

Mastergradstudent i Master i helsevitenskap - selvvalgt fordypning: Aleksandra Latinovic

Veileder: Kari Vevatne, 1.amanuensis, Instituttleder ved Instituttet for helsefag ved
Universitet i Stavanger



Palliativ sykepleie- en studie av faglige og eksistensielle utfordringer og
erfaringer i praksis

Master i Helsevitenskap-selvvalgt fordypning

Kull 2011-2013

Institutt for helsefag

Det samfunnsvitenskapelige fakultetet

Universitet i Stavanger

Mai 2013

UNIVERSITET I STAVANGER

**MASTERSTUDIEM I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE**

SEMESTER: Vår 2013

MASTERKANDIDAT: Aleksandra Latinovic

VEILEDER: Kari Vevatne

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Palliativ sykepleie- en studie av faglige og eksistensielle utfordringer i praksis

Engelsk tittel: Palliative nursing – A study of professional and existential challenges and experiences in practice

EMNEORD/SØKEORD:

Giorgis fenomenologi, palliativ omsorg, kirurgisk sykepleier, eksistensielle utfordringer

ANTALL SIDER: 66

STAVANGER: 28.5.2013

Forord

Formålet med denne studien var å få mer kunnskap om utfordringer hos den profesjonelle sykepleier i møte med pasienter med kreft i palliativ fase på en kirurgisk avdeling. Jeg er selv sykepleier ved en kirurgisk avdeling og pleier til daglig pasienter med kreft i palliativ fase. Min intensjon har vært å få bedre innsikt om sykepleiernes opplevelse av sin arbeidssituasjon, og med denne innsikten være aktiv i en diskusjon om hva som eventuelt må forbedres.

Studien presenteres i form av en artikkel og kappe. Artikkelen gir kortere beskrivelse av metodevalget, funn og diskusjon, og kappen går mer i dybden på disse områder, spesielt den fenomenologiske forståelse belyses mer inngående i kappen. I fenomenologi opererer en ikke med et teoretisk fundament eller perspektiv, men møter data så forutsetningsløst som mulig ved å sette sin førforståelse i parentes. Dette er en viktig forutsetning i fenomenologien, som denne studien har forsøkt å være tro mot. Likevel kan det være på sin plass å redegjøre for noen teoretiske forutsetninger som en vil diskutere med funnene. Det er denne redegjørelsen som er gjort i kapittel 2 i kappen.

På grunn av ordbegrensning blir et av funnene ikke tatt opp i artikkelen, men dette berøres allikevel ved at funnet blir berørt i diskusjonen og konklusjonen.

Artikkelen er skrevet ut i fra retningslinjer til vitenskapelig tidsskrift *Nordisk sygeplejeforskning*.

Tusen takk til min veileder Kari Vevatne, som støttet min interesse for fagfeltet.

Tusen takk til alle seks sykepleiere som modig stilte opp.

Innhold

Forord.....	3
DEL I	6
Artikkel.....	6
DEL II	29
Kappe	29
Sammendrag	30
1.0 Introduksjon	31
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	31
1.2 Studiens hensikt eller formål.....	31
1.3 Problemstilling.....	31
1.4 Tidligere forskning på området.....	32
2.0 Fenomenologisk forståelse.....	34
2.1 Palliativ behandling.....	34
2.2 Sykepleierens rammer.....	35
2.2.1 Kari Martinsen, tid og rom.....	35
2.2.2 Travelbee om menneske- til- menneske forhold.....	36
2.3 Den eksistensielle omsorgen.....	38
2.4 Container- contained.....	39
3.0 Metode og metodiske overveielser	39
3.1. Fenomenologi	39
3.2 Design	40
3.3 Utvalg.....	40
3.4 Innsamling av data	40
3.5 Forskningsetiske overveielser	41
3.6 Analyse	42
4.0 Funn	43
4.1 Idealet kontra realiteten.....	43

4.2 Janus`ansikt.....	44
4.3 Å være «container» for den døende pasienten.....	45
4.4 Arbeidsmiljø og kollegastøtte.....	47
5.0 Diskusjon.....	48
5.1 Idealet kontra realiteten.....	48
5.2 Janus`ansikt.....	50
5.3 Å være «container» for den døende pasienten.....	52
5.4 Arbeidsmiljø og kollegastøtte.....	53
6.0 Konklusjon.....	53
7.0 Referanser.....	55
VEDLEGG 1: <i>Forfatterveiling</i>	57
VEDLEGG 2: <i>Forespørsel om deltakelsen i forskningsprosjektet</i>	60
VEDLEGG 3: <i>Godkjenning fra NSD</i>	62
VEDLEGG 4: <i>Godkjenning fra det aktuelle sykehuset</i>	64
VEDLEGG 5: <i>Intervjuguide</i>	65
VEDLEGG 6: <i>Praktisk eksempel på analyse prosessen</i>	66

DEL I
Artikkel

Palliativ sykepleie- en studie av faglige og eksistensielle utfordringer og erfaringer i praksis

En fenomenologisk studie

Aleksandra Latinovic

Master i helsevitenskap - selvvalgt fordypning – ana_latinovic@hotmail.com

Kari Vevatne

PhD-1.amanuensis, Instituttleder ved Instituttet for helsefag ved Universitet i Stavanger-
kari.vevatne@uis.no

Bakgrunn: Palliativ omsorg er et relativt nytt begrep i det norske helsevesenet, og det jobbes fortsatt med innføring av god palliativ behandling på norske sykehus. Kreftregisteret opplyser at tallet på pasienter med en kreftdiagnose stiger for hvert år. Dette gjør at behovet for helsepersonell som jobber med pasienter i palliativ fase vil øke.

Hensikt: Hensikt med studien er å få mer kunnskap om sykepleierens utfordringer og erfaringer i pleie av pasienter med kreftsykdom i palliativ fase på en kirurgisk avdeling på et norsk sykehus.

Metode: En fenomenologisk kvalitativ studie med dybdeintervju. Seks sykepleiere er blitt intervjuet med åpne spørsmål. Forskningsfeltet er kirurgiske avdelinger på et norsk sykehus der sykepleierne ikke har spesialkompetanse eller videreutdanning i kreftomsorg. Analysen har tatt utgangspunkt i Giorgis fenomenologisk analyse.

Funn: Under analyseprosessen kom følgende tema fram: Idealet kontra realiteten, Janus ansikt, å være container for den døende pasienten og til sist arbeidsmiljø og kollegastøtte.

Konklusjon: Studien har vist at det å pleie pasienter med kort forventet levetid på en kirurgisk avdeling er belastende, og kan i perioder være svært krevende for den profesjonelle sykepleier. For at den profesjonelle sykepleier skal kunne gi verdig pleie til pasienter med kreft, burde den profesjonelle også ivaretas i form av fagligveiledning, refleksjon og debriefing.

Nøkkelord: Giorgis fenomenologi, palliativ omsorg, kirurgisk sykepleier, eksistensielle utfordringer

Palliative nursing – A study of professional and existential challenges and experiences in practice

Background: Palliative care is a relatively recent concept in the Norwegian health care system, and the introduction of good quality palliative care in Norwegian hospitals is continuous. The cancer register informs that the number of patients with a cancer diagnosis increases for every year. This creates an increasing need for health personnel that works with patients in a palliative stage.

Objective: The objective with this study was to acquire more knowledge about the challenges and experiences that nurse's face in the care of patients with cancer in palliative phase in a surgical department in a Norwegian hospital.

Method: A phenomenological qualitative study with in-depth interviews. 6 nurses have been interviewed with open questions. The setting for the research is a surgical department in a Norwegian hospital where nurses have not been specifically educated within cancer competence. The analysis of the interviews has been based on Giorgis phenomenological analysis.

Findings: The following themes came up during the analyzing process: The ideal versus reality, Janus face, to be container for the dying patient, and work environment and collegial support.

Conclusion: This study has shown that to care patients with a short life expectancy in a department of surgery is very stressful and can at times be very challenging for the professional nurse. For the professional nurse to be able to provide dignified care to patients with cancer, he or she should also be safeguarded in terms of technical guidance, reflection and debriefing.

Key words: Giorgi's phenomenology, palliative care, surgery nurse, existential challenges

”Å legge til rette for god død, å legge til rette for god døds kvalitet ” Per Fugelli- fra et foredrag på Sola kulturhuset i 2012.

Bakgrunn for valg av tema og tidligere forskning

Palliativ omsorg er et relativt nytt begrep i det norske helsevesenet, og det jobbes fortsatt med innføring av god palliativ behandling på norske sykehus. De siste årene er det blitt satt mye fokus på palliativ omsorg og behandling. Mennesker med kreft blir mer synlige, og en tenker at de fortjener å få en verdig avslutning på livet. Forskningen har begynt å rette øynene mot denne pasientgruppen (Kaasa, 2011). Det meste av forskningen er pasientrettet, men det er lite som er rettet mot sykepleiere og deres erfaringer og utfordringer når de jobber med pasienter i palliativ fase.

Mye av denne forskningen er utført i blant annet Canada, Australia, USA, England, Sverige men ikke i Norge. Derfor er det viktig å gjøre studien i Norge også, for å bli oppmerksom på sykepleiernes utfordringer i behandling av pasienter med kreft i palliativ fase.

Kreftregisteret opplyser at det er 28271 nordmenn som har fått kreft i 2010. 53 % av disse var menn og 47 % var kvinner. De fem vanligste kreftformene i synkende rekkefølge er prostata-, lunge-, tykktarms-, blære- og hudkreft for menn, og bryst-, lunge-, tykktarms-, føflekk og livmorkreft for kvinner (Kreftregister, 2012).

I Norge stiger tallet på den eldre befolkning mer og mer for hvert år. Dette kan føre til større behov for helsepersonell med kompetanse og erfaring i kreftbehandling og palliasjon. Det er betydningsfullt at pasienten gis god pleie og medisinsk hjelp fra den profesjonelle. For at den profesjonelle skal kunne gi verdig pleie til pasienten med kreft må også den profesjonelle ivaretas(Kaasa, 2011).

I nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, stilles det kompetansekrav både til helsepersonell og sykehusene. Det er satt opp krav i forhold til

erfaringskunnskap og handlingskompetanse. Men det er ikke omtalt hva det å jobbe med pasienter med kreft i palliativ fase innebærer, og hvordan helsepersonell kan ivaretas (Helsedirektoratet, 2012).

I sin kvalitative forskning om eksistensielle utfordringer på kirurgisk avdeling i pleie med pasienter med kreft, fant Udo, et al. (2013) ut at sykepleierne skilte seg i to grupper. En gruppe ga omsorg til pasienter ut i fra den medisinske behandlingen i form av symptomlindring, og den andre gruppen var sykepleiere som var mer opptatt av pasientens eksistensielle behov (Udo, Danielson & Melin-Johansson, 2013).

Corner (2003) har i sin studie sett på spesial- eller kreftsykepleiere som jobber med pasienter med kreft i palliativ fase. Corner (2003) sier at det er mange funksjoner de har i utøvelsen av sykepleie. Kreftsykepleiere har en veldig involverende rolle, de skal støtte pasienten og pårørende emosjonelt. De skal hjelpe pasienten med den praktiske bistanden i dagliglivet, koordinere med primærhelsetjenesten, gi pasienten den grad av omsorgen han/hun trenger til enhver tid i sykdomsfasen han/hun befinner seg i, lindre symptomer og involvere andre yrkesgrupper (Corner, 2003).

I sin kvalitative studie som Mohan, et.al (2005) utførte på 24 sykepleiere uten spesialkompetanse, men som jobber med pasienter med kreft i palliativ fase på sykehus, fant han ut at det er seks faktorer som gjør at det kan være vanskelig å jobbe med pasienter med kreft. Disse faktorene er: å gi emosjonell støtte til pasienten og pårørende, følelse av lite tid til å ta seg av pasienten, følelse av lite kunnskap om behandlingen, omgivelsene til pasientene og å jobbe med pasienten som benekter sin diagnose (Mohan, Wilkes, Ogunsiyi & Walker, 2005).

Johanssen, et al. (2011) og Wallerstadt, et al. (2007) har gjort kvalitative studier på et svensk sykehus med fokus på sykepleier uten spesialkompetanse. De kom fram til en felles konklusjon at det å jobbe med palliative pasienter er veldig krevende og involverende.

Sykepleierne føler seg forpliktet til å være en del av pasientens siste livsfase på best mulig måte, selv om dette er veldig stressende. Johannessen & Lindahl sier også at det er viktig at det forskes videre på sykepleiernes erfaringer, for det kan bidra til bedre pasientbehandling (Johansson & Lindahl, 2012; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Hensikt med denne studien er å få mer kunnskap om sykepleierutfordringer og erfaringer i pleie av pasienter med kreftsykdom i palliativ fase på en kirurgisk avdeling på det norske sykehuset.

Problemstillingen er følgende:

Hvilke faglige og eksistensielle utfordringer opplever sykepleiere på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på et norsk sykehus?

Metode

Vilhelm Aubert:

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2004, s. 71).

Fenomenologi

Emund G.A. Husserl (1859-1938) anses ofte som far av fenomenologien. Fenomenologi representerer en forståelsesform som vektlegger menneskenes erfaringer. Husserl snakker om jeg-bevissthet, som ser og tolker gjenstander. Vår bevissthet møter fenomener, ting slik de åpenbarer seg for oss. Det vi forholder oss til er ting slik de framtrer for oss, og ved å reflektere over tingens allmenne vesen kommer vi fram til en dypere erkjennelse. Han hevdet at et fenomen eksisterer i menneskets bevissthet og kan bare forklares ut i fra perspektivet fra de som opplever det.

Det er viktig å la det andre mennesket komme fram med sine spesifikke kjennetegn uten å bli påvirket av fordommer og forutsetninger. Forskeren må stille seg så fordomsfri som mulig i møte med det andre mennesket, sette sin forståelseskunnskap i parentes, forstå så lite som mulig på forhånd slik at en får tak i det andre menneskets særegenheter og egenart så ubesmittet som mulig av egne fortolkninger (Polifroni & Welch, 1999).

Design

I dette prosjektet har jeg brukt beskrivende design, kvalitativ metode med dybdeintervju. En fenomenologisk deskriptiv studie som viser erfaringer fra seks sykepleiere fra kirurgisk divisjon på et norsk sykehus. Det er Giorgis deskriptiv fenomenologisk forskningsmetode som ble anvendt.

Utvalg

Forskerfeltet mitt var en kirurgisk divisjon på et sykehus i Norge. Jeg valgte å intervju seks sykepleiere. Under studien vurderte jeg å intervju flere eller færre sykepleiere avhengig av hvor mye ny kunnskap jeg fikk (Malterud, 2011). Både menn og kvinner kunne være med på studien, men det endte opp med kvinner på grunn av mangel på mannlige sykepleiere. Det eneste kravet jeg stilte til sykepleierne var at de hadde minst to års erfaring i å pleie pasienter med kreft i palliativ fase. Sykepleierne var kontaktet gjennom sine avdelingsledere grunnet at det var praksisen på avdelingen.

Disse sykepleierne jobber på forskjellige avdelinger på kirurgisk divisjon. Det de har til felles er at de har pasienter med kreft i palliativ fase på sine avdelinger, i tillegg til elektive (planlagte) og akutte innleggelser. På disse kirurgiske avdelinger er det få eller ingen sykepleiere med spesialkompetanse. Med spesialkompetanse mener jeg at de ikke har videreutdanning innen kreft- eller palliativ omsorg.

Innsamling av data

I denne forskningsprosessen ble kvalitativ metode med dybde intervju brukt. Intervjuene var avtalt på forhånd og pågikk på et uforstyrret rom. Intervjuene ble tatt opp på diktafon. Sykepleiere hadde ikke fått spørsmålene til intervjuet på forhånd, men de fikk utlevert forespørsel til deltagelse med informasjon hva studien gikk på. Varighet på intervjuene varierte fra 35 til 70 minutter.

Forskningsetiske overveielser

I denne studien var det ikke nødvendig å melde prosjektet verken til NSD(Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste eller REK(Regional Etisk komite). NSD vurderte prosjektet som ikke meldepliktig. Sykehuset der studiet fant stedet har også gitt sin tillatelse. Ingen personlige opplysninger var registrert på informantene, og det var heller ikke registrert hvilken avdeling eller hvilket sykehus de jobber på. Informantene i studien blir kalt for sykepleier eller sykepleiere. Forespørselen som sykepleierne fikk før intervjuet inneholdt opplysninger om studie og informasjon om informantens rettigheter. Frivillig samtykkeerklæringen ble hentet inn ved begynnelsen av studien. Informantene fikk med seg den signerte, mens jeg fikk det muntlig. Grunnen til at jeg kun fikk det muntlig er at jeg ikke skal ha navn på sykepleierne.

Analyse

I denne studien har jeg brukt deskriptiv analyse av fenomener, Giorgis fenomenologiske analyse. Formålet med denne type analyse er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase. Forskeren leter etter essenser ved de fenomenene som studeres. Målet er å sette forskerens egen forståelse i parentes i møte med fenomenet som studeres. Etter å ha transkribert intervjuene ord for ord, har jeg ifølge Giorgis fenomenologiske analyse bearbeidet data i fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere

meningsdannende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011).

I trinn en *Sense of the Whole* har jeg lest gjennom alle intervjuene for å få et *helhetsinntrykk* (Giorgi, 1985, 2012).

I trinn to *Discrimination of Meaning Units Within a Psychological Perspective and Focused on the Phenomenon Being Researched* har jeg gått tilbake til teksten, lest systematisk gjennom og laget meningsdannede enheter (Giorgi, 1985, 2012).

I trinn tre *Transformation of Subject`s Everyday Expressions into Psychological Language with Emphasis on the Phenomenon Being Investigated*, har jeg transformert meningsbærende enheter til mer abstrakt språk. Jeg beholdt jeg-form i teksten for å minne meg selv på at jeg presenterer informantens mening (Giorgi, 1985, 2012).

I trinn fire *Synthesis of Transformed Meaning Units into a Consistent Statement of the Structure of Learning* har jeg kommet fram til temaene ut i fra fellestrekk på meningsbærende enheter. Her brukte jeg tredjepersonform, for forskers rolle her er å være gjenforteller. Det er det fjerde trinnet som er presentert i funndelen (Giorgi, 1985, 2012).

Sette inn tabell 1 her

Funn

Etter å ha gjennomført analysen etter Giorgis fenomenologiske analyse, blir funnene i denne artikkelen presentert i 3 tema: Idealet kontra realiteten, Janus ansikt, å være container for den døende pasienten. Informantene kaller jeg for sykepleier eller sykepleierne.

Idealet kontra realiteten

I møte mellom sykepleier og pasienter med kreft i palliative fase var sykepleierne opptatt av å se pasienten som en helhet med psykiske, fysiske, åndelige og eksistensielle behov, ikke bare som en diagnose. Sykepleierne snakket mye om tidsbegrensning, og det var vanskelig å bruke god tid inne hos pasienter med kreft når de viste at de også hadde ansvar for andre pasienter, blant annet nyopererte. En sykepleier sier:

«I møte med kreftpasienter, for det første så er det tid og det er noe man ofte føler at en mangler i travel kirurgisk hverdag. Tid synes jeg er viktig, og det er det rett og slett for å vise pasientene at jeg ser dem, at jeg ser dem og høre dem, og at jeg bryr meg hvordan de har det, ikke bare fullfart, her er medisinene dine inn og ut. Men kunne ha tid til å sette seg ned 10 minutter en gang i blant, og kanskje bare noen få minutter om gangen også. Men det er det å ha mulighet å sette seg ned i det hele tatt på rommet, ikke hele tiden bare stå der og trippe.»

Sykepleieren var opptatt av å ha god tid for å kunne vise pasienten at hun ser ham, hører ham og bryr seg om ham. Den gode sykepleien skal ikke bare handle om å levere medisinene på nattbordet og gå ut av rommet, men å ha noen minutter til overs for å sette seg ned med pasientene og snakke. En av de andre sykepleiere fortalte at på en kirurgisk avdeling er det vanskelig å gi pasienten tid. Sykepleiere har ansvar for forskjellige pasientgrupper og er bemannet kun som en kirurgisk avdeling ikke som en kreftavdeling.

Flere av sykepleierne mente at det er det organisatoriske på sykehuset gjør at sykepleiere opplever at de ikke kan gi pasienten den omsorg de trenger. Sykepleierne opplevde at de hadde tidspress på seg, og rakk ikke å være to plasser på en gang. De sa at det å måtte ha ansvar for et femmannsrom med blant annet nyopererte i tillegg til pasienten med kreft i palliativ fase, er veldig utfordrende fordi en må jobbe i forskjellig tempo. I tillegg sa flere av

sykepleierne at de vektla mye tid på samhandling med kommunen etter den nye samhandlingsreformen. En sykepleier sier følgende om dette:

«Det er en ting jeg skulle ønske å minske på for å frigjort meg til for å nettopp være i den mellommenneskelige prosessen. Ikke bare bon gass delen, full fart tabletter, mat, inn ut inn ut, skrive rapport snakke med kommunen, hjem.(...)

Så ser vi ofte at det er en del av jobben, men jeg synes det stjeler mye tid i forhold at du kunne hatt mye tid sammen med pasienten, ansikt til ansikt.»

Flere av sykepleiere fortalte at det er alt for få av fagstaben på kirurgisk avdeling som har spesialkompetanse i kreftomsorg. Sykepleierne mente at avdelingen burde styrkes med spesialkompetanse i form av videreutdanning i kreft- eller palliativsykepleie.

På grunn av høyt tempo på jobb får sykepleiere ofte dårlig samvittighet hvis det er rolig på avdelingen og de prøver å ta vare på seg selv og sette seg ned til å hente seg inn. En sykepleier sier:

«Det er også en balansegang, når det er rolig, hvem det er viktigst å ta vare på, er det deg selv eller er det kreftpasienten der inne. Nå har det vært slik at vi har verken spist eller gått på toalettet. »

Janus` ansikt

Det oppleves som krevende å skulle til en hver tid, forholde seg til ulike pasient grupper. Den nyopererte skal raskt i gang med rehabiliteringen, mens den palliative pasienten ikke skal rehabiliteres. En sykepleier sier:

«Du føler deg så ofte som Janusansiktet, to ulike ansikter, ett for å lindre, også må du oppføre deg på en helt annen måte hos en nyoperertpasient. (...) det er ofte psyken jeg føler sliter mest på, så får du stiv nakke vondt i hodet, for du blir mentalt sliten av det.

Får dårlig samvittighet for jeg må være bestemt med den nyopererte som, like så mye smerter som den palliative pasienten har. »

Sykepleieren snakker mye om omstillinger. Omstillinger mellom kirurgiske pasienter og pasienter med kreft i palliativ fase. Er du inne hos en pasient som er nyoperert og vil bli skrevet ut med god prognose eller er du inne hos en palliativ pasient som har begrenset levetid? Det er veldig vanskelig for sykepleieren å vite hvilken pasientgruppe som skal prioriteres. En sykepleier sier følgende:

«du skal være mange plasser på en gang, og ha mange forskjellige typer pasienter å ta deg av. Og at du hele veien skal være obs på hvor jeg er nå, kan ikke oppføre meg likt som med den som med den. (...)Du må omstille deg hele veien.»

Denne omstillingen er svært krevende og utfordrende for sykepleieren, og en må ofte ta seg i sammen for å ikke gå ut av den profesjonelle rollen. Sykepleierne er klar over at begge pasientgruppene kan ha for eksempel samme opplevelse av smerter og angst relatert til sin behandling. Likevel kan det bli vanskelig å ikke legge vekt på at den ene pasienten er døende mens den andre mest sannsynlig vil bli helt frisk.

Sykepleierne sier det er viktig å være forberedt psykisk når hun går fra den ene pasienten til den andre, en må innstille seg, nullstille seg, senke skuldrene for å klare å komme seg fra den ene rommet med fortvilelse til den andre rommet med ros og oppmuntring.

Å være «container» for den døende pasienten

En sykepleier sier:

«Å føle seg liten som ikke vil ha mor eller far vel, for du ikke behandler for du må jo behandle, føle deg liten, du må bare stå der å ta imot. Du må bare tenke at du har «containerfunksjon» og må bare stå der, og det er ikke deg de er sinte på, det er bare

situasjonen. Jeg prøver å si til meg selv at jeg skal ikke ta det personlig, for jeg er bare tilfeldigvis til stede.»

Sykepleieren sa at når hun har hatt ansvar for en pasient over lengre tid og hun til slutt ser at pasienten kommer til å dø, opplever sykepleieren maktesløshet og hjelpeløshet. Dette er en påkjenning både psykisk og mentalt. Sykepleieren skal ikke bare tilfredsstille de fysiske behov, men også de psykiske og eksistensielle behovene.

Av og til velger noen av sykepleierne å distansere seg fra pasienter og pårørende for å kunne klare seg videre i jobben. En sykepleier sier:

«Jeg kjenner at av og til må du ta distanse til det, for du kommer ikke til å klare til å ta inn alt. Jeg tar de med meg hjem av og til, så klarer jeg å legge det vekk.»

Å vite at pasienten kommer til å dø, takler sykepleierne på forskjellige måter. Alle synes det er tungt og tøft. Den ene sykepleieren sier noe om at det er viktig å ta seg sammen og tenke på sin rolle som sykepleier. Det er trist at pasienten skal dø, men en kan ikke gå rundt å tenke på det, en må prøve å gjøre det beste ut av det. Sykepleierne fungerer som «container» for pasienten, og må prøve å få ham til å leve det livet som er igjen på best mulig måte. En sykepleier sier:

«Det er mye som kan være trist, men alt er aldri trist samtidig. Det finnes alltid noe i situasjonen som er positivt. Hos noen er det kanskje *så* mye, og hos noen er det kanskje ikke så mye, men det er alltid noe som en kan ta tak i og jobbe med.»

Sykepleierne har også lært mye av jobben sin, og på samme måte som de har innvirkning på pasientens liv har pasienten også innvirkning på deres liv. En sykepleier sier:

«En glede ved livet, at du har det bra, at du må være glad i det livet du har, for du har sett så mye sorg. Lære faktisk å leve dagen og bruke dagen og lære dagen, rett og slett carpe diem, grip dagen for du vet aldri hva som skjer i morgen. Det har jeg lært.»

Diskusjon

Aristoteles:

«Each person seems to be his understanding, if he is his controlling and better element. It would be absurd, then, if he were to choose not his own life, but something else`s. » (Shafer-Landau, 2011, s. 681).

Idealet kontra realiteten

Kari Martinsen er opptatt av tid om rom. Når Kari Martinsen snakker om tid, snakker hun om to typer tid. Klokketiden og fellestiden. Klokketiden er den tiden sykepleier har til disposisjon inn hos pasienten, og fellestiden menes den måten sykepleieren disponerer tiden sin i samværet med pasienten (Martinsen, 2012). I pleie av kreftpasienter i palliativ fase, trenger man ofte mer fellestid enn i pleien av kirurgiske pasienter. For å føle at en har gitt god sykepleie og at pasienten og pårørende er tilfreds, blir sykepleieren nødt til å trosse klokketiden og ha mer fokus på fellestiden (Johansson & Lindahl, 2012).

Når en snakker om fellestiden mellom sykepleieren og pasienten er det viktig at sykepleieren bruker den rett fra første stund. Det øyeblikket sykepleier og pasient treffes vil være avgjørende for hvordan det første innledende møte vil bli. Det er viktig at sykepleieren er imøtekommende og at pasienten føler seg ivaretatt. Flere sykepleiere sier at det var viktig for dem at pasienten følte seg ivaretatt. Sykepleierne var veldig opptatt av ivaretagelse av pasienter med kreft i palliativ fase.

Travelbee(2005) snakker om menneske- til- menneske forhold. Et av aspektene i menneske- til- menneske forholdet er det innledende møtet. Det er det første møte mellom pasienten og sykepleieren. Det er viktig for sykepleierne at de presiserer at de ikke bare ønsker å gjøre «det som må gjøres», men at de ønsker å ha mer tid til blant annet å sette seg ned og snakke med pasienten. En annen viktighet er å vise empati og forståelse for pasientens situasjon, og på den måten prøve å hjelpe pasienten videre med hans bekymringer (Martinsen & Kjær, 2012; Travelbee, 2005).

Corner(2003) sier at sykepleierkjernen i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase er for det første å tilby emosjonell og praktisk støtte til både pasient og pårørende. Deretter å ta seg av den medisinske behandlingen i form av symptomlindring.

Sykepleierne opplever også at samhandlingsreformen har medført at det kliniske arbeidet blir satt mer i skyggen, for en må bruke mer tid på samhandling mellom kommuner og sykehuset (Helse- Og Omsorgsdepartement, 2010-2011).

Før hadde sykepleien mer fokus på den kliniske kompetanse, men dette har forandret seg med tiden. Det stilles mer og mer krav til en dobbelkompetanse i form av den kliniske og den organisatoriske kompetansen. Den kliniske kompetanse vil si å yte direkte omsorg til pasienten, mens den organisatoriske kompetanse stiller krav til blant annet at sykepleieren må samarbeide tverrfaglig, lede og koordinerer pasientrettede aktiviteter, koordinere sykepleier i team, ha organisatorisk innsikt og være ressursbevisst. Det er denne organisatoriske sykepleien som vil vokse mer og mer fram i tiden, og trekke sykepleieren ifra den kliniske kompetanse med direkte pasientomsorg (Orvik, 2012).

Janus` ansikt

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere(2011) sies det at grunnlaget for sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbaserte.

Det er akkurat denne grunnleggende sykepleien som er utfordrende for sykepleiere i pleie av pasienter på en kirurgisk avdeling. Sykepleierne må vise respekt for flere forskjellige pasientgrupper i forskjellige livsfaser.

Den ene gruppen er pasienter som blant annet er nyopererte, og de har i de fleste tilfeller god prognose. Den andre gruppen er pasienter med kreft i palliativ fase med dårlig prognose.

Behovene til pasientgruppene er ulike på en side, men på en annen side er de også like. De forskjellige pasientene har for eksempel smerteopplevelse, og kan ha bekymringer rettet til sin egen situasjon og behandling. Dette er utfordrende for sykepleieren. Som sykepleier på en kirurgisk avdeling har en ikke tilrettelagt nok resurser for å kunne gi alle pasientene god nok pleie. En må prioritere å velge der en tror behovet er størst her og nå, og prøve å rekke det «nest viktigste» etterpå (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sykepleierne treffer ofte på mange dilemma, blant annet om hvem en skal prioritere først.

Sykepleierne fortalte at de ofte prioriterte pasienter med kreft i palliativ fase med kort forventet levetid. I den travle hverdagen der klokketiden er styrende slet sykepleierne med å forholde seg profesjonelt til for eksempel den nyopererte pasienten. Sykepleieren følte seg inn i mellom utfordret til å si rett ut til operasjonspasienten at han har ingen grunn til å klage for han kommer til å leve. Men den profesjonelle sykepleieren vant over den menneskelige sykepleieren. Sykepleierne var klar over at den grunnleggende sykepleien er å vise respekt for pasienten, møte han der og da uansett forhold, og ha respekt for den iboende verdighet (Mohan, et al., 2005; Norsk Sykepleierforbund, 2011; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Det å finne en god balanse, en god måte å kunne ta seg av så forskjellige pasientgrupper på samme tid er en stor utfordring. De forskjellige pasientgruppene har sine egne individuelle eksistensielle utfordringer, og kan ha like mye behov for støtte. Det gjør at sykepleieren ender opp med dårlig samvittighet når hun må velge den ene fram for den andre. For sykepleieren har i bakhode den pasientgruppen som må vente (Johansson & Lindahl, 2012; Martinsen & Kjær, 2012).

Det er viktig å si at sykepleierne er opptatt av å gi individuelt tilpasset omsorg uavhengig av om pasienten er operert eller med kreft i palliativ fase. Sykepleieren er der og stiller opp for den pasienten hun er hos der og da, byr på seg selv slik at pasienten kan føle seg ivaretatt. På denne måten kan sykepleieren hjelpe pasienten videre med hans bekymringer (Ferrell & Coyle, 2010; Johansson & Lindahl, 2012; Travelbee, 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Å være «container» for den døende pasienten

Å jobbe med pasienter med kreft i palliativ fase er en belastning for sykepleieren. For å kunne klare jobben er det viktig at sykepleieren finner en balanse mellom nærhet og distanse (Benner & Wrubel, 2003). I mange tilfeller der pasienten sliter med sine eksistensielle behov, kan sykepleier ha en «containerrolle» overfor pasienten. Pasientens bekymringer projiseres til sykepleieren, og sykepleieren skal med sin faglige forståelse og erfaringer hjelpe pasienten i bearbeidelsesprosessen med respons. Det er en respons som skal berolige pasienten og pårørende, hjelpe dem videre (Bion, 1994; Ramvi, 2010). Empati er et viktig aspekt her. Sykepleieren må tillate seg selv å leve seg inn i pasientens psykiske tilstand, og forstå betydning av den. På den måten kan hun hjelpe pasienten å bearbeide sine bekymringer og komme nærmere sine pårørende (Qvarnström, 1982).

Udo, et al.(2013) snakker om to grupper sykepleiere i sin forskning. I pleie av kreftpasienter i palliativ fase på en kirurgisk avdeling, sier hun at noen sykepleiere har valgt å ha fokus på den medisinske behandlingen. På den måten distanserer de seg fra pasienten og de eksistensielle behovene pasienten kan ha. Disse sykepleierne var opptatt av symptomlindring og mente at de eksistensielle behovene må ivaretas når pas er utskrevet fra sykehuset.

Den andre sykepleiergruppen var opptatt av å se pasienten som helhet og hadde fokus på de eksistensielle behovene. Denne sykepleiergruppen var mer involvert i pasienten og hans pårørende, og brukte mer tid til å hjelpe pasienten med sine bekymringer. Udo, et al.(2013) sier at disse sykepleierne hadde det vanskeligere, og de hadde ofte behov for å snakke om jobben hjemme. I tillegg satte disse sykepleierne mer pris på sitt eget liv og det som var viktig i livet. Livet ble satt i perspektiv (Udo, et al., 2013).

Metodiske overveielser

Det var anbefalt av NSD at informantene samtykket direkte til studenten, slik at ledelsen ikke fikk vite hvem som var informanter i prosjektet. Til tross for dette ble informantene rekruttert gjennom sin avdelingsleder fordi dette var praksisen på dette sykehuset. Avdelingslederne valgte ut de sykepleiere de mente hadde interesse for fagfeltet. Ulempen med dette kan være at noen av informantene ikke var åpne nok under intervjuet grunnet lojalitetsfølelse til sin arbeidsplass. Det å vite at avdelingslederen visste at de ble intervjuet skapte litt uro hos noen av sykepleierne, slik at de var påpasselige hvordan de svarte på spørsmålene. Fordelen med at avdelingslederne valgte informanter er at det er sykepleiere en vet har interesse for og erfaringer med fagfeltet, som bidrar til en rikere datasamling.

Mine utfordringer som forsker var at jeg forsket på et felt jeg har kjennskap til. Jeg jobber selv på sykehuset på en kirurgisk avdeling, og jeg har blant annet ansvar for pasienter med kreft i palliativ fase. Dette kan ha ført til feiltolking av dataene. Det er fare for at jeg har

tolket data ut i fra mine egne erfaringer. På den andre siden har jeg forståelse for fagfeltet, og min erfaring har gjort det lettere for meg å forstå utfordringer informantene fortalte om.

Giorgis fenomenologiske analyse er en analyse der en skal utvikle kunnskap om informantens erfaringer. Forskeren leter etter fenomener og essenser ved å sette sin egen forforståelse i parentes. Dette har jeg gjort ved hjelp av analysen. I siste trinn av analysen blir det brukt tredjepersons form for informantenes utsagn, og på den måten var det lettere for meg som forsker å bli minnet på at min rolle er å gjenfortelle (Giorgi, 1985, 2012).

Ulempen med metoden kan være at en ikke kan gå tilbake til informantene for å validere funnene. Ved å gå tilbake til informantene kunne jeg risikert at de endrer sine utsagn. Dette ville ha innvirkning i analyseprosessen.

Jeg har selv transkribert alle intervjuene og analysene. Det kan styrke studiens troverdighet, for under denne prosessen har jeg fått god kjennskap til datamaterialet. Funnene er også i samspill med tidligere forskning.

Konklusjon

Hensikt med denne studien var å få mer kunnskap om sykepleiererfaringer og utfordringer i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på kirurgisk avdeling på et norsk sykehus.

Følgende problemstilling ble forsøkt besvart: Hvilke faglige og eksistensielle utfordringer opplever sykepleiere på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på et norsk sykehus?

Funnene uthever at sykepleiere har lite tid til disposisjon til å ta seg av pasienter med kreft i palliativ fase på en kirurgisk avdeling. Utfordringer er at sykepleierne har ansvar for flere pasienter med svært ulike behov.

Å stå så tett mellom livet og døden gjør noe med sykepleierne. De kommer veldig tett innpå pasienten og kan sier å ha en «containerrolle». Når sykepleieren hjelper pasienten i bearbeidelsesprosessen av sine bekymringer, må hun finne en balanse mellom nærhet og distanse både for sin egen del og for pasientens del. Om ikke sykepleieren klarer å finne en god balanse mellom nærhet og distanse, setter det den profesjonelle sykepleierrollen i fare.

For å bevare sin profesjonalitet er det viktig at sykepleiere får mulighet til faglig veiledning og refleksjon over faglige og eksistensielle utfordringer. På denne måten kan en ta opp vanskelige problemstillinger fra sin arbeidssituasjon. Dette kan hjelpe sykepleiere å få en mental trygghet og personlig bevisstgjøring på hva de selv vil ha som sitt verdigrunnlag, og hvordan en best kan samhandle med pasient og pårørende.

Det som også kan hjelpe sykepleie å forbli profesjonelle er regelmessig debrifing. Da kan sykepleiere «tømme» seg etter å ha vært i en utfordrende situasjon med pasienten. Hvis sykepleiere skal kunne fortsette å ha «containerrollen» må ikke denne blir «overfylt». Da risikerer sykepleiere og miste sin profesjonelle rolle, bli overinvolvert i pasientens sak og bli utbrent i jobben. De dagene sykepleierne hadde det tøft kunne en slik debrifing legges til rette for hver dag før arbeidsdagen er slutt. Det ville ikke være nødvendig med så mye tid, hvis dette skjedde så ofte som hver dag, 15 minutter daglig. Ellers kunne en satt av fast, en dag i uken til debrifing på avdelingen.

Det må gjøres mer forskning innen dette fagfeltet. For om pasienten skal bli godt ivaretatt må også sykepleieren ivaretas.

Tabell 1. Praktisk eksempel på analyseprosessen

TRINN 2: MENNINGSDANNENDE ENHETER	TRINN 2: TRANSFORMERIN TIL ABSTRAKT SPRÅK	TRINN 3: FELLES- TREKK
<p>Du føler deg så ofte som Janusansiktet, der du har to ulikeansikter, et for å lindre, også må du oppføre deg på en helt annen måte hos en nyoperert pasient. Veldig Janusaktig, du skifter roller hele veien. Det tar på psyken det også, det er ofte psyken jeg føler sliter mest på, så får du stiv nakke vondt i hodet, for du blir mentalt sliten av det. Får dårlig samvittighet for jeg må være bestemt nyopererte som kanskje har like så mye smerter som den palliative pasienten har så er det å tilfredsstill sine smerter. Så det er også en problemstilling du treffer på hele veien</p>	<p>Jeg føler at jeg tar på meg et Janus` ansikt når jeg går mellom pasienten som er blitt operert og pasienten med kreft. Det kan være utfordrende å behandle den pasienten som er blitt operert på lik linjen med den pasienten i palliativ fase, for en kan fort tenke at den pasienten som er blitt operert har ingen grunn å klage for han skal jo ikke dø. Dette tar på psykisk og gjør at jeg blir sliten mentalt.</p>	<p>Janus` ansikt</p>
<p>Men det er omstillinger sikkert som er mest slitsomme tror jeg, at du skal være mange plasser på en gang, og ha mange forskjellige typer pasienter å ta deg av. Og at du hele veien skal være obs på hvor jeg er henne nå, kan ikke oppføre meg likt som med den som med den. Men det er jo alltid, men det er litt spes med de som er alvorlig syke, det er jo det. Før jeg gikk inn » puste ut med magen» også gikk jeg inn og viste ikke at jeg hadde det travelt. Du må omstille deg helse veien</p>	<p>Jeg skal være mange plasser på samme tid og den omstillingen fra pasienten som er blitt operert til pasienten med kreft kan være veldig slitsom. Jeg må være beviste på hvilken pasient jeg forholde meg til for jeg kan ikke oppføre meg likt hos alle, jeg må være rolig når jeg gå inn til pasienten med kreft og ikke vise at jeg har de travelt.</p>	
<p>Jeg hadde en dårlig pas også hadde jeg en ganske så friske pas på et fem mans rom som bare klagde, ingen ting var bra nok og legen kom aldri tids nok, da var jeg ganske nærme med å si , vet du hva det er ikke bare du som er her, men det er jo litt uproft og heldigvis så klarte jeg å bite det inni meg . Men det er den gangen jeg har kjent at det var mest vanskelig og det var for at denne pas son var veldig dårlig var en som har vært mye hos oss, inn og ut og egentlig blitt gradvis dårligere og dårligere og denne gangen kjempe dårlige og neste ikke til å kjenne igjen, vist at pas ikke kommer til å bli utskreven fra oss levende, for å si det på den måten og da, det var veldig trist. Selv om du hadde sett de siste månedene at det kanskje går denne veien men likevel så er det noe med det, faktisk få det bekreftet og se det, se faktisk hvordan det står til , så det var veldig trist og da da det var den sytepaven lå på fem mans rom og klagde for ingen ting følte det ut som da, det var veldig utfordrende, men heldigvis så holdte jeg inn i meg og det er jeg glad for etterpå, hadde følt veldig mye på det hvis jeg ikke hadde klart det. Men der og da hadde jeg mest lyst for å si klapp igjen.</p>	<p>Det kan være veldig utfordrende å ta seg av en døende pasient i palliativ fase og en pasient som er nyoperert. En kan tenke seg at en operasjons pasient har ingen grunn til å klage og spør etter smerte stillende i forhold til en pasient med kreft i palliative fase som kommer til å dø. Da kan en være på grensen til å være uprofesjonell, det tar på tålmodigheten for en vet at pasienten som er blitt operert kommer til å leve mens pasienten med kreft i palliativ fase kommer til å dø.</p>	

Referanser

- Benner, P. & Wrubel, J. (2003). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Corner, J. (2003). Nursing management in palliative care *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 83-90. doi: 10.1016/S1462-3889(02)00052-2
- Dalland, O. (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). *Oxford textbook of palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research: Essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. [Article]. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3-12. doi: 10.1163/156916212X632934
- Helse- Og Omsorgsdepartement. (2010-2011). *Prop. 91 l(2010–2011)proposisjon til stortinget (forslag til lovvedtak) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.M. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Bergen: Fagforlaget Lastet ned fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet Lastet ned fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf>.

- Johansson, K. & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms - moving between life and death: Nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. [Article]. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x
- Kaasa, S. (2011). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregister. (2012) Lastet ned 2012.10.05, fra <http://www.kreftregisteret.no/>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Mohan, S., Wilkes, L. M., Ogunsiyi, O. & Walker, A. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: The nurse experience. [Article]. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 256-263. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00566.x
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiskeretningslinjer for sykepleiere
- Polifroni, E. C. & Welch, M. (1999). *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- Qvarnström, U. (1982). *På dødsleiet: Tanker og opplevelser*. [Oslo]: Tiden.
- Ramvi, E. (2010). *Læring av erfaring?: Et psykoanalytisk blikk på læreres læring* (vol. 4). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Shafer-Landau, R. (2011). *Ethical theory: An anthology*. Malden, Mass.: Blackwell.
- Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Udo, C., Danielson, E. & Melin-Johansson, C. (2013). Existential issues among nurses in surgical care - a hermeneutical study of critical incidents. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 569-577. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06032.x

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. [Article]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x

DEL II

Kappe

Sammendrag

Bakgrunn: Palliativ omsorg er et relativt nytt begrep i det norske helsevesenet, og det jobbes fortsatt med innføring av god palliativ behandling på norske sykehus. Kreftregisteret opplyser at tallet på pasienter med en kreftdiagnose stiger for hvert år. Dette gjør at behovet for helsepersonell som jobber med pasienter i palliativ fase vil øke.

Hensikt: Hensikt med studien er å få mer kunnskap om sykepleierens utfordringer og erfaringer i pleie av pasienter med kreftsykdom i palliativ fase på en kirurgisk avdeling på et norsk sykehus.

Metode: En fenomenologisk kvalitativ studie med dybdeintervju. Seks sykepleiere er blitt intervjuet med åpne spørsmål. Forskningsfeltet er kirurgiske avdelinger på et norsk sykehus der sykepleiere ikke har spesialkompetanse eller videreutdanning i kreftomsorg. Analysen har tatt utgangspunkt i Giorgis fenomenologisk analyse.

Funn: Under analyseprosessen kom følgende tema fram: Idealet kontra realiteten, Janus ansikt, å være container for den døende pasienten og til sist arbeidsmiljø og kollegastøtte.

Konklusjon: Studien har vist at det å pleie pasienter med kort forventet levetid på en kirurgisk avdeling er belastende, og kan i perioder være svært krevende for den profesjonelle sykepleier. For at den profesjonelle sykepleier skal kunne gi verdig pleie til pasienter med kreft, burde den profesjonelle også ivaretas i form av fagligveiledning, refleksjon og debriefing.

Nøkkelord: Giorgis fenomenologi, palliativ omsorg, kirurgisk sykepleier, eksistensielle utfordringer

”Å legge til rette for god død, å legge til rette for god døds kvalitet ” Per Fugelli- fra et foredrag på Sola kulturhuset i 2012.

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreftregisteret opplyser at det er 28271 nordmenn som har fått kreft i 2010. 53 % av disse var menn og 47 % var kvinner. De fem vanligste kreftformene i synkende rekkefølge er prostata-, lunge-, tykktarms-, blære- og hudkreft for menn, og bryst-, lunge-, tykktarms-, føfleks og livmorkreft for kvinner (Kreftregister, 2012).

Tallet på den eldre befolkning i Norge stiger mer og mer for hvert år. Dette kan føre til større behov for helsepersonell med kompetanse og erfaring i kreftbehandling og palliasjon. Det er betydningsfullt at pasienten får god pleie og medisinsk hjelp fra den profesjonelle. For at den profesjonelle skal kunne gi en verdig pleie til pasienten, må også den profesjonelle ivaretas. Det å pleie pasienter med kort forventet levetid er veldig belastende, og kan i perioder være svært krevende for den profesjonelle (Kaasa, 2011).

Jeg jobber selv på en kirurgisk avdeling der pasientgruppen er sammensatt av pasienter som kommer inn som ø-hjelp og pasienter som kommer inn til planlagte operasjoner. De siste årene har vi oftere og oftere opplevd at pasienter med kreft i palliativ fase ofte blir liggende hos oss over lengre tid, og ofte helt til slutten av livet. Tallet på mennesker som er rammet av kreft øker for hvert år (Kreftregisteret, 2012). Dette gjør at kreftavdelingene ikke har kapasitet til å pleie alle pasienter med en kreftdiagnose på sine avdelinger. På sykehuset forskningen er utført er det utarbeidet retningslinjer som sier at pasienter med kreft som har avsluttet tumorrettet behandling på kreftavdelingen skal høre til moderavdelingen, i dette tilfellet kirurgiske avdelinger. På grunn av dette vil mange pasienter med kreft i palliativ fase bli innlagt på kirurgisk avdeling istedenfor på kreftavdeling.

1.2 Studiens hensikt eller formål

Hensikt med denne studien er å få mer kunnskap om sykepleier utfordringer og erfaringer i pleie av pasienter med kreftsykdom i palliativ fase på en kirurgisk avdeling på det norske sykehuset.

1.3 Problemstilling

Problemstilling:

Hvilke faglige og eksistensielle utfordringer opplever sykepleiere på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på et norsk sykehus?

1.4 Tidligere forskning på området

Palliativ omsorg er et relativt nytt begrep i det norske helsevesenet, og det jobbes fortsatt med innføring av god palliativ behandling på norske sykehus. De siste årene er det blitt satt mye fokus på palliativ omsorg og behandling. Mennesker med kreftsykdom blir mer synlige, og en tenker at de fortjener å få en verdig avslutning på livet. Forskingen har begynt å rette øynene mot denne pasientgruppen (Kaasa, 2011). Det meste av forskningen er pasientrettet, men det er lite som er rettet mot sykepleiere og deres erfaringer og utfordringer når de jobber med pasienter i palliativ fase.

Etter å ha gjort et systematisk søk i databaser som Academic Search Elite, AMED, Cinahl, Medline, Svemed og helsebiblioteket kommer det fram at når det gjelder forskningen relatert til sykepleiererfaringer med pasienter med kreft i palliativ fase, har det meste av forskningen omtalt sykepleier med videreutdanning innen kreftomsorg eller palliasjon. Denne studien har derfor satt som kriterium at sykepleiere ikke skal ha gjennomført videreutdanning. Jeg har søkt spesielt etter det ved hjelp av følgende søkeord: palliative care, hospital nursing, nursing experience, terminal care, challenges, nursing needs, acute care nurse, surgery nurse, existential issues.

Mye av denne forskningen er utført i blant annet Canada, Australia, USA, England, Sverige men ikke i Norge. Derfor er det viktig å gjøre en studie i Norge også, for å bli oppmerksom på sykepleiernes utfordringer i behandling av pasienter med kreft i palliativ fase.

Udo, et al. (2013) har utført en av de få studien, som har sett på eksistensielle utfordringene som sykepleiere på kirurgiske avdelingene kan ha i pleie med pasienter med kreft. Det er en kvalitativ hermeneutisk studie der sykepleierne er blitt intervjuet etter å ha måtte hjelpe pasienter med kreft med deres eksistensielle behov. Sykepleierne skilte seg i to grupper, den ene gruppen var sykepleier som hadde fokus på den medisinske behandlingen, og den andre gruppen hadde fokus på de eksistensielle behovene. For begge gruppene var det utfordrende når pasienten stilte spørsmålet om livet og døden, og hvor lenge en hadde igjen å leve. Ikke alle sykepleiere visste hvordan de skulle forholde seg til disse pasientene. Mange sykepleiere følte seg veldig usikre på hvordan de kunne hjelpe pasientene med de eksistensielle behovene, og mangel på erfaring gjorde at sykepleierne lette etter en god oppskrift på å

oppfylle pasientenes behov. Noen av sykepleierne fortalte også at det å sette seg ned og snakke med pasienten kunne føre til at de ble personlig involvert i pasientenes situasjon, og dette opplevdes som vanskelig når sykepleieren skulle være profesjonell. Noen av sykepleierne tok også jobben med seg hjem og hadde ofte behov for å diskutere pasientens situasjon men sin egen familie (Udo, et al., 2013).

Corner (2003) har i sin studie sett på spesial- eller kreftsykepleiere som jobber med pasienter med kreft i palliativ fase. Corner (2003) sier at det er mange funksjoner som disse har i sykepleieutøvelsen. Spesial- eller kreftsykepleiere har en veldig involverende rolle. De skal støtte pasienten og pårørende emosjonelt, hjelpe pasienten med den praktiske bistanden i dagliglivet, koordinere med primærhelsetjenesten, gi pasienten den grad av omsorg han/hun trenger akkurat i den sykdoms fase han/hun er i til enhver tid, lindre symptomene og involvere andre yrkesgrupper. Dette gjør at sykepleieren blir involvert i pasientens liv, og noen ganger kan det være umulig å ikke bli emosjonelt involvert (Corner, 2003).

Mohan, et al. (2005) utførte en kvalitativ studie av 24 sykepleiere uten spesialkompetanse som jobber med palliative pasienter på vanlige sykehusavdelinger. Sykepleierne var følelsesmessig involverte, og det å ha lite tid til pasientene gjorde at de var stresset på arbeid. Mohan, et al. (2005) fant ut at det er seks faktorer som gjør at det kan være vanskelig å jobbe med kreftpasienten. Disse faktorene påvirker sykepleieren psykisk, og gir de følelse av utilstrekkelighet i pasientbehandlingen. De seks faktorene er: å gi emosjonell støtte til pasienten og pårørende, følelse av lite tid til å ta seg av pasienten, og følelse av lite kunnskap om behandlingen, omgivelsene til pasientene og å jobbe med pasienten som benekter sin diagnose (Mohan, et al., 2005).

Johanssen, et al. (2011) og Wallerstedt, et al. (2007) har gjort kvalitative studier på svensk sykehus med fokus på sykepleier uten spesialkompetanse. De kom fram til felles konklusjon, at det å jobbe med palliative pasienter er veldig krevende og involverende. Sykepleierne føler seg forpliktet til å være en del av pasientens siste livsfase på best mulig måte, selv om dette er veldig stressende. Johannessen & Lindahl (2012) sier også at det er viktig at det forskes videre på sykepleiernes erfaringer, for det kan bidra til bedre pasientbehandling (Johansson & Lindahl, 2012; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Wallerstadt, et al. (2007) sier at sykepleiere uten spesialkompetanse er veldig ambisiøse i utøvelse av palliativ omsorg. De er der for pasienten, og gjør det de kan for at pasienten skal få en god avslutning på livet, selv om dette er en stor påkjenning psykisk, og har innvirkning i både arbeidslivet og privatlivet. Mye ansvar, mangel på tid og kunnskap, og dårlig tverrfaglig samarbeid mellom leger og andre arbeidsgrupper, bidrar til at den gode pasientbehandlingen kan bli svekket. Derfor er det viktig å se på sykepleieerfaringer og hva disse erfaringene gjør med en i behandling av den palliative pasienten. Mer fokus på sykepleiefunksjonen kan bidra til en bedre hverdag både for pasienten og sykepleieren (Wallerstedt & Andershed, 2007).

2.0 Fenomenologisk forståelse

I fenomenologi opererer en ikke med et teoretisk fundament eller perspektiv. Det er viktig å møte og behandle alle data så forutsetningsløst som mulig, sette si førforståelse i parentes. Dette er en viktig forutsetning innen den fenomenologiske tradisjonen. Imidlertid kan en si all forskning er teoretisk da en alltid vil basere seg på noen basale forutsetninger selv om ikke disse er eksplisitt uttalt. (Gjengedal, 2000)

I denne studien er det forsøkt å finne fram til noen forutsetninger som kan inngå i diskusjonen av funnene og det er disse som presenteres i dette kapitlet. Det er forutsetninger som kan inngå i en fenomenologisk forståelse av sykepleiere og av sykepleierens livsverden knyttet til palliativ omsorg på kirurgisk avdeling.

2.1 Palliativ behandling

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Den palliative behandlingen og omsorgen verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (World Health Organization: Who, 2012).

Palliativ behandling tar utgangspunkt i hospicebevegelsen som ble startet i London i 1967 av to kvinnelige leger, Dame Cicely Saunders og Elisabeth Kubler-Ross. Meningen var å gi pasienter med langkommet sykdom og kort forventet levetid en behandling som ikke innebar høyteknologisk medisinsk behandling. En skulle få bedre holdning til døden og

dødsprosessen, en skulle ha en mer medmenneskelig holdning overfor pårørende, og bevare selvstendighet og verdighet hos alvorlig syke og dødende. Den første palliative avdelingen ble opprettet i 1975 på Royal Victoria Hospital i Montreal i Canada (Husebø, Klaschik & Smith, 1998).

I Norge begynte vektlegging av palliasjon 1984, og det ble anbefalt at det skulle opprettes avdelinger for palliativ behandling ved hvert regionalsykehus. (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 1984), men likevel tok det 10 år før det skjedde. Den første professoren, Stein Kaasa, ble ansatt i 1993 på Det medisinske fakultetet ved NTNU i Trondheim (Kaasa 2011).

2.2 Sykepleierens rammer

Norsk sykepleierforbund sier i sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at grunnlaget for sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Det sies også at sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighet og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Det vil si at sykepleieren har egen ansvar for å holde seg faglig oppdatert og utøve en faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis. Samtidig skal sykepleieren ivareta den enkelte pasienten og pårørende. Sykepleieren skal også ha ansvaret overfor arbeidsplassen, kollega og samfunnet. Det vil si at sykepleieren må delta aktivt i den offentlige debatten og bidra til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger. I tillegg skal sykepleier være lojal mot sin arbeidsplass og sette seg inn i arbeidsplassens visjoner, mål og verdier (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

2.2.1 Kari Martinsen, tid og rom

Kari Martinsen er opptatt av tid om rom. Når Kari Martinsen snakker om tid, snakker hun om to typer tid. Klokketiden og fellestiden. Klokketiden er den tiden sykepleier har til disposisjon inn hos pasienten, og med fellestiden menes den måten sykepleier disponerer tiden sin i samværet med pasienten (Martinsen & Kjær, 2012).

I en pleiesituasjon kan både sykepleier og pasient være bekymret. Sykepleierens tid kan gi rom for bekymringer og for deres ulike følelsesmessige uttrykk. Når sykepleieren handler med tiden gir hun tiden til rommet. På den måte at det gis tid, åpnes for tid, måtas tid, favnes tid, holdes tid, ved at en er i en felles tid der erfaringer deles.

Sykepleieren trosser klokketiden som styrer arbeidsdagen med hektiske gjøremål, travelhet, og tiden i å være til stedet i situasjonen til tross av klokketiden. For å trosse klokketiden må sykepleieren treffe pasienten der han er. Pasienten kan være i sorg, har bekymringer, og med det at sykepleieren tillater seg å være i pasientens rom gir det henne mulighet til å sanse at pasienten trenger henne i rommet sitt og i tiden. Sykepleieren må ta seg den tid hun har i pasientrommet der og da. Det kan ofte være vanskelig for sykepleieren kan ha andre pasienter og pårørende som venter på henne. Men for å bygge tillit mellom seg selv og pasienten er det viktig at sykepleieren sanser etter om pasienten inviterer henne til rommet sitt og på den måte viser henne tilliten sin. Pasienten åpner seg for sykepleieren (Martinsen & Kjær, 2012).

Sykepleier må fokusere på den pasienten der og da og det rommet hun befinner seg i hvis hun skal klare å møte pasienten. Men alt tar sin tid. Pasientens tid og sykepleierens tid er nok ikke det samme. Til og med hjerteslagene tar tid. Alt liv skal dø. Selv om vi forsøker å la rommet få tid og selv om vi fastholdertiden i det fysiske rommet, må vi innse at tilintetgjørelse på et tidspunkt må få lov til å innta sykerommet(Martinsen & Kjær, 2012).

Sykepleieren gir pasienten rom. Men sykepleier må også få tillatelse for tid og rommet fra sine kollegaer. For sykepleieren har ansvaret overfor sine kollegaer og andre pasienter. Når hun gir sin tid og sitt rom til denne ene pasienten, er det viktig å ha støtte og tillatelse fra andre sykepleiere. Kulturen og maktrelasjoner i rommet gjør det mulig å være ivaretakende. Sykepleierens tid og rom skal brukes på pasienten, på pårørende og andre profesjoner. En må ikke glemme de organisatoriske utfordringer-effektiviteten.

Det kan være bra for sykepleieren å innse at en kan ikke forandre tiden. Derimot kan en forandre sitt forhold til tiden, og måten å være til stedet på. Sykepleieren må tillate seg å møte pasienten der han er på tross av klokketiden. Pasienten må bli møtt med sine fortvilelser, sorg og bekymringer. Disse eksistensielle fenomener må ikke tas ut av menneske livet. Som pasient har pasienten også rett til å være svak og avhengig, og til å bli ivaretatt som det (Martinsen & Kjær, 2012).

2.2.2 Travelbee om menneske- til- menneske forhold

Joyce Travelbee mente at den profesjonelle sykepleien har som oppgave å etablere et menneske - til – menneske forhold. Meningen med dette var at både sykepleier og den syke oppfatter å forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som sykepleier og pasient. Hennes definisjon på det er:

”Et menneske – til – menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hoved kjennetegn ved disse erfaringer er at den syke(eller familien hans) for sin behov ivaretatt.” (Travelbee, 2005: 177).

Mennesket- til- mennesket forhold er en gjensidig prosess mellom sykepleieren og pasienten, der gjensidig forståelse og kontakt skapes. For å etablere en slik kontakt gjennomgås det flere aspekter mellom sykepleieren og pasienten:

1. *det innledende møte* – handler om det første møte mellom pasienten og sykepleieren. Ved det første møtet vil sykepleieren observere pasienten, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om vedkommende, og det samme skjer motsatt vei. Ved dette første møtet ser den syke vanligvis på sykepleieren som sykepleier og sykepleieren ser på vedkommende som pasient. De er fremmede for hverandre og oppfatter ikke hverandre som individer, men de har en del meninger om hverandre basert på observasjoner eller opplysninger som de har fått vite fra andre. Her har sykepleier oppgave å oppfatte pasienten som et menneske (Travelbee, 2005).
2. *framvekst av identitet* – denne fasen karakteriseres ved evne til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ, sammen med evne til å etablere tilknytting til andre. I denne fasen opplever en å rette tankene og følelser mot andre og å motta inntrykk av den andres personligheter. Både sykepleieren og den syke begynner å knytte seg til hverandre, mindre som kategori og mer som individer. Sykepleieren begynner å fange opp hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen. Den syke på sin side, begynner å se på sykepleieren som et individ, ikke som en personifikasjon av alle sykepleiere. Sykepleierens oppgave er å bli seg bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne det unikt individuelle ved dette andre mennesket, den såkalte pasienten (Travelbee, 2005).
3. *empati* – er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evne til å lave seg inn i eller ta del i og forså den andres psykiske tilstand i øyeblikket. I denne prosessen kan den enkelte nesten umiddelbart fatte betydning av hva den andre tenker og føler der og da. En tar del i andres sinnstilstand men samtidig står utenfor og forbli objektiv. En knytter seg til den andre og opplever nærhet, men uten å gå opp i den andre. Men evne til å forstå eller begrense den andres atferd er begrenset av ens egen personlig bakgrunn (Travelbee, 2005).
4. *sympati og medfølelse* - vil si at en oppriktig føler at den andres ulykke og plager angår en, kombinert med en ønske å hjelpe andre. Denne fasen forsterker og utdyper

forholdet mellom sykepleieren og pasienten. De kan defineres som varme, godhet, en kortvarig form for medlidenhet, en evne til omsorg opplevd på et følelsesmessig nivå og kommunisert til den andre. Det vil si at sykepleieren er opptatt av det mennesket som er pasient og forsøker å lindre plagene hans. Sykepleieren er ikke redd for å vise sine interesser eller bekymringer, samtidig som hun ikke lar seg oppsluke av omsorg eller bekymringer i den grad at hun blir handlingslammet. Sykepleieren bryr seg, og på den måten viser hun / han at hun/ han er et ekte menneske. Sykepleieren har oppgaven å omsette medfølelser til konstruktive sykepleiehandlinger. Det krever en kombinasjon av en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2005).

2.3 Den eksistensielle omsorgen

Eksistensialismen er livssynsfilosofi som handler om individets eksistens. Filosofien tar ikke utgangspunktet i problemet men hva mennesket er av naturen. Eksistensialismen er rettet mot menneskets grunnleggende frihet og spørsmålsstillinger knyttet til meningen med livet. Noen av de store filosofene innen eksistensialismen er Martin Heidegger, Søren Kirkegaard og Jean-Paul Sartre (Polifroni & Welch, 1999).

Eksistensiell omsorg vil si å se hele mennesket ikke bare diagnosen. Som sykepleier må en vise forståelse for pasienten, pårørende og deres spesielle behov. Når sykepleier går inn til pasientene er det viktig at hun legger ifra seg egne forventninger og meninger, har full fokus på pasienten, og gjør det pasienten trenger her og nå. Noen av de viktige elementer i den eksistensielle omsorgen er: at sykepleieren er ærlig overfor pasienten, at hun viser respekt overfor pasienten og hans pårørende, at sykepleier har innlevelse i jobben sin at hun brenner for å være der for pasienten, at sykepleieren viser vennlighet, verdighet og empati overfor pasienten, og sykepleieren er behjelpelig med praktiske gjøremål. (Ferrell & Coyle, 2010).

En skal behandle pasienten som et helt mennesket uansett kulturbakgrunn, religion og livshistorien (Lie, 2002).

Sykepleieren må ha lidenskap for sin jobb for å kunne møte de eksistensielle utfordringene. Et av de grunnleggende spørsmål innen eksistensiell omsorg sykepleier kan treffe på er: om pasienten er redd for å dø, om livet har vært verd å leve, hva håper pasienten på, hva er det pasienten frykter mest, er pasienten stolt av livet sitt og om pasienten har noen angere (Ferrell & Coyle, 2010).

2.4 Container- contained

Å få fram sykepleiererfaringer vil ikke bare bidra til at vi får mer kunnskap om hvordan sykepleiere har det på jobben sin. Det vil også kunne hjelpe de neste generasjonene med sykepleiere å takle samme eller lignende utfordringene bedre.

Psykoanalytiker Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979) har brukt livet sitt til å vise om en kan lære noe av erfaringer og betydning av dette. En læring som først og fremst handler om å utvikle en måte å forholde seg til egen og andres psykiske virkelighet på, henimot øke evne til å romme, tåle, legge merke til, differensiere, integrere, symbolisere, forstå og kommunisere. Læring av erfaringer dreier seg om den lærende sine livserfaringer så langt, og den endrer den lærende sitt syn på verden for alltid (Ramvi, 2010).

Bion snakker om begreper *container-contained* og metaforen *maternal reverie*. Begge begrepene forklarer hans teori om tankning. Bion snakker om forhold mellom mor og barnet. Han sier at det er like viktig at mor viser forståelse for barnet, som om å gi barnet mat og drikke. I sin utvikling opplever barnet mange inntrykk, og vil trenge hjelp av den voksne-moren- til å omformulere disse inntrykkene og sette ord på dem. Barnet overfører-projiserer- disse opplevelsene på moren slik at moren kan bearbeide dem for barnet, og føre dem tilbake på en forståelig måte. Moren som mottaker er container, og hun bearbeider-contained- barnas overførte følelser for barnet og responderer tilbake til barnet slik at barnet får forståelse for inntrykk og opplevelser. Denne prosessen kalles for *maternal reverie* (Bion, 1994).

Bion kaller prosessen for alfa-funksjonen og formulerer den slik:

»Reverie is that state of mind which is open to the reception of any »objects« from the loved object and is therefore capable of reception of the infant`s projective identifications whether they are felt by the infant to be good or bad. «(Bion, 1994, s. 36).

3.0 Metode og metodiske overveielser

3.1. Fenomenologi

Emund G.A. Husserl (1859-1938) anses ofte som far av fenomenologien. Fenomenologi representerer en forståelsesform som vektlegger menneskenes erfaringer. Husserl snakker om jeg-bevissthet, som ser og tolker gjenstander. Vår bevissthet møter fenomener, ting slik de åpenbarer seg for oss. Det vi forholder oss til er ting slik de framtrer for oss og ved å

reflektere over tingens allmenne vesen, kommer vi fram til en dypere erkjennelse. Han hevdet at et fenomen eksisterer i menneskets bevissthet og kan bare forklares ut i fra perspektivet fra de som opplever det.

Det er viktig å la det andre menneske komme fram med sine spesifikke kjennetegn uten å bli påvirket av fordommer og forutsetninger. Forskeren må stiller seg så fordomsfri som mulig i møte med det andre mennesket, setter sin forståelseskunnskap i parentes, forstå så lite som mulig på forhånd, slik at en får tak i det andre menneskets særegenheter og egenart så ubesmittet som mulig av egne fortolkninger.(Polifroni & Welch, 1999)

3.2 Design

I dette prosjektet har jeg brukt beskrivende design, kvalitativ metode med dybdeintervju. Det er Giorgis deskriptive fenomenologiske forskningsmetode som ble anvendt. Studien viser erfaringer fra seks sykepleiere fra kirurgisk divisjon på et norsk sykehus. Sykepleierne i studien pleier kreftpasienter i palliativ fase. Ingen av disse sykepleierne har videreutdanning i kreftomsorg. Jeg har prøvd å finne ut hvilke faglige og eksistensielle utfordringer sykepleierne som jobber med palliative pasienter opplever.

3.3 Utvalg

Forskerfeltet mitt var en kirurgisk divisjon på et sykehus i Norge. Jeg valgte å intervju seks sykepleiere. Under studien vurderte jeg å intervju flere eller færre sykepleiere, avhengig av hvor mye ny kunnskap jeg fikk. (Malterud, 2011). Både menn og kvinner kunne være med på studien, men det endte opp med kvinner på grunn av mangel på mannlige sykepleiere. Det eneste kravet jeg stilte til sykepleierne var at de hadde minst to års erfaring i å pleie pasienter med kreft i palliativ fase. Sykepleierne var kontaktet gjennom sine avdelingsledere grunnet at det var praksisen på avdelingen.

Disse sykepleierne jobber på forskjellige avdelinger på kirurgisk divisjon. Det de har til felles er at de har pasienter med kreft i palliativ fase på sine avdelinger, i tillegg til elektive (planlagte) og akutte innleggelser. Her er det få eller ingen sykepleiere med spesialkompetanse. Med spesialkompetanse mener jeg at de ikke har sykepleiere som har videreutdanning innen kreft- eller palliativ omsorg.

3.4 Innsamling av data

I denne forskningsprosessen ble kvalitativ metode med dybde intervju brukt. Intervjuene var avtalt på forhånd og pågikk på et uforstyrret rom. Intervjuene ble tatt opp på diktafon.

Sykepleiere hadde ikke fått spørsmålene til intervjuet på forhånd, men de fikk utlevert forespørsel til deltagelse med informasjon hva studien gikk på. Varighet på intervjuene varierte fra 35 til 70 minutter.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Personer som inngår i forskningsprosjekter har vern i ulike regelverk. I denne studien var det ikke nødvendig å melde prosjektet verken til NSD eller REK. Jeg hadde sendt et brev til NSD som beskrev prosjektet mitt og plan for gjennomføringen, NSD har vurdert som ikke meldepliktig. (Vedlegg 3 & 4) Under denne forskningen har jeg forholdt meg til vise forskningsetiske overveielser. *Konfidensialitet* og *taushetsplikt* innebærer sikkerhet for personene som er med i undersøkelser, slik at vedkommende opplysninger beskyttes. Det skal ikke under noen omstendigheter være mulig å kunne gjenkjenne informantene, så det er viktig at fiktive navn brukes, samtidig som en begrenser biografisk informasjon (Thagaard, 2010). Derfor er informantene i denne forskningen kalt for sykepleier eller sykepleiere. Det er ikke blitt registrert navn eller telefonnummer på sykepleier. Det er heller ikke registrert deres arbeidsplass eller hvilket sykehus de jobber på. Alle mine data er lagret på PC på sykehuset der jeg selv er ansatt eller på privat PC. Datamaskiner beskyttet med personlig passord og har gode antivirus programmer.

På denne måte vil all data forbli *anonym*. *Anonymiteten* foreligger når datamaterialet er anonymisert og verken forskeren eller uvedkommende kan identifisere enkeltpersoner (Olsson, Sörensen & Bureid, 2006).

Sykepleierne har også fått *informert frivillig samtykke*. Det vil si at sykepleieren sier seg villig til å være med i undersøkelsen, etter at hun / han har forstått hva det innebærer å delta i den, og etter at samtykke er gitt frivillig. Jeg har også understreket at informanter har rett til, når som helst, å trekke seg fra videre deltakelse uten at det får negative konsekvenser (Dalland, 2004). Sykepleierne er bitt informerte både skriftlig og muntlig før intervjuet om deres rettigheter, og hva det innebærer å være med på studien. (Vedlegg 2) Sykepleierne har selv beholdt skriftlig signert samtykkeerklæring, mens jeg har fått det muntlig. Grunnen til det er at jeg ikke skal registrere navn på sykepleierne.

Mine utfordringer som forsker var at jeg forsket på et felt jeg har kjennskap til. Jeg jobber selv på sykehuset på en kirurgisk avdeling som har ansvar for pasienter med kreft i palliativ fase. Det kunne føre til at det ble vanskelig for meg å være objektiv, og at jeg kunne tolke

dataene feil. Jeg kunne også forstå informantene mine slik min egen erfaring er. Men det kunne også vært positivt med tanke på at jeg har forståelse for fagfeltet. Tidligere erfaringer kan gjøre det lettere å forstå kunnskapen disse sykepleierne forteller. Dette er noe som kunne gått ut over validiteten og reliabiliteten av studien min (Thagaard, 2010).

3.6 Analyse

I denne studien har jeg brukt deskriptiv analyse av fenomener, Giorgis fenomenologiske analyse. Formålet med denne type analyse er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase. Forskeren leter etter essenser ved de fenomenene som studeres. Målet er å sette forskerens egen forforståelse i parentes i møte med fenomenet som studeres. Etter å ha transkribert intervjuene ord for ord har jeg ifølge Giorgis fenomenologiske analyse bearbeidet dataene i fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsdannende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011).

I det første trinnet *Sense of the Whole* har jeg lest gjennom alle intervjuene for å få et *helhetsinntrykk*, en holistisk tilnærming. Der er det viktig å se helheten, og informantens stemme skal komme fram tydelig. I dette stadiet har jeg sett etter foreløpige temaer. Her var det viktig for meg å prøve å sette min egen forforståelse til sides, og la temaene komme fram ut i fra informantenes egne ord (Giorgi, 1985, 2012).

I trinn to *Discrimination of Meaning Units Within a Psychological Perspective and Focused on the Phenomenon Being Researched* har jeg gått tilbake til teksten, lest systematisk gjennom og sett etter meningen i teksten. Hver gang jeg opplevde at noe i teksten ga inntrykk, dannet jeg en meningsbærende enhet av det. Giorgi sier at hva forskerne velger som meningsbærende enheter, er avhengig av forskernes forforståelse (Giorgi, 1985, 2012).

I trinn tre *Transformation of Subject's Everyday Expressions into Psychological Language with Emphasis on the Phenomenon Being Investigated*, har jeg transformert meningsbærende enheter til mer abstrakt språk. Jeg har forsøkt å finne den abstrakte meningen om informanten prøver å si. Det som er viktig i denne delen av analysen er at jeg beholder jeg-form, for å minne meg selv på at jeg fortsatt representerer informantens mening. Jeg har laget en tekst som skal være en sum av det informanten prøver å si ved bruk av mer abstrakt språk (Giorgi, 1985, 2012).

I trinn fire *Synthesis of Transformed Meaning Units into a Consistent Statement of the Structure of Learning* har jeg først valgt temaene for de valgte meningsbærende enheter. Jeg har systematisert enhetene under felles tema. Deretter har jeg sammenfattet meningsbærende enheter. Giorgi sier at en skal komme fram til en felles konklusjon av meningsbærende enheter som ligger under samme tema. Her bruker en tredjepersonform, for forskerens rolle er å være gjenteller. (Vedlegg 6) Det er det fjerde trinnet som er presentert i funndelen (Giorgi, 1985, 2012).

4.0 Funn

Etter å ha gjennomført analysen etter Giorgi blir funnene presentert i 4 tema: Idealet kontra realiteten, Janus ansikt, å være container for den døende pasienten, og til sist arbeidsmiljø og kollegastøtte. Med disse temaene skal jeg prøve å vise fram utfordringene sykepleierne møter på i pleie med pasienter med kreft i palliativ fase på kirurgisk avdeling på et norsk sykehus.

Informantene kaller jeg for sykepleier eller sykepleierne.

4.1 Idealet kontra realiteten

I møte mellom sykepleier og pasienter med kreft i palliative fase var sykepleierne opptatt av å se pasienten som en helhet med psykiske, fysiske, åndelige og eksistensielle behov, ikke bare som en diagnose. Sykepleierne snakket mye om tidsbegrensning, og det var vanskelig å bruke god tid inne hos pasienter med kreft når de viste at de også hadde ansvar for andre pasienter, blant annet nyopererte. En sykepleier sier:

«I møte med kreftpasienter, for det første så er det tid og det er noe man ofte føler at en mangler i travel kirurgisk hverdag. Tid synes jeg er viktig og det er det rett og slett for å vise pasientene at jeg ser dem, at jeg ser dem og høre dem og at jeg bryr meg hvordan de har det, ikke bare full fart, her er medisinene dine inn og ut. Men kunne ha tid til å sette seg ned 10 minutter en gang i blant, og kanskje bare noen få minutter om gangen også. Men det er det å ha mulighet til å sette seg ned i det hele tatt på rommet, ikke hele tiden bare stå der og trippe.»

Sykepleieren var opptatt av å ha god tid for å kunne vise pasienten at hun ser ham, hører ham og bryr seg om ham. Den gode sykepleien skal ikke bare handle om å levere medisinene på nattbordet og gå ut av rommet, men å ha noen minutter til overs for å sette seg ned og snakke. En av de andre sykepleierne fortalte at på en kirurgisk avdeling er det vanskelig å gi pasienten

tid. Sykepleiere har ansvar for forskjellige pasientgrupper og er bemannet kun som en kirurgisk avdeling, ikke som en kreftavdeling.

Flere av sykepleierne mente det er det organisatoriske på sykehuset gjør at de ikke kan gi pasienten den omsorg de trenger. Sykepleierne opplevde at de har tidspress på seg, og rekker ikke å være to plasser samtidig. De sier at det å måtte ha ansvar for et rom med fem pasienter som blant annet er nyopererte i tillegg til kreftpasienter i palliativ fase er veldig utfordrende. Flere av sykepleierne sa at de vektla mye tid på samhandling med kommunen. En sykepleier sier:

«Ja, mye, mye er annerledes en det jeg så for meg, mye mer papirarbeid, organisering, sekretærjobbing enn det jeg så for meg, det er det.

Det er en ting jeg skulle ønske å minske på for å frigjort meg til for å nettopp være i den mellommenneskelige prosessen. Ikke bare bon gass delen, full fart tabletter, mat, inn ut inn ut, skrive rapport, snakke med kommunen, hjem.(...)Så ser vi ofte at det er en del av jobben, men jeg synes det stjeler mye tid i forhold at du kunne hatt mye tid sammen med pasienten, ansikt til ansikt.»

Flere av sykepleierne fortalte at det er alt for få av fagstaben som har spesialkompetanse innen kreftomsorg. Sykepleierne mente at avdelingen burde styrkes med spesialkompetanse i kreft- eller palliativsykepleie.

På grunn av høyt tempo på jobb får sykepleiere stadig dårlig samvittighet hvis det er rolig på avdelingen og de prøver å ta vare på seg selv og setter seg ned til å henter seg inn. En sykepleier sier:

«Det er også en balansegang. Når det er rolig, hvem det er viktigst å ta vare på, er det deg selv eller er det kreftpasienten der inne. Nå har det vært slikt at vi har verken spist eller gått på toalettet. Nå har det vært litt sånn. Arbeidspresset er for stort. Det er mye sånt.»

4.2 Janus`ansikt

Det oppleves som krevende å skulle til en hver tid, forholde seg til ulike pasient grupper. Den nyopererte skal raskt i gang med rehabiliteringen, mens den palliative pasienten ikke skal rehabiliteres. En sykepleier sier:

«Du føler deg så ofte som Janusansiktet, der du har to ulikeansikter, et for å lindre, også må du oppføre deg på en helt annen måte hos en nyoperert pasient. Veldig Janusaktig, du skifter roller hele veien. Det tar på psyken det også, det er ofte psyken

jeg føler sliter mest på, så får du stiv nakke vondt i hodet, for du blir mentalt sliten av det. Får dårlig samvittighet for jeg må være bestemt nyopererte som kanskje har like så mye smerter som den palliative pasienten har så er det å tilfredsstille sine smerter. Så det er også en problemstilling du treffer på hele veien.»

Sykepleiere sa at det er anstrengende å være mellom forskjellige pasientgrupper. På den ene siden har en blant annet pasienter som er nyoperert men en god prognose, og på den andre siden pasienter med kort forventet levetid.

Når en av sykepleierne går inn til pasienten med kreft i palliativ fase prøver hun å beholde roen og ikke vise at hun har det travelt. Hun sier følgende:

«Men det er omstillinger sikkert som er det mest slitsomme tror jeg, at du skal være mange plasser på en gang, og ha mange forskjellige typer pasienter å ta deg av. Og at du hele veien skal være obs på hvor jeg er nå, kan ikke oppføre meg likt som med den som med den. Men det er jo alltid, men det er litt spes med de som er alvorlig syke, det er jo det. Før jeg gikk inn »puste ut med magen» også gikk jeg inn og viste ikke at jeg hadde det travelt. Du må omstille deg hele veien.»

Denne omstillingen er svært krevende for sykepleierne. De må hele tiden tenke på hvilken pasient de har med å gjøre. Et eksempel på dette er hva en sykepleier sier her:

«Jeg hadde en dårlig pas også hadde jeg en ganske så friske pas på et fem mans rom som bare klagde, ingen ting var bra nok og legen kom aldri tids nok, da var jeg ganske nærme med å si , vet du hva det er ikke bare du som er her, men det er jo litt uproft og heldigvis så klarte jeg å bite det inni meg . Men det er den gangen jeg har kjent at det var mest vanskelig og det var for at denne pas son var veldig dårlig var en som har vært mye hos oss, inn og ut og egentlig blitt gradvis dårligere og dårligere og denne gangen kjempe dårlige og neste ikke til å kjenne igjen, vist at pas ikke kommer til å bli utskreven fra oss levende, for å si det på den måten og da, det var veldig trist. Selv om du hadde sett de siste månedene at det kanskje går denne veien men likevel så er det noe med det, faktisk få det bekreftet og se det, se faktisk hvordan det står til, så det var veldig trist og da da det var den sytepaven lå på fem mans rom og klagde for ingen ting følte det ut som da, det var veldig utfordrende, men heldigvis så holdte jeg inn i meg og det er jeg glad for etterpå, hadde følt veldig mye på det hvis jeg ikke hadde klart det. Men der og da hadde jeg mest lyst for å si klapp igjen.»

4.3 Å være «container» for den døende pasienten.

En sykepleier sier:

«Til tider tar det på psykisk, det ligger mentalt hele veien, det ligger i bakhodet hele veien og stresser, du burde sette deg ned her er det store behov som ikke blir

tilfredsstilt. Ikke bare det kliniske at du bare smerte lindrer for du har jo det psykiske er jo vel så viktig. Så du tar det med deg hele dagen. Så prøver du å gi beskjed videre til nestevakten, du må prøve ta deg tid den som trenger det, skrive det i rapporten, dette må vi prøve å prioritere. Prøve å gi beskjed til avdelingen at vi trenger hjelp at vi må jobbe litt der. Vi prøver så godt vi kan å hjelpe hverandre men de andre gruppene kan ha samme problemet som jeg. Så må du vite hvordan det er på hele avdelingen, så springer du ganske mye.

Pårørende kan ha et helt annet syn og vil at det skal behandles med, så skal du behandle aktivt mer eller skal du behandle kreften eller skal du behandle et menneske mot slutten.

Tung og tøft og føle deg liten som ikke vil ha mor eller far vel, for du ikke behandler for du må jo behandle, føle deg liten, du må bare stå der å ta imot. Du må bare tenke at du har container funksjon og må bare stå der, og det er ikke deg de er sinte på, det er bare situasjon. Jeg prøver å si til meg selv at jeg skal ikke ta det personlig for jeg er bare tilfeldigvis til stede.»

Når sykepleiere har hatt en pasient over lengre tid og de til slutt ser at pasienten kommer til å dø, opplever sykepleierne maktesløshet og hjelpeløshet. En sykepleier skal ikke bare tilfredsstille de fysiske behov, men også de psykiske og eksistensielle.

Sykepleieren må glemme sine egne følelser, og må akseptere at pasienten kommer til å dø. Dette er den tyngste delen både for sykepleieren og for pasienten. Sykepleieren har knyttet et bånd til pasienten og blitt kjent med ham, og det å vite at pasienten kommer til å dø kan føles som å miste en av sine nærmeste. Derfor velger noen av sykepleier å distansere seg. En sykepleier sier:

«Etter mange års erfaring så kan en ha proff holdning men jeg har også vært i situasjonen der jeg har måttet trekke meg tilbake og si nei til å gå inn til en palliativ pasient, på grunn av for at jeg ikke klarer å opptre profesjonelt på grunn av personlige erfaringer som pårørende. At du har vært pårørende, familien som har kreft. Det har jeg opplevd veldig vanskelig, det var en periode av livet mitt men nå er det over. Da var det for nært.»

En annen sykepleier sier:

«Jeg kjenner at av og til må du ta distanse til det, for du kommer ikke til å klare til å ta inn alt. Jeg tar de med meg hjem av og til så klarer jeg å legge det vek.»

Å vite at pasienten kommer til å dø, takler sykepleierne på forskjellige måter. Alle synes det er tungt og tøft. Den ene sykepleieren sier noe om at det er viktig å ta seg sammen og tenke på sin rolle som sykepleier. Det er trist at pasienten skal dø, men en kan ikke gå rundt å tenke på det, en må prøve å gjøre det beste ut av det. Sykepleierne fungerer som «container» for

pasienten, og må prøve å få ham til å leve det livet som er igjen på best mulig måte. En sykepleier sier:

«Det er mye som kan være trist, men alt er aldri trist samtidig. Det finnes alltid noe i situasjonen som er positivt. Hos noen er det kanskje så mye, og hos noen er det kanskje ikke så mye, men det er alltid noe som en kan ta tak i og jobbe med»

Den ene sykepleieren sier at en deler mange følelser som sinne, glede, frustrasjon og latter med pasienten. Derfor er det viktig å jobbe med seg selv for å kunne pleie denne pasientgruppen. En prøver å lindre de fysiske symptomene pasienten kan ha, er tilstede og gjør så godt en kan for å hverdagen bedre for pasienten.

Tross alt er dette et «gi og ta» forhold mellom sykepleieren og pasienten. En sykepleier sier:

«Vi er vant å yte og gi at du ikke har så mye fokus på deg selv men mer fokus på andre parten. Vi er der for pasientene og då er det der fokus skal ligge. Men samtidig så trenger vi jo å få tilbakemeldinger for at vi gjør en grei jobb liksom.

Vi får en del, det er mye frustrerte folk også, pasienter, du må takle det også at folk kan bli sinte, du må takle på både den ene og den andre og som regel hører du mer om den negative enn det positive. Det er jo det som kommer fram.»

Men sykepleiere har også lært mye av jobben sin, og på samme måte som de har innvirkning på pasientens liv har pasienten også innvirkning på deres liv. Mange av sykepleier forteller at det å jobbe med pasienter med kreft, som kommer til å dø, har lært dem å sette ting i perspektiv. De ser hva som er viktig i livet for dem, og bruker ikke tid og energi på bagateller. En sykepleier sier:

«Du ser gleden, du ser det kjekke med livet, det er ofte det du blir konfrontert på jobb er ofte sorgene, gleden med livet hemma.

En glede ved livet, at du har det bra, at du må være glad i det livet du har for du har sett så mye sorg, lære faktisk å leve dagen og bruke dagen og lære dagen, rett og slet carpe diem, grip dagen for du vet aldri hva som skjer i morgen. Det har jeg lært.»

4.4 Arbeidsmiljø og kollegastøtte

Å jobbe med mennesker som kommer til å dø kan være tungt psykisk, og det kan være viktig å få luftet tankene innimellom.

Sykepleierne forteller at god kollegastøtte og godt arbeidsmiljø har mye å si. Når det er tungt på jobb så snakker en ofte med hverandre og prøver å lette hjertet og finne ut hvordan en kan gå videre fram. En sykepleier sier:

«Vi har jo et veldig godt arbeids miljø jeg jobber jo med mange av de jeg ser på som mine beste venner og det å kunne gå hjem å ringe til en av de om det som hadde skjedd på jobb då får jeg jo utløp for det, men vi har jo og hvis vi trenger det så er det bare å gi beskjed og snakke med ledere, kollega støtte det er ikke noe problem. Og vi diskuterer ofte sånne vanskelige situasjoner vi kommer opp vi, så vi for godt utløp og vi kan bruke egentlig hvem som helst.»

Noen av sykepleierne fortalte at de treffer sine arbeidskollegaer privat for å snakke ut om det tunge på jobben.

Ingen av avdelingene hadde faste rutiner på veiledning og refleksjon knyttet til sykepleiergruppen som jobbet med pasienter med kreft. På den ene avdelingen hadde de torsdagsmøter der en kunne ta opp dilemma, men der ble det tatt opp generelle utfordringer i arbeidshverdagen.

Noen av sykepleierne syntes at det var greit å ha det som det var, at de kunne gå til sin leder og spør om støtte når det var behov for det. Andre sykepleiere ønsket at det var satt av planlagt tid til å reflektere over arbeidet med pasienter med kreft i palliativ fase. En av sykepleierne savnet veiledning.

5.0 Diskusjon

Aristoteles:

«Each person seems to be his understanding, if he is his controlling and better element. It would be absurd, then, if he were to choose not his own life, but something else`s. » (Shafer-Landau, 2011, s. 681).

5.1 Idealet kontra realiteten

Sykepleierne er opptatte av utøvelse av faget sitt. De viste tydelig at de vet hva god sykepleie er og hvordan den burde utøves, men realiteten kan være en annen.

Kari Martinsen er opptatt av tid om rom. Når Kari Martinsen snakker om tid, snakker hun om to typer tid. Klokketiden og fellestiden. Klokketiden er den tiden sykepleier har til disposisjon inn hos pasienten, og fellestiden menes den måten sykepleieren disponerer tiden sin i samværet med pasienten (Martinsen, 2012). I pleie av kreftpasienter i palliativ fase trenger man mer fellestid enn i pleien av kirurgiske pasienter. For å føle at en har utøvd god sykepleie og at pasienten og pårørende er fornøyd, blir sykepleierne nødt til å trosse klokketiden og ha mer fokus på fellestiden med pasienten (Johansson & Lindahl, 2012). Alt en sykepleier gjør skal ha en mening, og skal gjøres med omsorg. Om det dreier seg om bare en tablett, så skal

sykepleieren bruke tid til å gi den. Hun skal ikke bare sette den på nattbordet og så gå rett ut av rommet (Martinsen & Kjær, 2012).

Når en snakker om fellestiden mellom sykepleieren og pasienten er det viktig at sykepleieren bruker den rett fra første stund. Det øyeblikket sykepleier og pasient treffes vil være avgjørende for hvordan det første innledende møte vil bli. Det er viktig at sykepleieren er imøtekommende og at pasienten føler seg ivaretatt. Flere sykepleiere sier at det var viktig for dem at pasienten følte seg ivaretatt. Sykepleierne var veldig opptatt av ivaretagelse av kreftpasienter i palliativ fase.

Travelbee (2005) snakker om menneske- til- menneske forhold. Et av aspektene i menneske- til- menneske forholdet er det innledende møtet. Det er det første møte mellom pasienten og sykepleieren. Det er viktig for sykepleierne at de presiserer at de ikke bare ønsker å gjøre «det som må gjøres», men at de ønsker å ha mer tid til blant annet å sette seg ned og snakke med pasienten. En annen viktighet er å vise empati og forståelse for pasientens situasjon, og på den måten prøve å hjelpe pasienten videre med hans bekymringer (Martinsen & Kjær, 2012; Travelbee, 2005).

Corner(2003) sier at sykepleierkjernen i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase er for det første å tilby emosjonell og praktisk støtte til både pasient og pårørende. Deretter å ta seg av den medisinske behandlingen i form av symptomlindring.

Før hadde sykepleien mer fokus på den kliniske kompetanse, men dette har forandret seg med tiden. Det stilles mer og mer krav til en dobbel kompetanse i form av den kliniske og den organisatoriske kompetansen. Den kliniske kompetanse vil si å yte direkte omsorg til pasienten, mens den organisatoriske kompetanse stiller krav til blant annet at sykepleieren må samarbeide tverrfaglig, lede og koordinere pasientrettede aktiviteter, koordinere sykepleier i team, har organisatorisk innsikt og være ressursbevisst. Det er denne organisatoriske sykepleien som vil vokse mer og mer fram i tiden, og trekke sykepleieren ifra den kliniske kompetanse med direkte pasientomsorg (Orvik, 2012).

Den kliniske kompetanse ble også satt mer i skyggen da den nye samhandlingsreformen tredde i kraft 1.1.2012. Samhandlingsreformen skal sikre likeverdig tilbud for helsetjeneste, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Med denne reformen blir kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tvunget til bedre samhandling. Alt for å gi best mulig behandling til den syke.

Det stilles også krav til bedre elektronisk samhandling for å unngå at pasienten blir feildiagnostisert og feil medisinert. Dette gjør at den kliniske sykepleiekompetanse minsker, og den organisatoriske øker. En bruker mer tid enn tidligere til å forbedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og det fører til at en får mindre tid til det kliniske arbeidet (Helse- og omsorgsdepartement, 2010-2011).

5.2 Janus` ansikt

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier(2011) sies det at grunnlaget for sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbaserte.

Det er akkurat denne grunnleggende sykepleien som er utfordrende for sykepleiere i pleie av pasienter på en kirurgisk avdeling. Sykepleier må vise respekt for forskjellige pasientgrupper i forskjellige livsfaser.

En gruppe pasienter er nyopererte, og har i de mange tilfeller en god prognose, og en gruppe er kreftpasiente i palliativ fase med dårlig prognose. Behovene til disse to pasientgrupper er ulike på en side, men på den annen side ganske like. Begge pasientgruppene har for eksempel smerteopplevelse, og begge pasientgruppene kan ha bekymringer rettet til sin egen situasjon og behandling. Dette er utfordrende for sykepleieren, for som sykepleier på en kirurgisk avdeling har en ikke tilrettelagt nok tid til å pleie de forskjellige pasientgruppene samtidig. Sykepleier må prioritere hvilken pasient hun skal bruke mest tid på (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sykepleierne treffer ofte på mange dilemmaer, blant annet om hvem en skal prioritere først. Sykepleierne er klar over at pasienten som er nyoperert kan ha mye smerter og usikkerhet om sin postoperative framgang, men det å vite at på samme rommet ligger det en annen som kommer til å dø om ikke så lenge. Det kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å ta den nyopererte pasienten på alvor. Sykepleierne fortalte at de ofte prioriterte pasienter med kreft i palliativ fase, fordi han ikke har så lenge igjen. De fortalte også de at av og til hadde det svært utfordrende med å ta seg av nyopererte pasienter med god sykdomsprognose som hadde mye behov for sykepleiestøtte. For sykepleieren visste at på samme rom eller vegg i vegg lå det en annen pasient som kom til å dø, men likevel ikke ringer på sykepleieren like mye.

Sykepleierne opplevde at pasientene med kreft i palliativ fase har mer behov for dem, og at de derfor valgte å bruke mer tid inne hos dem (Mohan, et al., 2005).

I den travle hverdagen der klokketiden må trosses, sliter sykepleierne med å forholde seg profesjonelt til den nyopererte pasienten. Sykepleierne følte seg noen ganger utfordret til å si ifra til operasjonspasienten at han ikke har grunn til å klage for han kommer til å leve, så det er bare å bite det i seg. Men den profesjonelle sykepleieren vant over den menneskelige sykepleieren. Sykepleierne var klar over at den grunnleggende sykepleien er å vise respekt for pasienten og møte han der og da uansett forhold. Respekt for den iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sykepleierne strever med å finne den rette balansen med god ivaretagelse av de forskjellige pasientgruppene. Når sykepleieren er inne hos den kreftsyke pasienten og trosser klokketiden med å forsøke å oppfylle pasientens eksistensielle behov, er det utfordrende for sykepleieren å ikke ha dårlig samvittighet for andre pasienter. Men så igjen når sykepleieren er hos operasjonspasienten og prøver å oppfylle hans behov, og bruker god tid hos ham, kan sykepleieren få dårlig samvittighet for den pasienten med kreft som nærmer seg døden (Johansson & Lindahl, 2012; Martinsen & Kjær, 2012).

Sykepleierne er veldig fokusert på at det er de eksistensielle behovene som kommer framfor symptomlindring. Derfor er det vanskelig å ta seg av disse to pasientgruppene samtidig. For begge pasientgrupper trenger sykepleieren like mye, men en kan bli utfordret med tanke på at den ene pasienten kommer til å dø mens den andre vil leve. Dette kan utfordre sykepleieren til å nedprioritere den som kommer til å leve, selv om han har like eksistensielle behov som den andre. Den nyopererte pasienten kan ha mange bekymringer: om såret kommer til å gro, om smertene vil gi seg snart om han kommer til å få infeksjon eller blødning. Dette kan føre til mye angst hos den nyopererte pasienten og med angsten kommer kanskje andre bekymringer. Derfor er det viktig at sykepleieren er der og stiller opp og viser sin medfølelse. Det er viktig at sykepleieren bruker tid hos pasienten og ser hvilke bekymringer han kan ha og prøve å hjelpe (Johansson & Lindahl, 2012; Travelbee, 2005; Wallerstedt & Andershed, 2007).

Pasienten med kreft i palliativ fase har helt andre eksistensielle behov. Denne pasienten kan ofte være opptatt av spørsmål om livet og døden, og hvordan den siste tiden vil bli. Pasienten med kreft i palliativ fase kan også være bekymret for sine pårørende og hvordan de vil klare seg når han er død. Her er det også viktig at sykepleieren ser pasienten og gir han sin emosjonelle støtte. Sykepleieren må forsøke å bruke sin tid på en måte der pasienten ikke merker at hun har det travelt. Sykepleieren må vie seg til pasienten og prøve å leve seg inn i

hans psykiske tilstand for å finne ut hvordan han kan hjelpes videre i bearbeiding av sykdommen (Ferrell & Coyle, 2010; Travelbee, 2005).

5.3 Å være «container» for den døende pasienten

Å være sykepleier for den døende pasienten kan være belastende. Ofte kan det være vanskeligere for sykepleieren og pårørende å vite at pasienten kommer til å dø enn for pasienten selv. I sin sorgprosess og bearbeidelse av tap kan pårørende kreve mer oppmerksomhet enn pasienten selv. I slike situasjoner må sykepleieren kunne ta seg av pårørende, samtidig må hun ikke glemme at pasienten er hovedfokuset. Her må sykepleieren ta seg av flere problemer og spørsmål på samme tid. Alle må føle seg ivaretatt. Å være i slike situasjoner kan gjøre at sykepleieren involver seg for mye og dette kan medføre at sykepleieren distanserer seg fra pasienten og pårørende. Det kan være veldig utfordrende for sykepleieren, for hun må involvere seg både i pasientens og pårørers liv, og i tillegg har sykepleieren i bakhodet at hun har en operasjonspasient som venter på henne på det andre rommet. For å kunne klare å ta seg av begge på samme tid kan sykepleieren innimellom velge å distansere seg (Benner & Wrubel, 2003; Johansson & Lindahl, 2012).

Sykepleieren må finne en balanse mellom nærhet og distanse til pasienten. Sykepleieren har en «containerrolle» overfor pasienten. Hun er der for å ta imot hans bekymringer. Med at sykepleieren viser empati og forståelse skal hun støtte pasienten til å bearbeide sine bekymringer. Pasientens bekymringer kan projiseres til sykepleieren og sykepleieren skal med sin faglige forståelse og erfaringer hjelpe pasienten i bearbeidelse prosessen med respons. En respons som skal berolige og gjøre pasienten og pårørende i stand til og komme seg videre. På en annen side må ikke sykepleieren overinvolvere seg, og må kunne skille sine følelser fra pasienten slik at dette ikke tapper henne. Sykepleieren må forbli profesjonell på den måten at en ikke blir utbrent og instrumentert, for da vil sykepleieren miste seg selv som profesjonell, og vil ikke kunne hjelpe pasienten videre i prosessen (Bion, 1994; Ramvi, 2010).

Denne prosessen krever mye av sykepleieren. Hun må forstå seg på den døende, og finne en balanse slik at det ikke gå ut over henne selv. Empati er et viktig aspekt her. Sykepleieren må tillate seg selv å leve seg inn i pasientens psykiske tilstand, og forstå betydningen av dette. På denne måten kan hun hjelpe pasienten til å bearbeide sine bekymringer, og komme nærmere sine pårørende (Qvarnström, 1982).

Udo, et al.(2013) snakker om to grupper sykepleiere i sin forskning. I pleie av kreftpasienter i palliativ fase på en kirurgisk avdeling, sier hun at noen sykepleiere har valgt å ha fokus på

den medisinske behandlingen. På denne måten distanserer de seg fra pasienten og de eksistensielle behovene pasienten kan ha. Disse sykepleierne var opptatt av symptomlindring, og mente at de eksistensielle behovene må ivaretas når pasienten er utskrevet fra sykehuset. Så har vi den andre sykepleier gruppen som var opptatt av å se pasienten som helhet og hadde fokus på de eksistensielle behovene. Denne sykepleiergruppen var mer involvert i pasienten og hans pårørende, og brukte mer tid til å hjelpe pasienten med sine bekymringer. Udo, et al.(2013) sier at disse sykepleierne hadde det vanskeligere, og de hadde ofte behov for å snakke ut om jobben sin hjemme. I tillegg satt disse sykepleierne mer pris på sitt eget liv og det som var viktig i livet. Livet deres ble satt i perspektiv (Udo, et al., 2013).

5.4 Arbeidsmiljø og kollegastøtte

Alle sykepleierne sa at de setter stor pris på sine kollegaer og arbeidsmiljøet. Gode kollegaer var godt å ha, for en hadde behov for å snakke ut om det psykiskbelastende arbeide med pasienter med kreft i palliativ fase. Det er viktig at ledelsen og kollega tar vare på hverandre. Veiledning kunne bidratt til det. På den måte kunne sykepleiere delt sine erfaringer og dilemma med hverandre og fått støtte og motivasjon som kan igjen føre til bedre kvalitetssikring av pleieforhold. Slik kan sykepleierne utvikle seg bedre både faglig og personlig. Dette kan bidra at sykepleierne kan møte mer forberedt på eksistensielle problemer (Lie, 2002).

6.0 Konklusjon

Hensikt med denne studien var å få mer kunnskap om sykepleiererfaringer og utfordringer i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på kirurgisk avdeling på et norsk sykehus. Følgende problemstilling ble forsøkt besvart: Hvilke faglige og eksistensielle utfordringer opplever sykepleiere på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på et norsk sykehus?

Funnene uthever at sykepleiere har lite tid til disposisjon til å ta seg av pasienter med kreft i palliativ fase på en kirurgisk avdeling. Utfordringer er at sykepleierne har ansvar for flere pasienter med svært ulike behov.

Å stå så tett mellom livet og døden gjør noe med sykepleierne. De kommer veldig tett innpå pasienten og kan sier å ha en «containerrolle». Når sykepleieren hjelper pasienten i bearbeidelsesprosessen av sine bekymringer, må hun finne en balanse mellom nærhet og

distanse både for sin egen del og for pasientens del. Om ikke sykepleieren klarer å finne en god balanse mellom nærhet og distanse, setter det den profesjonelle sykepleierollen i fare.

For å bevare sin profesjonalitet er det viktig at sykepleiere får mulighet til faglig veiledning og refleksjon over faglige og eksistensielle utfordringer. På denne måten kan en ta opp vanskelige problemstillinger fra sin arbeidssituasjon. Dette kan hjelpe sykepleiere å få en mental trygghet og personlig bevisstgjøring på hva de selv vil ha som sitt verdigrunnlag, og hvordan en best kan samhandle med pasient og pårørende.

Det som også kan hjelpe sykepleiere å forbli profesjonelle er regelmessig debriefing. Da kan sykepleiere «tømme» seg etter å ha vært i en utfordrende situasjon med pasienten. Hvis sykepleiere skal kunne fortsette å ha «containerrollen» må ikke denne blir «overfylt». Da risikerer sykepleiere og miste sin profesjonelle rolle, bli overinvolvert i pasientens sak og bli utbrent i jobben. De dagene sykepleierne hadde det tøft kunne en slik debriefing legges til rette for hver dag før arbeidsdagen er slutt. Det ville ikke være nødvendig med så mye tid, hvis dette skjedde så ofte som hver dag, 15 minutter daglig. Ellers kunne en satt av fast, en dag i uken til debriefing på avdelingen.

Det må gjøres mer forskning innen dette fagfeltet. For om pasienten skal bli godt ivaretatt må også sykepleieren ivaretas.

Det er også viktig å nevne at på sykehuset der sykepleierne jobber, jobbes det med å etablere en palliativ enhet. Dette er i startprosessen, og ledelsen ved sykehuset er klar over det store behovet og jobber med at dette skal bli en realitet.

7.0 Referanser

- Benner, P. & Wrubel, J. (2003). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Corner, J. (2003). Nursing management in palliative care *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 83-90. doi: 10.1016/S1462-3889(02)00052-2
- Dalland, O. (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). *Oxford textbook of palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research: Essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. [Article]. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3-12. doi: 10.1163/156916212X632934
- Gjengedal, E. (2000). *Understanding a world of critical illness*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Helse- Og Omsorgsdepartementet. (1984). *Nou 1984:30 pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker*. oslo: helse- og omsorgsdepatemantet Lastet ned fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/4/1.html?id=350993>.
- Helse- Og Omsorgsdepartementet. (2010-2011). *Prop. 91 l(2010–2011)proposisjon til stortinget (forslag til lovvedtak) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.M. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Bergen: Fagforlaget Lastet ned fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet Lastet ned fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf>.
- Husebø, S., Klaschik, E. & Smith, A.-M. (1998). *Palliativ medisin - omsorg ved livets slutt: Praktisk innføring i smertebehandling, symptomkontroll, etikk og kommunikasjon*. Bergen: Eide.
- Johansson, K. & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms - moving between life and death: Nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. [Article].

- Journal of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x
- Kaasa, S. (2011). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregister. (2012) Lastet ned 2012.10.05, fra <http://www.kreftregisteret.no/>
- Lie, K. (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg: En praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Mohan, S., Wilkes, L. M., Ogunsiyi, O. & Walker, A. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: The nurse experience. [Article]. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 256-263. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00566.x
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiskeretningslinjer for sykepleiere
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Polifroni, E. C. & Welch, M. (1999). *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- Qvarnström, U. (1982). *På dødsleiet: Tanker og opplevelser*. [Oslo]: Tiden.
- Ramvi, E. (2010). *Læring av erfaring?: Et psykoanalytisk blikk på læreres læring* (vol. 4). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Shafer-Landau, R. (2011). *Ethical theory: An anthology*. Malden, Mass.: Blackwell.
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Udo, C., Danielson, E. & Melin-Johansson, C. (2013). Existential issues among nurses in surgical care - a hermeneutical study of critical incidents. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 569-577. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06032.x
- Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. [Article]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x
- World Health Organization:Who. (2012) Lastet ned 2012.10.05, fra <http://www.who.int/en/>

VEDLEGG 1: Forfatterveiling

Forfatterveiledning

Nordisk sykeplejeforskning – Nordisk sykepleieforskning – Nordic Nursing Research er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke sykepleiefagets vitenskapelige grunnlag gjennom å formidle og spre kunnskap om klinisk og teoretisk forskning og utvikling knyttet til sykepleie, og de vitenskapelige metoder som benyttes i forskningen.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser.

Tidsskriftet eies av Dansk selskap for sykepleieforskning og Norsk selskap for sykepleieforskning og gis ut av Universitetsforlaget. Målgruppen er forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, utdanningspersonell innen helsetjenestene, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Levering av manuskript

Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post: olle.soderhamn@uia.no

Manuskriptstandard

Vitenskapelige artikler bør normalt ikke overskride 5000 ord eksklusive sammendrag (abstract) og referanseliste. Fagartikler bør ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser bør ikke overskride 1800 ord.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbelt radeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understrekking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal innholde en tittelside med type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon på tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene, og videre skal bidraget karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (max 180 ord) og på engelsk inklusive engelsk tittel (max 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Forfattere til empiriske artikler oppfordres til å i hovedsak følge en struktur i sine manuskripter med Introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, konklusjon og referanser.

Referanser i teksten og i en alfabetisk ordnet liste angis i linje med den siste versjon av Publication manual of the American Psychological Association (<http://www.apastyle.org/>). Nummererte fotnoter nederst på siden kan brukes i tillegg.

Plassering av tabeller og figurer angis i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges sist i manuskriptet.

Korrektur

Forfatter får tilsendt et eksemplar av første korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres per post eller som skannede filer til redaksjonssekretæren innen fem dager. Det må ikke foretas endringer i teksten mot antatt manuskript.

Særtrykk og webpublisering

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den Universitetsforlagets elektroniske tidsskriftsdatabase www.idunn.no, der artikler gjengitt i tidsskriftet også vil bli lagret.

Forlaget tillater at forfattere arkiverer sin artikkel i åpne institusjonelle arkiv eller på eget nettsted, men bare i den versjon og det format som ble godkjent av tidsskriftets redaksjon. Versjoner, slik de fremkommer i trykket eller i elektronisk utgave, skal ikke benyttes til egenarkivering.

Nordisk sygeplejeforskning



Nordisk sykepleieforskning
/ Nordic Nursing Research

Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning går online og blir Nordisk Sygeplejeforskning!

Nordisk sygeplejeforskning er bygget på en sammenslåing av Dansk tidsskrift for sygeplejeforskning og Norsk tidsskrift for sykepleieforskning. To tidsskrifter med henholdsvis 26 og 12 årganger bak seg. Det er valgt en ny redaksjon og den vitenskapelige profilen er styrket. Første utgave av Nordisk sygeplejeforskning publiseres medio mars 2011.

Medlemmer av Norsk Selskap for Sykepleieforskning mottar tidsskriftet 4 ganger årlig som del av sitt medlemskap.

Fri online tilgang for medlemmer!

Tidsskriftet blir også tilgjengelig på www.idunn.no – Nordens ledende database for fagtidsskrifter.

For medlemskap, klikk deg inn på www.sykepleieforskning.no



DANSK SELSKAP
FOR SYGEPLEJEFORSKNING



NORSK SELSKAP
FOR SYKEPLEIEFORSKNING



UNIVERSITETSFORLAGET

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Palliativ sykepleie- en studie av faglige og eksistensielle utfordringer og erfaringer i praksis”

Jeg jobber som sykepleier på kirurgisk avdeling på Universitet sykehuset i Stavanger og er i gang med en studie. Med min studie vil jeg prøve å få mer kunnskap om sykepleierens utfordringer og erfaringer i pleie av pasienter med kreftsykdom i palliativ fase på en kirurgisk avdeling på det norske sykehuset. Grunnen at du er valgt ut er fordi du jobber på en kirurgisk avdeling der du gir omsorg til pasientene i palliativ fase. Gjennom dine erfaringer vil jeg prøve å finne ut mer om hva den jobben gjør med deg både som privat person og som sykepleier.

Studiens problemstilling er: *Hvilke faglige og eksistensielle utfordringer opplever sykepleiere på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase på et norsk sykehus?*

Min studie vil basere seg på seks individuelle intervjuer. Intervjuene skal pågå på et uforstyrret rom på det sykehuset du jobber på og vil ta en times tid. Jeg kommer til å stille deg åpne spørsmål om dine erfaringer og relasjoner i utøvelse av sykepleien til pasienter med kreft i palliativ fase. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Fordeler med studien er at det vil komme fram hvordan det er å være sykepleier til pasienter med kreft i palliativ fase.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Opplysninger fra intervjuet vil ikke knyttes til navn eller andre identifiserende opplysninger om deg. Opplysninger som registreres om deg er kun års erfaring og kjønn.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Det vil ikke påvirke ditt forhold til sykehuset om du ikke ønsker å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, Aleksandra Latinovic på mobilen 91353372.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 3: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kari Vevatne
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 13.02.2013

Vår ref:33160 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33160	<i>Palliativ sykepleie- en studie av faglige og eksistensielle utfordringer og erfaringer i praksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kari Vevatne</i>
Student	<i>Aleksandra Latinovic</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Aleksandra Latinovic, Ryttersvingene 120A, 4046 HAFRSFJORD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uit.no



Basert på den informasjon vi har fått om prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Data innhentes ved personlig intervju med sykepleiere ved ulike kirurgiske avdelinger. Vi forstår det slik at data registeres i form av manuelle lydopptak, og at det ikke skal registeres navn, verken på informanter eller sykehus.

Ved rekruttering anbefaler vi at sykepleiere som ønsker å delta samtykker direkte til studenten, slik at ledelsen ikke får vite hvem som er informanter i prosjektet. Vi anbefaler videre at sykepleierne gis anledning til å gjennomføre intervju utenfor arbeidstiden, dersom det er ønskelig. Samtykke kan innhentes muntlig. Dersom samtykke innhentes skriftlig, forstår vi det slik at samtykkeerklæringen ikke på noen måte skal knyttes til det enkelte intervju.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Vi legger til grunn at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Informasjonsskrivet må revideres noe, ettersom det ikke behandles personopplysninger i prosjektet:
- Følgende formulering slettes: "Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun jeg som kommer til å ha adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg." Det kan heller stå at opplysningene fra intervjuet ikke knyttes til navn eller andre identifiserende opplysninger om informanten.

- Følgende formulering slettes: "Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner."

- Formuleringen "Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling" bør slettes, eller endres til: "Det vil ikke påvirke ditt forhold til sykehuset om du ikke ønsker å delta i studien".

VEDLEGG 4: Godkjenning fra det aktuelle sykehuset

Godkjenning masterprosjekt - MA15

Mastergradsprosjektet: «Palliativ sykepleie- en studie av faglige og eksistensielle utfordringer og erfaringer i praksis»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA15

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjenning av REK følges
- foreligger det godkjenning fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

VEDLEGG 5: Intervjuguide

INTERVJUGUIDEN

1. Hvilke faglige utfordringer opplever sykepleier på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase?

Om du kan fortelle meg hva er en god sykepleier for deg?

Er det den type sykepleie du får til å utøve med pasienter med kreft i palliativ fase på kirurgisk avdeling?

Var det dette du så for deg sykepleien skal være da du fullført utdanningen?

Hva bruker du tid til? Hva prioriterer du?

Hvilke behov har du som fagperson til å utøve en god sykepleie til denne pasient gruppen?

2. Hvilke eksistensielle utfordringer opplever sykepleier på en kirurgisk avdeling i pleie av pasienter med kreft i palliativ fase?

Du som sykepleier som jobber på en kirurgisk avdeling, der ting skal skje fort og pasienter har korte innleggelse. Avdeling der vi kan fikse ting men her kan de ikke fikses. Kroppen lar seg ikke reparere.

Hva gjør det med deg å vite at den kroppen ikke kan repareres så går du inn til en annen pasient som kan repareres?

Å møte en dødende pasient, hvordan er det? Hva gjør det med deg?

Hvilke følelse vekker det hos deg?

Hva skjer med disse følelser, kommer de ut?

Hva gjør jobben med deg?

Finnes det en støtte ordning på jobben din? Hvilke behov har du som person?

VEDLEGG 6: Praktisk eksempel på analyse prosessen

Tabell 1. Praktisk eksempel på analyseprosessen

TRINN 2: MENNINGSDANNENDE ENHETER	TRINN 2: TRANSFORMERIN TIL ABSTRAKT SPRÅK	TRINN 3: FELLES- TREKK
<p>Du føler deg så ofte som Janusansiktet, der du har to ulikeansikter, et for å lindre, også må du oppføre deg på en helt annen måte hos en nyoperert pasient. Veldig Janusaktig, du skifter roller hele veien. Det tar på psyken det også, det er ofte psyken jeg føler sliter mest på, så får du stiv nakke vondt i hodet, for du blir mentalt sliten av det. Får dårlig samvittighet for jeg må være bestemt nyopererte som kanskje har like så mye smerter som den palliative pasienten har så er det å tilfredsstille sine smerter. Så det er også en problemstilling du treffer på hele veien.</p>	<p>Jeg føler at jeg tar på meg et Janus`ansikt når jeg går mellom pasienten som er blitt operert og pasienten med kreft. Det kan være utfordrende å behandle den pasienten som er blitt operert på lik linjen med den pasienten i palliativ fase, for en kan fort tenke at den pasienten som er blitt operert har ingen grunn å klage for han skal jo ikke dø. Dette tar på psykisk og gjør at jeg blir sliten mentalt.</p>	<p>Janus`ansikt</p>
<p>Men det er omstillinger sikkert som er mest slitsomme tror jeg, at du skal være mange plasser på en gang, og ha mange forskjellige typer pasienter å ta deg av. Og at du hele veien skal være obs på hvor jeg er henne nå, kan ikke oppføre meg likt som med den som med den. Men det er jo alltid, men det er litt spes med de som er alvorlig syke, det er jo det. Før jeg gikk inn » puste ut med magen» også gikk jeg inn og viste ikke at jeg hadde det travelt. Du må omstille deg helse veien</p>	<p>Jeg skal være mange plasser på samme tid og den omstillingen fra pasienten som er blitt operert til pasienten med kreft kan være veldig slitsom. Jeg må være beviste på hvilken pasient jeg forholde meg til for jeg kan ikke oppføre meg likt hos alle, jeg må være rolig når jeg gå inn til pasienten med kreft og ikke vise at jeg har de travelt.</p>	
<p>Jeg hadde en dårlig pas også hadde jeg en ganske så friske pas på et fem mans rom som bare klagde, ingen ting var bra nok og legen kom aldri tids nok, da var jeg ganske nærme med å si , vet du hva det er ikke bare du som er her, men det er jo litt uproft og heldigvis så klarte jeg å bite det inni meg . Men det er den gangen jeg har kjent at det var mest vanskelig og det var for at denne pas son var veldig dårlig var en som har vært mye hos oss, inn og ut og egentlig blitt gradvis dårligere og dårligere og denne gangen kjempe dårlige og neste ikke til å kjenne igjen, vist at pas ikke kommer til å bli utskreven fra oss levende, for å si det på den måten og da, det var veldig trist. Selv om du hadde sett de siste månedene at det kanskje går denne veien men likevel så er det noe med det, faktisk få det bekreftet og se det, se faktisk hvordan det står til , så det var veldig trist og da da det var den sytepaven lå på fem mans rom og klagde for ingen ting følte det ut som da, det var veldig utfordrende, men heldigvis så holdte jeg inn i meg og det er jeg glad for etterpå, hadde følt veldig mye på det hvis jeg ikke hadde klart det. Men der og da hadde jeg mest lyst for å si klapp igjen.</p>	<p>Det kan være veldig utfordrende å ta seg av en døende pasient i palliativ fase og en pasient som er nyoperert. En kan tenke seg at en operasjons pasient har ingen grunn til å klage og spør etter smerte stillende i forhold til en pasient med kreft i palliative fase som kommer til å dø. Da kan en være på grensen til å være uprofesjonell, det tar på tålmodigheten for en vet at pasienten som er blitt operert kommer til å leve mens pasienten med kreft i palliativ fase kommer til å dø.</p>	

