ha tilgang til personopplysninger og datamateriale.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest juni 2023 og personopplysninger samt alt datamateriale og alle filer vil da slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine
- Personopplysninger.

Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

Kontaktopplysninger

Dersom du ønsker å ta kontakt eller har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med

Prosjektansvarlig Sissel E. Husebø e-post: sissel.i.husebo@uis.no

Masterstudent Rønnaug Kovdal, tlf 47611933 e-post: r.kovdal@stud.uis.no

Masterstudent Cecilie Dahle Mæland tlf. 95750804 e-post: cd.meland@stud.uis.no

Personvernombud UIS Kjetil Dalseth e-post: personvernombud@uis.no

Personvernombudet SUS Rafal Yeisen e-post: personvernombudet@sus.no

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Navn (blokkbokstaver):

Telefonnummer:

Ansatt på (sengepost):

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masterstudien «Hva er intensivsykepleieres holdninger til og erfaringer med etterlattesamtaler?» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

Å delta i individuelt intervju

At mine opplysninger behandles fram til prosjektet er avsluttet, senest juni 2023

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Introduksjon til deltager

Takke for at informanten har sagt seg villig til å delta i intervjuet.

Presentasjon av oss selv (masterstudent)

Beskrive formålet med intervjuet og tema som er samtaler med etterlatte. Erfaringene kan gjelde både avtalte/planlagte samtaler via telefon og samtaler med pårørende som har kommet tilbake til avdelingen i etterkant. Det kan også være spontane samtaler med etterlatte umiddelbart etter dødsfallet før de drar fra avdelingen. (Presisere at erfaringene skal komme fra MIO, og ikke fra andre avdelinger)

Informere om frivillighet, aidentifisering, konfidensialitet og muligheten til å avbryte/trekke seg fra prosjektet når som helst uten at dette får noen konsekvenser.

Spørre om informanten har spørsmål

Ingen rette/gale svar, det er deres tanker, erfaringer og refleksjoner vi ønsker at de deler.

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Varigheten er mellom 40-60 minutter. Vi bruker kanskje direkte sitat, men dette skal ikke være gjenkjennbart.

Sette på lydopptaker

Intervjuet

Erfaringer

- Kan du fortelle om hva som er praksis på avdelingen nå, når det gjelder oppfølging av etterlatte? (Da tenker vi på både rett etter dødsfallet og en tid etter begravelsen)

- I konvoluttene som blir delt ut til de etterlatte, følger det med en brosjyre med informasjon og hvor det gis anledning til å ta kontakt med avdelingen. Hvor godt kjent er du med innholdet i konvoluttene? Fyller du ut kontaktinformasjon til avdeling/spl/lege?
- Kan du si litt om hvilke erfaringer du har med etterlattesamtaler?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du si noe om innholdet i samtalen?

(Det kan også være de spontane/uplanlagte samtalerne)

Kan du si noe om du brukte et manus eller mal i samtalen?

Hadde du avsatt tid til samtalen?

Hvem tok initiativ til samtalen?

- På bakgrunn av dine erfaringer med etterlatte, er det situasjoner du kan fortelle om hvor du tenkte at de etterlatte hadde hatt behov for oppfølging? Kan du si noe mer om dette?

Holdninger

- Kan du si noe om hva du tenker om at planlagte etterlattesamtaler er en naturlig del av dine arbeidsoppgaver?
- Kan du beskrive din egen trygghet på å gjennomføre etterlattesamtaler? Hva tror du hadde gjort deg tryggere på å utføre etterlattesamtaler?

Barrierer

- Vi håper at dette prosjektet på et senere tidspunkt kan føre til implementering av etterlattesamtaler på MIO. Ser du noen utfordringer med å innføre etterlattesamtaler? Kan du utdype dette noe nærmere?
- Hva tenker du kan være grunnen til at de etterlatte ikke får oppfølging?
- **Er det noe du synes er viktig i forhold til oppfølging av etterlatte som vi ikke har snakket om?**