

Å være vitne til døende pasienter på sykehus
En kvalitativ studie om sykepleiernes opplevelser og erfaringer



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering i psykisk helsearbeid:

Masteroppgave (30)

Student: Kathrine Pollestad

Veileder: Førsteamanuensis Ellen Ramvi

Dato: 29. juni, 2015

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår – 2015)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Kathrine Pollestad

VEILEDER: Ellen Ramvi

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Å være vitne til døende pasienter på sykehus. En kvalitativ studie om sykepleiernes opplevelser og erfaringer.

Engelsk tittel:

Witnessing dying patients in hospitals. A qualitative study about nurses' experiences.

EMNEORD/STIKKORD:

Sykepleiere, opplevelser, traume, resiliens

ANTALL SIDER: 64

STAVANGER 29. juni, 2015

DATO/ÅR

Forord

Masteroppgaven er skrevet innenfor sykepleieperspektivet i faget helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid. Universitetet i Stavanger er ansvarlig for studiet som er organisert på fulltid. Oppgaven har sin bakgrunn i mitt interessefelt innenfor sykepleien på en kreftavdeling. Jeg har selv erfart flere opplevelser i møte med døende pasienter og deres pårørende. Med utgangspunkt i mine erfaringer er jeg interessert i å utforske hvordan andre sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter samt deres pårørende på et sykehus.

Først og fremst vil jeg takke veileder Ellen Ramvi ved Universitetet i Stavanger som fra dag en har bidratt med kyndig veiledning og engasjement for oppgavens tema. Ellen har vært en motivator underveis i skrivingen gjennom gode og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke sykepleierne som stilte opp til intervju og som viste stor interesse for temaet. Dere har delt sterke erfaringer og ikke minst brukt deres kostbare tid.

Avdeling 2K, min fantastiske arbeidsplass, vil jeg også takke for forståelse, støtte og oppmuntring underveis i prosessen.

Tusen takk.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn og relevans	2
1.2 Når er pasienten døende	3
1.3 Oppgavens oppbygging.....	3
2.0 Forskningsfeltet og teoretiske perspektiv	4
2.1 Sykepleiernes erfaringer i møte med døende pasienter på sykehus	4
2.2 Stress og utbrenthet	5
2.3 Vikarierende traumatisering.....	6
2.4 Refleksjon og støtte	7
2.5 «Container-contained»	8
2.6 Resiliens.....	8
2.7 Oppsummering.....	10
3.0 Studiens hensikt og mål.....	10
4.0 Presentasjon av metode	11
4.1 Kvalitativ metode	11
4.2 Forforståelse	12
4.3 Intervju som innsamlingsmetode.....	13
4.4 Utvalg	14
4.5 Rekruttering av informanter	15
4.6 Analyse	16
4.7 Validitet.....	17
4.8 Reliabilitet.....	18
4.9 Forskningsetiske vurderinger	19
5.0 Funn	20
5.1 Sykepleiernes egne forventninger	21

5.2 Sykepleiernes personlige opplevelser	23
5.3 Sykepleiernes egne behov	31
6.0 Diskusjon	34
6.1. Balansen mellom å la seg berøre og holde avstand	35
6.2 Traumatisering og utbrenthet.....	37
6.3 Støtte og refleksjon.....	40
6.4 Resiliens.....	42
6.5 Diskusjon av metode	44
7.0 Avslutning.....	45
7.1 Implikasjoner til praksis.....	46
7.2 Videre forskning.....	46
8.0 Referanser.....	47
Vedlegg 1. Intervjuguide.....	52
Vedlegg 2. Forespørsel om tillatelse til å intervju sykepleiere på sykehus.....	53
Vedlegg 3. Informasjonsbrev og forespørsel om å delta i intervju	55
Vedlegg 4. Samtykkeerklæring	57
Vedlegg 5. Bekreftelse fra institusjonen	58
Vedlegg 6. Et utdrag fra analysen.....	60

Sammendrag

Norge er et av de få landene hvor flertallet ønsker å dø på sykehus. Dette krever tid og ressurser fra både sykepleierne og sykehuset. Annen forskning påpeker at sykepleierne synes det er utfordrende å se døende pasienter og deres lidelse. Det oppleves som krevende og tar mye energi. Hensikten med denne studien er å beskrive og fortolke hvordan sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter og deres pårørende på sykehuset. Det overordnede målet er å bidra med kunnskap som kan motvirke stress og utbrenthet blant sykepleierne som opplever døden så nært. Kvalitativ metode har derfor blitt anvendt for å få mer innsikt i sykepleiernes erfaringer og håndtering av døende pasienter. Seks sykepleiere fra to medisinske avdelinger på et sykehus ble intervjuet. Etter endt analyse kom det frem at sykepleierne utfordres på å holde en balanse mellom å la seg berøre, og å holde avstand til alle følelsene som oppstår når en er vitne til døden. Å være vitne til døende pasienter bidrar til å øke risikoen for at sykepleierne blir traumatiserte og utbrent. Årsaken til dette er opplevelsen av flere vonde dødsfall og hvor sykepleierne kjenner på tid – og arbeidspress. Det fremkom videre at sykepleierne har et behov for å snakke om egne opplevelser, følelser og erfaringer i etterkant av akutte dødsfall som de ikke får dekket. Samtidig opplever sykepleierne andre sider som gir dem styrke til å holde ut i sitt arbeid der de er vitne til døende pasienter og deres pårørende.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og relevans

Ettersom flertallet av norske pasienter ønsker å dø på sykehjem eller sykehus, kreves det mer ressurser fra sykehusene og sykepleierne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Årene som kommer vil medføre en økning av krefttilfeller blant eldre, og dette blir en videre utfordring for helsetjenesten. Sykehusene vil merke at det stilles økte krav til kapasitet og kompetanse med tanke på helsepersonell og utstyr (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013-2017). Dette for å imøtekomme døende pasienters rett på tilgang til sikre og gode tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

Moderne helsepleie gjør i følge kunnskapssenteret at flere pasienter blir holdt i live lengre på sykehus enn det som var vanlig før (Skår, Juvet, Smedslund, Bahus, Pedersen, 2014). Slike beslutninger, om å holde pasienter i live eller ikke, stiller høye krav til helsepersonellet i forhold til kunnskap, erfaring, kommunikasjon og forståelse for hva pasientene ønsker. I følge Rosland, Paulsen og Hofacker (2006) er det i denne sammenheng viktig å tenke på at behandlingen skal ha fokus på livskvaliteten til pasienten i motsetning til å forlenge dødsprosessen for enhver pris. Det er også viktig å inkludere pårørende når pasientene er døende.

En artikkel fra NRK (Svendsen & Carlsen, 2012) peker på at tilsynet med døende pasienter på sykehus er for dårlig. Sykepleierne og tillitsvalgte mener at de ikke lengre har tid til å være tilstede hos døende pasienter på grunn av økt arbeidspress. Sykepleierne beskriver at de står med «den ene foten inne på pasientrommet og den andre i korridoren».

Som også påpekt i Helse- og omsorgsdepartementet (2013-2017) er kommunikasjon med pasienter og pårørende som befinner seg i en livskrise utfordrende, men også svært viktig. Det kan oppleves som krevende fra en sykepleiers ståsted at egen personlighet, verbale uttrykk og kroppsspråk blottlegges foran pasientene som er i en slik sårbar situasjon. Samtidig finnes det ikke noen mal for hvordan sykepleierne skal opptre i møte med døende pasienter. Man kan hevde at det viktigste er at pasienten og dens pårørende opplever at sykepleierne er tilstede og viser empati og støtte ved livets slutt. Fra pasientens ståsted kom det frem i en pasienterfaringsundersøkelse i St.meld. 10 (2012-2013) at pasientene stort sett er fornøyde med behandlingen fra sykehusene, på tross av at sykepleierne selv opplever at de ikke strekker til.

Selv om det ikke finnes en mal for hvordan sykepleieren skal forholde seg til døende pasienter, så er sykepleierens generelle væremåte overfor pasientene og deres pårørende basert på ulike yrkesetiske retningslinjer og krav. Med utgangspunkt i retningslinjene skal sykepleierne behandle pasientene og deres pårørende med respekt og ivareta deres fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov (Norsk sykepleierforbund, 2012-2015).

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene har også sykepleiere på sykehuset en generell plikt til å utøve tjenesten forsvarlig i henhold til § 2-2 i lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Det følger også av denne loven at sykepleierne skal fremme helse og likeverd, samt motvirke sykdom og være tilgjengelig for pasientene. Særlig er det viktig på sykehuset at sykepleierne er pliktet til å utøve øyeblikkelig hjelp til pasienter som trenger helsehjelp straks.

Ettersom sykepleierne forholder seg til døende pasienter og deres pårørende, er det interessant å se nærmere på hvordan sykepleierne erfarer og håndterer disse situasjonene. Med bakgrunn i at sykepleierne også har lite kapasitet og ressurser på sykehuset, søker denne oppgaven å gi et innblikk i sykepleiernes egne opplevelser av stress og utbrenthet i møte med døende pasienter.

1.2 Når er pasienten døende

Siden begrepet «døende» ofte blir brukt i oppgaven, benyttes anledningen til å beskrive begrepet nærmere allerede her. Legeforeningen beskriver pasientene som døende når de får et økt behov for søvn, økt grad av fysisk svekkelse, mindre interesse for omgivelsene, nedsatt bevissthet, svekket orienteringsevne, problemer med å spise og drikke, blir blålig og kald på hender og føtter, får hurtig og svak puls, opplever endringer i pusten og får surkling i brystet. En slik fase hvor pasienten er døende kan noen ganger strekke seg over dager, mens andre ganger uker (Rosland, Paulsen, & Hofacker, 2006).

1.3 Oppgavens oppbygging

Etter denne presentasjonen av bakgrunnen for valg av tema, vil neste kapittel ta for seg tidligere forskning og teori på området. På bakgrunn av dette formuleres oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål i kapittel tre. I kapittel fire vil den kvalitative metode og bruken av denne i oppgaven beskrives og drøftes. Videre presenterer jeg i

kapittel fem funn fra studien ved bruk av sitater som eksemplifisering, inndelt i hovedkategorier og underkategorier. Funnene diskuteres deretter i kapittel seks opp mot tidligere forskning, egne synspunkter og metode. Avslutningsvis i kapittel syv vil trådene trekkes sammen og noen anbefalinger presenteres knyttet til fremtidig praksis og videre forskning. Oppgaven er avgrenset til å fokusere på sykepleiere som arbeider på sykehus, og går ikke nærmere inn på palliativ behandling og dødens eksistens, selv om det er nærliggende for temaet.

2.0 Forskningsfeltet og teoretiske perspektiv

Forskningsfeltet i denne studien er konkretisert til sykepleiernes opplevelser i møte med døende pasienter. Først presenteres forskning på dette feltet. Flere studier vektlegger opplevelsen av stress og utbrenthet forbundet med disse møtene. Derfor velger jeg å presentere begrepet «vikarierende traumatisering» knyttet til disse sterke møtene. Videre viser forskningen på feltet viktigheten av refleksjon og veiledning for sykepleierne som opplever møtet med døende pasienter, og jeg velger begrepet «conatiner-contained» som teoretisk referanseramme for å forstå betydningen av refleksjon og veiledning. Til slutt løfter jeg frem det teoretiske perspektivet «resiliens». Dette perspektivet peker i retning av slitestyrke og ressurser som kan få sykepleierne til å holde ut i et arbeid som innebærer møter med døende pasienter. Tidligere forskning, og disse teoretiske perspektivene har dannet grunnlaget for min egen forskning.

Artiklene er valgt etter ulike søk i flere databaser som Cinahl, Amed, Medline, Academic search premier, Idunn og Google scholar der flere søkeord er benyttet i kombinasjon. Fokuset i søkene har vært fra sykepleieres perspektiv. Eksempel på benyttede søkeord er: *Dying patient, *Terminal, *Experience, *Relationship, *Hospital, *Nurse, *Care, *Palliative care *Nursing perspective, *Death, *Resilience, *Trauma, *Stress, *Second victim, *Burnout *Anxiety *Mental health. Flere av ordene er også søkt på norsk og det er søkt på referanser fra ulike artikler.

2.1 Sykepleiernes erfaringer i møte med døende pasienter på sykehus

Forskning viser at å pleie døende pasienter vekker mye tanker hos sykepleierne som handler om liv og død. Tankene handlet eksempelvis om at sykepleierne lærte seg å sette mer pris på livet og ble mer takknemlige for å ha friske barn (Vachon, Fillion, & Achille, 2012). Samtidig kommer det frem at sykepleierne synes det er mer utfordrende

å håndtere og se pasientens lidelse enn pasientens død. Det begrunnes med at de kjenner på hjelpeløshet, skyldfølelser og utmattelse i forhold til pasientens lidelse (Vachon, Fillion, & Achille, 2012; Sinclair og Hamill, 2007). Sykepleierne har et sterkt ønske om å lindre smerten til alle pasientene, noe som er vanskelig å innfri og som kan lede til at sykepleierne selv blir utslitt (Vachon, Fillion, & Achille, 2012). I motsetning til dette peker studien til Heutepen og Hendrikx (2003) på at sykepleierne føler seg mer ukomfortable når de står overfor selve dødsfallet.

Forskning viser også at sykepleierne selv kjenner på dødsangst som gjør det vanskelig å kommunisere med og pleie døende pasienter (Boston, Bruce, & Schreiber, 2011). Når sykepleierne kjenner på en slik angst eller ubehag er det i følge Pearlman og Saakvitne (1995) viktig at sykepleierne har gjort seg opp egne tanker rundt døden. Uten slike tanker om døden kan sykepleieren bli enda mer fastlåst og usikker på hvordan en skal opptre i relasjon med døende pasienter.

Hvis følelsene overfor pasienten blir sterke og personlige, beskriver Lavoie, Blondeau og Koninck (2008) det som utfordrende å være profesjonell i møte med pasienter som ligger for døden. Man bør derfor bytte på ansvaret for pasienten slik at sykepleieren ikke overfører egne problemer til pasienten (Mount & Boston, 2006).

Lie (2002) sier at sykepleiernes personlighet har stor betydning for å skape en åpen og trygg atmosfære. Dette oppnås ved at sykepleierne har en personlig samtale med pasientene. Sykepleierne opplever at det er vanskelig å snakke med pasientene på sykehuset fordi det ofte er travelt, og derfor lite rom for samtaler. Å få til en personlig samtale vanskeliggjøres av at pasientene ofte deler rom med andre pasienter eller ligger på korridor.

2.2 Stress og utbrenthet

I en artikkel av Yoder (2008) understrekes det at å pleie pasienter som ligger for døden er noe av det mest utfordrende en gjør innenfor sykepleie. Sykepleierne finner gjerne situasjonen vanskelig når de skal være helhetlig til stede hos den døende pasienten samtidig som øvrige arbeidsoppgaver også skal utføres. Et slikt stress kommer også frem i studien til Peters, Cant, Sellick, O'connor, Lee og Burney (2012). Studien beskriver at sykepleierne blir utbrent i møtet med pasienter som ligger for døden fordi de opplever stress over tid. Det førte til at sykepleierne ble emosjonelt utmattet og

opplevde lav grad av personlig mestring. Andre sykepleiere opplever at de blir utbrent fordi de gir mye av seg selv i møte med døende pasienter og tappes derfor for energi (Henderson; 2001, Johansson & Lindahl; 2011). For å unngå utbrenthet, synes sykepleierne derfor det er viktig å sette egne grenser, slik at de ikke blir for personlig involvert i pasientens situasjon (Johansson & Lindahl, 2011; Zolnierek, 2013). Samtidig påpeker forskning også viktigheten av at sykepleierne kjenner pasientene som ligger for døden godt for å kunne gi sikker og trygg pleie. (Zolnierek, 2013; Henderson, 2001).

Utbrenthet definerer Maslach (1982) som «a syndrome of emotional exhaustion» (Rønnestad og Skovholt, 2013, s. 249). Ved utbrenthet kan man utvikle depresjon, kynisme, kjedsomhet, opplevelse av lite lidenskap og motløshet (McCann & Pearlman, 1990). Rønnestad og Skovholt (2013) beskriver andre faktorer som økt fravær, ønske om å slutte i jobben, lav selvtillit, vanskeligheter med å yte service og en opplevelse av økt arbeidspress. Gleden av å hjelpe andre er gjerne ikke lenger tilstede og man kan oppleve at den hjelpen som en selv gir ikke lengre er til nytte for pasientene.

Sykepleierne kan beskytte seg mot disse reaksjonene ved å snakke med andre om opplevelser og inntrykk. Hvis en derimot ikke snakker om opplevelsene eller får veiledning kan sykepleierne i noen tilfelle utvikle plagene som nevnt ovenfor (Rønnestad & Skovholt, 2013; Cope, Jones, & Hendricks, 2014).

2.3 Vikarierende traumatisering

Vikarierende traumatisering er en prosess der man stadig hører og ser detaljerte beskrivelser av tragedier og grusomheter. Når sykepleiere da er empatiske overfor pasienter som opplever eller har opplevd traumer, er sykepleieren sårbar for å selv bli påvirket. Gjennom en slik prosess kan sykepleieren som hjelper i noen tilfeller bli traumatisert (Pearlman & Saakvitne, 1995). Begrepet er kjent innenfor mental helse og beskriver hjelperens egne traumatiske reaksjoner på pasientens opplevelser. Andre beslektede begreper er sekundær traumatisering, utbrenthet og «fatigue» (Berge, 2005). McCann og Pearlman (1990) var de første til å definere begrepet «vikarierende traumatisering» og beskriver at personell som selv har opplevd traumatiske hendelser er spesielt utsatt for å bli traumatisert i møte med pasientens opplevelser (Rønnestad & Skovholt, 2013; Rønnestad & Skovholt, 2002). McCann og Pearlman (1990) påpeker i sin studie at å jobbe med personer som har opplevd traumer kan ha en forstyrrende og smertefull virkning på hjelperen. En slik psykologisk effekt kan vedvare i måneder og

år etter at man har jobbet med pasienter som har opplevd traumer. Møtet med andres vonde erfaringer kan derfor, som også poengtert i Bang (2003), gjøre at sykepleierne selv blir berørt. I noen tilfeller kan det føre til at sykepleierne utvikler plager.

Studien til Jones og Treiber (2012) viser hvilke plager sykepleierne kan utvikle i vitne til traumatiske hendelser. Noen opplevde mareritt, «flashbacks», nervøsitet, angst og depressive symptomer. Man kan også oppleve tap av livsglede hvor en selv som sykepleier ikke lenger ser sin verdi som menneske (Berge, 2005). Ifølge Pearlman og Saakvitne (1995) kan det å bære på traumatiske opplevelser fra pasientene også føre til at hjelperen isolerer seg fra pasientene. Pasientens traumatiske opplevelser kan til slutt bli en realitet for sykepleierne der de bærer videre på pasientens traumatiske opplevelser (Hummelvoll, 2006; Rønnestad & Skovholt, 2013).

Sykepleierne er ofte til stede hos pasientene og lytter til pasientens opplevelser og smerter (McCann & Pearlman, 1990). Det er derfor i henhold til Beck (2011) viktig at sykepleierne lærer seg symptomene på vikarierende traumatisering allerede gjennom utdannelsen. Det kommer også frem i studien til Barnett (1991) at sykepleierutdannelsen bør fokusere på hvordan sykepleierne har det, og håndterer å være hos døende pasienter.

2.4 Refleksjon og støtte

Studien til Sinclair og Hamill (2007) beskriver at det ikke alltid er rom og tid for sykepleierne å snakke med kollegaene selv om sykepleierne ønsker det. I følge studien går sykepleierne av vakt, og tar med seg opplevelsene hjem uten å ha reflektert over situasjonen. Selv om en er terapeut, eller sykepleier som i min studie, betyr ikke det i følge McCann og Pearlman (1990) at man er immun mot de smertefulle og følelsesrike situasjonene en er vitne til.

Lie (2002) påpeker at veiledning og debriefing avhenger av et godt arbeidsmiljø for å fungere, slik at sykepleierne da føler seg trygge i samtalene. Hvis sykepleierne derimot kjenner på press og travelhet på arbeidsplassen, kan det lede til at de ikke tørr å åpne opp for en samtale om sårbare tema. Rønnestad og Skovholt (2002) fremhever at sykepleierne må reflektere over tunge erfaringer utfra personlige opplevelser. Noen sykepleiere kan gjøre det gjennom diskusjonsgrupper og seminarer for å komme seg videre.

En artikkel publisert i Australia (Cope, Jones, & Hendricks, 2014) påpeker at det er nødvendig at sykepleierne har en egen styrke til å holde ut i de utfordrende situasjonene og stresset som sykehuset byr på. Studien forsøker å skape økt forståelse for hvorfor sykepleierne velger å bli på sykehus på tross av at det er mangel på ressurser og stor arbeidsbyrd i yrket. Det kom frem at sykepleierne var flinke til å lytte til hverandre, noe de opplevde som betydningsfullt for å ønske å være i jobb på sykehuset.

2.5 «Container-contained»

En strategi for å forebygge traumatisering som nevnt ovenfor, kan være at sykepleierne får hjelp til å romme egne fortvilelser og frustrasjoner, en såkalt bærende «container-contained» relasjon. Bion (Abrahamsen, 1997) beskriver begrepet i en mor-barn relasjon der barnet prøver å kvitte seg med egne følelser ved å projisere de over på omsorgspersonen. Omsorgspersonen tar imot følelsene og grunner for disse samt demper dem slik at barnet får dem tilbake i en mer fordøyelig form. Selv om det fortsatt vil oppleves som vondt for barnet, så har det vonde fått en form som gjør det lettere å bære. Denne prosessen mellom mor-barn kan overføres til relasjonene mellom sykepleierne og relasjonen mellom sykepleierne og pasientene.

Det anses i henhold til Lie (2002) som viktig at sykepleierne får tid til slik refleksjon med kolleger, særlig for å reflektere over egne handlinger og utfordringene som sykepleierne møter i sitt yrke. Sykepleierne, i likhet med andre helsearbeidere, er ikke flinke til å ta seg tid til refleksjon grunnet de mange andre arbeidsoppgaver som venter. Mangel på refleksjon medfører at egen personlig og faglig modning hindres.

I dag er det vanlig med egne veiledningsgrupper på arbeidsplassen. Her skal en få snakke om vanskelige situasjoner som en selv har opplevd og motta veiledning. Veiledning styrker sykepleiernes profesjonelle identitet og selvbilde, motivasjonen for arbeidet øker og de som befinner seg i faresonen for å bli utbrent gis hjelp til. Å snakke om døden har lenge vært et tabuområde og er fortsatt en «privatsak» også i dagens samfunn (Lie, 2002).

2.6 Resiliens

I begynnelsen av 1970 tallet ble begrepet «resilience» brukt som et synonymt begrep med å være motstandsdyktig overfor stress (Holling, 1973). Det vil si en beskyttende faktor som forbedrer evnen til å håndtere stress og motgang (Adamson, Beddoe, &

Davys, 2012; Hunter & Warren, 2013; Padesky & Mooney, 2012; Rønnestad & Skovholt, 2013). Professor Hollnagel beskriver begrepet som evnen til å tåle traumatiske situasjoner, og evnen til å bruke et traume som starten på noe nytt (Holling, 1973). Derimot beskriver Truffino (2010) at det mangler en tydelig definisjon på resiliens og at begrepet blir brukt forskjellig i flere sammenhenger - som medisin, psykologi, utdanning og sosialt arbeid. Det påpekes også at resiliens ofte blir misforstått gjennom å bli sett på som et personlighetstrekk der man er i stand til å håndtere de fleste livshendelser (Adamson, Beddoe, & Davys, 2012).

Innenfor psykologien har resiliens sine røtter knyttet til barn og familier som opplever alvorlige tragedier. Begrepet blir da brukt for å beskrive at familier bør tilegne seg kognitive og følelsesmessige egenskaper som gjør dem i stand til å håndterer motgang. Å ha en slik styrke og motstandsdyktighet allerede som barn gjør at man er mindre utsatt for å utvikle psykiske problemer som voksen (Hunter & Warren, 2013).

Det siste tiåret har vist en økende internasjonal interesse for begrepet. I Storbritannia blir resiliens sett på som en verdifull ressurs for å fremme helse. Årsaken er at begrepet representerer en indre styrke som eksempelvis muliggjør å komme tilbake til arbeid på tross av at en har møtt motgang og hatt traumatiske opplevelser relatert til arbeidet eller hjemmet (Aranda, Zeeman, & Scholes, 2012). En resilient person har god psykologisk helse på tross av at en har erfart lidelse. Det betyr ikke at man er immun mot ulike former for traumer, men at man har lært seg å vokse og utvikle seg i utfordrende situasjoner (Truffino, 2010).

I studien til Yoder (2008) beskriver sykepleierne også ulike mestringsstrategier som hjelper dem med å holde ut i en travel hverdag. En strategi kan være å bytte på ansvaret for de ulike pasientene, en annen kan være å glemme de vanskelige situasjonene. Studien beskriver også at sykepleierne «kobler ut» og arbeider på «autopilot». I motsetning til å ignorere vanskelige situasjoner, hadde andre sykepleiere behov for å bruke tid på dialog med pasientene og deres pårørende. De anså også organisatoriske strategier som viktige for å holde ut i arbeidet ved å være på andre avdelinger, ha kortere arbeidsdager, samt jobbe turnus og kunne ta noen dager fri.

2.7 Oppsummering

Forskningen viser at det er krevende å oppleve møter med døende pasienter. Det beskrives som utfordrende å snakke om døden med pasientene på grunn av egen dødsangst, samtidig som forholdene på sykehuset ofte ikke er tilrettelagt for slike samtaler. Sykepleierne synes det er vondt å se at pasienten blir dårligere, og blir preget av pasientens lidelse og beskriver seg som utbrent. Teorien peker på at når sykepleierne blir påvirket av pasientens lidelse, er sykepleierne selv i fare for å bli traumatisert. Dette kan man forsøke å motvirke ved å få snakke om egne opplevelser og øke sin evne til å romme vanskelige opplevelser. Forskning viser også at sykepleierne anvender ulike strategier som gir dem styrke til å holde ut i den travle hverdagen på sykehuset. I følge teorien, er det nødvendig å finne en slik styrke for å være motstandsdyktig (resiliens) i møte med andres traumer.

3.0 Studiens hensikt og mål

Hensikten med studien er å beskrive og fortolke hvordan sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehuset. Det overordnede målet er å bidra med kunnskap som kan motvirke stress og utbrenthet blant sykepleierne som opplever døden så nært.

Studien vil besvare følgende problemstilling:

- *Hvordan erfarer og håndterer sykepleierne å være vitne til døende pasienter og deres pårørende på sykehus?*

Problemstillingen operasjonaliseres gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever sykepleierne å være vitne til døende pasienter og deres pårørende?
- Hvilke muligheter og behov beskriver sykepleierne at de har på arbeidsplassen til å dele opplevelsene fra møtene med døende pasienter og deres pårørende?
- Hva opplever sykepleierne selv er grunnene til at de holder ut i arbeidet?

4.0 Presentasjon av metode

I det følgende kapitlet vil valg av kvalitativ metode presenteres, og min egen forforståelse av temaet blir formidlet gjennom et «case» fra praksis. Deretter forklares hvordan rekruttering og selve intervjuene foregikk, før anvendelsen av Kvale og Brinkmanns hermeneutiske meningsfortolkning som analyseverktøy av intervjumaterialet beskrives. Videre diskuterer jeg begrepene validitet og reliabilitet samt forskningsetiske vurderinger.

4.1 Kvalitativ metode

Bruk av metode vil si å gå en bestemt vei som middel eller redskap for å nå et mål. I forskning skilles det mellom kvantitative og kvalitative metoder. Skillet tar utgangspunkt i formen på de data som blir undersøkt. Når det er ulike variabler som skal undersøkes bør kvantitative metoder benyttes. Man kan da telle opp fenomener for å få innsikt i utbredelse (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Ønsker man derimot å få frem så nøyaktige beskrivelser som mulig om hva mennesker opplever og føler vil kvalitative metoder foretrekkes (Kvale & Brinkmann, 2012). Man får da frem kvaliteten eller egenskaper ved fenomenene som studeres (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

Kvalitativ metode er derfor valgt for denne studien med sikte på fordypning i sykepleiernes egne erfaringer og opplevelser av å være vitne til døende pasienter. Bruk av intervju er ment å bidra til fyldige og omfattende svar på problemstillingen. Formålet med intervjuet er nettopp å få innsikt i og forståelse for andre sine tanker og erfaringer (Thagaard, 2013).

Ut fra mitt tema, og ønske om å forstå hvordan sykepleierne håndterer å være vitne til døende pasienten, har jeg foretatt en fenomenologisk - hermeneutisk analyse. Hermeneutikken (Thornquist, 2010) sier noe om hvordan en tolker livets «tekst» mens fenomenologien sier noe om hvordan en orienterer seg i forhold til livserfaring. Med utgangspunkt i bruk av en fenomenologisk tilnærming vil man i henhold til Lindseth og Norberg (2004) med andre ord fokusere på å forstå meningen med sykepleiernes opplevelser og erfaringer.

Videre benytter man i følge Lindseth og Norberg (2004) faglitteratur for å forstå intervjuteksten fra flere perspektiver. Resultatet blir deretter formulert i et dagligdags

språk, så nært livserfaringene som mulig. Et nytt perspektiv og innsikt oppstår gjennom en såkalt hermeneutisk sirkel der intervjuene tolkes gjennom intervjuerens egen forforståelse og den konteksten intervjuene fortolkes i. Metoden vil bli beskrevet i mer detaljer i kapitlene under.

4.2 Forforståelse

På bakgrunn av tidligere erfaringer som sykepleier går jeg inn i temaet med en forforståelse. Jeg har allerede gjort meg en del tanker om det å være vitne til døende pasienter, samt lest teori som vil være styrende for intervjuene. På den ene side er min forforståelse en form for hjelp som gir økt forståelse av sykepleierne. På den annen side er det også utfordrende fordi egne erfaringer vil påvirke min forståelse av det deltakerne forteller. Dette beskrives nærmere i (kapittel 4.7). Jeg har derfor reflektert over min egen forforståelse gjennom et «case» av temaet i det følgende slik at jeg i størst mulig grad er åpen for andres erfaringer og kan dra nytte av disse.

4.2.1 En opplevelse jeg aldri glemmer

Da jeg startet på kreftavdelingen ble jeg primærkontakt for en ung gutt som fikk diagnosen blodkreft. Jeg ønsket selv å være primærkontakt for pasienten da jeg opplevde at vi hadde en god relasjon. Målet var at pasienten skulle bli frisk, men det viste seg at cellegiften ikke hadde effekt. På tross av at pasienten ikke kunne bli frisk, opplevde jeg han som svært rolig i motsetning til meg, legene og familien som desperat studerte ulike behandlingsmuligheter. Jeg beundret hans rolige måte å håndtere den fortvilte situasjonen på. Samtidig undret jeg meg over at pasienten kunne akseptere døden i en slik ung alder.

Pasienten ble dårligere i løpet av få dager etter avsluttet behandling, og jeg kunne se at han ble tynn, rødlig i huden, slapp og mindre kontaktbar. Å se at en person som er yngre enn meg skulle dø fikk meg til å tenke på hvor sårbart livet er. Inntrykkene og tankene gjorde at jeg kjente på hjertebank og en indre uro som er vanskelig å beskrive. Jeg tror det handlet om en redsel over at jeg kanskje skulle se han dø. Jeg hadde vanskelig for å akseptere at han skulle dø, og tanken på å se han dø ble jeg nesten kvalm av. Lettelsen var derfor stor hver gang jeg gikk hjem fra jobb og han fortsatt levde.

Da dagen kom der vi alle så at han nå var på dødsleie ønsket familien at jeg sammen med en annen sykepleier skulle kle pasienten i egen dress. Han ble nydelig og jeg kan fortsatt se han for meg den dag i dag. Det opplevdes svært sterkt å få være sammen med pasienten og familien i pasientens siste tid i livet og jeg kjente at tårene presset på flere ganger. Søstrene lå tett inntil pasienten og hvisket til han «du må ikke dø, vi må leke mer sammen». Selv om jeg hadde fryktet for å være tilstede i øyeblikket der han skulle dø, kunne jeg ikke ønsket å være noe annet sted enn akkurat her ved siden av pasienten og hans familie. Det var helt stille på rommet og alle ventet på at han skulle dra sitt siste åndedrag. Plutselig ser den ene lillesøsteren som lå i pasientens armhule på meg og kaller meg for «storesøster». Da greide jeg ikke lengre å holde på tårene. Det var sterkt å høre at de hadde knyttet seg så nært til meg og at jeg hadde en slik betydning i pasientens og familiens liv. Tårene trillet nedover kinnene mine samtidig som jeg tok pasienten i handen. Vi satt alle tett inntil pasienten da han «forsvant» inn i døden.

4.3 Intervju som innsamlingsmetode

Intervjuguiden er basert på min egen forforståelse og oppgavens tema. Siden oppgaven omhandler et sårbart tema valgte jeg semistrukturerte intervju for å kunne følge opplevelsene til sykepleierne på en naturlig måte. Det ble brukt en overordnet intervjuguide (se vedlegg 1) som utgangspunkt for intervjuene. Denne intervjuteknikken tillot å endre rekkefølgen på spørsmålene samt legge til flere spørsmål underveis for å besvare oppgavens problemstilling (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2011).

Under intervjuet ble det brukt opptaker for å sikre dokumentasjon av intervjuene. Dette muliggjorde full konsentrasjon på det som sykepleierne sa uten bekymring for å glemme hva som ble sagt, og uten notering som kan oppfattes forstyrrende av sykepleierne (Thagaard, 2013).

Selve intervjuene ble avtalt gjennom avdelingsleder, med unntak av ett som ble avtalt gjennom e-post. Intervjuene ble gjennomført på et eget rom på avdelingen som sykepleierne arbeidet på.

Jeg innledet intervjuene med å presentere meg, samt med å forklare studiens problemstilling og hensikt. Det var perioder under intervjuene hvor jeg kjente at sykepleiernes opplevelser «traff» mine egne erfaringer. Jeg valgte likevel å fortsette å lytte til sykepleiernes opplevelser uten å si noe om mine egne opplevelser.

Vi ble forstyrret et par ganger under intervjuene av andre som ønsket rommet vi brukte. Vi hentet oss kjapt inn igjen etter disse avbrytelsene. Selve intervjuene varte fra 30-60 minutter. Når intervjuet var ferdig startet jeg fortløpende med transkriberingen. Jeg lyttet til opptaket samtidig som jeg noterte ord for ord om det som ble sagt. Det var lærerikt å høre hvordan jeg stilte selve spørsmålene, fordi det fikk meg til å forstå hvordan jeg kunne forbedre spørsmålene for å få enda mer utfyllende svar.

4.4 Utvalg

Med utgangspunkt i problemstillingen ble det gjennomført et strategisk utvalg av sykepleierne med hjelp av en oversykepleier og avdelingslederne på medisinsk divisjon på sykehuset. Strategisk utvalg vil si at deltakere blir håndplukket med utgangspunkt i de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til temaet som studeres (Thagaard, 2013).

Seks sykepleiere fordelt på to medisinske avdelinger ble utvalgt på denne måten, basert på kriteriene nevnt under.

Inklusjonskriterier:

- Sykepleierne skal arbeide på medisinsk divisjon.
- Sykepleierne skal ha erfaring med minimum tre dødsfall.
- Tre sykepleiere med mer enn fem års erfaring som sykepleier.
- Tre sykepleiere med mindre enn fem års erfaring som sykepleier.

Det ble valgt fra to ulike avdelinger på sykehuset i håp om variasjon i svarene. Tanken bak valget av to medisinske avdelinger var en forventning om at pasientene er lengre innlagt på en medisinsk sengepost enn på kirurgisk avdeling. Lengden på innleggelsen er av betydning for hvor godt sykepleierne har blitt kjent med pasientene. Dette tror jeg kan ha en betydning for hvordan sykepleierne opplever å være vitne til pasienter som er døende.

Kravet om at sykepleierne skulle ha vært vitne til minimum tre dødsfall var for å sikre erfaringer og opplevelser i møte med døende pasienter. Et valg av sykepleiere med ulik erfaring var for å få et bredere spekter med svar, noe jeg fikk, uten at man kan si med sikkerhet at bredden skyldtes erfaringsforskjeller.

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleiere med videreutdanning eller andre kurs innenfor temaet.

At alle sykepleierne er uten videreutdanning ses på som viktig for studien. Hvis sykepleierne har videreutdanning i eksempelvis kreft eller palliativ behandling har sykepleierne muligens lært mer om hvordan de håndterer og erfarer å være vitne til døende pasienter og dens pårørende. Det synes derfor som viktig at alle sykepleierne «kun» har en bachelorgrad som utgangspunkt.

4.5 Rekruttering av informanter

Første henvendelse til forskningsfeltet gikk via e-post til den ansvarlige innenfor forskning ved det aktuelle sykehuset. Deretter ble prosjektplan, forespørsel om intervju samt utfylt skjema om personvern sendt til direktør og oversykepleier ved medisinsk divisjon (se vedlegg 2). Etter at dette ble godkjent gjennom en mail (se vedlegg 5) kunne jeg invitere sykepleierne til intervju.

Oversykepleieren på medisinsk divisjon informerte de to aktuelle avdelingene om prosjektet samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre kontaktet jeg personlig avdelingssykepleierne på de to medisinske avdelingene for å forklare studien nærmere og for å be om tillatelse til å intervju sykepleierne i deres arbeidstid.

Informasjonsbrevet og samtykkeerklæringen (se vedlegg 3 og 4), gav jeg deretter til avdelingslederen til sykepleierne for å sikre deltakelse med informert og skriftlig samtykke.

Selv om avdelingen fikk alt av informasjon og beskjed om at intervju ønskes snarest, tok gjennomføringen tid. Det synes å være utfordrende å finne sykepleiere med mer enn fem års erfaring på medisinsk avdeling. Etter å ha purret på avdelingen flere ganger fikk jeg til slutt intervju sykepleiere som passet med kriteriene. Til sammen ble det gjennomført seks intervju som planlagt fra de to valgte medisinske avdelingene på sykehuset. Alle var kvinner mellom 25-47 år. Intervjuene varte fra 25-60 minutter. Variasjonene tror jeg handlet om at noen snakket kort, mens andre utdypet seg mer i sine fortellinger. Intervjuenes lengde kan også handle om at jeg selv var varierende på hvordan jeg stilte oppfølgingsspørsmål.

Man kan også hevde at det på en side er fordeler med å intervju på sykepleiernes arbeidsted, fordi sykepleierne slipper å bruke tid på reising. På den annen side kreves det at sykepleierne har tid til å uforstyrret bli med i undersøkelsen i arbeidstiden (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

Man kan også tenke at sykepleierne følte seg mer presset til å delta i studien siden det var avdelingslederen som rekrutterte dem. På den annen side kan det ha vært betryggende for sykepleierne å forholde seg til lederen som de kjenner snarere enn meg som ukjent. En ulempe med at avdelingsleder ble brukt til rekruttering fra studiens ståsted er at man ikke får innblikk i hvor mange som sa nei og årsaken til dette.

4.6 Analyse

I følge Lindseth og Norberg (2004) snakker sykepleierne lite i hverdagen om de etiske problemstillingene som de stilles overfor i arbeidslivet. Min utfordring som forsker ble derfor å analysere materiale slik at sykepleiernes moralske og etiske tenking ble mer synlig. Det er derfor viktig at det sykepleierne sa ble forstått riktig som bakgrunn for videre tolkning.

For å finne en fenomenologisk mening er det da nødvendig at man får detaljerte og rikholdige beskrivelser av fenomenene (Lindseth & Astrid, 2004). Dette opplevde jeg kom frem gjennom sykepleiernes beskrivelser av egne personlige erfaringer og opplevelser i møte med døende pasienter og dens pårørende.

Analysen ble gjennomført med utgangspunkt i forskningsspørsmålene med sikte på å sette egen forforståelse i bakgrunnen. Forskeren må også bruke informantenes eget språk siden målet er at teksten skal forstås ut fra informantenes opplevelse, uten at dette overfortolkes fra forskerens side (Kvale & Brinkmann, 2012).

Før analysen ble det transkriberte materialet lest flere ganger for å få en forståelse av sykepleiernes erfaringer og opplevelser. Videre ble det gjort en meningsfortetting hvor sykepleiernes umiddelbare mening og lange beskrivelser ble gjort om til kortere setninger. Analysen ble deretter gjennomført ved bruk av Kvaale og Brinkmann (2012) sin beskrivelse av en hermeneutisk meningsfortolkning. Meningsfortolkning ble gjennomført via tre ulike fortolkningskontekster som *selvforståelse*, *kritisk forståelse* basert på *sunn fornuft* og *teoretisk forståelse*.

Det første nivået i meningsfortolkningen var sykepleiernes egen selvforståelse som ble presentert i venstre kolonne under analysen (se vedlegg 6). Dette er den transkriberte teksten om sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer. I kolonne nummer to fra venstre side er intervjumaterialet blitt fortettet til kortere setninger.

I den neste tolkningskonteksten, kan man ikke i følge Lindseth og Astrid (2004) unngå å tolke teksten med utgangspunkt i egen forforståelse. Den hermeneutiske metoden blir derfor anvendt. En slik tolkning vil si at deltakerens selvforståelse ble løftet til et mer beriket innhold. Gjennom en slik metode kan deltakerens holdninger og egenskaper studeres og diskuteres nærmere. Det betyr at man skal ha en bredere forståelsesramme enn den selvforståelsen som har kommet til uttrykk fra sykepleierne som vises i tredje kolonne fra venstre side i (vedlegg 6). Videre stilte man seg kritisk til det som hadde blitt sagt, ved at det ble sett etter betydninger og meninger som ikke fremtrer umiddelbart i intervjumateriale. I tillegg var det viktig å tenke over måten sykepleierne fortalte egne opplevelser på, som eksempelvis tonefall, mimikk og andre kroppslige uttrykk.

I den tredje tolkningskonteksten ble det gjennomført en fortolkning som tok utgangspunkt i den bakenforliggende teori for å forstå meningen med sykepleiernes utsagn. Dette blir også vist i siste kolonne fra venstre side (vedlegg 6). På denne måten blir intervjuernes selvforståelse utvidet til en mer allmenn forståelse, og materialet kan bidra til mer kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012).

4.7 Validitet

Begrepet validitet i denne sammenheng, belyser om man forsker på det man hevder at man skal gjøre. Måleredskaper som er nødvendige for å skape validitet er troverdighet, overførbarhet, verifiserbarhet og pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Valg av intervju som metode blir ofte kritisert fordi som forsker har man en påvirkningskraft på intervjuene i tillegg til at en fortolker intervjumaterialet (Kvale & Brinkmann, 2012). Man kan derfor si at oppgaven bærer preg av min forforståelse, min kliniske hverdag på sykehuset og egen forståelse av sykepleiernes opplevelser. Samtidig ble avdelinger jeg har lite kjennskap til valgt, slik at jeg hadde lite forståelse for hvordan sykepleierne der erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter. Likevel har forskningen foregått på et sykehus som kan inneha samme miljø som det jeg selv

har kjennskap til. Det er derfor en økt fare for at forskjellene fra egne erfaringer og sykepleiernes erfaringer overses. Med andre ord kan man være mindre mottakelig for å se på erfaringene og opplevelsene en ikke selv kjenner igjen. På den annen side kan det også ha en positiv effekt som nevnt i (kapittel 4.1), fordi man har kjennskap til forskningsområdet, noe som igjen gir en økt forståelse av temaet. Kjennskap til miljøet som forskes på kan derfor både være en styrke og en svakhet i forhold til validitet (Thagaard, 2013).

Resultatene ses på som rikholdige beskrivelser av sykepleiernes erfaringer og opplevelser i møte med døden gjennom de seks intervjuene. Valg av intervju som metode har derfor bidratt til å besvare min problemstilling, noe som i henhold til Kvale og Brinkmann (2012) er med på å styrke gyldigheten av dataene. Det er skrevet ned flere sitater i delen om funnene (kapittel 6) for å styrke validiteten av studien. Samtidig kan man også si at gyldigheten økte ved at sykepleierne i etterkant fikk anledning til å fortelle hvordan de opplevde intervjuene. Sykepleierne kunne også ta kontakt hvis det var noe de ville oppklare eller korrigere.

Gyldigheten av studien er også i henhold til Thagaard (2013) avhengig av forskerens evne til å stille oppfølgingsspørsmål, noe som ble gjort for å utdype det sykepleieren sa eller for å oppklare eventuelle misforståelser. Validiteten øker også om noen leser kritisk gjennom hele analysen for å sikre at man oppfatter materialet på samme måte (Thagaard, 2013). Dette ble det dessverre ikke tid til å gjennomføre, men jeg gikk gjennom noen få sider av analysen sammen med veileder og medstudent. Dette for å hjelpe hverandre med å forstå hvordan man kan tolke materialet og danne kategorier med utgangspunkt i Kvaale og Brinkmanns meningsfortolkning.

Til slutt ses det på som viktig å si at de intervjuede sine opplevelser er satt inn i en videre fortolkning samt en teoretisk kontekst. Det er derfor vanskelig for de intervjuede selv til å bidra til økt validitet siden de ikke er innforstått med det faglige perspektivet (Thagaard, 2013).

4.8 Reliabilitet

Reliabilitet har med hvor troverdig selve studien er (Kvale & Brinkmann, 2012). Det vil si om forskeren gir et sant eller forvrengt bilde av det de intervjuede har formidlet. Selve transkriberingen er derfor gjort så nøyaktig som mulig for at sykepleiernes

erfaringer skulle komme frem. Videre ble materialet bearbeidet på en systematisk og ordentlig måte (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatene ble tenkt grundig gjennom for å sikre samsvar med virkeligheten.

Det er lagt til et (vedlegg 6) om hvordan Kvale og Brinkmann sin analyse er benyttet, slik at leseren kan prøve å følge analyseprosessen. Analysen av funnene er gjort på tvers av materialet med bruk av fiktive navn på deltakerne for å få tydelig frem at utsagnene kommer fra flere forskjellige deltakere og ikke bare en.

4.9 Forskningsetiske vurderinger

Å sikre konfidensialitet betyr at man anonymiserer data slik at sykepleierne ikke kan identifiseres. Dette ble sykepleierne forsikret om i starten av intervjuet, inkludert om at fiktive navn benyttes i oppgaven. Alt av det transkriberte intervjumaterialet, samt samtykkeskjemaer med signatur fra sykepleierne, har vært innelåst i et skap som bare jeg har hatt tilgang til.

I intervjuforskning oppstår det etiske spørsmål på grunn av asymmetri mellom forskeren og sykepleierne. Man kan si at forskeren er sterkest på grunn av kjennskap til temaet og intervjuguiden og fordi forskeren beslutter hvilke svar en ønsker å følge opp og når en skal avslutte samtalen (Kvale & Brinkmann, 2012).

Siden temaet handler om sykepleierne sine erfaringer ble intervjuene personlige. Sykepleierne kan derfor føle at de utlever mye av seg selv. I henhold til Kvale og Brinkmann (2012) må forskeren derfor ikke bare fokusere på den vitenskapelige verdien, men også ta hensyn til den menneskelige situasjonen som utforskes.

Eksempelvis kan sykepleierne oppleve intervjuet forførende, som gjør at de utleverer opplysninger som de kanskje senere vil angre på. Det stilles derfor krav om at forskeren må ta hensyn til hvor langt man skal gå i utspørringen. Hvis forskeren ser at sykepleierne synes at dette er svært vanskelig må det vurderes hvordan man skal gå videre. Spørsmålet reiser seg da om forskeren skal spørre videre i en terapeutisk retning, for å hjelpe sykepleierne samtidig som forskeren selv får kunnskap. Hvis forskeren velger å snakke om temaet videre må forskeren forsikre seg om at deltakeren ikke føler seg krenket. Forskeren må også forsikre seg om at sykepleierne har forstått at han eller hun kan trekke seg hvis det blir for utfordrende (Kvale & Brinkmann, 2012). Selv om sykepleierne delte sterke inntrykk og opplevelser om å være vitne til døende pasienter,

opplevdes det ikke som sykepleierne synes det var vanskelig å snakke om disse. Det var snarere motsatt, at de synes det opplevdes godt å få snakke om egne opplevelser.

Når forskeren og sykepleierne snakker om tema som sykepleierne er berørt av, er det også viktig at forskeren selv er forberedt mentalt. Som forberedelse tenkte jeg gjennom egne erfaringer og situasjoner som har vært utfordrende i møte med døende pasienter. Når en har tenkt gjennom situasjonene og kjent på hvordan en selv reagerer, kan en kanskje unngå å få egne reaksjoner under intervjuet (Thagaard, 2013).

5.0 Funn

Sykepleiernes opplevelser og erfaringer med døende pasienter og deres pårørende har ved bruk av meningsfortetning og hermeneutisk meningsfortolkning dannet sentrale tema for denne oppgaven. Det er vist nærmere nedenfor. For å komme frem til disse temaene har jeg etter analysen brukt fargeblyanter på den transkriberte teksten. Fargeblyantene har jeg benyttet for å markere materialet utfra hva sitatene handler om. Jeg har derfor eksempelvis farget blått på materialet som handlet om vonde opplevelser, rødt på gode, og grønt på alt som handler om veiledning og refleksjon. Dette var en utfordrende prosess, og jeg måtte gjennom materialet flere ganger for å forstå hva sykepleiernes opplevelser egentlig handlet om. Videre plukket jeg ut sitater som omhandlet oppgavens tema og problemstilling.

Når det skrives «sykepleierne» i kapitlet under menes deltakerne som ble intervjuet og intervjusitat fra sykepleierne vil bli presentert i kursiv. Videre, med frasen «på sykehuset» menes medisinsk avdeling på sykehuset ettersom det er der forskningen har funnet sted. Alle de tre kapitlene under omhandler sykepleiernes egne opplevelser ved å være å vitne til døende pasienter og deres pårørende på et sykehus.

Jeg har valgt å slå sammen intervjumaterialet fra de to ulike medisinske avdelingene. Dette fordi studien ikke påviste vesentlige forskjeller mellom disse to avdelingene relatert til problemstillingen. Det kan likevel tenkes at intervju på to avdelinger har gitt resultatene en større bredde som bidrar til å kunne svare på hvordan sykepleierne håndterer og erfarer å være vitne til døende pasienter på sykehus. Det er mindre sitater fra «Anna» enn de andre sykepleierne noe som kan ha en sammenheng med at det var det korteste intervjuet. Samtidig var det også vanskelig å få fylldige svar.

5.1 Sykepleiernes egne forventninger

Tabell 1

Sentralt tema	Undertema
Sykepleiernes egne forventninger.	En forventning om å være omsorgsfull. En forventning om å ikke vise egne følelser. En forventning om at praksis stemmer overens med teori.

5.1.1 En forventning om å være omsorgsfull

Sykepleierne har forventninger til seg selv om å vise omsorg til de døende pasientene ved at de gir en *varm hånd, trygg stemme og tilstedeværelse* (Celine). Sykepleierne har videre et ønske om at døende pasienter ikke skal ligge alene. Det kan synes som om sykepleierne også forventer at de klarer å smertelindre slik at pasientene og deres pårørende skal få en fredfull opplevelse i møte med døden, noe som oppleves som vanskelig å innfri.

Det er helt grusomt fordi du ser at pasienten har det følt[...] pårørende har det følt[...]og jeg kjenner at jeg ikke har det greit fordi jeg ikke klarer å smertelindre[...]blir påvirket og går hjem og tenker at i dag har jeg ikke gjort en god jobb (Barbro).

Sykepleieren kan derfor kjenne på hjelpeløshet og avmakt fordi hun opplever å ikke strekke til slik som hun selv forventer. Når smertelindringen ikke oppnås beskrives tilstanden til pasienten som *seigpining* (Celine). I slike situasjoner uttrykte flere av sykepleierne at det ville vært bedre hvis pasienten fikk fred.

Det fremgikk av intervjuene at sykepleierne også hadde en forventning om at de skulle håndtere akutte situasjoner på en respektfull og omsorgsfull måte.

[...] prøvd intenst for å gjenopplive... avsluttet på en verdig måte...(Barbro).

Sitatet ovenfor sier noe om at hendelsen var krevende fysisk og psykisk. Det at sykepleieren forventer at de skal kunne gjøre en slik kaotisk situasjon verdig, sier noe om krav de stiller til seg selv i forhold til omsorg, respekt og empati overfor pasientene.

Omsorgen kommer også til uttrykk gjennom sykepleiernes forventning om å holde orden i omgivelsene rundt den døde pasienten.

[...] prøvde å rydde etter alt kaoset i tilfelle pårørende plutselig kom (Barbro).

Måtte bare vaske og vaske (blod) slik det skulle se fint ut igjen, var livredd for at pårørende skulle komme (Eline).

På tross av at sykepleierne ser blod overalt, trer respekten sykepleierne har for pårørende frem gjennom et ønske om å fjerne alle spor fra et kaotisk dødsfall.

5.1.2 En forventning om å ikke vise egne følelser

En av sykepleierne beskrev seg selv som lite profesjonell ettersom hun felte tårer, noe hun har lært at hun ikke skal gjøre. Hun påpeker viktigheten av at hun ikke skal *[...] gå slik inn i situasjonene som sykepleier (Barbro)*. Å oppfatte seg selv som lite profesjonell er det flere av sykepleierne som viser til. En sykepleier sa at *jeg måtte jo egentlig holde tårene tilbake igjen [...], ja så skal du jo være profesjonell (Celine)*.

En annen sykepleier påpeker at man ser på seg selv som profesjonell når hun har en *steinmaske på seg (Frøya)*. Dette kan forstås som en maske som skal skygge egne opplevelser som omhandler døden. På denne bakgrunn kan det forstås som at sykepleierne ser seg som profesjonelle når de selv ikke lar seg berøre.

Videre synes (Frøya) at hun utøver bedre sykepleie til pasientene hun ikke har en relasjon til, fordi hun da er mer *behersket*. Hvis det derimot er pasienter hun har hatt mer kontakt med blir hun *følelsesladet*, kan felle tårer og kjenner på sorg. Sykepleieren klarer nesten ikke å snakke med pårørende til den døende hun har en relasjon til fordi da gråter hun. Hun beskriver at opplevelsen er så sterk, men at pårørende samtidig må skjønne at hun også er et *følelsesmenneske* og ikke en *stein*. Det kommer også frem at sykepleieren opplever skyldfølelse når pasienten dør uten at det ble noe mer utdypet i intervjuet.

En sykepleier påpeker det derfor som viktig å ikke ta alle inntrykkene innover seg, fordi da kan man ikke jobbe som sykepleier. Sykepleieren opplevde det som en kunst å gjøre en god jobb og likevel ha medfølelse uten at man selv blir handlingslammet. Videre sa sykepleieren at man må gjøre en god jobb uavhengig av egen frustrasjon, sorg og opplevelse av å ha en «tøff jobb».

5.1.3 En forventning om at praksis stemmer overens med teori

Det kommer frem i intervjuene at flere av sykepleierne har en forventning om at praksis er lik teorien fra utdannelsen. Her trekkes frem et eksempel.

En nyutdannet sykepleier sa at teori og praksis ikke alltid samsvarer. Hennes frustrasjon og opplevelse handler i stor grad, i likhet med hos andre, om at pasientene blir overbehandlet av legene på sykehuset.

Og liksom da som sykepleiere som lærer om etikk og alt det her, det faller bare helt bort, det er der ikke lengre føler jeg[...] du får ikke være den som du så for deg at du skulle være (Eline).

Utsagnet kan illustrere en oppgitthet og usikkerhet der sykepleieren ikke føler seg hørt, men må holde inne egne refleksjoner. Når sykepleieren ikke får være den som en selv forventer og ønsker, kan konsekvensene bli oppgitthet og motivasjonsmangel.

5.2 Sykepleiernes personlige opplevelser

Tabell 2.

Sentralt tema	Undertema
Sykepleiernes personlige opplevelser.	Opplevelsene rundt det intime møtet med døden. Opplevelsen av vonde erfaringer med døden. Opplevelsen av «gode» erfaringer med døden. Opplevelser med pårørende. Opplevelsen av å ikke bli sett og forstått av legene. Opplevelsen av tids- og arbeidspress.

5.2.1 Opplevelsene rundt det intime møtet med døden

Det å være hos pasienten i selve dødsøyeblikket opplever sykepleierne svært forskjellig. En sykepleier sier at hun føler seg utilpass fordi alle pårørende griner samtidig som

sykepleieren selv kjenner at tårene presser på. Sykepleieren påpeker også at når pårørende er oppjaget av dødsfallet, føler sykepleieren at hun må *holde roen* slik at hun utstråler trygghet.

Ord strekker vertfall ikke til, føler jeg da, så da står jeg bare der og prøver å vise at jeg føler med de (Celine).

Det å stå i rommet når pasienten dør, er en spesiell og følelsesladet opplevelse. I forhold til å stå tett på pasienten som dør, beskriver en annen sykepleier at det varierer fra gang til gang hvordan hun reagerer.

[...]noen ganger kan du stå i et dødsfall å se, mens andre ganger er man mer følelsesmessig engasjert[...]. Kjenner jo på at der mistet du mor din før jul og at det like godt kunne vært meg og du setter deg da litt mer inn i det (Barbro).

Sykepleierens personlige sårbarhet og innlevelse blir tydelig. Sykepleieren beskriver også at hun lever seg inn i situasjonen da hun selv har opplevd dødsfall i familien. Egne erfaringer mener hun gir en økt forståelse for hvordan de pårørende har det i dødsøyeblikket. Hun peker på at hun selv har vært heldig og ikke kjent på egen sorg i møte med døende. Samtidig sa hun at det *kjennes på kroppen* og er rørende når hun ser at familien gråter.

Opplevelsen i møte med de døende pasientene varierer også utfra om sykepleierne kjenner pasientene og dens pårørende eller ikke. Når det er pasienter som sykepleierne kjenner, angir noen et behov for å være til stedet når pasienten dør. Flere av sykepleierne er da svært bekymret for den døende pasienten og opplever det som *forferdelig* når de dør og blir *kjempe glad* (Diana) de gangene de overlever et traume.

5.2.2 Opplevelsen av vonde erfaringer med døden

Alle sykepleierne påpeker at de akutte dødsfallene er de mest dramatiske, og de såkalte *vonde* dødsfallene for sykepleierne selv. Sykepleierne beskriver at dette er fordi de selv ikke er forberedt, at det ofte er kaos rundt dødsfallet samt lite rom for refleksjon i etterkant.

Det er mer den der hvor man ikke vet hva som skjer og det uavklarte (Diana).

I tillegg til opplevelsen av å ikke vite hva som skjer synes sykepleierne det er viktig at de selv [...] *holder roen hvor jeg ikke må miste kontrollen slik at den dårlige pasienten blir enda mer urolig.* (Anna).

Det påpekes også at plutselige dødsfall er utfordrende for sykepleierne å akseptere i motsetning til dødsfall etter kronisk sykdom.

En av sykepleierne (Anna) sa at hun aldri har opplevd hjertestans og har lite opplæring rundt dette, slik at hun ble handlingslammet i dødsøyeblikket. Sykepleieren beskrev opplevelsen som fæl ettersom pasienten var ung og hun selv ikke visste hva som skjedde. Det kommer også frem at sykepleieren kjente på dårlig samvittighet fordi hun trakk seg unna grunnet følelsen av å ikke strekke til. Sykepleieren sa at hun var i sjokk, som viste seg ved at hun ikke klarte å si noe i etterkant. Da sykepleieren kom på jobb dagen etter hadde hun sovet dårlig og ingen spurte hvordan hun hadde det.

To av sykepleierne beskriver døden som et traume. En sier at *det kom [...] avføring-blod opp av munnen... det kom kjempe mye, det bare rant* (Frøya). Med utgangspunkt i at det kom så mye blod tok sykepleieren selv en avgjørelse om å ikke starte med hjerte-lunge-redning (HLR). Før hun tok en slik beslutning hadde hun ringt til stans-teamet. Da portøren ankom, ba sykepleieren ham om ikke å gjøre noe. Like etter kom legene og sa at sykepleieren måtte starte HLR. Sykepleieren grubler frem og tilbake om situasjonen i intervjuet, der hun lurer på om hun egentlig gjorde det rette da hun sa til portørene at de ikke skulle utøve HLR. Hun hadde selv tatt initiativ til at alle sykepleierne som var involverte fikk snakke om hendelsen.

Utslitt, du blir sliten etter en slik episode. Det er ikke bare å fortsette videre, du må roe ned helt og bare være der (Frøya).

Den andre sykepleieren beskriver også hvordan de utfører HLR i det hun opplevde som en uverdigg situasjon:

[...] så spruter blodet til alle kanter. [...] hele brystkassen var knust og blodet rant og det så helt forferdelig ut. [...] skjev hele mannen, midt på natten liksom (Eline).

Selv om de akutte dødsfallene blir fremstilt som de mest dramatiske kommer det også frem andre vonde erfaringer med dødsøyeblikkene. En sykepleier forteller om en pasient som hadde flere plager:

[...] som resulterte i at han (pasienten) fikk veldig sterke smerter og lå da og skrek dag ut og dag inn (Eline).

Det endte med at de ga så mye smertestillende at pasienten *datt vekk* og de måtte gi motgift. Pasienten våknet til igjen med sterke smerter og skrek videre. Sykepleieren er tydelig frustrert over å holde liv i en pasient som lider uten håp om bedring og tenker at det beste hadde vært hvis pasienten fikk fred.

En annen sykepleier sier hun ble tilkalt av en hjelpepleier for å komme til en pasient som var dårlig. Pasienten var tydelig blå og hadde sluttet å puste, men sykepleieren observerte ikke dette. Hun gikk for å hente en mer erfaren sykepleier som fort så at pasienten ikke pustet og startet HLR:

Så vi måtte jo bare begynne og jeg begynte å komprimere og det knakk egentlig overalt. [...] jeg stod der og var helt kokt i ansiktet, ja, jeg hadde enda ikke klart å roe meg ned (Celine).

Samtidig som flere av sykepleierne sier at de akutte dødsfallene er vonde, påpekes det også at det er bedre når dødsfallet skjer fort og brutalt enn den *seigpiningen* som pasientene av og til opplever (*Barbro, Celine*). Seigpining er når sykepleierne ser at pasientene er døende men hvor legen sier at en skal fortsette med behandling.

Når pasienten dør fort sier sykepleierne at pasientene ofte har mindre vondt og mindre angst, noe som flere av sykepleierne trøster seg med i de akutte dødsfallene. Samtidig påpekes at bråe dødsfall er en *[...] sterkere psykisk påkjenning* (Anna).

5.2.3 Opplevelsen av «gode» erfaringer med døden.

Sykepleierne beskriver at det ikke er *det verste* for pleieren selv når pasienten dør hvis dødsfallet er avklart. Når sykepleierne sier *avklarte dødsfall* i intervjuet har jeg forstått at legene har tatt en beslutning om hvorvidt det skal startes HLR eller ikke. Hvis pasienten er satt på HLR minus vet sykepleierne at de ikke skal starte HLR på pasienten. Et ønske om at pasienten skal få en slik «status» variere mellom de ulike sykepleierne. Slik man kan forstå sykepleierne, er det sentrale med HLR-status at

sykepleieren vet hva de skal forholde seg til i tilfelle hjertestans. En slik status avgjør ofte om pasienten får en fredfull død eller om det skal gis behandling til siste åndedrag. Når pasientene er satt på HLR minus vet sykepleierne at:

[...] pasienten får sovne stille inn, [...] føles ikke riktig å gjenopplive gamle pasienter (Frøya).

Med andre ord sa en av sykepleierne at det er mer naturlig at pasienten skal få dø når de ser at pasientene blir dårligere og dårligere: *[...] har sett lidelsen og da tenker jeg mer på pasienten at det bare må være godt for dem å slappe av (Celine)*. Spesielt beskrives det som en god opplevelse hvis sykepleieren har en god kommunikasjon og er trygg på at pasienten er mett av dager og klar for å dø. Da påpeker sykepleieren at det er lettere å gjøre den siste tiden god.

I likhet med andre sier en sykepleier at det er fint å holde pasienten i hånden i dødsøyeblikket slik at pasienten plutselig slipper taket: *[...] og pasienten sovnet inn og hadde det ikke vondt (Anna)*. Å være tilstede når pasienten sovner inn gir også noen sykepleiere en form for trygghet og det oppleves som naturlig å være til stedet *når pasienten nærmer seg slutten (Celine)*.

I motsetning til dette påpeker en annen sykepleier at man aldri blir vant med dødsfall, om de er ventede eller uventede. Det er en *[...] ut av deg selv opplevelse (Eline)*. Samtidig deler hun en opplevelse der pasienten selv var bestemt på at han ikke ønsket å leve lengre og sykepleieren, pårørende og kolleger ble enige om at pasienten skulle få dø. Det opplevde sykepleieren som en fin opplevelse, noe som kan forstås å handle om at det var et såkalt «avklart» dødsfall der pasienten, pårørende og helsepersonellet hadde en åpen dialog i dødsprosessen.

5.2.4 Opplevelser med pårørende

Da sykepleierne skulle fortelle om en opplevelse om en døende pasient som hadde gitt sterkt inntrykk, ble det også ofte fortalt om situasjoner som omhandlet pårørende. Å se hvor lei seg pårørende blir når de mister noen de er glade i, formidlet noen av sykepleierne som en sterk opplevelse. En sykepleier bruker begrepet *sympati (Barbro)* overfor pårørende, som kan forstås som at hun selv kjente på sorgen og smerten til pårørende.

Sykepleierne synes at noen pårørende har mange spørsmål med en forventning om at sykepleieren skal [...] *kunne, vite og skjønne alt* (Barbro). Sykepleieren bruker ord som *maktesløshet* når hun forklarer fortvilelsen ved å ikke tilfredsstillere kravene fra pårørende. Det kan oppfattes som at det gir sykepleierne en følelse av å ikke mestre å både være tilgjengelig for pårørende samtidig som de skal gi god omsorg til den døende pasienten:

Men likevel, du må jo forholde deg til pårørende som har masse spørsmål og sånt hele tiden, så det kan være vanskelig å svare, det er gjerne det vanskeligste, ikke pasienten som dør (Eline).

Det er nærliggende å tenke at det er en kunst å kjenne på egen sorg og samtidig utøve omsorg til pasienten og være bevisst på å svare riktig til de pårørende som gjerne er i en livskrise. Utsagnene sier noe om at sykepleierne er svært [...] *opptatt av at pårørende er fornøyde med det vi gjør* (Frøya).

En annen sykepleier fortalte om at pasienten var svært tungpustet og urolig, som stresset de pårørende og da også sykepleieren selv. Sykepleieren oppsummerer at det ikke ble den roen som hun selv forventer og ønsker når pasienten ligger for døden.

En annen sykepleier uttrykker det som en trygghetsfølelse å møte pårørende hun kjenner:

Så jeg visste jo godt hvem familien var[...] da synes jeg ikke at det er så skummelt å møte de etter at moren døde (Barbro).

Sykepleieren fastslår at relasjonen til pårørende har stor betydning for hvordan hun opplever å gi den vonde beskjeden til familien.

5.2.5 Opplevelser av å ikke bli sett og forstått av legene

En sykepleier opplevde at en pasient lå for døden, og at legen mente pasienten skulle få mer behandling. Sykepleieren fastslo flere ganger til legen at pasienten ikke er mottakelig for slik behandling da hun opplevde pasienten som døende.

De (pasientene) må jo få fred, det var helt mot, jeg snakket jo med doktoren og viste pasienten, se hun er blå, se på hele henne. Men han (legen) løftet opp

dynen «hun pustet, hun skal inn til dialyse», så, eh, det, ja, så det var ikke noe særlig det (Frøya).

Man kan stille seg spørrende til hvordan sykepleieren opplever å anbefale det som gjerne leder til døden, mens legen ønsker å gi mer behandling. Det sier kanskje noe om hvor sikker sykepleieren er på at pasienten hadde hatt det bedre hvis han eller hun fikk dø.

En av sykepleierne undret seg over hva det er slags liv når pasienten skriker av smerter og hvordan vil livet til pasienten bli. Utsagnene videre viser at legene holdt på håpet, mens sykepleieren opplevde at de selv:

[...] gikk jo mer på individet og dette her med menneske, altså, hva skal jeg si, vi (sykepleierne) tenker mer på livet hans (pasienten) og livskvaliteten og sånt om hvordan han ville få det. Mens legene mente at vi bare skulle kjøre på for å få han frisk og starte med antibiotika i hytt og pine og alt mulig sånt (Eline).

Flere sykepleiere sa at det ikke er noen god opplevelse når legene «overbehandler» pasientene, også når avgjørelsen er tatt om at pasienten kan dø. Det kan virke som det er en kultur på avdelingen hvor det er en slags «kamp» mellom legene og sykepleierne om hva som er det beste for pasienten. Det er tydelig at sykepleieren er svært uenig i legens valg der hun kjenner på en indre uro og frustrasjon over slik pasienten blir behandlet.

Og selv om at vi (sykepleieren) gir beskjed så får liksom vi det «stemplet» på oss om at vi bare vil få en HLR-status på pasienten og at vi gir opp (Eline).

Det kan synes som begge parter står på sitt og «stempler» hverandre. Kanskje handler det om at både legene og sykepleierne fraskriver seg ansvaret for å være den som «bestemmer» over andres død.

5.2.6 Opplevelsen av tids- og arbeidspress

Under intervjuene gir nesten alle sykepleierne uttrykk for hvor frustrerende det er å ikke ha nok tid til pasientene som ligger for døden og pårørende på sykehuset, fordi det leder til blant annet dårlig samvittighet. Sykepleierne har ønsker og forventninger om hvordan de vil utøve sin sykepleie som beskrevet i (kapittel 5.1), og fremhever at systemet på sykehuset er forstyrrende i så måte fordi:

Du har gjerne flere pasienter hvor det er overfylt, trangt og klokkene ringer og det er lite folk på jobb, så har du kanskje en pasient som ligger for døden
(Eline).

En kan forstå at å arbeide under slike utfordrende forhold, som sykepleierne oppfatter at de gjør, kan medføre at det er slitsomt å ha pasienter som svever mellom liv og død.

I intervjuet stiller en sykepleier spørsmålet, *er sykehusene tilrettelagt for døende pasienter som ikke har pårørende* (Diana). Sykepleieren synes i likhet med flere av de andre, at sykehuset trenger pårørende som er hos de døende fordi sykepleieren ikke alltid rekker å være hos dem. De gangene sykepleierne er hos pasientene oppleves det også som utfordrende å finne en balanse mellom å være «til stede» og å være «til bry».

En sykepleier (Diana) beskriver en kveldsvakt med tre helsepersonell på jobb med ansvar for elleve pasienter der den ene lå for døden. En slik vakt innebærer høyt arbeidspress, stort ansvar og en følelse av å ikke komme i mål med alle de forventende arbeidsoppgavene.

Når sykepleierne ikke kommer i mål, kjenner de på dårlig samvittighet overfor både de som overtar oppgavene på neste vakt og pasientene. Valget til flere av sykepleierne blir derfor å arbeide overtid, noe som oppleves krevende hvis de arbeider kveldsvakt og skal stå opp tidlig til nye krav neste dag. En av sykepleierne (Diana) arbeider derfor i redusert stilling for å holde ut.

Et eksempel der sykepleierne føler spesielt på tids- og arbeidspress er etter hjertestans. Hjertestans etterfølges av HLR-samtale med lege, rydding og ivaretaking av pårørende. Dette oppleves som ekstra sårbart på nattevakt grunnet lav bemanning.

[...] det var liksom det at de (legene) går så står vi der og vasker opp og tørker opp (blod), nei det var ikke et fint syn, da tenker jeg, jaja, de (legene) kunne jo på en måte vært litt mer behjelpelige. Så jeg føler at sånt [...] du står liksom alene. [...] de kunne tilbudt seg litt mer når det kommer til sånne ting (Eline).

Sykepleieren forklarer videre at legene gikk til vaktrommet for å diskutere, mens sykepleierne vasket blod samtidig som andre pasienter ringte på romalarmen. Det kan oppfattes som at sykepleierne følte at de ikke strakk til, samtidig som de er frustrerte over at det ikke er et bedre teamarbeid etter en slik traumatisk opplevelse.

En annen sykepleier (Frøya) beskriver en lignende situasjon og påpeker at legene alltid bare går fra traumatiske hendelser. Sykepleierne sier at det ikke er noe støtte fra legene og opplever det som utfordrende å måtte holde inne på følelsene. Det blir sagt med en oppgitt tone at den døde pasienten må stelles fort før sykepleierne må ta runden med å gi antibiotika til de andre pasientene.

5.3 Sykepleiernes egne behov

Tabell 3.

Sentralt tema	Undertema
Sykepleiernes egne behov	Eget behov for støtte og refleksjon. Eget behov for bekreftelse og trygghet.

5.3.1 Eget behov for støtte og refleksjon

Flere av sykepleierne sa at det ikke er mye fokus på veiledning og refleksjon på medisinsk avdeling, noe de har behov for etter vonde eller gode opplevelser med dødende pasienter på sykehuset.

Spesielt opplevde sykepleierne det vondt å gå hjem fra kveldsvakt eller nattevakt etter dødsfall, selv om noen av sykepleierne sa at de hadde fått snakket litt om situasjonen før de gikk hjem.

Jeg kom på jobb dagen etterpå og hadde sovet dårlig om natten, da var det liksom ingen som spurte av ledelsen eller som spurte eller snakket med meg (Anna).

Det er tydelig at det er mangel på helsepersonell som ser sykepleierens behov, noe som kan handle om travelhet i avdelingen.

De fleste sykepleierne angir at de kjenner behov for at refleksjon og veiledning skal være en del av avdelingens rutiner, særlig etter dødsfall. Sykepleierne hadde selv uttrykt flere ganger at de ønsker refleksjon i arbeidstiden, men at dette aldri fungerer grunnet mangel på tid og ressurser på sykehuset. Etter akutte dødsfall, som eksempelvis hjertestans, er det en uskreven regel på avdelingen om at dødsfallet skal snakkes om i ettertid, uten at slike samtaler blir prioritert i praksis. En annen sykepleier sier at det

også er en uskreven regel at en skal fortelle lederen når det har skjedd et *grusomt dødsfall* (Anna). Det er uvisst om å nevne dødsfallet til lederen er i den hensikt for at sykepleierne selv skal få snakke om opplevelsen eller «bare» er en del av rutinen.

Når sykepleierne har behov for å snakke, må de selv ta initiativ til samtale i undervisningstiden eller etter arbeidstid. Resultatet blir derfor ofte at sykepleierne snakker med venner og familie.

En sykepleier opplevde at pasienten fikk hjertestans og forklarte at hun var frustrert over å ikke få snakke med noen. Dette på tross av at dødsfallet skjedde på en dagvakt noe hun hevder burde bety at det er tid til en samtale. Etter denne opplevelsen beskriver hun at hun følte seg *ffjern* resten av dagen og gir tydelig uttrykk for at det var behov for refleksjon og veiledning. Sykepleieren sa at hvis hun hadde hatt mer erfaring, hadde hun sagt fra om eget behov for *debriefing* (Celine).

En mer erfaren sykepleier sier at hun nå alltid får snakket om egne opplevelser, noe hun ikke gjorde som nyutdannet. Før våget ikke sykepleieren å snakke om egne opplevelser fordi hun fikk høre at hun tok opplevelsene *for mye innover seg* (Diana). Hun følte seg avvist av lederen som mente at det ikke var *stuerent* å være så personlig. I dag snakker sykepleieren ofte med legene, kollegaer, venninner, og mener at det er slik hun kommer seg gjennom de utfordrende arbeidsdagene.

Sykepleierne uttrykte hvordan de mener sykehuset burde organiseres for å sikre tid til refleksjon. Et forslag er å opprette en gruppe som tar seg tid til å høre på sykepleiernes opplevelser ved behov for å «åpne ventilen». Et annet forslag er at lederen gis ansvar for å sjekke om det har vært *debriefing* etter endt hendelse, og hvis ikke organisere dette.

Flere sykepleiere sier at noen av pasientene gjør sterke inntrykk på sykepleierne og medfører at de tenker på pasientene på fritiden. En sykepleier beskrev at hun var på julehandel og så flere ting som pårørende hadde sagt at de skulle handle til sin døende mor. Sykepleieren sa at det var som *flashbacks* (Barbro), noe hun også opplever når hun hører navnene til tidligere pasienter.

Å bruke familie og venner til å snakke om pasienter som er døende kan forstås som dekning av et behov fra sykepleierens ståsted.

Men snakker med familien, og jeg må jo det da. Jeg kommer jo hjem flere ganger, ja, det har skjedd et dødsfall. De får jo helt sjokk, det er jo vanskelig for dem å skjønne. [...] du må jo få snakke om det flere ganger (Frøya).

Flere understreket også hvor viktig det er å holde på taushetsplikten når de snakker om opplevelsene med familie og venner.

5.3.2 Eget behov for bekreftelse og trygghet

Noe som flere av sykepleierne fremhevet som viktig i den travle og opplevelserike hverdagen på sykehuset, er å få bekreftelse og anerkjennelse fra kolleger, pasienter og pårørende. Hvis pasientene og pårørende er fornøyde med den hjelpen sykepleierne gir, blir også sykepleierne fornøyde med seg selv. En sykepleier synes det er godt med positiv bekreftelse og føler da at [...] *hun duger som sykepleier (Celine)*. Slike episoder oppleves som å gi en følelse av at yrket «er verd» de vanskelige episodene fordi det gir energi og overskudd.

En sykepleier viser også til en portør som spurte hvordan hun hadde det etter et traumatisk dødsfall. Ettersom hun delte nettopp dette i intervjuet, kan det å bli stilt et slikt spørsmål forstås som noe hun hadde behov for. Den samme sykepleieren påpeker også at hun kjente en av legene som var innblandet i samme hendelse, men på tross av deres bekjentskap opplevde hun å ikke få støtte.

En sykepleier synes et trygt og godt miljø i avdelingen er viktig, hvor kollegaene vet *hvor de har hverandre (Diana)*. Hun understreker det som «pyton» å være ny fordi en ikke har opprettet en slik trygghet. Et trygt miljø gjør at sykepleieren tørr å spørre legene om hva som var årsaken til eksempelvis pasientens død, og om det var noe hun som sykepleier kunne gjort annerledes. Samtidig sa også flere av sykepleierne at det er viktig at jobben er utfordrende med en spennende pasientgruppe. Sykepleierne mener at det blant annet er slike behov som må tilfredsstilles for å kunne trives og velge å komme tilbake på jobb etter en tøff vakt.

Det kommer til uttrykk at sykepleierne bearbeider sin egen sorg gjennom å snakke med pårørende om hva som skjedde under dødsfallet. En av sykepleierne sier det er godt å snakke om pasientens festlige kommentarer som leder til en blanding av latter, tårer og frustrasjoner. Sykepleieren synes det er godt å [...] *sause alt sammen (Barbro)*. Som del

av bearbeidningen, beskriver en annen sykepleier at hun leser i journalen til den døde pasienten for å gå gjennom situasjonen på ny.

Samtidig sier en sykepleier at hun selv flere ganger har lurt på hva som gjør at hun fortsatt holder ut i et yrke hvor pasienter dør. Etter hvert kommer hun frem til at flere av pasientene er gjengangere, som gjør at sykepleieren blir godt kjent med disse. Det opplever hun som godt fordi hun vet hvilke behov pasientene har, noe som eksempelvis kan medføre til at pasientens pusteproblem og angst blir dempet. Sykepleieren påpeker også viktigheten av å klare å gjøre pasientens død fredfull.

Det nevnes også som viktig å ikke ta alle opplevelser «innover seg» da det er utfordrende å gjøre en god jobb hvis en kjenner på egen sorg og frustrasjon i møte med døende pasienter. Flere sykepleiere snur også de vonde opplevelsene med døende pasienter til noe positivt ved at sykepleierne selv blir [...] *sterkere* (Anna).

Funnene, som presentert her i (kapittel 5) vil i det følgende kapitlet diskuteres opp mot eksisterende teori, tidligere forskning og egne synspunkter.

6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleierne erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehuset, samt å få frem kunnskap som kan motvirke at sykepleierne blir utbrent i møte med pasienter som er i siste fase av livet. Ikke uventet beskrev mange av sykepleierne vonde inntrykk i møte med døende pasienter. Selve dødsfallene opplevdes imidlertid forskjellig avhengig av om pasientens død skjedde forventet eller akutt. Det kunne synes som de forventede dødsfallene medførte opplevelse av kontroll, ro og trygghet, mens de akutte opplevdes som kaotiske og som en større psykisk påkjenning.

Samtidig virker det som at det ikke bare var dødsfallet i seg selv som gav sykepleierne en vond opplevelse. Funnene viser også at høyt arbeidspress og en følelse av å ikke strekke til og ikke kunne gi den omsorgen man ønsker å gi, opplevdes vanskelig. Det ble heller ikke gitt tilstrekkelig anledning til refleksjon og støtte til sykepleierne etter slike følelsesmessige opplevelser. Fra sykepleiernes beskrivelser av forferdelige bilder av pasientens lidelse og død, gjenkjenner man flere av kriteriene som øker faren for å bli traumatisert og utbrent (Bang, 2003; Berge, 2005; Hummelvoll, 2006; McCann &

Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995; Rønnestad & Skovholt 2002; Rønnestad & Skovholt, 2013).

For å drøfte oppgavens problemstilling nærmere vil jeg i det følgende fokusere på tre utfordringer som (kapittel 5) viser er særlig vanskelige for sykepleierne å håndtere; (i) at sykepleierne utfordres på å holde en balanse mellom å la seg berøre og å holde avstand til alle følelsene som oppstår når en er vitne til døden, (ii) at sykepleierne utfordres av vonde opplevelser og på den «de er» i møte med døende pasienter, (iii) at sykepleierne har et behov for å snakke om egne opplevelser, følelser og erfaringer i etterkant av akutte dødsfall som de ikke får dekket. Deretter vil jeg diskutere hva det er som får sykepleierne til å fortsette i arbeidet på tross av de store utfordringene. Til slutt i dette kapitlet diskuteres metoden.

6.1. Balansen mellom å la seg berøre og holde avstand

6.1.1 Sterke inntrykk og følelser som må holdes i sjakk

Sykepleierne hevdet, som gjenkjent fra studien til Johansson og Lindahl (2011), at de aldri ble vant til å være vitne til dødsfall. De beskriver sterke inntrykk, særlig ved akutte dødsfall; «*blod*», «*knust brystkasse*», «*skjev kropp*», «*avføringsblod ut av munnen*» osv. Med utgangspunkt i slike erfaringer opplevde sykepleierne pasientens død som «*grusom*» og et «*forferdelig syn*». En sykepleier sa også at hun kjente på kroppen at «*der mistet du mor din, det kunne vært meg*». En annen sykepleier sa at det var vondt å høre en pasient som skriker av smerter som sykepleieren ikke klarte å lindre. Den forferdelige opplevelsen og følelsen av å se pasientens lidelse, uttrykte også sykepleierne i studien til Vachon, Fillion, & Achille (2012). Slike opplevelser vekker sterke følelser i sykepleierne og er vanskelige å håndtere.

Noe som jeg ikke kunne se kom tydelig frem i forskningsfeltet, men i mine funn, er at enkelte sykepleiere hevder at pårørende og deres reaksjoner er mer utfordrende å håndtere enn selve pasienten som ligger for døden. Sykepleierne kjente på empati overfor gråtende pårørende og de kjente selv at tårene presset på, men følte ikke de kunne vise sine egne følelser. Kanskje stiller pårørende en del krav og forventninger til sykepleierne i disse utfordrende situasjonene. Disse kan komme i tillegg til pasientenes krav, og kravene sykepleierne har til seg selv.

6.1.2 Forventing om å være profesjonell

Noen av sykepleierne har i likhet med studien til Henderson (2001) mer behov for å uttrykke egne følelser overfor pasientene, mens andre unngår følelsesmessig kontakt. Flere av sykepleierne i min studie påpekte at valget om å skjule egne følelser handlet om å være profesjonell. Samme holdning kommer til uttrykk i flere studier (Lavoie, Blondeau, & Koninck, 2008; Heutepen & Hendriks, 2003, Rønnestad & Skovholt, 2002). Tanken om å skjule egne følelser kan på en side handle om at profesjonalitet ofte blir fremstilt som å ikke la seg styre av det personlige, men av fornuften. Desto mer sykepleierne slipper pasientens lidelse innover seg, desto mer emosjonelt utfordrende vil relasjonen til pasientene være. Samtidig må man på den annen side tørre å kjenne på hvordan pasientene egentlig har det, for å være empatisk (Ramvi, 2014).

Å holde egne følelser på avstand og samtidig være empatisk er derfor en balansekunst (Holm, 2009). Balansen mellom nærhet og avstand beskrives også i studien til Johansson og Lindahl (2011) og Zolnierek (2013). Studiene peker på at det er viktig at sykepleierne klarer å holde en viss avstand, og ikke bli for personlig og følelsesmessig involvert i pasientens lidelse for å komme seg gjennom det daglige arbeid på sykehuset. I min studie pekes det også på avstand som viktig for å ikke bli handlingslammet i møte med pasienter som ligger for døden. Det er derfor en utfordrende balanse mellom å la seg berøre, og på å holde avstand til alle følelsene som oppstår når en er vitne til døden.

Det er vanskelig å si om valget om å skjule egne følelser handler om å hjelpe pasienten eller om selvbeskyttelse og egen dødsangst som forskning viser at flere sykepleiere kjenner på (Heutepen & Hendrix, 2003; Boston, Bruce & Schreiber, 2011).

6.1.3 Sosialt forsvarssystem

Psykoanalytiker Menzies-Lyth (1959) beskriver hvordan sykepleierne på et sykehus drar nytte av det organisatoriske systemet som en form for forsvar, noe hun kaller et sosialt forsvarssystem. Et sosialt forsvar nyttes og etableres for å beskytte den enkelte sykepleier mot det de er sårbare for. Sykepleiernes fokus på å rydde og vaske etter dødsfall, kan derfor være et forsvar for å minske vonde følelser som omhandler døden. Samtidig kan også begrep som å «*sovne stille inn*», «*slappe av*», «*nærme seg slutten*» være en måte å forstå sykepleiernes og legenes språk om døden. Et språk hvor begrepet

«døden» ikke blir brukt kan bety at døden oppleves som et mer «truende» begrep som velges bort for å dempe egen angst (Foster, 2001).

6.2 Traumatisering og utbrenthet

6.2.1 Vonde opplevelser i møte med døende pasienter

Sykepleiernes opplevelse av å ikke klare å smertelindre pasienten, kan i følge teorien lede til at sykepleieren mister troen på egen profesjon og kompetanse (Pearlman & Saakvitne, 1995). Dette kan i sin tur lede til at man mister troen på seg selv og blir selvkritisk (Bang, 2003). En slik kritikk fremkom der sykepleieren gikk hjem med en følelse av at hun ikke hadde gjort en god nok jobb. Dette beskrives også i andre studier. Houtepen & Hendriks (2003) observerte eksempelvis at sykepleierne ofte går hjem med vonde tanker om sin egen håndtering av situasjoner på jobb. Når sykepleierne går hjem med tanker om å ikke ha strukket til, kan det synes som at sykepleieren selv er berørt av pasientens smerter (Bang, 2003).

En slik følelse som nevnt over er det nærliggende å tenke at sykepleieren i (kapittel 5.2.2) opplevde. Sykepleieren valgte å stoppe HLR, noe legen hevdet ikke var riktig. Å ta et slikt valg som omhandler andres liv eller død, uten å oppleve støtte, må ha blitt opplevd som grusomt. I verste fall kan en tenke seg at hendelsen bidrar til at sykepleieren mister gleden av å jobbe, og faller inn i en eksistensiell ensomhet og fortvilelse over sitt eget valg om å ikke gjenopplive (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Samtidig, oppleves det kanskje ikke mindre forferdelig å utføre HLR når sykepleieren kjenner at bein knekker. Dette kan gi tanker om at man ikke klarer å redde pasienten, uten at man vil «gi opp». Sykepleieren er i risiko for å selv utvikle et mer pessimistisk syn på livet, lite energi og ikke lengre ser et skille mellom privatliv og jobb (Bang, 2003). I tillegg kan man oppleve en nedsatt evne til å kunne trøste seg selv i en slik sårbar situasjon (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Sykepleierens empati og ønske om å «hjelpe» pasientene til en verdig og fredfull død kan medføre at sykepleieren selv kjenner seg rammet når traumet (akutte dødsfall) plutselig oppstår (Hummelvoll, 2006). Selv om empati er en viktig egenskap hos sykepleieren, gjør dette pleieren sårbar for stressreaksjoner og ubehagelige mentale bilder og tanker. Dette har blitt kalt *medfølelsetretthet* eller *omsorgstretthet* (Berge 2005). Hummelvoll (2006) beskriver det som *medlidenhetsutmattelse* når sykepleierens

evne til å gi effektiv hjelp og opprettholde et terapeutisk forhold til pasienten plutselig påvirkes på denne måten. Det er derfor viktig at sykepleierne er bevisste på at de selv kan utvikle slike plager for å forebygge at de selv blir traumatisert (Beck, 2011).

Sykepleierne synes å ha et ambivalent forhold til slike akutte dødsfall. Dødsfallene beskrives som vonde, dramatiske og kaotiske fra sykepleiernes ståsted, samtidig som sykepleierne kan si at det var til det beste for pasienten. Det synes derfor som sykepleierne både kjenner på vonde og gode følelser når pasienten dør brått. Kanskje handler dette om at det er «bedre» for sykepleierne å se at pasienten «sovner inn» enn at de lider.

6.2.2 Opplevelsen av å ikke strekke til

I studien til Yoder (2008) påpeker sykepleierne i likhet med mine informanter at de opplever at de ikke strekker til i sin jobb på sykehuset. Sykepleierne ble utbrent fordi de ikke alltid klarer å «redde» pasientene samtidig som arbeidspress umuliggjør tilstrekkelig tid sammen med den døende pasienten. Som i min studie, viser fare for utbrenthet seg som særlig aktuelt der visse stressmomenter er tilstede, slik som overfylte avdelinger og klokker som ringer samtidig som sykepleierne har en pasient som ligger for døden. Disse elementene forstyrrer sykepleierne i å hjelpe pasientene til å få en fredfull død.

Opplevelsen av stress i min studie reflekteres også i studien til Jones og Treiber (2012), der det vises til at sykehuset forventer at sykepleierne skal gjøre flere oppgaver på en gang i et kaotisk og tidspresset miljø. Når man opplever å ikke strekke til, slik som flere av sykepleierne fremhevet, kan arbeidet til slutt bli så overveldende at sykepleieren er ute av stand til å bidra til positiv endring hos pasientene (Hummelvoll, 2006). Mye kan derfor tyde på at sykepleierne hadde hatt en bedre opplevelse gitt en roligere arbeidsdag.

Tids- og arbeidspress pekes altså på som vel så forstyrrende for sykepleierne som de vonde inntrykkene selve dødsprosessen gir. Utbrenthet kan være et resultat av at sykepleieren stadig blir mer utslitt av arbeidspress, sterke inntrykk og av å holde inne egne følelser (Rønnestad & Skovholt, 2013).

6.2.3 Opplevelsen av å ikke få være den «de er»

Møtet med døden i et kaotisk og tidspresset miljø, utfordrer i tillegg sykepleierne på en fundamental måte på hvem de selv «er». Jeg minner om sykepleieren som sa: «*[...] du får ikke være den som du så for deg at du skulle være*». Sykepleieren setter her ord på opplevelsen til flere av sykepleierne, at de ikke fikk utøvd den omsorgen som de forventer av seg selv. Studien til Jones og Treiber (2012) påpeker også at sykepleierne ble utslitte og frustrerte over å bli hemmet fra å utøve sykepleie med kvalitet. Det kan synes som at sykepleierne i min studie ser for seg å arbeide utfra det de har lært om etikk, lover og yrkesetiske retningslinjer som beskrevet i (kapittel 1.1). Når sykepleierne da ikke får utøve en slik pleie, kan det synes som at de ikke får være den de ønsker. Samtidig har også sykepleierens egen personlighet og erfaringer innvirkning på hvordan man ønsker å opptre i pasientens siste fase av livet (Rønnestad & Skovholt, 2002).

Sykepleierne forventer med andre ord å håndtere døende pasienter verdig og respektfullt. Dette viser seg å være utfordrende ved akutte dødsfall. I akutte situasjoner og i travle omstendigheter ser det ut til at sykepleierne ikke har mulighet for å arbeide i samsvar med faglige og yrkesetiske retningslinjer. Sykepleierne opplever også, som beskrevet tidligere, å ikke strekke til som omsorgsperson når livet forsøkes å reddes. Det er i slike situasjoner sykepleierne kan oppleve å være en annen enn hun ønsker å være. Sykepleierens selvrespekt og opplevelse av hvem hun er kan bli skadet (Bang, 2003), eller det kan sies at sykepleierens egen identitet blir utfordret.

6.2.4 Opplevelse av overbehandling

Noen av sykepleierne opplever at legene overbehandler døende pasienter. Sykepleierne mener for eksempel at i enkelte tilfeller burde pasienten heller få en fredfull død enn forsøkes gjenopplivet med HLR. Sykepleierne opplever noen ganger at det er uverdigg og kaotisk for pasienten å bli forsøkt gjenopplivet når pasienten heller burde «*få fred*». I slike situasjoner kan man også si at sykepleierne blir utfordret på den «de er». Med det mener jeg at deres profesjonelle selvforståelse blir utfordret. De blir nødt til å utøve handlinger overfor pasienten som de mener ikke er til pasientens beste. På en side er det vondt at sykepleieren må iverksette HLR når de selv ønsker at pasienten skal få dø i fred. På den annen side er man som sykepleiere pliktet til følge lovverket, og jeg viser her til spesialisthelsetjenesten om å utøve øyeblikkelig hjelp (1999), med mindre legen har sagt noe annet. Dette ble beskrevet av sykepleierne som frustrerende situasjoner.

Som vist i kapitel 6.1 og 6.2 foregående, opplever sykepleierne det som en vond opplevelse å være vitne til akutte dødsfall grunnet blant annet sterke inntrykk, tids- og arbeidspress, å ikke få være den «de er», samt opplevelse av overbehandling. Å være vitne til akutte dødsfall medfører risiko for at sykepleierne selv blir traumatisert og utbrent i varierende grad. Sykepleierens opplevelser av sterke inntrykk og tids- og arbeidspress har som vist gjennom kapitlet mye til felles med annen forskning. Derimot virker det som at det er mindre forskning på at sykepleierne utfordres på hvem «de er». Sistnevnte anses som et viktig funn siden det å «ikke få være den en ønsker» kanskje er en av hovedfaktorene til at sykepleierne føler seg utilstrekkelige, opplever å ikke være gode nok og kjenner på dårlig samvittighet i sitt arbeid.

6.3 Støtte og refleksjon

6.3.1 Behov for å snakke om egne opplevelser og følelser

Flere av sykepleierne følte seg bedre dersom de fikk samtale etter akutte dødsfall. Forskning viser også at når man har reflektert over egne opplevelser, føler man seg mer klar for å være til stede hos pasientene (Abrahamsen, 1997; Berge, 2005; Lie, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Rønnestad & Skovholt, 2002; Yoder, 2008). Refleksjon rundt egne opplevelser understøttes som særlig viktig for å forebygge at sykepleierne selv blir traumatisert og utbrent i sitt arbeid (Bang, 2003; Lie 2002; Rønnestad & Skovholt, 2013). Enkelte sykepleiere opplevde derimot at de ikke fikk reflektert nok over egne opplevelser av å være vitne til døende pasienter. Særlig opplevde sykepleierne det som vanskelig etter kveldsvakt og nattevakt.

En slik mangel på refleksjon fremtrer også i studien til McCann og Pearlman (1990) hvor terapeutene gikk hjem etter å ha lyttet til flere traumatiske opplevelser fra klientene uten å ha snakket om hvordan de selv opplevde samtalene. Sykepleierne fortalte at de hadde prøvd å få til refleksjon etter akutte dødsfall, men disse ble avlyst eller glemt på grunn av andre arbeidsoppgaver og mangel på ressurser. Sykepleierne ønsker også å bli mer «sett», og at veiledning og refleksjon skal bli en del av rutineene på sykehuset. Et slikt ønske om mer fokus på refleksjon kommer også frem i studien til Sinclair og Hamill (2007).

Sykepleierne bør derfor få et støttetilbud der egne tanker og følelser kan uttrykkes og bearbeides, for å hjelpe sykepleieren til å forstå egne reaksjoner utenfor ens kontroll

(Hummelvoll, 2006). Å få «*debriefing*», som sykepleierne i min studie omtalte dette, kan derfor bidra til å redusere sykepleierens frykt, maktesløshet og følelse av manglende kontroll.

Det forstås med andre ord at sykepleierne uttrykker et behov for en bærende «*container-contained*» (Abrahamsen, 1997) relasjon slik som beskrevet i kapittel 2.5 Sykepleierne er da avhengig av en kollega som kan romme opplevelsene uten å selv bli smittet av fortvilelsen eller angsten (Abrahamsen, 1997). Siden flere av sykepleierne bærer på vonde erfaringer kan det være utfordrende for dem å være emosjonelt tilgjengelig, slik som er nødvendig i en bærende «*container-contained*» relasjon (Abrahamsen, 1997). Man kan tenke seg at den ene erfarne sykepleieren, har en slik evne til å være emosjonelt tilgjengelig, ettersom hun sa at hun alltid får til å snakke med kolleger, leger eller venninner. Det kan derfor være nærliggende utfra teorien (Abrahamsen, 1997) å tenke at hun er åpen for å også lytte til andres opplevelser. Man kan dermed skape «*gode sirkler*» ved at sykepleierne som blir lyttet til også selv blir bedre lyttere, og med dette bidra til «*container-contained*» relasjoner i miljøet.

I motsetning til sykepleieren med lang erfaring, fant nyutdannede det utfordrende å få til refleksjon. Samtidig påpeker Hummelvoll (2006) at det ofte er de yngre sykepleierne som er mest utsatt for å bli traumatisert. Man kan spørre seg om de nyutdannede sykepleierne er redde for å ta initiativ til samtale basert på en frykt for å bli latterliggjort. Det kan for det første handle om en redsel for å bli sett på som mindre profesjonelle hvis de åpner opp for samtaler om egne behov til en kollega (Lie, 2002). En slik tanke er nærliggende siden det allerede er vist at sykepleierne opplever seg som mindre profesjonelle overfor pasienter og pårørende når de viser egne følelser. Samtidig er det noe annet å vise egen profesjonalitet overfor pasientene enn egne kollegaer. For det andre, kan mangel på refleksjon handle om at døden er et tabubelagt tema som det ikke skal snakkes åpent om i dagens samfunn (Lie, 2002). Dette kan i tillegg til tids- og arbeidspress være årsaker til at man ikke åpner opp for slike samtaler.

6.3.2 Taushetsplikten

Siden sykepleiernes ønske om å snakke om egne opplevelser er utfordrende å innfri i arbeidstiden, benytter noen sykepleiere seg av egne familiemedlemmer som samtaleterapeuter. I studien til Cope et. al (2014) bekreftes viktigheten av å snakke med familie og venner som en måte å forebygge at sykepleierne selv blir utbrent. Samtidig

pekte sykepleierne i min studie på at taushetsplikten utfordret dem når de snakket med familie og venner. Problemet kan handle om at sykepleierne ikke får snakke om detaljerte opplevelser, slik de kan med kolleger (Sinclair & Hamill, 2007).

6.3.3 Opplever lite støtte fra legene

Enkelte ganger opplever sykepleierne mangel på støtte i samarbeid med legene. Sosial støtte fra ansatte og ledere anses som svært viktig (Peters, et al., 2012). Sykepleierne synes derfor at legene bør bli mer synlige etter dødsfallene og ikke bare under selve behandlingen. Det kan imidlertid tenkes at legene også kjenner på arbeids- og tidspress hvor de muligens allerede er forsinket til neste visitt og derfor ikke har anledning til å bli værende. Sykepleiernes rop om en «*hjelpende hånd*» kan oppfattes som at de føler seg alene med et stort ansvar og mye inntrykk. Det kan derfor være et behov for at sykepleierne og legene får mer tid til å snakke sammen.

Sykepleierne gir altså uttrykk for at de har behov for refleksjon, noe som blir nedprioritert på tross av at forskning tilsier at mangel på refleksjon kan føre til utbrenthet (Beck, 2011, Johansson & Lindahl, 2011, Lie, 2002; McCann & Pearlman, 1990, Rønnestad & Skovholt, 2002; Rønnestad & Skovholt, 2013). Samtidig er det vanskelig å si om årsaken ligger i sykehusets system eller sykepleiernes egne prioriteringer. Uavhengig av årsaken til mangel på refleksjon, påpeker sykepleierne selv i likhet med tidligere forskning at det er mer utfordrende for sykepleierne å fortsette videre i sitt arbeid uten refleksjon og veiledning.

6.4 Resiliens

6.4.1 Sykepleierne finner energi til å holde ut i motgang

Opplevelsen av traumer kan også ses fra en annen synsvinkel enn vist tidligere, ved å gi en mulighet for å bearbeide egne psykiske sår. Når man jobber med andre menneskers eksistensielle problemer gir det nettopp en mulighet til å observere sider ved andre menneskers eksistens. Særlig kan det gjøre sykepleieren mer oppmerksom på rikdommen i livet og en mulighet for å bli mer tolerant i møte med traumer (Bang, 2003). Nøkkelen er derfor å dyrke resiliens gjennom kilder som gir energi, både for å opprettholde en balanse i arbeidslivet og privat, og for å utvikle en indre styrke (Rønnestad & Skovholt, 2013; Hunter & Warren, 2013).

I min studie kom det frem at en spennende og utfordrende arbeidsdag ga påfyll med energi. Sykepleierne sa videre at å arbeide i et trygt miljø og vite hvor man står overfor andre kolleger er viktig. Det samme fant Hunter og Warren (2013) i sin studie av sykepleiere, der det opplevdes godt å få snakke med kollega som forstod de vonde opplevelsene. Sykepleierne i min studie påpeker også hvor godt det er å få bekreftelse fra pasienter og pårørende om at de gjør en god jobb når pasienten er døende. Det ga en følelse av at «*du duger som sykepleier*». Også bekreftelse synes sykepleierne er med på å gi påfyll av energi i en krevende hverdag. Det er i følge Truffino (2010) med på å gi god psykologisk helse.

6.4.2 Å vær resilient i møte med pasientene

Kanskje man kan si at sykepleiernes valg om å holde inne egne følelser, slik som beskrevet i 6.1 og 6.2, er en «strategi» for å stå i de vonde situasjonene i møte med døden. Som hevdet i annen forskning er målet med resiliens å identifisere de sterke sidene man allerede har for å være motstandsdyktig i møte med motgang (Padesky & Mooney, 2012). Å holde inne egne følelser er kanskje derfor det sykepleierne opplever er deres sterkeste side. Rønnestad & Skovholt (2002) sier at hvis man som hjelper ikke klarer å håndtere vanskelige følelser, kan det påvirke pleien til pasientene og deres velvære. Det er derfor nærliggende at det er en slik tanke også sykepleierne har, om at egne følelser kan påvirke pleien overfor pasientene og deres pårørende.

Anvendelse av en slik «strategi» synes derimot fraværende i møte med de trygge og mer håndterbare «fredelige og kontrollerte» dødsfallene. Sykepleierne får da være «den som de så for seg å være» i møte med den døende pasienten og dens pårørende, som oppfattes å gi en indre motivasjon og styrke.

Etter en vond opplevelse med døden kan det synes som flere av sykepleierne opplevde en personlig utvikling. Eksempelvis kom det frem at en av sykepleierne på tross av å ha opplevd et vondt akutt dødsfall, håndterte situasjonen ved å komme tilbake til arbeid og sa ifra om behovet for refleksjon. En slik kapasitet gjør sykepleieren sterkere og «skaden» fra traumet minimeres (Cope, Jones, & Hendricks, 2014). Sykepleieren kan da ha lært seg å være resilient gjennom en vond erfaring, og kan i det videre bli bedre til å gjenkjenne måter å takle stressende situasjoner på. Sykepleieren har da håndtert konsekvensene av et traume samtidig som sykepleieren er bevisst på å ivareta egne funksjoner (Cope, Jones, & Hendricks, 2014).

Traumer kan med utgangspunkt i teori, forskning og egne funn derfor også styrke sykepleieren og minne om hvor verdifullt livet er. Det anses også som viktig at sykepleierne i tillegg til de vonde opplevelsene nevnt i kapittel 6.2 ser positive sider ved sitt arbeid. Å finne de positive og energigivende kildene styrker sykepleieren og bidrar til å håndtere de vonde erfaringene med døden.

6.5 Diskusjon av metode

Semistrukturerte intervju har gitt nyansert og rik kunnskap om hvordan sykepleierne erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehus. Flere av sykepleiernes svar var av lik karakter og ga særlig forståelse om sykepleiernes utfordringer som beskrevet i (kapittel 5). Selv om betydningen av relasjon til pårørende blir sett på som vesentlig, ble andre tema prioritert foran i denne diskusjonsdelen. Oppgavens omfang og begrensninger medførte at jeg også måtte bortprioritere andre interessante tema presentert i delen om funnene.

Denne oppgaven er ment å bidra til å bevisstgjøre holdninger, tanker og behov som sykepleierne har for å holde ut i sitt arbeid der de er vitne til døende pasienter. Det bør i denne forbindelse sies at noen av sykepleierne takket etter intervjuene for at jeg lyttet til de vonde opplevelsene de delte. En slik takknemlighet kan tyde på at sykepleierne ikke er vant til at noen lytter til dem om disse temaene. Bruk av semistrukturert intervju som metode ga derfor innblikk i at sykepleierne setter pris på og har behov for å bli lyttet til. En sykepleier påpekte at det følte som en slags debrifing. Det er også interessant at et par av sykepleierne sa at det må oppleves vondt for meg å lytte til alle disse grusomme historiene. Det setter kanskje ord på at sykepleierne selv synes det er ubehagelig å lytte til andres vonde erfaringer.

Utvalget på to ulike avdelinger på sykehuset kan tenkes å ha medført noe mer spredning av erfaringer enn man ville sett i en enkelt avdeling, uten at det kan sies sikkert.

Samtidig er resultatene basert på to avdelinger i en enkelt organisasjon og man kan derfor ikke på bakgrunn av denne studien si at alle sykepleierne opplever møtet med døden på samme måte som presenteres her. Utvalget ble imidlertid sikret for å kunne gi relevante svar på problemstillingen, ved at de utvalgte sykepleierne skulle ha erfaring med minimum tre dødsfall.

Se for øvrig (kapittel 4) angående strategi for rekruttering av informanter samt behandling av studiens validitet og gyldighet.

7.0 Avslutning

Sykepleiere som er vitne til akutte dødsfall i sitt arbeid kan bli traumatisert av sterke opplevelser og inntrykk. På denne bakgrunn utfordres sykepleierne med å holde en balanse mellom å la seg berøre av pasientene og deres pårørende, og samtidig holde avstand. Flertallet av sykepleierne mener at de ikke kan vise egne reaksjoner foran pasientene fordi da er de uprofesjonelle. Sykepleierne opplever også at de ikke får utøve den omsorgen de i utgangspunktet ønsker, forventer og krever fra seg selv i møte med akutte dødsfall. Det jeg forstår av sykepleierne er at ting skjer under travle omstendigheter på sykehuset. Sykehuset er en travel organisasjon som medfører seg den risiko at det er lite tid til hver enkelte - både pasienter og kollegaer. Sykepleierne blir derfor som vist innledningsvis utfordret av tids- og arbeidspress. Sykepleierne opplever også at de ikke strekker til, og får ikke nok tid sammen med de døende pasientene. Det medfører at sykepleierne heller ikke får være den «de er» i møte med døende. Disse faktorene medfører økt risiko for utbrenthet.

Det fremgikk som viktig for sykepleierne at pasientene skulle få en fredfull død. Årsaken synes å være at det er til det beste for pasienten, i tillegg til at sykepleierne da håndterer situasjonen og føler at de får være den de ønsker å være. Det hender at sykepleierne opplever det som en kamp mot legene å sikre at pasientens død blir fredelig. Sykepleierne opplever også som nevnt innledningsvis at pasientene blir overbehandlet og hvor behandlingen ser bort fra pasientens livskvalitet. Dette synes sykepleierne er vanskelig.

Det er videre vist at sykepleierne har lite muligheter for å snakke om egne erfaringer, følelser og opplevelser med kolleger på sykehuset. Dette til tross for at teorien peker på refleksjon som viktig for å unngå at sykepleierne selv blir traumatisert og utbrent. Refleksjon og veiledning bør derfor prioriteres på avdelingene siden sykepleierne opplever at dette bidrar til at hverdagen på sykehuset blir mer håndterbar.

Sykepleierne har flere positive opplevelser som gir energi til å fortsette i sin jobb på sykehuset. Det kan synes som at noen sykepleiere har en økt evne til å holde ut i motgang, og til å identifisere egne styrker som gjør dem motstandsdyktige i en

utfordrende og krevende hverdag. Man anser at et godt arbeidsmiljø, trygge kolleger og positive tilbakemeldinger gir sykepleierne påfyll av energi. Dette er faktorer som sykehuset som arbeidsplass og sykepleierne selv bør jobbe mot for å redusere risikoen for traumatisering og utbrenthet.

7.1 Implikasjoner til praksis

Mine funn kan ha betydning for praksis først og fremst fordi studien belyser sykepleiernes vonde opplevelser ved å være vitne til døende pasienter. Dette kan bidra til at andre sykepleiere får økt kunnskap og bevissthet om at det er «normalt» å synes at møtet med pasientens død og dens pårørende er utfordrende. Slik kunnskap om at andre føler på det samme kan bidra til at sykepleierne ikke føler seg så alene med sårbarheten i etterkant av vanskelige opplevelser på jobb.

Det anses for det andre som viktig å gjøre sykepleierne og sykehuset mer bevisst på den økte fare for at sykepleierne kan bli traumatisert og utbrent i sitt arbeid på sykehuset gjennom møter med døende pasienter og deres pårørende. Studien kan derfor lede til en diskusjon om det bør settes av mer tid til refleksjon og veiledning for sykepleierne. Denne kunnskapen kan derfor sette sykepleierne og sykehuset i stand til å iverksette tiltak slik at arbeidsdagen for sykepleierne blir mer håndterbar.

Til slutt er det også nyttig å få frem at sykehuset og sykepleierne bør være mer bevisste på å ta vare på de positive sidene som kan bidra til å forebygge utbrenthet. På bakgrunn av at flere sykepleierne har en slik evne er det avgjørende at de positive faktorene dyrkes i praksis slik at sykepleierne forblir på sykehuset. At sykepleierne forblir og trives i sitt arbeid, der de er vitne til pasienter som ligger for døden, er viktig for at pasienter og pårørende skal få god behandling.

7.2 Videre forskning

I forlengelsen av denne studien ser jeg på det som viktig å forske videre på hvordan å jobbe tett på døden påvirker helsepersonell personlig og profesjonelt, tatt i betraktning sykehuskulturens tids- og arbeidspress. Man kunne også her sett på om ulike yrkesgrupper opplever arbeidet på ulike måter, og videre på om sykepleierne over tid klarer å være empatiske overfor pasienten i slike sårbare situasjoner. Det kunne også vært av interesse å utføre intervjuingsstudier med ulike former for veiledning for helsepersonell som er vitne til andres død på arbeid.

8.0 Referanser

- Abrahamsen, G. (1997). *Det nødvendige samspillet* (4. utg.). Barnehagebiblioteket.
- Adamson, C., Beddoe, L., & Davys, A. (2012, Oktober 10). Building Resilient Practitioners: Definitions and practitioners understandings. *British journal of social work*, ss. 1-20.
- Aranda, K., Zeeman, L., & Scholes, J. (2012, April 30). The resilient subject: Exploring subjectivity, identity and the body in narratives of resilience. *Health (London)* DOI: 10.1177/1363459312438564, ss. 548-563.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet - faglig vekst gjennom veiledning*. Gyldendal Akademisk.
- Barnett, L. (1991, Sommer). Hospice Nurses Knowledge and Attitudes Toward the Near-Death Experience. *Journal of Near-Death Studies* 9 (4), ss. 225-232.
- Beck, C. T. (2011, Februar). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 25, No 1.*, ss. 1-10.
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Norsk psykologforening*, ss. 125-127.
- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011, Mars). Existential Suffering in the Palliative Care Setting : An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management Vol. 41, No. 3*, ss. 604-618.
- Campbell-Sills, L., L. Cohan, S., & B. Stein, M. (2005, mai 11). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Science direct*, ss. 586-599.
- Cope, V., Jones, B., & Hendricks, J. (2014, november 24). Resilience as resistance to the new managerialism: portraits that reframe nursing through quotes from the field. *journal of nursing management*, ss. 1-8.
- Foster, A. (2001). The duty to care and the need to split. *Journal of social work practice, VOL. 15, NO. 1*, ss. 81-90.

- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitive content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to acheve trustworthiness. *Nurse Education Today*, ss. 105-112.
- Henderson, A. (2001, Februar 20). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, ss. 130-138.
- Holling, C. S. (1973). *Resilience and Stability of ecological systems*. Annual Review of Ecology and Systematics. Hentet fra: <http://erikhollnagel.com/ideas/resilience-engineering.html>
- Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll - om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken*. Stockholm: Team media Sweden AB.
- Houtepen, R., & Hendrikx, D. (2003). Nurses and the Virtues of Dealing with existential Questions in Terminal Palliative Care. ss. 377-387.
- Hummelvoll, J. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hunter, B., & Warren, L. (2013, Oktober). Investigating Resilience in Midwifery. *Royal College of Midwives*, s. 63.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag .
- Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms - moving between life and death: nurses` experiences of caring for terminally ill patients in hospitals, nr 21, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 2034-2043.
- Jones, J. H., & Treiber, L. A. (2012, oktober-desember). When nurses become the "Second" victim. *Nursing forum - an independent voice for nursing*, ss. 286-291.
- Skår, Å; Juvet, L; Smedslund, G; Bahun, M K; Pedersen, R. (2014). *Hvordan finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende?* Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/livets-slutfase-om-a-finne-passende-behandlingsniva-og-behandlingsintensitet-for-alvorlig-syke-og-doende>

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lavoie, M., Blondeau, D., & Koninck, T. D. (2008). The dying person: an existential being until the end of life. *Nursing philosophy*, ss. 89-97.
- Lie, K. (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg - en praktisk veileder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Lindseth, A., & Astrid, N. (2004, juli 14). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic College of Caring Sciences*, ss. 145-153.
- McCann, L., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress, Vol. 3, No. 1.*, ss. 131-147.
- Menzies-Lyth, I. (1959). *Selected essays: Containing anxiety in institutions (Vol. 1)*. London: Free association books.
- Mount, B. M., & Boston, P. H. (2006, July 1). The Caregiver`s Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 32, No.1*.
- Norsk sykepleieforbund. (2012-2015). *NSFs formål, prinsippprogram, vedtekter m.m.*
Hentet fra:
https://www.nsf.no/Content/1139465/NSFs_form%E51,_prinsippprogram,_m.m_f_or_perioden_2012-2015.PDF
- Omsorgsdepartementet, H. o. (2012-2013). *Morgendagens omsorg - Meld. St. 29*.
Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/3.html?id=723267>
- Omsorgsdepartementet, H. o. (2013-2017). *Sammen mot kreft - nasjonal kreftstrategi*.
Hentet fra: http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012, May 31). Strength-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A four step to build Resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy DOI: 10.1002/cpp.1795*, ss. 283-290.

- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. *American journal of clinical hypnosis, volume 38, issue 4.*, s. 451.
- Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S., & Burney, S. (2012, November 1). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. Vol 18, no.11. *International journal of palliative nursing*, ss. 561-567.
- Ramvi, E. (2014). *Indre og ytre rom for omsorg. I rom for omsorg?* (H. Alvsvåg, O. Førland, & F. Jacobsen, Red.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. (2002). Arenaer for profesjonell utvikling: Retrospektive beretninger fra eldre psykoterapeuter. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, ss. 786-795.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The Developing Practitioner - Growth and Stagnation of Therapist and Counselors*. UK: Routledge Taylor & Francis Group.
- Rosland, J. H., Paulsen, Ø., & Hofacker, S. V. (2006, Februar). *Den døende pasient*. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1340424>
- Sinclair, H. A., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European journal of Oncology Nursing*, ss. 348-356.
- Spesialisthelsetjenesten, L. o. (1999). LOV-1999-07-02-61. Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- St.meld.10. (2012-2013). *God kvalitet-trygge tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Svendsen, C., & Carlsen, H. (2012, Januar 3). *NRK*. Hentet fra: <http://www.nrk.no/norge/--ma-do-alene-pa-norske-sykehus-1.7937878>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Thornquist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Truffino, J. C. (2010, September 1). Resilience: An approach to the concept. *ScienceDirect*, ss. 145-151.
- Vachon, M., Fillion, L., & Achille, M. (2012). Death Confrontation, Spiritual-Existential Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 9, ss. 151-172.
- Yoder, E. A. (2008, September 19). Compassion fatigue in nurses. *ScienceDirect*, ss. 191-197.
- Zolnierek, C. D. (2013, August 19). An Integrative Review of Knowing the Patient. *Journal of Nursing Scholarship*, ss. 3-10.

Vedlegg 1. Intervjuguide

Jeg vil starte intervjuet med å henvise til informasjonsbrevet som sykepleierne har fått.

- Presentasjon av meg selv (sykepleier, masterstudent, jobb)
- Tema og problemstilling.

Bakgrunnsinformasjon:

- Hvor lenge har du arbeidet her?
- Hvor har du arbeidet tidligere?
- Antall år etter endt grunnutdanning?
- Hvor gammel er du?

Som sykepleier på sykehus møter du døende pasienter og dødsfall i ditt arbeid

1. Kunne du først fortalt en situasjon med døende som har gjort sterkt inntrykk på deg? (Jeg vil prøve å få informanten til å forklare i detaljer med fokus på egne erfaringer og opplevelser. Jeg sier fra om at det ikke skal nevnes diagnose og navn på pasientene som eventuelt er en del av historien).
 - Hvilke muligheter fikk du til å dele tankene og følelsene du satt igjen med etter denne opplevelsen?
 - Fikk du noen annen hjelp/støtte til å håndtere erfaringen?
 - Fikk du den støtten du trengte? (Hvis nei, hva hadde du hatt behov for?)
2. Kunne du også fortalt en situasjon med døende som du opplevde som en god opplevelse?
 - Hva er det som gjør at denne situasjonen opplevdes så god?
 - Delte du denne opplevelsen med noen andre?
3. Hvordan pleier dere å dele erfaringer og følelser dere har i forbindelse med pleie av døende pasienter her på avdelingen?
 - Har dere noen rutiner etter dødsfall hvor dere eksempelvis har en samtale?
4. Hva mener du er viktig for at du skal holde ut i arbeid med døende pasienter?
 - Hva mener du kan gjøres på avdelingen?
 - Har du noen personlige strategier for å holde ut ved å være vitne til døende?

Vedlegg 2. Forespørsel om tillatelse til å intervju sykepleiere på sykehus

Kathrine Pollestad

Christen Tranegate 29b

4007 Stavanger

Hvordan erfarer og håndterer sykepleierne å være vitne til døende pasienter på sykehus?

Jeg er student ved Universitetet i Stavanger, institutt for helsefag og skal gjennomføre en studie som danner grunnlag for en mastergradsoppgave. Studien handler om hvordan sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehus.

I forbindelse med studien trenger jeg tillatelse til å rekruttere sykepleiere til å gjøre individuelle intervju. Det ønskes seks sykepleiere uten videreutdanning hvor det er tre sykepleiere fra to ulike medisinske sengeposter på sykehuset. Tre sykepleiere bør ha arbeidet som sykepleier i mindre enn fem år og tre mer enn fem år. Det ønskes også at sykepleieren skal ha erfaring med minimum tre dødsfall på sykehuset. Utvalget skal gjøres ut fra inklusjonskriteriene. Jeg ønsker derfor at aktuelle informanter blir foreslått av avdelingssykepleierne på de to medisinske postene.

Hensikten med studien er å beskrive og fortolke hvordan sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehuset. Det overordnede målet er å bidra med kunnskap som kan motvirke stress og utbrenthet blant sykepleierne som opplever døden så nært.

Intervjuene er planlagt i november/desember 2014 samt januar/februar 2015. Vedlagt er informasjonsskriv som vil bli utlevert til aktuelle sykepleiere samt prosjektbeskrivelsen.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 97547229 eller [e-post k.pollestad@stud.uis.no](mailto:k.pollestad@stud.uis.no). Du kan også ta kontakt med min veileder Førstemanuensis Ellen Ramvi ved Universitetet i Stavanger, Institutt for Helsefag på e-post: ellen.ramvi@uis.no.

Med vennlig hilsen

Kathrine Pollestad

Masterstudent ved institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger.

Vedlegg 3. Informasjonsbrev og forespørsel om å delta i intervju

Hvordan erfarer og håndterer sykepleierne å være vitne til døende pasienter på sykehus?

Introduksjon

Jeg studerer helsevitenskap på universitetet i Stavanger hvor jeg nå skriver en masteroppgave. Studien handler om hvordan sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehus. Hensikten med studien er å beskrive og fortolke hvordan sykepleiere erfarer og håndterer å være vitne til døende pasienter på sykehuset. Det overordnede målet er å bidra med kunnskap som kan motvirke stress og utbrenthet blant sykepleierne som opplever døden så nært.

Jeg ønsker å intervju seks sykepleiere hvor det er tre sykepleiere fra to ulike medisinske sengeposter på sykehuset. Tre sykepleiere bør ha arbeidet som sykepleier i mindre enn fem år og tre mer enn fem år. Jeg ønsker også at du som sier deg villig til å bli intervjuet har erfaring med minimum tre dødsfall på sykehus.

Jeg ønsker å invitere deg til å delta i denne studien fordi du fyller kriteriene som er satt for deltakelse. Intervjuet vil fokusere på dine egne erfaringer og opplevelser om i møte med døende pasienter. Det ønskes at du har tenkt gjennom en god og en vond opplevelse med døende pasienter på sykehuset i forkant. Informasjonen som kommer frem i intervjuet vil bli anonymisert og kun tilgjengelig for meg og veileder. Intervjuet vil ta ca. 60 minutt og gjennomføres på et uforstyrret sted på arbeidsplassen din. Intervjuet blir tatt opp på bånd. Data fra intervjuet vil ikke være mulig å føre tilbake til den enkelte sykepleier som har deltatt i studien.

Det er frivillig å delta i studien og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil anonymiseres og bli behandlet konfidensielt. Ingen andre enn jeg og min veileder, førsteamanuensis Ellen Ramvi, vil ha tilgang til opplysningene. Datamaterialet slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen sommeren 2015. Studien er meldt til personvernombudet for forskning på sykehuset hvor det er godkjent av forskningsavdelingen.

Prosjektet avsluttes sommeren 2015.

Dersom du kan tenke deg å delta vennligst ta kontakt med meg på epost eller mobil. Det er en forutsetning at du gir ditt skriftlige samtykke til deltakelsen. Bruk vedlagt samtykkeerklæring til dette.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 97547229 eller sende en e-post til k.pollestad@stud.uis.no. Du kan også ta kontakt med min veileder Ellen Ramvi ved Universitetet i Stavanger, Institutt for Helsefag på e-post: ellen.ramvi@uis.no

Med vennlig hilsen

Kathrine Pollestad

Masterstudent ved institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger.

Vedlegg 4. Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og samtykker herved til å delta i studien.

Navn

.....

Telefon

Dato /2014

Signatur

.....

Vedlegg 5. Bekreftelse fra institusjonen

Notat

Til:

Kathrine Pollestad

Fra:

Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:

Interne kopimottakere:

Divisjonsdirektør Svein Skeie, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 09.12.2014

Arkivref: 2011/4660 - 99764/2014

Godkjennelse masterprosjekt MA43 - Kathrine Pollestad

Mastergradsprosjektet: «Hvordan erfarer og håndterer sykepleierne å være vitne til døende pasienter på sykehus.»

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: MA43.

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 godkjennelse 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 6. Et utdrag fra analysen

Transkribert tekst M=meg (forsker) I=informant (Sykepleier)	Selvforståelse	Kritisk forståelse basert på sunn fornuft (hvordan kan jeg forstå dette).	Teoretisk forståelse
Hjertestans	Opplever hjertestans for første gang.	Kompetanse og følelser satt på prøve	
<p>Jeg har aldri opplevd stans før og ikke fått noe særlig opplæring i den sløyfen eller hva som skjer så ehh, det var ganske fæl opplevelse egentlig. Så var det en ung kvinne. M: hva var det du opplevde som var fælt? I: Nei, at det var liksom eh, visste ikke helt var som skjedde helt og plutselig så gikk hun i stans også før var hun helt grei. Så hadde jeg ikke helt, jeg ble litt sånn satt ut. Så jeg fikk litt dårlig samvittighet fordi jeg ikke strakk til og trakk meg unna, på en måte, jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre. Også prøvde man med gjenoppliving. Å så, døde hun. M: hmm, du trakk deg på en måte ut av situasjonen slik at de andre kunne gjøre sin jobb. I: ja. M: det høres tøft ut. Informant: ja. M: eh. Var det slik at du fikk snakket med noen etterpå? I: Bare de kollegaene mine, jeg snakka også med legen</p>	<p>Lite opplæring i stans. Fæl opplevelse. Pas. Er Ung. Visste ikke hva som skjedde, alt skjedde plutselig. Ble satt ut. Dårlig samvittighet. Følelse av å ikke strekke til. Trakk seg unna fordi hun visste ikke hva hun skulle gjøre. Prøvde gjenoppliving, men døde. Hun snakket med kollegaene sine og legen om situasjonen rett etterpå. Klarte ikke å svare legen på spørsmål om pasienten. Følte hun var i sjokk. Glemmer det aldri. Fikk støtte av sykepleierne, men ikke ledelsen. Sov lite på natten og dagen etterpå var det ingen som snakket med henne om situasjonen. Det opplevde hun som trist. De kunne godt spurt om hvordan det går.</p>	<p>Mangel på opplæring.</p> <p>Mangel på kompetanse og lite erfaring.</p> <p>Føler på ansvar, men har ikke kompetanse. Mangel på mestring. Gir følelse av utrygghet. Klarer ikke å stå i det. Klarte ikke å tenke klart.</p> <p>Er i sjokk.</p> <p>Hadde behov for å bearbeide</p> <p>Fortvilet.</p> <p>Følte seg ikke sett av ledelsen. Oppgitt.</p> <p>Vond opplevelse med døden. Ønsket</p>	<p>Mangel på containment. Følelsene forblir truende. Unngår situasjoner</p> <p>Traume Resiliens</p> <p>Refleksjon, veiledning</p>

<p>etterpå. M: ja. I: For han spurte når jeg var der om hvem som kunne noe om pasienten, men jeg klarte ikke å si noen ting, for jeg var i sjokk. Meg: ja, off ja. I: også snakket jeg med noen andre etterpå. Men jeg glemmer det aldri. M: følte du at du fikk den hjelpen og støtten du trengte etter den opplevelsen?: I: jeg fikk den støtten av kollegaene mine, sykepleierne, men ikke så mye av ledelsen. M:nei. I: jeg kom på jobb dagen etterpå og hadde sovet dårlig på natten, då var det liksom ingen som spurte av ledelsen eller som spurte eller snakket med meg, M: Om det? I: nei. M: så det opplevde du som? I: Jeg synes det var litt trist egentlig, kunne godt snakket litt om hvordan det går.</p>	<p>Glemmer ikke hendelsen. Handler annerledes neste gang.</p>	<p>selv at de skulle se og snakke med henne.</p> <p>Mer erfaring og kompetanse som gjør at hun vil mestre det annerledes neste gang</p> <p>Lite forberedt på stanset.</p> <p>Handlingslammet. Akutt dødsfall er kaotisk.</p>	<p>Erfaring</p> <p>Traumatisert.</p>
---	---	--	--------------------------------------