

# **Sykepleieren i relasjon**

**med den alvorlig syke pasienten**

**Kristin Jordal**



**MASTEROPPGAVE VED SEKSJON FOR HELSEFAG  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Medisinsk fakultet**

**UNIVERSITETET I OSLO**

22.12.06

## Sammendrag

Formål: Formålet med denne oppgaven var å få fram sykepleiernes opplevelser i relasjon med den alvorlig syke pasienten. Gode mellommenneskelige relasjoner beskrives som kjernen i sykepleiefaget og står som en sentral verdi i helsevesenet forøvrig. Målet ved å utforske denne relasjonen var å løfte fram sykepleiernes erfaringer; noe som kan være viktig for å ta vare på de erfarne sykepleierne samt forberede studenter og nyutdannede på hvilke utfordringer som ligger i denne typen arbeid.

Teoretisk forankring: Tidligere forskning viser en flertydighet i sykepleiernes erfaringer i relasjon med den alvorlig syke pasienten; Det som oppleves som mest krevende kan også være det som *gir* mest. Sykepleiernes evne til involvering ser ut til å avhenge av erfaring og modenhet og oppfattes av sykepleierne som sentralt i forholdet til pasienten. Sykepleierens relasjon med den alvorlig syke pasienten knyttes til identitetsforståelse samt profesjonell og personlig utvikling.

Metode: Dette er en kvalitativ studie og datasamlingen ble gjort i form av halvstruktureerte dybdeintervju. Det ble gjennomført en teoristyrte analyse med utgangspunkt i Schibbyes "Dialektiske relasjonsteori"; begrepene som ble brukt var: "Anerkjennelse", "selvavgrensing", "undring" og "selvrefleksjon". Prosedyren som ble fulgt var en tilpasning av Malteruds analysemetode: "Systematisk tekstkondensering".

Resultater: Det fremkom 11 kategorier i analysen av materialet: "Det å være med og se den andre - og seg selv", "Aksept for den andres opplevelse, men ikke alltid for konklusjoner og valg", "beskyttelse av pasienten", "undrende møter", "undring som erfaring og personlig prosess", "vilkår for undrende møter", "kontraster og markeringer", "nærhet og distanse", "å finne grenser", "erfaring og selvrefleksjon", " Den vanskelige samtalen mellom ærlighet og håp".

Konklusjon: Sykepleierne kan berøres, utfordres og bekreftes i sitt relasjonsarbeide og synes å bevege seg, eller balansere, på et spenn mellom forskjellige hensyn/krav og/eller relasjonelle posisjoner hvor løsningen kjennetegnes mer av "både - og" enn "enten – eller":

- Sykepleieren skal både "se" den andre (jeg – du) og samtidig kjenne på det og tåle det (jeg – meg).
- Sykepleieren skal både "være med" den andre (jeg - du) og finne grenser for det (jeg meg).
- Sykepleieren er hos pasienten men ønsker samtidig å være "egentlig" hos pasienten.
- Sykepleieren skal både forstå den andre (jeg – du) og samtidig vurdere den andre (jeg - det).

Dette arbeidet kan forstås som dialektiske prosesser i det relasjonelle arbeidet med pasienten.

Eit ord

Eit ord

-ein stein

i ei kald elv.

Ein stein til-

Eg må ha fleire steinar

skal eg koma over.

Olav H. Hauge

## Forord

Å leve med dette prosjektet har vært utfordrende og spennende - og kan nesten sammenlignes med å ha en krevende samboer i huset. De fleste dagene har samlivet vært preget av fremgang, kreativitet og godt humør, men noen dager har selvfølgelig vært vanskelige og ”vi” har gått dårlig sammen. Da har tanker som: ”Hvorfor valgte jeg deg?” og ” Du er ikke til å være i hus med” dukket opp; men på tross av disse små kranglene må jeg konkludere med at prosjektet og jeg har hatt det godt i lag. Nå er prosjektet ved en avslutning og det er gledelig å kunne konstatere at ”vi” kan skilles som venner.

Jeg har lært mye av å være i en så lang og tidvis krevende prosess og kjenner en stor taknemlighet til mange rundt meg som har vært tålmodige og støttende gjennom dette arbeidet: Først og fremst Arne, Sigurd og Sondre; de flotte og omsorgsfulle mennene i livet mitt! Astri og Vidar som stiller opp og er Besteforeldre med stor B! Trude for sin store omsorg og Kristin som utrettelig har vært sjelesørger, veileder og god venn.

En stor og varm takk går også til Lisbeth Thoresen for hennes gode og engasjerte veiledning gjennom nesten halvannet år. Det er vanskelig å se for seg dette arbeidet bli til uten henne.

Kristin Jordal

Horten, desember 2006.

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this exercise was to explore the nurses' experiences in relation to the seriously ill patient. Good interpersonal relationships are described as being the "core" of the nursing profession and also as a central value in other aspects of healthcare provision. The purpose of investigating this relationship was to bring forth the nurses' experiences, which can be important in terms of addressing the needs of experienced nurses as well as to prepare nursing students and newly qualified staff for the challenges presented by this type of work.

**Literature review:** Prior research reveals an ambiguity in the nurses' experiences in connection with the seriously ill patient; in other words, the most demanding experience can also be the one that *gives* the most to the carer. The nurses' capacity for involvement appears to be dependent on experience and maturity and is perceived by the nurses as being central in their relationship with the patient. The nurses' relationship with the seriously ill patient is tied in with knowledge of self as well as professional and personal development.

**Method:** This is a qualitative study and the data collected take the form of semi-structured, depth interviews. A theoretical analysis was undertaken with starting point in Schibbye's "Dialectic-relations-theory". The terms used were: "Recognition", "self-delimitation", "wondering" and "self-reflection". The procedure followed was an adaptation of Malterud's analysis method: "Systematic text condensing".

**Results:** 11 categories emerged in the analysis of the material: "Being with someone and seeing the other - and yourself", "Acceptance of the other's experience, but not always of their conclusions and choices", "protection of the patient", "reflection meetings", "reflection as experience and personal process", "conditions for reflection meetings", "contrasts and indications", "intimacy and distance", "finding limits", "experience and self-reflection", "The difficult dialogue between honesty and hope".

**Conclusion:** The nurses may be affected, challenged and acknowledged in their relationship work and are understood to move, or balance, on a tightrope between various considerations/needs and/or relational positions where the solution is characterised more by "both-and" than "either-or":

- The nurse shall both "see" the other (I – you) and at the same time recognise and tolerate it (I – me).
- The nurse shall both "be with" the other (I – you) and establish boundaries (I – me).
- The nurse is with the patient but at the same time want to be "really" with the patient.
- The nurse shall both understand the other (I – you) and at the same time consider the other (I – it).

This work can be perceived as dialectic processes in the relational work with the patient.

# Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	7
1.1 Sykepleieren i relasjon .....	7
1.2 Noen avklaringer .....	8
1.3 Bakgrunn .....	9
1.3.1 Valg av tema og forskningsspørsmål .....	9
1.3.2 Målet.....	10
1.3.3 Min forforståelse .....	10
1.4 Kunnskap om feltet .....	12
1.4.1 Søk, nøkkelord og utvalg. ....	12
1.4.2 Givende og utfordrende.....	13
1.4.3 Erfaringer i møtet .....	13
1.4.4 Involvering .....	14
1.4.5 Stress og mestring .....	16
1.4.6 Personlig utvikling .....	18
2 Teoretisk ramme.....	20
2.1 Innledning.....	20
2.2 Hvorfor dialektisk relasjonsforståelse .....	20
2.3 Filosofisk grunnlag.....	21
2.3.1 Eksistens og essens.....	21
2.3.2 Dialektikk .....	23
2.4 Dialektisk relasjonsteori .....	24
2.4.1 Anerkjennelse.....	24
2.4.2 Selvrefleksivitet og selvavgrensing.....	26
2.4.3 Undring.....	27
3 Metode.....	29
3.1 Innledning.....	29
3.2 Valg av forskningsdesign .....	29
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet .....	30
3.3 Intervjuguide .....	31
3.4 Arena for studien og utvalg av deltagere .....	32
3.5 Forberedelser til intervjuer .....	33
3.5.1 Infoskriv og rekruttering .....	33
3.6 Ethiske betraktninger.....	34
3.6.1 Å kjenne informantene .....	35
3.7 Møtet med forskningsfeltet .....	36
3.7.1 Rammer, roller og makt .....	36
3.7.2 Intervjuerfaringer .....	37
3.8 Transkripsjonen.....	38
4 Analyse.....	40
4.1 Innledning.....	40
4.1.1 Min vei inn i materialet .....	40
4.2 Analyseprosessen .....	41
4.2.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer. ....	41
4.2.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder.....	41
4.2.3 Kondensering – fra kode til mening.....	42
4.2.4 Sammenfatning – kondensering til beskrivelser og begreper .....	44

5 Presentasjon av funn.....	46
5.1 Anerkjennelse.....	46
5.1.1 Det å <i>være med</i> og <i>se</i> den andre – og seg selv .....	46
5.1.2 Aksept for den andres opplevelse, men ikke alltid for konklusjoner og valg .....	49
5.1.3 Beskyttelse av pasienten.....	52
5.1.4 Oppsummering .....	54
5.2 Undring.....	54
5.2.1 Undrende møter.....	55
5.2.2 Undring som erfaring og personlig prosess.....	57
5.2.3 Vilkår for undrende møter .....	58
5.2.4 Oppsummering .....	59
5.3 Selvavgrensing .....	59
5.3.1 Kontraster og markeringer .....	60
5.3.2 Nærhet og distanse .....	61
5.3.3 Å finne grenser .....	63
5.3.4 Oppsummering .....	63
5.4 Selvrefleksjon.....	64
5.4.1 Erfaring og selvrefleksjon .....	64
5.4.2 Den vanskelige samtalen mellom ærlighet og håp.....	66
5.4.3 Oppsummering .....	68
6 Drøfting .....	69
6.1 Innledning.....	69
6.2 Tilknytning til tidligere forskning .....	69
6.3 Hovedinntrykk.....	70
6.4 Å se den andre og samtidig kjenne på det og tåle det .....	71
6.4.1 Å se den andre .....	71
6.4.2 Å kjenne på det.....	73
6.4.3 Hvorfor gi av seg selv?.....	74
6.5 ”Å være med” den andre og å finne grenser for det.....	76
6.6 Å være - eller være <i>egentlig</i> sammen med pasienten.....	77
6.7 ”Å være med” den andre og samtidig å vurdere den andre.....	79
6.8 Dialektisk relasjonsteori .....	80
Litteraturliste .....	82

**”Mye tyder altså på at den største utfordring vi har i  
hjelperollen, er å overskue og ta hensyn til vårt eget  
”relasjonelle bidrag”, både til prosesser som fører til  
smerte, stagnasjon og fortvilelse, og til positiv vekst for  
våre klienter” (Schibbye, 2001, s.163)**

## **1 Innledning**

### **1.1 Sykepleieren i relasjon**

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan det oppleves for sykepleieren å være i relasjon med den alvorlig syke pasienten. Gode mellommenneskelige relasjoner er noe som vektlegges i sykepleie og helsevesenet forøvrig; I ”Grunnleggende sykepleie” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005), et læreverk for grunnutdanningen i sykepleie, fremheves sykepleierens evne til å bruke seg selv i møtet med den andre. Sykepleierens følelsesmessige engasjement blir trukket fram som kriterium for at omsorgen er ekte. Det å berøres av den andres og kunne sette seg inn den andres opplevelser blir viktig - dette kalles ”berørt forståelse” og gode mellommenneskelige relasjoner trekkes fram som *kjernen* i sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005, s. 178). Det relasjonelle påpekes og trekkes fram også utenfor den sykepleiefaglige litteraturen. I Stortingsmelding 26 som handler om verdier i den norske helsetjenesten, beskrives relasjonen mellom helsearbeideren og pasienten som *det sentrale* i helsetjenesten, og under overskriften ”Mennesket må bli møtt og sett” sier meldingen:

”Møtet mellom pasienten og tenesteytaren er sjølve testen på om helsetenesta er menneskeleg og etisk forsvarleg. Det er heller ikkje mogeleg å seie at helsetenesta er fagleg forsvarleg uten at det mellommenneskelege grunnlaget er sikra. Dette møtet skal være det sentrale i helsetenesta.” (Om verdier for den norske helsetenesta, s. 8)

Kravene til sykepleieren blir på denne måten store og mye står på spill når relasjonen til pasienten skal leves.

Dette forsterkes ytterligere ved at pasienten er i en helt spesiell situasjon når livet er truet. I meldingen sies det slik:

”Respekten for menneskeverdet blir sett på ei alvorleg prøve når vi møter menneske der det er klart at livet snart er slutt. Det er i slike situasjoner at det egentlege menneskesynet til helsetenesten og helsepersonellet kjem for ein dag” (Om verdier for den norske helsetenesta, s. 44).

På bakgrunn av dette mener jeg det er viktig å belyse hvordan det oppleves å være i denne relasjonen som sees på som så avgjørende. Som verktøy i forsøket på å gripe de relasjonelle erfaringene hos sykepleierne har jeg valgt å bruke Schibbyes ”Dialektiske relasjonsteori” (2002). Et valg som gir oppgaven et spesifikt fokus og skiller den fra andre arbeider som dokumenterer samspillet mellom pasient og sykepleier.

## 1.2 Noen avklaringer

Jeg vil gjerne gjøre noen avklaringer i forhold til begrensninger og grep som er gjort i utformingen av denne oppgaven. For det første kan det virke paradoksalt å skulle belyse sykepleierens opplevelser *i relasjon* uten også å inkludere pasientenes ”stemme”. I Schibbyes teori er det jo nettopp viktig å få fram hvordan våre relasjoner med den andre står i et forhold til vårt indre liv og opplevelser. Det å se isolert på sykepleierne og deres erfaringer må derfor forstås som et grep gjort av hensyn til oppgavens rammevilkår og mitt ønske om å gjøre et avgrenset arbeid med et realistisk ambisjonsnivå. Jeg vil også gjøre oppmerksom på at noen passasjer i teksten er en videreutvikling av deler av min metodeeksamen (kurs 4200) våren 2005, dette gjelder i hovedsak avsnittet om forforståelse og innledningen av metodekapittelet. Ellers er det slik at denne oppgavens utgangspunkt var å beskrive sykepleierens relasjon til den *alvorlig syke pasienten*. I praksis viste dette seg å være en kreftpasient - fordi alle sykepleierne i denne studien fortalte om den alvorlig syke kreftpasienten i sine intervjuer. Deltagerne blir omtalt som sykepleier, informant, hun og henne. Dette er fordi det kun er kvinnelige sykepleiere med i studien.



## 1.3 Bakgrunn

I dette avsnittet vil jeg redegjøre for valg av tema og forskningsspørsmål og se på målet for undersøkelsen. Videre går jeg inn på min forforståelse i forhold til tema.

### 1.3.1 Valg av tema og forskningsspørsmål

I tre år som høgskolelærer veiledet jeg studenter i medisinsk og kirurgisk praksis på sykehus. I hele denne perioden var jeg tilknyttet en avdeling hvor jeg hadde et godt samarbeid med sykepleiere, fagutviklingssykepleier og avdelingsledelsen. Jeg greide ikke å slippe avdelingen etter at jeg sluttet i jobben. Flere av de erfarne sykepleierne hadde gjort inntrykk på meg. Jeg ble veldig nysgjerrig på hvordan det opplevdes å jobbe pasientnært over tid på en avdeling hvor det var mange alvorlig syke. Det ble et poeng for meg at dette var en vanlig sengepost, ikke et hospice eller en palliativ spesialavdeling. Her var det stort sett sykepleiere uten videreutdanning som jobbet, samt noen med onkologi som spesialutdanning. I vurderingene som ble gjort i planleggingen av prosjektet var denne nysgjerrigheten samt tilgangen jeg hadde til feltet med på å avgjøre valg av tema.

Tradisjonelt er sykepleie forbundet med uegennyttige handlinger, hvor den andres ve og vel er målet. Dette gir et bilde av sykepleieren som den aktive - *som gir*, og pasienten som den passive - *som får*. Dette kan forstås som et subjekt - objekt syn på sykepleier - pasient relasjonen (Schibbye, 2002). I dag forstås pasienten som en medbestemmende og aktiv part - noe som også er nedfelt i pasientrettighetsloven. De tradisjonelle rollene er således i endring og relasjonen mellom sykepleier og pasient kan derfor være på vei mot et subjekt - subjekt forhold. I denne forståelsen ligger det at individet har en egen opplevelsesverden med tanker, følelser og meninger og gjør på bakgrunn av dette sine fortolkninger av verden. Ifølge Schibbye må mennesket forstås *i relasjon* til de andre (Schibbye, 2002). I dette perspektivet vil også sykepleieren være en *som får* og pasienten en *som gir*.

I sin bok "Rørt, rammet og rystet"(2003) skriver Susanne Bang om utviklingsmuligheter som ligger i det å arbeide med andre menneskers livsproblemer. Hun konkluderer med at dette arbeidet gir "profesjonelle hjelpere" en mulighet til selvutvikling.

Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å gå inn i sykepleierens opplevelser i relasjon med den alvorlig syke pasienten. Forskningsspørsmålet jeg skal belyse blir derfor:

### **”Hvordan opplever sykepleieren å være i relasjon til den alvorlig syke pasienten”**

**Relasjon:** Begrepet belyses og forstås med ”Dialektisk relasjonsforståelse”, slik teorien presenteres i boka ”En dialektisk relasjonsforståelse”(Schibbye, 2002), og artikkelen ”Å bli kjent med seg selv og den andre” (Schibbye, 2001).

**Den alvorlig syke pasienten:** I utgangspunktet var det tenkt en pasient med en sykdom hvor utgangen var uviss. På den aktuelle avdelingen var det mange diagnoser, men kreftdiagnoser utgjorde majoriteten av dem som ble så syke at det var uvist om de ville overleve eller ikke. Fordi mitt fokus er sykepleiernes opplevelser har jeg ikke definert termen ”den alvorlig syke pasienten”, men latt sykepleierens egen oppfatning av pasienten som alvorlig syk vært styrende i intervju situasjonen. Noe som i praksis viste seg å være en kreftpasient.

#### **1.3.2 Målet**

Det jeg ønsker er kunnskap som kan bidra til større oppmerksomhet på sykepleierens opplevelser i sitt møte med den alvorlig syke pasienten. Jeg ser dette som en aktuell problemstilling for flere og flere sykepleiere; den alvorlig syke pasienten er ofte en kreftpasient og i dag er det en økning i antallet personer som utvikler kreft (Rustøen, Schølberg og Wahl, 2003). Sykepleiere på de fleste avdelinger vil derfor måtte forholde seg til denne pasientgruppen. Denne oppgaven fokuserer på de relasjonelle erfaringene sykepleierne får i denne typen arbeid, og som nevnt blir relasjoner forstått i trå med Schibbyes teori som nettopp vektlegger opplevelsesaspektet. Ved å gå inn i dette temaet kan det kanskje opparbeides kunnskap om hvordan man kan beholde og ta vare på erfarne sykepleiere og gjøre uerfarne sykepleiere og sykepleiestudenter mer bevisst på hvordan de kan møte utfordringene de utsettes for i denne type arbeid.

#### **1.3.3 Min forforståelse**

I moderne vitenskapsteori stilles det ikke lenger spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker forskningsprosessen, men *hvordan* (Malterud, 2003). Jeg har med meg en forforståelse som

vil prege hele arbeidet fra ide til analyse og presentasjon. Jeg vil her si noe om hva som finnes i min ryggsekk inn i dette arbeidet. Inndelingen er inspirert av Aadland (2004):

***Språket, begrepene og teoriene*** kan i stor grad spores tilbake til sykepleierutdanningen, hvor psykologiske og sosiologiske forklaringsmodeller preget grunnlaget for forståelsen av sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Språket jeg brukte for å forstå relasjoner var hentet fra disse teoriene. Under utdanningen og senere i arbeidslivet har det vært den relasjonelle og samspillsmessige siden av faget som har fanget min interesse. Dette førte til at jeg tok videreutdanning i veiledning hvor jeg ble introdusert for dialektisk relasjonsteori for første gang. Dette var en tilnærming som virket utvidende på min forståelse av mellommenneskelig samspill, og som har påvirket min inngang til dette arbeidet. Et eksempel på dette er antagelsen om at sykepleieren også *får noe* i spillet med pasienten, som nok er inspirert av Schibbys teori. Interessen for og ønsket om å gjøre meg mer kjent med dialektisk relasjonsteori ble dermed med på å forme tematikken for oppgaven.

***Erfaringen*** jeg har med meg vil også påvirke min inngang i og håndteringen av dette temaet. Som nyutdannet sykepleier opplevde jeg møtet med de alvorlig syke pasientene som utfordrende. Jeg ”gjorde jobben min” og var til stede - men følte at det var energitappende å være den som skulle stå hos pasienten gjennom de store påkjenningene som følger alvorlig sykdom. Jeg kjente på en engstelse i forhold til om jeg gjorde de rette vurderingene samtidig som jeg skulle være der for den andre. Det å ha et slik utgangspunkt har påvirket valg av forskningstema, og jeg kan se at min nysgjerrighet også kan forstås som et ønske om å avdekke disse sykepleiernes ”hemmelige oppskrift” på hvordan denne relasjonen kan leves på en måte som oppleves trygg og avgrenset.

***Trosforestillinger og grunnleggende antagelser*** kan blant annet knyttes til erfaringene jeg har gjort meg. I og med at disse sykepleierne tilsynelatende får til noe jeg synes er vanskelig - har jeg en forestilling om at arbeidet deres er krevende. Jeg føler derfor en slags ærbødighet for disse sykepleierne som dag etter dag går inn i denne typen relasjoner. Jeg starter nok arbeidet med en antagelse om at disse sykepleierne har opplevd noe annet enn meg, altså at dette arbeidet er noe annet, eller i alle fall mer, enn krevende og vanskelig. Det å ha tenkt igjennom eget ståsted og utgangspunkt håper jeg vil hjelpe meg å få perspektiv på arbeidet

med stoffet og å holde et kritisk blikk på min evne til å skille på eget og den andres i møtet med sykepleierne i dette prosjektet.

## **1.4 Kunnskap om feltet**

Jeg vil i dette avsnittet presentere undersøkelser som har hatt som mål å gi kunnskap om hvordan det oppleves å være i relasjon med den alvorlig syke pasienten. En oversiktsartikkel fra 2002 slår fast at det finnes relativt få studier som tar for seg hvordan sykepleiere påvirker kreftpasienter og hvordan kreftpasienter påvirker sykepleiere (Corner, 2002). Søkingen etter artikler har da også forgått over tid; helt fra oppstart av prosjektet, hvor jeg ikke hadde eget materiale eller funn, og underveis ettersom eget arbeide utviklet seg. Artikkene som presenteres her har derfor enten relevans for min ide og utgangspunkt for studien eller berører temaer som viste seg relevante gjennom utviklingen av eget materiale og funn.

### **1.4.1 Søk, nøkkelord og utvalg.**

Søkene har vært gjort på flere måter; korte mer vilkårlige søk i enkeltstående baser, og systematiske søk med faste søkeord i flere baser. Fordi jeg manglet erfaring i søketeknikk og bruk av basene fikk jeg hjelp av bibliotekar ved to store systematiske søk. Disse hovedsøkene ble gjort i **Med-line, ISI, Cinahl, Academic, Synergy, Swe-med, Psyc-Info** og **Embase** med disse hovedsøkeordene: **Nurse-patient relationship, oncology nursing** og **Qualitative research**. Ellers varierte jeg med søkeordene: Palliative care, cancer care, cancer nurses og Professional Caregivers. Jeg har lett etter nye referanser i aktuelle artikler og opplevde etter hvert å kjenne igjen forfattere og artikler som ble hyppig referert. Noen av de eldste artiklene har kommet med nettopp fordi de ofte er referert i nyere forskning. I presentasjonen har jeg valgt å ta med artikler fra Norden, Storbritannia og USA samt noe fra Australia. Dette har jeg gjort med begrunnelse i kulturelle forskjeller i forhold til syn på kreftsykdom og død (Dein, 2006). Forskningen presenteres under noen samlende tematikker og fokuserer stort sett på resultater; men noen studier presenteres grundigere fordi jeg anser dem som mer sentrale i forhold til mitt prosjekt.

### **1.4.2 Givende og utfordrende**

I en oversiktsartikkel fra 2002 viser Corner at arbeidet med alvorlig syke og døende kreftpasienter er givende men også følelsesmessig utfordrende. Dette bekreftes i flere av studiene jeg fant relevant for denne oppgaven (Larson 1992, Hedly 1993, Cohen m.fl., 1994). Det å arbeide i en slik relasjon viser seg gi opplevelser som oppleves både vanskelige og gode på samme tid. Relasjonserfaringene kan derfor kjennetegnes av en flertydighet hvor det som beskrives som vanskelig også kan være det som gir mest. Sykepleieren opplever det givende å kunne støtte pasienten og ta del i det han/hun opplever- samtidig som dette gir utfordringer i form av tap og sorg hvis pasienten dør (Cohen m.fl., 1994). Opplevelsene pleiepersonalet rapporterte om i en svensk doktorgradsstudie (Hedly, 1993) viser også en todelt erfaring i pleien av alvorlig syke og døende pasienter. Problemene var knyttet til å samtale med pasienten og da særlig når det var følelsesmessige reaksjoner involvert. De fleste visste ikke hvordan de skulle snakke med pasienten og håndtere disse utfordrende situasjonene. Andre negative faktorer som ble avdekket var; identifisering med pasienten, usikkerhet i forhold til hvor mye pasienten visste om sin diagnose, følelse av mangel på krefter og dårlig tid samt opplevelsen av vennskapsbånd som ble brutt når pasienten døde. Av positive faktorer i pleien av alvorlig syke og døende var gleden over at noen ble bedre, den tette personlige kontakten og det vennskapelige forholdet i relasjonen til pasienten. Følelsen av profesjonell kompetanse og pleiepersonnellets egen personlige utvikling var også slike positive faktorer.

### **1.4.3 Erfaringer i møtet**

”Phenomenological study of nurses caring for dying patients” (Rittman m.fl., 1997) er en studie som tar for seg sykepleiernes erfaringer i møte med den alvorlig syke og døende pasienten og som dermed ligger nære opp til denne oppgavens tematikk. Dataene studien bygger på er narrativer skrevet av seks erfarne, onkologiske sykepleiere. Sykepleierne ble bedt om å beskrive en opplevelse eller erfaring i forbindelse med omsorgen for en døende pasient. Ved hjelp av hermeneutisk tilnærming identifiserte forskerne fire temaer i materialet: ”Knowing the patient and the stage of illness” fremsto som et viktig aspekt i sykepleiernes væremåte og holdning ovenfor pasienten. Dette temaet handler om å kjenne pasienten og hans eller hennes spesielle sykehistorie. Kjennskapen til pasienten kunne utvikle seg og bli til et tett bånd mellom sykepleieren og pasienten, men sykepleierne i studien var innforstått med at de ikke kunne få dette til med alle. I et slik engasjement fra sykepleieren lå det et bevisst valg om å involvere seg følelsesmessig og et slik forhold førte ofte til en dypt meningsfull erfaring

for sykepleieren og pasienten. Gjennom sin kjennskap til pasienten ble sykepleieren en som kunne hjelpe den syke å akseptere sin stadig forverrede tilstand og ”stå løpet ut” ved pasientens side. Pasientene lot gradvis sykepleieren ta over de private delene av sin fysiske pleie og åpnet samtidig også opp for å dele sine tanker og følelser med sykepleieren. Fysisk og følelsesmessig omsorg ble på denne måten to sider av samme sak.

”Preserving hope” var et tema som beskrev hvordan sykepleieren bistod pasienten i prosessen med å opprettholde håpet i en situasjon hvor fremtiden er usikker. Dette besto både av håp i forhold til behandling, men også i forhold til å gjøre det beste ut av tiden som var igjen. Sykepleierne fokuserte på håp i forhold til oppnåelige mål for pasienten, og på å hjelpe pasienten til å leve på en måte som gav mening i livets avslutningsfase. Dette arbeidet gav også sykepleierne en opplevelse av mening i sitt arbeid med den døende. Denne gjensidigheten førte til tilfredshet hos sykepleierne og blir i artikkelen sett på som en mulig faktor i utviklingen av ekspertise og engasjement i onkologisk sykepleie.

”Easing the struggle” beskriver hvordan det å bidra til en fredfull død var en verdi som sto høyt hos disse sykepleierne. De ble viktige tilretteleggere for pasienten og deres familier. Sykepleierne la til rette for at familiene kunne delta i omsorgen for den syke og dermed forsterke relasjonen dem imellom og visste hvordan de skulle støtte familiene uten å bryte inn i deres samvær med pasienten. Med en fredfull død mente sykepleierne adekvat smertelindring, fysisk velbefinnende og tilstedeværelse av familien.

”Providing for privacy”: Å verne om den døende pasientens rett til ro og skjerming ble sett på som helt sentralt og sykepleierne la ned mye arbeid for å nå dette målet. Andre pasienter ble ofte flyttet for å gi den døende pasienten mulighet for enerom.

Artikkelforfatterne konkluderer med at sykepleierne etablerer en relasjon med pasienten som involverer forskjellig grader av engasjement. De gangene de ble sterkt involvert og kom nært inn på pasientene opplevde de også arbeidet spesielt meningsfullt. Andre ganger var ikke involveringen like sterk, men uansett grad av involvering fremsto ”preserving hope”, ”easing the struggle”, ”providing privacy ” og ”peaceful death” som hjørnesteinene i den høye standarden sykepleierne ønsket for sine døende pasienter.

#### **1.4.4 Involvering**

Det synes som om involvering og engasjement er viktig i denne typen pleie, og vi skal videre se på noen undersøkelser som har dette som fokus. Evne til involvering og empati med pasienten beskrives av Larson (1992) som et tveegget sverd; ved å fremstå som sykepleierens

største fordel og samtidig hennes mest sårbare punkt. Arbeidet oppleves dypt meningsfullt men innebærer også en kostnad for sykepleieren ved at "omsorgsflammen" kan svekkes eller slukne (Larson, 1992). Sykepleiere møter mange pasienter og noen ganger er graden av involvering større enn ellers. Artinian (1995) beskriver hvordan sykepleiere og hjelpepleiere (nursing attendants) dannet spesielle relasjoner med kreftpasienter i artikkelen "Risking involvement with cancer patients". Data ble samlet inn ved åpne dybdeintervjuer og analysene gjort i trå med Grounded theory. Termen "spesielle relasjoner" ble ikke definert av forskerne men ble av deltagerne forstått som et forhold som gikk ut over det vanlige. Deltagerne beskrev hvordan de utviklet spesielle relasjoner med noen utvalgte pasienter. Dette var en prosess som opplevdes forskjellig fra sykepleier til sykepleier, samtidig som opplevelsene også varierte fra relasjon til relasjon for den enkelte sykepleier. Den første erfaringen med denne typen involvering ble viktig for sykepleierens holdning til hvordan de skulle involverte seg senere. Var denne erfaringen positiv og sykepleieren opplevde at hun mestret situasjonen, var det lettere å ta denne risikoen en gang til. Hvis relasjonen viste seg å føre til uforløst sorg kunne sykepleieren trekke seg fra denne type involvering for en periode. Gjennom sine første erfaringer med denne typen involvering ble sykepleierne kjent med den personlige kostnaden, men også gevinsten, som potensielt ligger i en slik relasjon. Sykepleierne kunne ofte gi beskrivelser av hva som påvirket dem til å inngå en slik relasjon; disse faktorene var: pasientens alder, sårbarhet, likhet med sykepleieren (for eksempel språk), og initiativ fra pasienten. Når en slik relasjon var etablert ville sykepleieren på mange måter ha et spesielt fokus på "sin" pasient, eksempler på dette var; å huske pasientens labsvar og sykehistorikk, kjenne pasientens ønsker i forhold til egen død, tilrettelegging rundt pasienten og deltagelse når pasienten døde, selv om dette var i sykepleierens fritid. Denne involveringen fikk konsekvenser for sykepleierne: de måtte godta det å utsette seg for sorg, de opplevde at de ble fysisk slitne, men samtidig opplevde de en personlig utvikling og modenhet når inntrykkene ble håndtert på en god måte. Noen ganger tok sykepleierne et valg om ikke å involvere seg på denne måten og unngikk dermed denne typen relasjoner, strategiene de da brukte var: å begrense kontakten med pasienten, se alle pasientene som like og holde pasienten i pasientrollen (Artinian, 1995).

En studie av Turner(1999) undersøker involveringstematikken nærmere og slår fast i at det finnes lite forskning på hvordan sykepleiere håndterer sin personlige involvering. Gjennom Grounded theory baserte analyser undersøkte hun involvering og overinvolvering hos 40 sykepleiere som jobbet på to kreftsentre i England. Hun fant at involvering fremstår

terapeutisk og sunt og gir positive konsekvenser ved at det blant annet fører til tilfredshet i arbeidet og opplevelse av personlig realisering hos sykepleierne. Overinvolvering fremsto dysfunksjonelt; og kan føre til at pasienten blir avhengig av en enkelt pleier, samt at sykepleieren bruker uforholdsmessig mye tid hos en pasient. For sykepleieren selv vil en slik overinvolvering innebære en stor følelsesmessig belastning. På grunnlag av analysen presenterer Turner en teori om ”mestring av involvering”; hvor sykepleieren gjennomgår en utvikling og oppnår større bevissthet i forhold til involvering. Dette er en læreprosess som tar tid og har en tett sammenheng med modenhet og livserfaring. I tillegg blir sykepleieren i stand til å gå inn i disse relasjonene på en bevisst og kontrollert måte.

Evne til involvering og grensesetting fremkommer som sentralt også for nordiske sykepleiere, noe Molander og Parviainen (1996) viste i en studie blant danske, finske, norske og svenske sykepleiere. En av hovedutfordringene disse sykepleierne erfarte var å sette grenser for sitt eget følelsesmessige engasjement – dette var viktig fordi relasjonen til den døende ble beskrevet som tett og nær. Arbeidet ble oppfattet som berikende og gav en sjelelig ballast som gjorde at de hadde begynt å få et annet syn på livet. Pleierne hadde ofte en personlig motivasjon og interessen for fagfeltet ble oppfattet å ligge i tiden (Molander og Parviainen 1996).

#### **1.4.5. Stress og mestring**

Når helsepersonell skal beskrive hvordan det er å arbeide med kreftpasienter, spesielt med dårlig prognose, gir de uttrykk for hjelpeløshet, sinne og i blant identifikasjon med pasienten (Faulkner og Maguire, 1998). Det er ikke vanskelig å forestille seg at arbeidet med alvorlig syke pasienter er et meget utfordrende arbeidsfelt og flere undersøkelser er gjort for å kartlegge hva som oppleves vanskelig for sykepleieren og hvordan han eller hun håndterer disse erfaringene.

”Stress and coping” ser ut til å være et område hvor det er gjort en del arbeid og Vachon (1998) gjør rede for dette i en oversiktsartikkel: ”Caring for the caregiver in oncology and palliative care”. Hun finner 3 hovedkilder til jobbrelatert stress hos sykepleiere som jobber med alvorlig syke og døende: 1) Pasienten og deres familie; pasienter/pårørende med mestringsproblemer, pasienter/pårørende som sykepleieren hadde kommunikasjonsproblemer i forhold til, og identifisering med pasient/pårørende. 2) Profesjonell rolle; overbelastning i rollen, tvetydighet i rollen, rollekonflikter, og mangel på kontroll.



3) Arbeidsmiljø; kommunikasjonsproblemer på teamet, utilstrekkelige ressurser, kommunikasjonsproblemer med andre i systemet og urealistiske forventninger til organisasjonen. I tillegg kommer det fram at onkologiske sykepleiere er spesielt mottagelige for kroniske stressfaktorer knyttet til arbeidets karakter; ved at de stadig må forholde seg til pasienter som opplever en gradvis og irreversibel forverring av sykdommen. Følgene av følelsesmessig involvering viser seg også å være en stressfaktor for disse sykepleierne. Generelt sett finner Vachon (1998) at sykepleiere som kan sies å ha en ”robusthet” (hardiness) som karakteregenskap stiller sterkere og er mer beskyttet mot overbelastning (burnout) enn andre. Andre faktorer som virker beskyttende er engasjement, følelse av kontroll over ting som skjer både på jobb og i livet ellers, utfordringer i arbeidet samt sosial støtte. De jobberelaterte faktorene som gav onkologiske og palliative sykepleiere opplevelse av mestring var: opplevelse av kompetanse, kontroll, tilfredshet i arbeidet, opplevelse av kontroll i forhold til forskjellige aspekter ved eget arbeid, å ha en egen filosofi i forhold til sykdom, død og profesjonell rolle, støtte fra familie og venner samt en god håndtering av egen livsstil.

Involvering og overbelastning i rollen står også sentralt i en artikkel av Sandgren m.fl., (2006). I denne Grounded theory studien fra Sverige viser forskerne at sykepleiernes hovedbekymring er faren for å bli følelsesmessig overbelastet. Forfatterne baserer sin artikkel på analyse av 40 intervjuer og data fra deltagende observasjon fra kirurgiske og onkologiske sykehusavdelinger. Målet for denne undersøkelsen var å avdekke hva som oppleves mest bekymringsfullt for sykepleiere som jobber palliativt i en vanlig sykehusavdeling og hvordan de løser denne utfordringen. Hovedtemaet ”Striving for Emotional Survival” ble fremanalysert og betegner måten sykepleierne håndterer dette arbeidet. Denne overordnede termen inneholder tre hovedstrategier sykepleierne bruker for å ”overleve følelsesmessig”: ”Emotional shielding”, ”Emotional Processing” og ”Emotional Postponing”.

Emosjonell beskyttelse (shielding) er en måte å beskytte seg på som er funksjonell og sunn, ifølge forskerne. Sykepleierne legger her vekt på å skille mellom det profesjonelle og private, de balanserer intimiteten med pasienten, viser empati med pasienten, og planlegger for å kunne avslutte oppgavene sine før vaktslutt. Motsatsen beskrives som ”cold shielding” og viser til en dysfunksjonell beskyttelse ved at sykepleieren fjerner seg fra pasienten og søker beskyttelse i en distansert rolle. Dette kan skyldes høyt press og usikkerhet i rollen. Denne

dysfunksjonelle strategien kan føre til at sykepleieren ikke får bearbeidet inntrykkene på en god måte og dermed igjen forsterke den negative strategien.

Emosjonell bearbeidelse (processing) er måter sykepleierne bearbeider sine inntrykk og erfaringer. De snakker sammen både for å ”lufte ut” emosjonell overbelastning og de ”snakker seg ned” følelsesmessig etter en krevende vakt eller hendelse. En annen måte de bearbeider på er gjennom å søke etter bekreftelse både blant medarbeiderer og pasienter. Selvrefleksjon viste seg å gi sykepleieren mulighet til å gjenkjenne tegn på overbelastning og sees i sammenheng med å etablere gode rutiner. Veien hjem fra jobb var et tidspunkt for slik refleksjon, og rutiner som kunne hjelpe sykepleieren å skape balanse i livet er hvile, trening og sosialt samvær.

Emosjonell utsettelse (postponing) er en strategi som brukes når bearbeidelsen ikke gjøres med en gang, dette kan skyldes mangel på emosjonell kompetanse, mangel på tid eller energi. Enten er dette en bevisst utsettelse hvor sykepleieren tar opp tråden igjen når hun kommer hjem, eller så er dette en ubevisst fortregning av vanskelige følelser og opplevelser.

Evne til å beskytte seg i arbeidet kommer også opp som viktig i en annen fersk svensk studie: Ekedahl og Wengström (2006) undersøkte mestringsstrategier hos svenske sykepleiere som jobbet med alvorlig syke og døende kreftpasienter på hospice, onkologiske sengeposter og onkologisk poliklinikk. De fant at sykepleierne brukte grensemarkering som en mestringsstrategi, noe som konkretiserte seg på forskjellige måter; i de daglige rutiner som det å skifte fra privattøy til arbeidstøy samt kontroll over egen turnus - noe som forsterket skillet mellom arbeid og fritid. På jobb var det å fokusere på tekniske oppgaver og rutiner en beskyttelse for sykepleierne, samt å legge fra seg og ”glemme” pasientene når de døde ble måter å markere grensen for et engasjement. Ellers ble fritidsaktiviteter og kultur samt samvær med barn trukket fram som gode måter å beskytte seg på. Mangel på grensesetting fant forskerne var problematisk for sykepleierne. Dette kunne resultere i at sykepleierne ikke satt grenser for arbeidet og jobbet overtid for å f.eks. skrive rapport, ellers stadig jobbet mer enn 100 % og hadde vanskelig for å slå av jobben når de kom hjem.

#### **1.4.6 Personlig utvikling**

I flere av studiene som er tatt med her kommer det fram at arbeidet med alvorlig syke og døende gir sykepleieren mulighet for personlig utvikling (Hedly 1993, Antinian 1995, Molander og Parviainen 1996, Turner 1999), og jeg vil nå presentere ytterligere noen arbeider som har dette som tema. I en svensk studie om jobbmestring og livssyn finner Wengström og

Ekedahl (2006) at det er mange faktorer som påvirker sykepleierens identitet og profesjonelle rolle. De viser hvordan profesjonell og personlig utvikling er tett sammenvevd med eksempler fra sykepleiernes barndom, studietid og jobbmiljø. Forskerne mener en profesjonell identitet kan sees på som en profesjonell og personlig vekst i tilknytning til omsorg som igjen fordrer en moralsk modenhet. Denne identitetsutviklingen mener forskerne kunne starte i barndommen, og var for mange av informantene en stadig pågående prosess.

De tette båndene mellom erfaringer og hendelser i jobbsammenheng og sykepleierens private liv bekreftes av Cohen og Sarter(1992) som i en studie ba sykepleiere som jobbet på et kreftsykehus fortelle om kritiske hendelser som de selv mente fanget essensen av onkologisk sykepleie. Et hovedtema som fremkom i materialet var hvordan disse hendelsene var tett knyttet til sykepleiernes eget liv. Det kunne for eksempel handle om at situasjonen på jobben vekket ubearbeidete følelser hos sykepleieren; om identifisering med pasienter (som for eksempel lignet sykepleierens egne familiemedlemmer), eller om hvordan opplevelse av egen sorg kunne gi sykepleieren større forståelse for de pårørende i jobbsituasjonen.

Vi har nå sett på studier som har berørt opplevelser, involvering, stress, mestring og personlig utvikling hos sykepleiere som jobber med alvorlig syke og døende pasienter. I dette prosjektet velger jeg å gå nærmere inn på selve relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. I forsøket på å gi disse erfaringene et språk og begrepsramme velger jeg som tidligere nevnt ”Dialektisk relasjonsteori” og vil i det følgende kapitlet presentere denne teorien.

## **2 Teoretisk ramme**

### **2.1 Innledning**

Som teorigrunnlag velger jeg altså å bruke "Dialektisk relasjonsforståelse" slik Løvlie Schibbye presenterer den i sine arbeider. Løvlie Schibbye er psykolog med ph.D. fra USA, og var førsteamanuensis ved UIO i 30 år. Hun har også drevet med undervisning og klinisk praksis. Dialektisk relasjonsteori er en teori hvor *selvet* forstås som en relasjon og som begrepssetter hvordan dette på ulike måter påvirker relasjonen med andre. Det er fokus på å se mennesket som et erfarende subjekt i verden og respekten for den enkeltes opplevelse blir grunnleggende. Ifølge Bae og Waastad (1992) er modellen åpen og generell og fruktbar til å skape assosiasjoner og lar seg overføre til mange kontekster. Å gi en fullstendig redegjørelse for teorien vil ikke bli gjort her, men jeg vil vektlegge de begrepene som jeg mener er fruktbare til min problemstilling. Det å bruke teori på denne måten vil åpne for og tydeliggjøre noe, samtidig som andre områder ikke vil bli "lyssatt" og på denne måten kan vi si at teori har en utvelgende funksjon (Schibbye, 2002).

### **2.2 Hvorfor dialektisk relasjonsforståelse**

Fokus i denne oppgaven vil være det relasjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient. Ved å bruke dialektisk relasjonsteori ønsker jeg å kunne fange inn de opplevelser som fremkommer ved at sykepleieren og pasienten møtes og gjensidig påvirker hverandre i relasjonen. Ved å bruke en teori som er opplevelsesorientert og samtidig ser på relasjonelle prosesser håper jeg å kunne få sykepleiernes erfaringer til å tre fram i dette arbeidet. I forrige kapittel viste tidligere forskning at tosidigheten begrepet "dialektisk" refererer til kan kjennetegne noen av erfaringene sykepleieren gjør seg i denne typen arbeid. Erfaringene kunne ikke beskrives i "enten - eller" termer, men var kjennetegnet ved at de var både positive og negative på samme tid.

"I dialektikken dreier det seg ikke om enten - eller, men både - og når det gjelder å forstå individet - i - relasjon" (Schibbye, 2002, s.37).

I intervjuene til dette prosjektet blir sykepleierne bedt om å fortelle om situasjoner hvor de har vært i samspill med den alvorlig syke pasienten; ved å kunne bruke selvrefleksivitet som begrep inn i tolkningen håper jeg å ha et verktøy i forståelsen av deres beskrivelser *av seg selv*- av hvordan de så *på seg selv*- i den aktuelle situasjonen. Teorien berører på denne måten noen temaer som synes relevante i lys av tidligere forskning; så som selvets utvikling, utvikling av profesjonell rolle og kommunikasjon i terapeutiske relasjoner.

I nært pasientarbeid er det nærliggende å anta at sykepleierens evne til avgrensning vil være på en stadig prøve. Sandgren m.fl.(2006) viser i sin undersøkelse at sykepleiernes hovedbekymring i arbeidet med alvorlig syke pasienter er risikoen for å bli følelsesmessig overbelastet og i denne type emosjonelt påtrykk er det jeg mener selvavgrensning kan være egnet til å begrepssette nyanser og temaer i sykepleiernes fortellinger.

## **2.3 Filosofisk grunnlag**

Teorien har flere nivåer og har en forankring både mot filosofisk tenkning og psykologisk forskning. Det filosofiske grunnlaget tar utgangspunkt i en eksistensialistisk/fenomenologisk tradisjon. Ifølge Bae og Waastad (1992) er Schibbye klar når hun presiserer at forankringen i filosofien ikke har som mål å gi en fyllestgjørende fortolkning, men heller lede til en større forståelse av- og fordypning til psykologiske problemstillinger. Gjennom å bruke fenomenologien og eksistensialismen som filosofiske ankerfester gir Schibbye det enkelte individs opplevelser, og dermed dets forståelse av seg selv og sine måter å være på i verden, et fokus. Dette kommer som et motsvar til den objektivisering av individet hun mener preger psykologien (Schibbye, 2002.) Jeg vil nå først utdype det filosofiske grunnlaget hun presenterer i sin bok "En dialektisk relasjonsforståelse" (2002), for så å gå nærmere inn på de sentrale begrepene i teorien.

### **2.3.1 Eksistens og essens**

Et grunnleggende begrepspar i eksistensialismen er eksistens og essens. Eksistens er det faktum at vi *er*; noe som kommer før alt annet. Eksistensialistene er opptatt av værensspørsmål- og eksistens ligger som en premiss for det som kommer etter. Eksistens vil si at mennesket trer frem, blir synlig for seg selv- og dermed har et gryende forhold til seg

selv (Schibbye, 2002). Dette sees på som en forutsetning for selvrefleksjon fordi eksistensen representerer noe opprinnelig hvor sansinger, stemninger og ”stemmer” fra dypet i oss forteller oss hvordan vi har det.

Her dreier det seg om umiddelbare sanseintrykk som synsopplevelser, hørsel, lukt, kinetiske sansinger og berøring (Schibbye, 2002) På denne måten ser vi at eksistens er en kvalitet man kan ha grader av kontakt med; og det å miste denne kontakten vil være å fjerne seg fra det opprinnelige. På den annen side vil det å kjenne denne siden i seg selv gi grunnlag for refleksivitet og autensitet:

”Det å være til, eksistere, betyr blant annet at vi kan vite om vårt moralske ståsted og våre handlinger, og derfor velge. Vi er ansvarlige i forhold til hvordan vi lever vårt liv. Vi kan vite om våre handlinger, og derfor velge.”(Schibbye 2001, s.170).

Essens er hva vi *blir*; det som kommer etterpå og som representerer innholdssiden av oss. En kan, på en enkel måte, si at essensen fyller eksistensen. Vi snakker her om det faste og gitte, de ytre betingelser for våre liv; altså den verden vi kommer inn i. Essensen er et påtrykk av definisjoner, konvensjoner, roller og væremåter som former egenskaper og handlinger hos den enkelte. Schibbye (2002) vektlegger at essens *er* en nødvendighet i verden – hvordan skulle ellers samfunn dannes og samhandling skje? Slik jeg forstår dette skapes det en spenning i møtet mellom eksistens og essens. I spenningen, eller dialektikken, mellom eksistens og essens blir det muligheter for flere måter å leve ut våre liv - og det skilles mellom å leve ekte og egentlig til forskjell fra uegentlig. Denne dynamikken kommer i Schibbyes teori til uttrykk i begrepet selvrefleksjon (ibit.). Menneskets evne til selvrefleksjon ligger i muligheten og evnen til å kunne innta en bevisst posisjon hvor ”jeg`et” er i dialog med ”meg`et”. Denne distansen til og overblikket over hvilke roller, konvensjoner og definisjoner vi inngår i gir mennesket en frihet til å ta valg. Vi blir altså til gjennom våre valg; det vil si at vi skaper oss selv gjennom de handlinger vi gjør. Her kommer det ifølge Trond Berg Eriksen (1994) inn et sterkt normativt moment hos eksistensialistene. Vi må strebe etter å leve våre liv så autentisk og fri fra selvbedrag som mulig, for om vi kun ser essensen og søker den trygghet som ligger i dette faste og etablerte kan vi miste oss selv på veien:

”Mennesket søker hele tiden falsk trygghet i sosial akseptasjon og diverse rollespill”  
(Berg Eriksen, 1994, s.545).

Eksistens kan dermed sies å framtre som en slags plattform som kan heve oss over ytre konvensjoner og definisjoner, eksistens gir en frihet til å velge fordi vi er i kontakt med det opprinnelige i oss selv- vi kan hele tiden sjekke om det er samsvar mellom våre indre sansninger, stemninger og opprinnelighet og det vi opplever i verden. På denne måten er vi tro mot oss selv. Hva skjer så når vi ikke har denne kontakten med dette opprinnelige og autentiske i oss selv? Hvis vi mister denne kontakten vil vi kun leve ut i fra ytre normer og rammer når det gjelder identitet og væremåte. Hvis dette blir den gjennomgående holdningen i livet står individet i fare for å ”fortapes i essens” og det oppstår en fremmedgjøring til verden. For oppslukt av essens blir vi jo kun objekter - og hva skiller oss da fra ting? Dette kaller Schibbye (2002) en reifisering – en tingliggjøring hvor individet er uavgrenset og styrt utenfra. I brytningen og valget mellom det opprinnelige og ekte og det ”utenfra – definerte” oppstår en eksistensiell krise – hvor individet står ovenfor en avgrunn som må erkjennes. Det vil si å ta innover seg den friheten som oppstår; og mobilisere for å møte de valgene en slik frihet innebærer.

### **2.3.2 Dialektikk**

I filosofihistorisk sammenheng er det Hegel som er kjent for å ha bygget sine tanker rundt dette begrepet. Rent semantisk beskrives begrepet slik:” Læren om den dialektiske tankeprosess, det vil si tenkningens bevegelse gjennom motsetninger som forenes i høyere enheter” (Gyldendals fremmedordbok, 1971). Begrepet beskriver en prosess som gjennom en tredelt bevegelse skaper utvikling; klassisk beskrevet som tese, antitese og syntese. I dialektisk relasjonsforståelse blir dette en måte å forstå mennesket og dets interaksjoner; hvordan forhold i og utenfor mennesket kan beskrives som sirkulære prosesser hvor fokuset er *sammenhenger og relasjoner* (Schibbye 2002). Det oppstår også et dialektisk forhold mellom de intrapsykiske prosessene i den enkelte og de relasjonelle prosessene mellom de enkelte og dennes omgivelser. I begrepet ligger en tosidighet, en forståelse av at to sider/partner viser til hverandre, sier noe om hverandre, skaper motsetning og samtidig helhet. Dette som et motsvar til det mer tradisjonelle positivistiske vitenskapsideal hvor mennesket kan studeres som et objekt eller enhet løsrevet fra de prosesser det står i og hvor ”årsak - virkning” tenkingen gir et lineært syn på utvikling. Årsakssammenhengene sees i dialektikken på som sirkulære- vi påvirker hverandre i en stadig gjensidig prosess. Alle forhold forstås som dialektiske i den forstand at partenes opplevelser og samværsmåter forutsetter hverandre.

## 2.4 Dialektisk relasjonsteori

Jeg vil nå presentere noen sentrale begrep fra dialektisk relasjonsteori, presentasjonen er ikke en fullstendig oversikt over denne teorien men begreper som kan være med å belyse den aktuelle problemstillingen. Begrepene er anerkjennelse, selvrefleksivitet, selvavgrensing og undring.

### 2.4.1 Anerkjennelse

I sin teori vektlegger Schibbye anerkjennelse som et sentralt og overordnet begrep. Det står for en grunnleggende holdning eller prinsipp for likeverd og respekt hvor den enkelte har rettigheter til egne opplevelser, og samtidig respekt for den andres opplevelser. Ifølge Bae og Waastad (1992) viser forstavelsen "an -" til betydningen "å stå hos" og "være hos" og i begrepet ligger ideen om "å se igjen" (re-cognize), gjenkjenne, skjelne, befeste, erkjenne og styrke (Schibbye 2002). Schibbye trekker tråder fra filosofien og innrømmer at begrepet "... er utpreget flertydig, komplekst og viser til levende sammensatte væremåter" (Schibbye, 2002, s.246), og markerer samtidig en motstand mot en instrumentell forståelse av begrepet. Med Hegels klassiske dilemma; at vi må være avhengige for å bli autonome - som et utgangspunkt, bruker hun begrepet for å si noe om hvor komplekst og motstridende samspill kan arte seg. Dette utdyper hvordan relasjoner forstås som et "både - og - fenomen" ved at individualitet/selvhevdelse og tilknytning/ bekreftelse ikke forstås som motsatser; men to sider ved det å være i et anerkjennende forhold. Anerkjennelsesprinsippet står for en væremåte i samvær med andre og er derfor ikke en teknikk som brukes - men en holdning som leves. Prinsippet innebærer også en subjekt – subjekt relasjon, hvor begges opplevelser og oppfattelse av seg selv og blir tillagt betydning , altså en likeverdighet mellom partene. I et slik forhold frigjøres partene, ifølge Schibbye, til å tre fram som seg selv – anerkjent i den andres bevissthet. Anerkjennelse inneholder flere komponenter som kan ha betydning for oppgavens tema: Lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse (Schibbye, 2002). Disse komponentene henger sammen og skaper forutsetninger for hverandre.



**Lytting** blir forstått som en kompleks prosess som innebærer noe *mer* enn å høre det verbale budskapet den andre sender. Begrepet inneholder en holdning hos den som lytter, det innebærer en åpenhet til det den andre kommer med ved å sette sitt eget til side for å kunne fange inn det underliggende budskapet i det som blir sagt. Ifølge Schibbye (2002) dreier det seg om å merke seg skiftninger og nyanser i det som blir fortalt - noe som fordrer en radikal åpenhet ved at lytteren legger til side sitt eget. Fenomenologien fokuserer på at fenomenene skal framtre for oss og Schibbye bruker dette som en parallell til lytteprosessen. Hun mener vi ofte møter den andre med en oppfatning av hva vedkommende skal si - allerede før vedkommende har delt noe med oss; forutinntattheten står i veien for lytting. For den som virkelig skal lytte gjelder det altså å sette egne kognitive og mentale prosesser på vent samt vise varhet, tilgjengelighet og åpenhet. På denne måten gis den andre rom til å komme med sitt - og å høre *seg selv* gjennom den andres lyttende holdning. Schibbye (2002) bruker uttrykket å "lytte bak ordene" – dette er krevende fordi det kan rukke ved en beskyttende distanse som ligger i det å *ikke* berøre *det under*. Å gå bak ordene til pasienten, finne nyanser og sanse stemninger blir essensielt i en anerkjennende holdning.

**Forståelse** henspeiler her på en dypere erfaring enn det vi dagligspråket legger i begrepet. Schibbye beskriver at:

"... terapeuten (må) gå inn i klientens opplevelsesverden, "kjenne på" følelser slik de oppleves for klienten, med andre ord kontakte tilsvarende følelser i seg selv. ("Schibbye, 2002, s. 255).

Det vil ikke si at man har mulighet til fullt ut å føle det den andre føler eller opplever, men at man kan "matche" den andre ved å kjenne på tilsvarende eller lignende følelser i seg selv:

"Som terapeut må jeg virkelig kjenne affekten i egen kropp. Men det dreier seg ikke om terapeutens egen sorg, men om den kjennskap til sorg som er basert på terapeutens egne opplevelser (Schibbye, 2002, s.258).

I det klienten kjenner seg forstått oppstår det, ifølge Schibbye, en mulighet for han/henne til *å se seg selv i den andre* (terapeuten) noe som dermed gir støtte til en selvrefleksiv prosess.

**Aksept, toleranse og bekreftelse** er tre begrep som henviser til måten man møter den andre i en anerkjennende relasjon. Aksept og toleranse vil si at det den andre kommer med vil bli møtt uten at det dømmes eller bedømmes: ” *Vi aksepterer den andres rett til sin følelse, vi tåler den og lar den være*” (Schibbye, 2002, s.258). I bekreftelsesbegrepet ligger en forutsetning om likeverd mellom partene, noe som gir begge en rett til å oppleve noe på en måte, uten at den andre nødvendigvis deler dette synet. Her ligger, slik jeg ser det, en av hovedtesene til Schibbye nemlig at *opplevelse ”gjelder”*. Dette betyr ikke at man må være enig – men at vi bekrefter den andres *rett* til å oppleve, - og at *opplevelsen* aksepteres.

#### 2.4.2 Selvrefleksivitet og selvavgrensing

Disse begrepene utgjør et dialektisk begrepspar i denne teorien og forstås derfor som to deler som viser til hverandre og forutsetter hverandre. Schibbye (2002) presenterer selvet som relasjonelt. Det beskrives som relasjonelt i ”to retninger”: innover i selvet (intrapyskisk) og utover i relasjonen (interpersonlig). Dette danner en dialektikk hvor den måten individet forholder seg til seg selv vil gjenspeile seg i den andre, samtidig som det individet gjør mot den andre skaper forutsetninger for dets forhold til seg selv. Denne dialektikken gjør selvrefleksivitet essensielt i samspill med andre – fordi det i likhet med eksistensbegrepet gir oss mulighet til distanse til disse prosessene. Dette begrepet innebærer å være i en metaposisjon til relasjonelle erfaringer ved å: forholde seg til seg selv, stille seg utenfor og være sitt eget objekt, og også se seg selv med den annens øyne. I tillegg kommer det å kunne sette seg inn i den annens opplevelse av *seg selv* og *sine* opplevelser. Dette gir, slik jeg forstår det, en fleksibilitet til å innta forskjellige posisjoner: Jeg kan se meg selv utenfra(jeg – meg), jeg vet at det kan du òg (du- deg). Samtidig som jeg vet at du ser meg og at du vet at jeg gjør det samme med deg. Selvrefleksivitet er derfor knyttet til et grunnsyn som innebærer et subjekt- subjekt forhold mellom mennesker i relasjon; et jeg – du som anerkjenner den andres evne til selvrefleksivitet og eierskap til egne følelser. Motsatsen er en jeg - det posisjon, et forhold hvor den andre tingliggjøres i et såkalt subjekt- objekt forhold. Dette er uttrykk for et menneskesyn hvor mennesket kan vurderes og defineres av andre og hvor ytre trekk og egenskaper vektlegges i forståelsen av mennesket (Buber 1992, Schibbye, 2002).

Selvrefleksiviteten gir igjen individet mulighet til selvavgrensning gjennom å kunne *skille sitt eget fra den andres*; f.eks: mellom egne og andres representasjoner, behov, fantasier, ønsker, følelser, lyster, tanker, synspunkter og meninger.

”Individets avgrensning er ikke en tilstand; men en prosess som stadig er under press fra indre følelser og emosjonell pågang i relasjoner” (Schibbye, 2002, s.79)

Denne evnen til avgrensning er sentral i arbeidet med mennesker og Schibbye ser det som avgjørende for å kunne hjelpe. I prosessen med å skille sitt eget fra den andres settes også den andre fri og styrker sin avgrensning. Hvis denne avgrensningen mangler kan den som skal hjelpe blande sammen egne opplevelser og behov med det som er pasientens. En ryddighet og oversikt i forhold til eget (selvrefleksjon)gjør det lettere å skille og støtter derfor selvavgrensingsarbeidet for begge parter i relasjonen.

”Har vi ikke den tilgangen selvrefleksivitet gir, er prosesser i vårt selv skjult eller ubevisst. Vi styres derfor av krefter vi ikke overskuer. Nettopp i en slik situasjon kan vi begå relasjonelle overgrep” (Schibbye, 2001)

### **2.4.3 Undring**

Undring er et fenomen som Schibbye vier stor oppmerksomhet. I møtet mellom mennesker mener hun at åpenhet vil bidra til større rom for refleksivitet og her blir den undrende holdningen viktig:

”Undring skjer i kjølvannet av en åpenhet, av rom og av å la en interpersonlig prosess utvikle seg. Det dreier seg ikke om å konkludere, oppnå et ferdig resultat eller finne ”sannhet”. Fokus rettes mot klienten som subjekt, og klienten inviteres til å delta i en relasjon der det er lov å være sint, trist, usikker, uklar, søkende og full av spørsmål uten svar.” (Schibbye, 2001, s.175)

I et møte preget av undring vil det ikke være overordnet å nå et mål; begrepet beskriver derimot en prosess som støtter opplevelsesperspektivet ved at det skaper rom *mellom* mennesker og *i* mennesker.

Når vi undrer oss sammen kreves det ikke svar og begrepssetting av opplevelser og erfaringer. Undring gir en bevegelig tilnærming som kan være god i kompliserte affektive prosesser hvor det ikke finnes svar og konklusjoner, holdningen blir mer utforskende og tempoet settes ned. Dette gir muligheter for refleksivitet og deling av opplevelser som står i kontrast til det å kreve resultater og ”riktige” svar. Temaet for samtalen blir underordnet, det er måten vi

snakker sammen på som er vesentlig; ved å lage dette rommet av tid kan man ifølge Schibbye gi åpning for det usigelige og underliggende. I og med at man lager et rom for disse prosessene og samtidig setter ned tempoet vil tiden oppleves annerledes. Schibbye sammenligner dette med tidsopplevelsen som kan oppstå i lek hos barn- hvor klokketiden ikke er lang, men den opplevde tiden er det.

## **3 Metode**

### **3.1 Innledning**

Metode blir av Malterud (2003) beskrevet som det verktøyet vi benytter for å fremskaffe vitenskapelig kunnskap. Ordvalget gir assosiasjoner til konkret håndtverksarbeide og kapitlet vil da også være praktisk rettet, med fokus på de fremgangsmåtene jeg har benyttet i dette prosjektet. I denne delen av oppgaven vil jeg gi en begrunnelse for valgt forskningsdesign og en kort presentasjon av det kvalitative forskningsintervjuet som datasamlingsmetode. Videre vil jeg redegjøre for min fremgangsmåte i arbeidet med fremskaffelsen av data; om forberedelser og rekruttering, gjennomføring av og erfaringer med intervjuene, samt etterarbeidet i tilknytning til disse.

### **3.2 Valg av forskningsdesign**

Temaet for oppgaven er sykepleieren i relasjon med den alvorlig syke pasienten. Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode for å belyse dette. Malterud sier i sin bok "Kvalitative metoder i medisinsk forskning"(2003, s.33) at: "Kvalitative tilnærminger passer (også) godt for utforsking av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet". Fokuset rettes mot de opplevelser relasjonen til den alvorlig syke gir sykepleieren: det relasjonelle og de prosesser samspillet innebærer. Vi ser her at innfallsvinkelen blir opplevelses/følelsesorientert noe som samsvarer med det Malterud trekker fram som mulighetene ved kvalitative metoder "... å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng" (2003, s.31).

Jeg går altså ikke inn i temaet for å tallfeste eller måle, men med en intensjon om å kunne beskrive menneskelige egenskaper, så som erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2003). Historisk sett er det den kvantitative tilnærmingen som har stått sterkest i forskningen. Det å innta en slik posisjon gjør at mange aspekter ved det å være menneske i verden ikke kan fanges opp hvis vi har som utgangspunkt at mennesket er aktivt og selvfortolkende som et subjekt i verden, til forskjell fra et objekt vi bare kan studere og forstå gjennom kvantifisering av målbare ytre trekk og egenskaper (Schibbye, 2002). Denne grunnlagstenkingen er på vei til å få en større innflytelse, og Kvale beskriver

at det skjer ”en forskyvning mot filosofiske tenkemåter som ligger nærmere de humanistiske fag” (Kvale, 1997, s.26). Malterud (2003) presiserer i sin bok at det er mer fruktbart å se på likheter enn forskjeller i vurderingen av de forskjellige forskningstradisjonene. Det er kvaliteten på verktøyet vi bruker i fremskaffelsen av vitenskapelige data som er avgjørende. I denne oppgaven skal jeg undersøke hvilke opplevelser det gir å jobbe med alvorlig syke pasienter. Å fortelle om opplevelser innebærer å berøre mange av de aspektene som Malterud (2003) mener passer for et kvalitativt forskningsdesign (erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger, motiver og holdninger). Jeg ser derfor den kvalitative vinklingen på oppgaven som relevant for mitt tema.

### **3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet**

Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på samtalen. Samtaler kan ha mange rammer, nivåer og formål, alt fra en uforpliktende replikkveksling i dagligvareforretningen til vitnemål i en rettssal; men det som kjennetegner alle disse formene for samtaler er at noe *deles* mellom mennesker. Det kvalitative forskningsintervjuet defineres som: ”Et intervju som har som formål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomener”(Kvale, 1997, s.21). I denne samtalen vil altså forskeren at informanten deler sine erfaringer i forhold til et spesielt fenomen eller tema for så å gjøre en fortolkning av det som kommer fram i samtalen. Fokuset på tema/fenomen gir denne formen for samtale et annet nivå enn den dagligdagse meningsutveksling. Ved å velge denne formen for datasamling ønsker jeg å få et innblikk i informantenes egne fortellinger og å prøve å se disse fra intervjupersonenes side. Kvale uttrykker seg enkelt og presist i innledningen til sin bok ”Det kvalitative forskningsintervju”: ”Hvis du vil vite hvordan folk betrakter verden og livet sitt, hvorfor ikke tale med dem”(1997, s.17). Innenfor kvalitativ metode finnes det flere intervjuformer; for eksempel strukturerte intervju og fokusgruppe intervju, men i dette prosjektet har jeg valgt å bruke halvstrukturert dybdeintervju som datasamlingsmetode. Tematikken har vært en av grunnene til at jeg ønsker en rolig og skjermet intervjusituasjon, min uerfarenhet en annen. Det å holde oversikten over mange informanter i et fokusgruppeintervju samt det å transkribere fra et lydbånd med så mange stemmer fristet ikke. ”En til en”- er en form jeg føler meg bekvem med og som jeg mener passer til emnet. Jeg har valgt å ha noen innledende spørsmål og enkelte tema jeg ønsker belyst, ellers er det informantens som har mye av styringen på hva intervjuet skal handle om. Det blir samtidig viktig å understreke at det er samspillet mellom informant og intervjuer som gir resultatene,

og Kvale (1997) presiserer at kunnskapsutviklingen nettopp skjer i den menneskelige interaksjonen under intervjuet. I tillegg til å fokusere på informantens *livsverden* og den *interpersonlige situasjonen* et intervju representerer, trekker Kvale fram flere aspekter som kjennetegner det kvalitative forskningsintervjuet: Forskeren skal bestrebe en *bevisst naivitet* i møtet med de fenomen som framkommer og fange opp *nyanserte beskrivelser* av disse. Det er viktigere å legge merke til beskrivelser som er *spesifikke* i forhold til hendelser og forløp enn generelle meningsyttringer i det informanten sier. Formålet med et slik intervju er å tolke *meningsinnholdet* i de sentrale temaene som er berørt og redegjøre for denne *kvalitative kunnskapen* i et vanlig språk (Kvale, 1997).

### 3.3 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet med tanke på å åpne for at sykepleierne først og fremst skulle fortelle om sine opplevelser. Jeg tok derfor tak i oppgavens fokus mer enn teorigrunnlag og tidligere forskning da temaene for guiden skulle bestemmes. Jeg valgte å ha to alternative åpningsspørsmål med et oppfølgende spørsmål, videre hadde jeg temaer som skulle berøres i samtalen (for fullstendig intervjuguide se vedlegg). Utfordringen ville bli å være åpen for den andres og samtidig holde fokus i samtalen. Fog beskriver i sin bok "Med samtalen som utgangspunkt" (1994) hvor viktig det er å kunne frigjøre seg fra den oppsatte guiden for å vektlegge kontakten og å være innstilt på den andre. Det å kunne tone inn på den andre og lytte seg til hva den andre formidler blir viktig. I min videreutdanning i veiledning og jobberfaringen fra veiledning med studenter har jeg trening i dette men så det allikevel som en utfordring å få til en balansegang mellom strukturen i intervjuet og informantens mulighet til å komme med sitt. Ønsket for intervjuene var nettopp å kunne ha et sideblikk til guiden og heller prøve å ha fokuset på det den andre formidlet.

### 3.4 Arena for studien og utvalg av deltagere

Ideen til studien utviklet seg som sagt gjennom flere år som lærer på medisinske og kirurgiske sykehusavdelinger. På disse avdelingene kom jeg utenfra og fikk gjennom min oppfølging av studentene et lite innblikk i hva sykepleierne sto i til daglig. I mitt arbeid som praksisveileder på avdelingen fikk jeg et godt samarbeid med avdelingsleder og fagutviklingssykepleier på den aktuelle posten. Det å ha disse kontaktpersonene gjorde det lett å ta kontakt med forespørsel om interesse for prosjektet. Det å få positiv respons på mitt interessefelt og en arena for gjennomføring av studien ble en viktig drivkraft videre. Studien ble godkjent av avdelingsledelse, klinikkjef samt tilrådd av REK.

Posten som er valgt for denne studien er en avdeling hvor ca. 70 % av pasientene har kreft. Det finnes flere sykepleiere som har mange års erfaring fra arbeidet med denne pasientgruppa. Dette er en vanlig sengepost, til forskjell fra en hospice/palliativ spesialavdeling med de konsekvensene dette har for rammene og fokuset i pleien.

Her er det stort sett sykepleiere uten videreutdanning som jobber, samt noen med onkologi som spesialutdanning.

Flere av disse sykepleierne hadde jobbet med denne pasientgruppen i opptil 25 år. Hvordan er det å være i en jobb hvor alvorlig syke pasienter er den del av hverdagen, hvilke opplevelser, tanker og følelser bringer det fram i sykepleieren? For å få svar på dette måtte jeg gå dit disse erfaringene finnes og snakke med sykepleierne som opplever dem. Dette kalles strategisk utvalg og det er sammensatt ut fra den målsetning å kunne si noe om den problemstillingen som står i fokus (Malterud 2003). Gjennom min kjennskap til avdelingen og den pasientgruppa som behandles der, samt samtaler med fagutviklingssykepleier og avdelingsleder, er min oppfatning at sykepleierne på den aktuelle avdelingen har den erfaringen som behøves for å kunne belyse min tematikk. For å sikre dette ytterligere ble det formulert noen utvalgs-kriterier for deltagelse i studien.

Utvalg av deltagere måtte basere seg på interesse for prosjektet, samt at vedkommende hadde jobbet noen tid med aktuell pasientgruppe. Jeg tenkte det kunne være spennende å se på både sykepleiere med og uten spesialutdanning; kanskje ville dette gi dataene mer fylde og variasjon. Hvor lenge sykepleierne skulle ha jobbet på avdelingen/med pasientgruppa drøftet jeg med fagutviklingssykepleier og avdelingsledelse. En mulighet var å ha noen med kortere og noen med lengre erfaring slik at dataene ble mer variert og gav muligheter til å se mulige



sammenhenger eller motsetninger. Jeg ønsket å gjennomføre 1-2 prøveintervju og 4 dybdeintervju til dette prosjektet. Tilslutt ble det satt opp disse rammene for deltagelse:

- Deltagelse basert på frivillighet ved selv å melde interesse.
- 6 informanter alle sykepleiere (eventuelt noen med videreutdanning).
- Krav om minimum 1 års erfaring med aktuell pasientgruppe.
- Ved flere enn 6 interesserte vil de med lengst erfaring foretrekkes.

### **3.5 Forberedelser til intervjuer**

#### **3.5.1 Infoskriv og rekruttering**

Rekrutteringen skjedde i samarbeid med avdelingsledelsen på posten. Etter å ha fått klarsignal fra klinikkjefen hadde jeg et innledende samarbeidsmøte med avdelingsleder, ass.avdelingsledere og fagutviklingspsykepleier tilstede. Her la jeg fram mine planer for studien og tok opp konkrete spørsmål i forhold til gjennomføringen. Vi la i fellesskap opp en plan for rekrutteringen av informanter. Neste skritt var å delta på avdelingsmøte for å presentere studien for aktuelle deltagere samt sende informasjonsskriv på e-post til alle sykepleierne på avdelingen. Informasjonsskrivet inneholdt en presentasjon av meg og prosjektets mål, metode og en forespørsel om interesse for å delta i et intervju i tilknytning til dette. I infoskrivet kom det fram hvor lang tid et slikt intervju ville ta og den enkelte kunne selv bestemme hvor de ønsket å bli intervjuet. Jeg hadde noen refleksjoner rundt dette i forkant og så det som en fordel at intervjuene kunne foregå i arbeidstiden hvor den enkelte ikke brukte av egen fritid på prosjektet. Samtidig har jeg dårlig erfaring med møter på posten hvor sykepleierens tanker kretser rundt de gjøremål som gjenstår og vi blir forstyrret av spørsmål om praktiske ting underveis. Ved å intervjuer deltagerne hjemme ville det gi en distanse til arbeidsstedet og en større ro og trygghet i situasjonen, samtidig kunne det oppleves for privat at jeg kommer inn i deres hjem. Jeg ville derfor legge vekt på å gjennomføre intervjuet der informanten følte seg bekvem. Kriteriene for deltagelse kom også fram i skrivet. Interesserte kunne henvende seg til fagutviklingspsykepleier eller til meg direkte på e-post eller telefon. I kjølvannet av dette kom det *en* henvendelse. Jeg forsto at min henvendelse hadde ”druknet” i informasjonsmengden rundt en omorganisering av posten.

Derfor fikk jeg hjelp av avdelingsledelsen som spurte aktuelle kandidater direkte om de ønsket å delta. Dette gav resultater og jeg fikk nå 5 informanter. Alle kvinner, en tidlig i tyveårene med 1-2 års praksis, to mellom 30-40 med omtrent 15 års praksis, og to i alderen 40-55 med 20-25 års erfaring.

### 3.6 Etiske betraktninger

Informanten må kunne stole på at den tilliten som er vist forskeren ved å delta ikke blir misbrukt (Malterud 2003). For å oppnå dette var det viktig at mulige problemområder er gjennomtenkt og avklart på en ryddig måte i forkant. Dette er et møte mellom mennesker hvor tilliten dem imellom er viktig - ikke bare som et mål i seg selv, men også som *et middel* for forskeren til å få et "godt" datamateriale å jobbe med i sin forskning. Fog (1994) kaller det kvalitative forskningsintervjuet en trojansk hest som gir oss adgang bak den andres grenser. I et kvalitativt dybdeintervju, med mitt tema som utgangspunkt for samtalen, vil det være en mulighet for at dette kan oppleves følelsesmessig utfordrende for deltageren. Det å få anledning til å sette seg ned og dele erfaringer og opplevelser med intervjueren kan blant annet aktualisere og bringe fram konfliktstoff hos informanten. Malterud (2003) vektlegger at enhver datasamling utgjør en potensiell risiko for å aktivere psykisk uro og i denne settingen hvor *en* hører og *en* deler blir det derfor viktig å trekke opp rammene på en tydelig måte, både for forskeren og informanten. Samtidig er det viktig å se at selv om temaene kan være ubehagelige er dette også en mulighet for deltageren til å sette ord på opplevelser, tanker, og erfaringer og kanskje få en positiv erfaring gjennom dette.

Det er Helsinki- deklarasjonen som setter de etiske premissene for forskning i dag. I denne deklarasjonen er det nedfelt rammer for forskning på mennesker som skal fremme respekten for mennesket og ivareta dets helse og rettigheter (Malterud 2003). Visse grep måtte altså gjøres for at deltagerne i studien skulle oppleve at de ble ivaretatt på en god måte. Først og fremst var det viktig at de kjente til studiens mål og hvordan materialet skulle bearbeides og i hvilken form det videre skal publiseres. De skulle også vite at det var frivillig å delta og at de kunne trekke intervjuet som helhet eller deler av det. Datamaterialet måtte anonymiseres og oppbevares så sikkert som mulig. Dette ble gjort ved at informantens navn ikke forekommer i de utskrevne intervjuene eller på båndene. Disse ble kodet med nummer og nøkkelen til denne

er oppbevart forsvarlig. Ellers er dialekter skrevet om til bokmål og eksplisitte detaljer i noen historier ble omgjort. Godkjenning ble innhentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og studien ble etter søknad tilrådd av Regional etisk komité.

Etter ferdigstillelse og godkjenning av oppgaven skal båndene ødelegges og de transkriberte intervjuer slettes. For å sikre at deltagelsen skjedde på de rette premissene fulgte jeg følgende plan:

- Jeg lot avdelingsledelsen distribuere et infoskriv om prosjektet til alle sykepleierne på posten.
- Jeg var tilstede på et avdelingsmøte med ytterligere informasjon.
- Jeg lot alle potensielle informanter lese informasjon om frivillig samtykke.
- Alle informantene fikk betenkningstid før de undertegnet en erklæring om frivillig samtykke.
- Jeg vektla at deltagelse var frivillig og at informantene når som helst og uten grunn kan trekke seg fra studien.

### **3.6.1 Å kjenne informantene**

Jeg er et kjent ansikt på den aktuelle avdelingen; flere har møtt meg da jeg tidligere veiledet studentene på posten. Jeg så det som en fordel at jeg var en utenfra, men allikevel en kjent. Kanskje dette kunne gi en tillit og en god ramme om intervjuet, samtidig ble det viktig å tenke igjennom at dette kunne påvirke intervjuene ved at jeg allerede satt med en del forestillinger og oppfatninger om flere av de potensielle deltagerne i studien. Det samme gjelder også for dem; de hadde sett meg i evaluering av studenter og hadde kanskje en oppfatning av meg fra den settingen. Dette ville kunne påvirke *min* måte å spørre på, følge opp temaer, og forståelsen av den enkeltes utsagn, samtidig som deres fortellinger og svar også vil kunne være farget av- og tilpasset til det bildet *de* hadde av *meg*.

En annen fare med å kjenne miljøet var å inkludere de informantene jeg hadde et positivt inntrykk av fra før. I mitt tilfelle kunne dette være sykepleiere jeg hadde samarbeidet spesielt godt med eller hadde interessefelleskap med. Det var derfor viktig for meg at invitasjonen til deltagelse gikk ut til alle sykepleierne og at avdelingsleder gjorde de direkte forespørslene som var nødvendig utover dette.

### 3.7 Møtet med forskningsfeltet

Når jeg i etterkant ser tilbake på samarbeidet med feltet, som for meg var avdelingsledelse og sykepleiere på den aktuelle sykehusposten samt klinikksjefen, må jeg si meg veldig fornøyd. På tross av omorganisering og stor arbeidsbelastning generelt var det alltid en positiv innstilling til mine henvendelser. Det startet med den innledende forespørselen om interesse for prosjektet og fortsatte gjennom hele intervjuprosessen. Klinikksjefen gav også meget rask og positiv tilbakemelding på min henvendelse og dette bidro til at jeg fikk en god start og energi til å videreføre mine ideer.

#### 3.7.1 Rammer, roller og makt

I selve gjennomføringsfasen var det lagt opp til at hver informant selv kunne bestemme hvor intervjuet skulle foregå. To sykepleiere ønsket å gjøre det på sykehuset i arbeidstiden og to som valgte å bli intervjuet hjemme. En informant måtte bli intervjuet på biblioteket; men dette var en nødløsning og opplevdes også som en. Det var mye støy på tross av at vi valgte oss et rolig hjørne, noe som lagde problemer for transkriberingen. Det var også ubehagelig å skulle ha denne type samtale i et offentlig rom. Intervjuene hjemme hos informanten fikk en helt annen ro og det virket på meg som det var behagelig for den som ble intervjuet. I disse intervjusituasjonene var jeg ikke bare en forsker men også gjest i deres hjem noe som gav oss dobbeltroller: sykepleier/vertinne og forsker/gjest. Intervjuene på sykehusets møterom fikk mer forretningsmessige rammer og det opplevdes som rollene var mer nøytrale: sykepleier – forsker. Jeg vet ikke om dette påvirket intervjuenes innhold, men det gav et bidrag til den atmosfæren intervjuene fant sted. Kvale (1997) mener det oppstår et asymmetrisk forhold mellom forskeren og informanten fordi det er *forskeren som definerer situasjonen* og styrer samtalen. Med forbehold om at jeg ikke vet hvordan informantene oppfattet rollene og maktforholdet oss imellom vil jeg ikke umiddelbart si meg enig i dette. Jeg sitter på en kunnskap om forskningsprosessen og om temaet jeg ønsker å belyse og har tatt initiativet til intervjuet, men det er informanten som sitter med erfaringene jeg er ute etter. Således er jeg avhengig av hva den andre ønsker og vil dele av sin kunnskap. Her er mine erfaringer mer på linje med Fog (1994) som beskriver forholdet mellom intervjuer og informant som asymmetrisk rent vitenskapsmessig fordi det er *informanten som vet*.

Slik jeg ser det vil maktforholdet variere i prosessen idet at informantens påvirkning av materialet begrenser seg til selve intervjusituasjonen. Senere vil det være forskeren som står i en sterk maktposisjon ved å være den som gjør sine fortolkninger av de fremkomne data.

### 3.7.2 Intervjuerfaringer

Alle informantene viste seg å være sykepleiere jeg hadde samarbeidet med, og det gjorde at vi raskt hadde en samtale i gang og vi kom fort inn på temaet; jeg måtte derfor få diktafonen raskt på plass og ”starte” intervjuet. Mitt åpningsspørsmål var: ”Kan du fortelle om den episoden eller hendelsen som står sterkest hos deg nå som temaet er sykepleieren i relasjon til den alvorlig syke pasienten?”. Det viste seg at dette ikke alltid fungerte slik jeg hadde tenkt; noen ganger hadde samtalen startet før båndet kom på og det ble unaturlig å innlede på denne ”formelle” måten, andre ganger ble det vanskelig for informanten å finne *en* episode. Kanskje en litt annen formulering kunne tatt noe av prestasjonsfokuset som ligger i å fortelle om ”... *den episoden eller hendelsen som står sterkest...*”. En vanlig respons på dette spørsmålet var: ”Jeg har jo så mange historier – det er vanskelig å skille ut en...”. I praksis ble det til at jeg modifiserte spørsmålet og ba dem fortelle om en episode de kom på som hadde gjort inntrykk. Intervjuene ble forskjellige avhengig av den personen som ble intervjuet og hvordan samspillet oss i mellom utviklet seg. Jeg hører på båndene at jeg ofte blir påvirket av informantens måte å prate på. Var informantens svar stille og dvelende ble min måte å spørre også stille og dvelende. En informant snakket fort og med mange metaforer og på båndet er det blitt vanskelig å skille mellom stemmene våre. Dette viser en inntoning og hvordan jeg prøver å følge den andre. Informantene reagerte ellers forskjellig på selve situasjonen og tre av sykepleierne begynte med å beskrive sterke opplevelser fra den første tiden som sykepleier og brukte denne historien som beveggrunn for senere å interessere seg for alvorlig syke pasienter. Temaet virket veldig relevant for alle og flere gav uttrykk for at det var et viktig felt å belyse. Hovedinntrykket etter samtalen var positive, det kom ikke til situasjoner hvor prosessen stoppet opp og jeg følte vi hadde berørt viktige ting i alle intervjuene. Jeg brukte tid i etterkant av intervjuene for å merke meg temaer som var kommet opp, hvordan interaksjonen fungerte og min egen rolle som forsker. I innledningen av denne metoddelen refererer jeg Kvale som sier noe om hva forskeren bør vektlegge i et kvalitativt intervju.

Her kommer det fram at forskeren skal etterstrebe en *bevisst naivitet* i møtet med informantens beskrivelser og fortellinger. Det kan bero på min manglende erfaring, eller

kanskje et behov for å markere meg som en ”praksisnær” forsker, men dette kravet opplevdes ganske vanskelig å etterleve. Spesielt gjaldt dette når sykepleierne kom inn på diagnoser, medikamenter, behandlingsopplegg og prosedyrer. Her ser jeg at jeg har hatt en stor trang til å vise at jeg har kunnskap om det informanten snakker om, noe som kommer tydelig fram i mine spørsmål. Jeg prøvde allikevel å holde Kvaless norm langt framme under intervjuene og forsøkte å stille meg spørrende til ting som ellers innenfor sykepleiefaget oppfattes som ”sannheter”. I lys av dette er det påfallende hvor entusiastisk jeg blir når informantene kommer inn på ”veiledning” i sine historier. Jeg går som regel videre på dette nøkkelordet hvis det dukker opp. Tilslutt kommenterer jeg det også under noen av intervjuene at dette er et tema jeg nok har en viss forkjærlighet for. Dette viser hvor vanskelig det er å innta en ”ren” og naivistisk innstilling ovenfor den andre i denne typen intervjuer. I samtalsløp vil forskjellige temaer komme opp og følelser blir aktivert. Fog (1994) vektlegger hvor viktig det er å være oppmerksom på denne prosessen som *alltid* vil utspille seg mellom mennesker *også* når de er ”forsker” og ”informant”.

### **3.8 Transkripsjonen**

Et møte mellom to mennesker blir gjennom transkripsjonen omgjort og får en ny form. Mye av det som kjennetegner slike møter er blitt borte: den kroppslige dimensjonen - hvordan vi forholdt oss til hverandre med mimikk, gester og kroppsholdning. Den indre opplevelsen - tankene vi begge satt med, forventningene og stemningen. Rommet – hvordan det påvirket oss med lys, varme og lukter og synsinntrykk. Malterud (2003) legger vekt på at den skrevne teksten kun er et indirekte bilde på virkeligheten. I arbeidet med disse intervjuene fikk jeg en erkjennelse av dette. Rent teknisk var det hele tiden en vurdering hvordan det som ble sagt på båndet skulle skrives ut. Det var ikke alltid så smigrende verken for meg som spurte eller den som svarte å se det talte ord på trykk. Samtalen som kunne virke helt adekvat og sammenhengende der og da gav et helt annet inntrykk på båndet. Jeg har derfor valgt å modifisere noe i transkripsjonen; spesielt der det er mange oppstarter på samme setning og der setningene kommer veldig rotete og oppstykket. Ellers er det en erfaring at selve utskrivningen av teksten fra diktafonbåndet tok enormt med tid. Jeg kom derfor på etterskudd

med planen om å skrive ut mellom hvert intervju, og valgte heller å lytte fortgående igjennom for å danne meg et inntrykk i etterkant.

## 4 Analyse

### 4.1 Innledning

I analysedelen av oppgaven har jeg gjort en systematisk tilnærming til dataene som er fremkommet i intervjuene - og som nybegynner har jeg valgt å gjøre dette analysearbeidet strukturert. Dette gjør jeg fordi jeg ikke har øvelse i å håndtere større mengder data og ser derfor fordelen av å kunne følge en "veibeskrivelse". Det å gjøre en analyse etter et oppsatt program kan kanskje virke begrensende på bevegelse og fleksibilitet i forhold til forståelsen av materialet, men vil samtidig være med på å sikre en systematikk knyttet til arbeidet med grunnlagsdataene. I tillegg til dette håper jeg denne fremgangsmåten er med på å gi grunnlag for en god og tilgjengelig presentasjon av funnene i dette prosjektet.

#### 4.1.1 Min vei inn i materialet

Malterud (2003) anbefaler nybegynneren å følge en analyseprosedyre og beskriver i sin metodebok en fremgangsmåte kalt "systematisk tekstkondensering", som bygger på, og er en modifisering av Giorgi's fenomenologiske analyse. I analysearbeidet velger jeg å støtte meg til denne prosedyren blant annet på grunn den tilgjengeligheten Malterud gir metoden i sin bok - hvor den er godt beskrevet i et lett forståelig språk, men også fordi dette er en metode som egner seg for tversgående analyser av materiale fra flere informanter. Metoden har som mål, gjennom systematisk bearbeidelse dataene, å bringe fram sentrale fenomen som finnes i materialet. Jeg vil ikke følge denne metoden konsekvent; idet min analyse tar utgangspunkt i teoretiske begrep som er definert på forhånd. Helt konkret vil jeg gå inn i materialet med sentrale begrep fra dialektisk relasjonsteori som "søkeord". Disse kategoriene er: selvrefleksjon, selvavgrensing, undring og anerkjennelse. Analysen må dermed forstås som teoristyrte ved at etablerte begreper er utgangspunkt for kategoriene som fremkommer. En fare ved dette er ifølge Malterud (2003) å reprodusere kunnskap som allerede er kjent, men samtidig blir det trukket fram at denne metoden er egnet til å utvikle nye beskrivelser. Jeg mener på tross av nevnte innsigelser at disse begrepene har potensial til å "treffe" mitt tema noe jeg også redegjorde for i teorigapittelet. Så langt i arbeidet med dette prosjektet har jeg enda ikke sett at andre har tatt dette "grepet" i møtet med sykepleiernes opplevelser i relasjon med alvorlig syke og døende. Ved å bruke de "relasjonsteoretiske brillene" håper jeg dermed å kunne se tematikken fra en ny vinkel.



## 4.2 Analyseprosessen

Jeg vil nå redegjøre for analyseprosessens fire ”steg” slik Malterud (2003) presenterer det i sin bok og samtidig avklare hvilke avvik og valg jeg har gjort i forhold til denne fremgangsmetoden. Analyse trinnene er: ”Helhetsinntrykk”, ”Meningsbærende enheter”, ”Kondensering” og ”Sammenfatning”.

### 4.2.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.

Første trinnet innebærer å få et helhetsinntrykk av materialet, lese igjennom og danne seg et overblikk. Hva er det som ”rører seg” i dette stoffet? I denne delen av analysen skal den teoretiske rammen for prosjektet nedtones og helheter skal vektlegges mer enn detaljer (Malterud 2003). Temaer som synes viktige oppsummeres etter gjennomlesningen og noteres. I min prosess hadde jeg noen slike ”åpne” runder med materialet før beslutningen om å bruke Scibbyes teori direkte i analysen ble tatt. Jeg leste igjennom mange ganger, både med og uten opptaket ved siden av og prøvde å danne meg en oversikt over hvert intervju. Temaer som kom fram i denne gjennomgangen var blant annet ”avgrensing”, ”å være der” og ”erfaring”. Gjennom veiledning og videre arbeid med noen av temaene kom ideen om å bruke teorigrunnlaget direkte i analysen og dermed gjøre en teoristyrte analyse. Dette opplevde jeg paradoksalt nok frigjørende. Jeg hadde jobbet mye med teorien og det var en utfordring å skulle ”tone ned” denne forforståelsen i lesingen av materialet. Ved å bruke Schibbyes begreper i analysen gikk arbeidet over i neste fase.

### 4.2.2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I denne delen av prosessen skal relevant tekstmateriale skilles fra irrelevant materiale (Malterud 2003). Det vil si at jeg bryter opp strukturen i hvert enkelt intervju og henter ut elementer som er relevante for prosjektets tema. Dette kalles en dekontekstualisering.

De utvalgte tekstdelene kalles meningsbærende enheter og disse skilles ut med de innledende temaene i tankene. I min fremgangsmåte var det kategoriene fra Schibbye som utgjorde denne utvelgelsesfaktoren. Det vil si at min forforståelse - min tolkning av Schibbyes begreper, ble et redskap i analyseprosessen. Så er spørsmålet hvor godt min forståelse av denne teorien speiler det egentlige innholdet og Schibbyes intensjoner? For meg ble det et spørsmål om å tørre å ta sats og stole på at jeg *hadde* fått grep om det sentrale i begrepene. I prosessen som

fulgte gikk jeg derfor inn i materialet og lette etter elementer som kunne knyttes til de valgte kategoriene. Først satt jeg med en utskrift av det enkelte intervju og brukte fargekoder som markerte fortløpende de forskjellige elementer i materialet. Ved neste gjennomgang opprettet jeg egne dokumenter for hver kategori og sorterte ved hjelp av ”klipp og lim” i Word. Dette var en omfattende prosess hvor de enkelte elementene ble knyttet til de forskjellige kategoriene jeg hadde valgt. Det var hele tiden en indre dialog på ”hva dreier dette seg om”, og jeg gikk stadig tilbake og så på sammenhengen disse elementene ble hentet fra og til Schibbyes tekster for å sjekke min forståelse på nytt. Noen biter kunne forstås på flere måter og jeg erfarte at Schibbyes teori består av tett sammenvevde begreper - noe som gav utfordringer i denne delen av analysen. Det som var spennende her var hvordan de dekontekstualiserte tekstbitene nå kunne leses i en ny sammenheng hvor de ”gav kraft til” og forsterket beslektede elementer fra resten av materialet. Malterud (2003) anbefaler at forskeren i denne fasen setter opp en matrise for tekstelementene som knytter dem til kategori og informant. Jeg valgte å gjøre dette i neste trinn av analysen når subgruppene var fremanalysert, og nøyde meg i denne omgangen med å merke alle tekstelementene slik at de hele tiden kan knyttes til opprinnelsesintervjuet.

#### **4.2.3 Kondensering – fra kode til mening**

I denne tredje analyserunden var målet å abstrahere kunnskap fra hver kode/kategori som kom fram i trinn to. Jeg hadde nå fire store kategorier med elementer som jeg hadde forstått som relevante, og videre skulle jeg nå konsentrere meg om en kategori av gangen. Jeg finleste og så etter nyanser og sammenhenger innenfor denne enheten. Var det trekk eller likheter som kunne fremanalyseres? På denne måten fant jeg undertemaer innenfor hver av de fire overordnede kategoriene. Disse nye enhetene kalles subgrupper og ble arbeidsenheten videre. En svakhet ved å være alene i denne fasen av arbeidet var mangelen på uenighet og forskjellig syn på materialet. Rett og slett ”flere kokker og mer søl” - for det blir mindre opposisjon og dermed færre alternativer når man er alene i en slik prosess.

Det å kunne hatt flere øyne på denne prosessen ville ha gitt arbeidet en større grad av kvalitetssikring. I arbeidet med å fremanalysere subgruppene var det allikevel et omfattende vurderingsarbeide og en prosess på hvilke trekk eller nyanser som skulle utgjøre en subgruppe. Noen ganger så jeg likheter og sammenhenger med subgrupper også utenfor den aktuelle kategorien; et eksempel på dette var en subgruppe kalt ”tåle det” som først ble etablert under ”selvavgrensing”. Etter videre bearbeiding av stoffet ble denne flyttet til

”anerkjennelse” kategorien og bli en del av subgruppen” å være med og se den andre - og seg selv. Når subgruppene så var etablert ble neste trinn å kondensere meningsinnholdet i hver av dem. Kondenseringen forgikk ved at jeg leste alle elementene i en subgruppe og gjenfortalte hovedinntrykket som ”en stemme”. Dette ble et kunstig sitat bygget opp av informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene (Malterud 2003). I dette arbeidet laget jeg også en matrise som viste hvor mange tekstelementer subgruppen hadde fra hvert intervju. Jeg la så ved et utvalg av sitater som jeg mente kunne representere innholdet i gruppen. Dette utgjorde et arbeidsdokument som skulle avhjelpe neste trinn i analysen. For å vise dette vil jeg bruke et eksempel fra kategorien ”anerkjennelse” hvor jeg hadde fremanalysert tre subgrupper. Eksemplet kommer fra subgruppen: ”å være med og se den andre – og seg selv” som er basert på 17 enheter i intervjuene:

Kunstig sitat:

”Det å se pasienten blir det aller aller viktigste; tørre å være der og erkjenne hva slags prosesser pasienten går igjennom. Det er ikke alle som ser det tror jeg – så noen må dra lasset. Det er en prosess i en sjøl også – det å tåle det som skjer med den andre. Det er det viktig å kunne ta inn over seg og tenke seg om før en går inn til pasienten. Da blir det lettere for begge parter; pasienten vet at jeg vet og omvendt da er det lettere å ta opp ting når det er behov for det”.

Dette er som sagt ikke et reelt sitat fra et av intervjuene men et artefakt som skal sammenfatte meningsinnholdet i en subkategori. Dette sitatet fungerer som et arbeidsnotat og en hjelp i den videre analyseprosessen. Alle subgruppene ble gjennomarbeidet på samme måte og jeg satt nå med matrise, utvalg av sitater og kunstig sitat for elleve subgrupper.

Subgruppene som fremkom av kategoriene er:

<b>Anerkjennelse</b>	<b>Undring</b>	<b>Selvavgrensing</b>	<b>Selvrefleksjon</b>
Å være med og se den andre - og seg selv	Undrende møter	Kontraster og markeringer	Selvrefleksjon og erfaring
Aksept for den andres opplevelse...	Undring som personlig prosess og erfaring	Nærhet og distanse	Den vanskelige samtalen: Ærlighet og håp
Beskyttelse av pasienten	Vilkår for undring	Å finne grenser	

Schibbyes begreper har ikke skarpe avgrensinger mot hverandre og er tett sammenvevde noe som gjør det ekstra viktig å ha et systematisk framstilling av analysen. Skillene mellom subkategoriene kan derfor sees på som systematiserende "lettvegger" som skal lette framstillingen av subkategoriene jeg har fremanalysert. Å lage en slik matrise kan øve vold på det dialektiske forholdet mellom disse begrepene, men skal i denne sammenhengen forstås som et praktisk hjelpemiddel i formidlingen av analysen. I presentasjonen av subgruppene og funnene vil min tolkning av informantenes utsagn tydeliggjøres, og spørsmålet vil, som sagt, være hvorvidt jeg har greid å fange kjernen eller hovedinnholdet i begrepene. Å presentere en slik statisk matrise kan dermed være risikabelt og avslørende; men får stå som en, om enn noe rigid, konkretisering av hvor langt jeg kom i møtet med Schibbyes relasjonsteori innenfor de rammene som ligger for denne type oppgave. For, som jeg tidligere var inne på, kommer det til et punkt hvor jeg må tørre å ta sjansen på at "båten bærer". I bearbeidelsen av funnene og videre lesing av teorien har det blitt tydeliggjort for meg hvordan dette forståelsesarbeidet kan beskrives som en dialektisk prosess. Hvor mitt ståsted, teori og empiri inngår i en stadig bevegelse mot ny og utvidet forståelse.

#### **4.2.4. Sammenfatning – kondensering til beskrivelser og begreper**

I dette siste trinnet av analysen skulle materialet settes sammen - rekontekstualiseres (Malterud 2003), og målet var å beskrive hva materialet inneholdt og lage en oversiktelig presentasjon av dette. Hver subgruppe ble nå bearbeidet med utgangspunkt i det kunstige sitatet og tekstelementene den baserte seg på. De kunstige sitatene skulle på denne måten avhjelpe overgangen fra rådata til nye beskrivelser. Da dette var gjort med alle subkategoriene hadde de *kunstige sitatene* gjort jobben sin og beskrivelsene ble supplert av utvalgte *reelle sitater* tatt fra de meningsbærende enhetene. Dette nye tekstmaterialet utgjør funnene i studien. Fordi jeg har valgt en teoristyrte analyse, vil denne presentasjonen også vise hvordan funnene er blitt knyttet til de forskjellige begrepene. Dette gjør jeg ved å vise til Schibbyes teori i framstillingen og håper dermed dette synliggjør analyseprosessen ytterligere for leseren.

Det neste grepet i prosedyren var å lese de nye beskrivelsene – funnene - i sammenheng med materialet det er hentet fra (Malterud 2003). I denne delen av prosessen leses altså de opprinnelige intervjuene for å sikre at funnene er forankret i grunnlagsdataene. Malterud (2003) oppfordrer forskeren å lete etter data som "går mot" funnene, og sjekke hvorvidt alle

informantene har blitt med ”på hele reisen” fra intervju til presentasjon. I mitt arbeide var det igjen utfordrende å se på sitt eget med et slik kritisk blick. Ved gjennomlesningen så jeg tematikken igjen i intervjuene, men ble overrasket av distansen jeg nå hadde til det opprinnelige intervjuet. Gjennom å lage matriser i trinn tre kunne jeg allikevel forsikre meg om at alle deltagerne var representert i presentasjonen. I det neste kapittelet blir funnene presentert og står dermed som resultatet av denne arbeidsprosedyren. Framstillingen tar utgangspunkt i hvert av de valgte begrepene fra Schibbye og består, som metoden legger opp til, av beskrivelser knyttet til de framanalyserte subkategoriene. I tillegg vil jeg prøve å gjøre rede for tilknytningspunktene til relasjonsteorien som har vært grunnlaget for analysen og forståelsen av informantenes utsagn.

## 5 Presentasjon av funn

### 5.1 Anerkjennelse

Anerkjennelse handler ifølge Schibbye (2002) om en evne og vilje til å komme nær den andres opplevelse og ta imot det den andre opplever og formidler. Jeg vil nå se hvordan dette kommer til uttrykk i intervjuene. Analysen kommer også til å inneholde temaer jeg opplever beslektet med begrepet, så som beskyttelse av pasienten som kanskje må forstås mer som en følge av anerkjennelse enn en del av begrepet. Funnene under begrepet anerkjennelse deles i subkategoriene: ”Det å være med og se den andre – og seg selv”, ”Aksept for den andres opplevelse, men ikke alltid for konklusjoner og valg” og ”Beskyttelse av pasienten”.

#### 5.1.1 Det å være med og se den andre – og seg selv

Nærvær av en spesiell kvalitet er et tema alle sykepleierne tar opp. Hvordan dette blir beskrevet varierer; men det er et klart kjennetegn at dette er noe annet en ”vanlig” sosial omgang. Her er det noe ekstra som slår inn og gjør at dette er viktig for sykepleieren å få til. Sykepleierne i undersøkelsen beskriver at det å se pasienten er viktig. Å se er et av uttrykkene som blir brukt som metaforer for en *viss måte* å være sammen med pasienten. Begrepene blir brukt som en kvalitetsbeskrivelse på relasjonen. Sykepleieren som *ser* eller *er med* evner å ta inn over seg det pasienten er i.

”Også får du det alvorret inn over deg at du har – du står da med et menneske som er i sitt svakeste øyeblikk i livet kanskje - og ja, det går mye på det og at de du omgås – for de er det så alvorlig og de i en dyp, dyp krise og er jeg da *med* på det? Fordi det er så mange andre forstyrrende momenter, ikke sant.”

Dette erkjennelsesarbeidet beskriver sykepleierne som en utfordring. En utfordring ikke alle tar eller orker fordi det oppleves som en krevende prosess. Dette innebærer, slik jeg forstår det, ikke bare en orientering mot pasienten men også et fokus innad i sykepleieren hvor egen utvikling knyttes til hvordan relasjonen til pasienten leves. I sitatet ovenfor beskriver sykepleieren en utfordring rettet mot henne som hjelper, og belyst med anerkjennelsesbegrepet forstår jeg det som hun skiller mellom seg selv og pasientens ved at hun definerer en valgsituasjon. Hun ser pasienten, hun ser alvorret – og så blir spørsmålet skal

hun gå inn i det og *være med*. Dette blir krevende fordi det, ifølge Schibbye, fordrer en vilje til å jobbe med eget, noe jeg mener sykepleieren beskriver i det neste sitatet:

”Fordi du står hele veien i relasjon til andre. Det er kjempekrevende, men jeg tror – jeg vil nok kanskje si at du hele veien er i en prosess selv. Hvis du er villig til det.”

Den utfordringen det innebærer å slippe pasientens opplevelser tett inn på livet beskrives først og fremst av de to sykepleierne med lengst jobberfaring. Ifølge Scibbye (2002) vil det å være i en anerkjennende relasjon innebære en dobbel prosess hvor det indre og ytre virker på hverandre dialektisk. Dette kommer, slik jeg forstår det, fram idet sykepleierne kaller ”å kjenne på det” og ”å tåle det” - hvor de beskriver hvordan *de tar den andres inn* og ser på det som bidrag til egenprosesser knyttet til personlig utvikling. To av sykepleierne beskriver at det å åpne for denne nærheten til den andres opplevelse gjør at de har behov for å ”klargjøre seg” for pasienten ved at de tenker seg om og kjenner på hvordan de selv har det.

”Eller er det erfaringen som du får når du arbeider... kanskje. Ellers er det det å tørre å ta det inn over seg at det mennesket her har fått den forferdelige beskjeden og slik er det, og det må jeg tåle. Å tenke seg om før du tar kontakt med pasienten og kjenne litt hvordan du har det sjøl og la det fæle gå inn i seg. Tror jeg.”

Her beskrives det hvordan sykepleieren utfordres til å *tørre å ta det den andre opplever inn* over seg noe som jeg tolker som et uttrykk for forståelse i Schibbyes begrepsverden (ibit.). Hun kan velge å ta det inn, hun vet selv hva det innebærer og hun må tåle det. I dette sitatet vises en refleksiv holdning ved at sykepleieren går i en jeg – meg posisjon hvor hun ser seg selv utenfra og adskilt fra pasienten. Denne selvavgrensingen kommer, slik jeg ser det, til uttrykk ved at hun beskriver en prosess hvor hun ”må kjenne litt på hvordan hun har det selv”.

En av sykepleierne knytter pasientens opplevelse av å bli sett opp mot en vurdering av om pleien generelt sett er vellykket. Å bli sett forstår jeg i denne sammenhengen som at pasienten føler seg verdsatt som menneske i et system hvor det er lett å bli ”en av mange”.

”Å bli sett er noe av det aller, aller viktigste. For jeg mener at hvis vi ikke har klart å la de kjenne at de er viktige og helt spesielle for oss så har vi feil måte – da har vi på en måte mislykkes.”

Og når sykepleieren ikke får gjort en god nok jobb går dette ut over pasienten som hun mener ikke opplever å føle seg ”helt spesiell”, dette beskrives slik:

”Og de tror at de bare er et nummer i rekken kanskje... at de bare er noen andre...”

Dette tolker jeg som at det å se pasienten blir veldig essensielt for sykepleieren, både som hennes mål for pasienten men også som mal for vurdering av eget arbeid. I anerkjennelse ligger idealet om å lytte og la pasienten oppleve seg forstått, det å bli sett (les: forstått) på denne måten kan sees på som grunnlaget for et subjekt – subjekt møte. Dette sitatet kan dermed leses som en personlig målsetting eller filosofi hos sykepleieren som vektlegger pasientens opplevelse av å bli sett. Samtidig mener jeg også å lese noen normative føringer i dette utsagnet; det å ikke bli sett beskrives som en tingliggjøring(”nummer i rekken”) og fremmedgjøring (”bare er noen andre”) av pasienten. Sykepleierne gir uttrykk for at en slik måte å forholde seg til den andre ikke er forenelig med gode relasjoner. Det kommer, slik jeg tolker det, fram hvordan sykepleieren her har sterke føringer for hva som er god nok jobb - her synes kun det beste godt nok, og hvis dette ikke innfris står sykepleieren ”ribbet” igjen med et ”mislykket relasjonsarbeide”. I en slik kritisk tolkning av utsagnet stiller jeg meg spørrende til om anerkjennelsesbegrepet kan brukes fordi det å *se den andre* her kan forstås som et middel til å nå et ambisiøst mål - og Schibbye (2002) presiserer nettopp at en prestasjonsholdning og ambisjoner på vegne av pasienten ikke inngår i forståelsen av begrepet.

Den sykepleieren i undersøkelsen som har kortest fartstid gir en annen type beskrivelser av hva som er viktig i relasjonen, hennes beskrivelse av kvalitetsdimensjonen uttrykkes gjennom begrepet ”helhetlig sykepleie”.

”Og da når du først skal dekke den helhetlige biten er det ingen grenser for hvor mye du egentlig skal ha med i betraktning, ofte blir det de mest basale, grunnleggende ting og... næring, aktivitet, leier og sanne ting, men da får du mer helhetlig med familien og masse



kommunikasjon og det her med å trygge og være hos og smertelindring og masse- det er egentlig veldig stort når du først involverer deg på den måten”.

Hun forteller altså noe om hvor omfattende arbeidsområde hun har og gir også uttrykk for at hun skal kunne fange opp flere dimensjoner hos pasienten. Begrepet ”helhetlig sykepleie” tilhører en sykepleiefaglig begrepsverden som jeg mener lett kan brukes som merkelapper på for eksempel relasjonelle erfaringer. Dette kan, slik jeg forstår det, skape en distanse til *eget* i prosessen med pasienten.

### **5.1.2 Aksept for den andres opplevelse, men ikke alltid for konklusjoner og valg**

Dette temaet er det spesielt to sykepleierne som problematiserer og trekker fram. De beskriver hvordan det oppleves å stå ved siden av et menneske som kanskje kjemper for livet og som strever med å finne sin måte å håndtere denne nye situasjon. Dette ser ut til å kreve innlevelse i et sterkt følelseslandskap og en aksept for mangeartede uttrykk og reaksjoner hos pasienten.

”Nylig hadde vi ei som fikk en veldig uventet beskjed med en dårlig prognose som egentlig var – hun hadde vel egentlig et litt – hun var et skjørt menneske fra før. Samtidig vil jeg si at hun var sterk fordi at hun hadde – hun ba om mye. Vi ser lissom måten vi da reagerer på når hun kommer med en reaksjon som gjør at det blir litt tyngre for oss. Så kom hun tilbake så ville hun ingenting. Bare ligge under dyna. Og så kjenner vi – da har – da er vi inne i den der – den var... er det vi som nå skal inn å gjøre en jobb? Skal vi godta det hun viser. Det hun kommer fram med. Er det normalt, ikke sant. Eller skal vi kritisere henne. Det er lissom noe av det der, at noen har lett for å kritisere. At hun er ja spesiell f. eks. ”

Sykepleieren viser her at det hele tiden er et vurderingsarbeide i forhold til pasientens reaksjonsmåte. I anerkjennelse ligger prinsippet om at opplevelse *gjelder*, og sykepleieren har en refleksjon over hvordan sykepleierne reagerer og forholder seg til pasientens opplevelse. Hun trekker fram hvordan sykepleierne står i en posisjon hvor de må balansere mellom to relasjonelle posisjoner: Hva skal oppfattes som normalt og når må eventuelt sykepleieren inn å gjøre ”en jobb”? Som terapeut eller pleier vil det ifølge Schibbye være helt nødvendig *også* å kunne se pasientens valg og handlinger i et kritisk lys. Det å forstå og vise toleranse for

pasientens opplevelser vil dermed ikke si det samme som alltid å bifalle de valg eller slutninger pasienten tar på bakgrunn av disse. Posisjonen må derfor skifte mellom et jeg - du og et jeg – det i en slik sykepleier – pasient relasjon.

En reaksjon fra pasienten som er krevende og ”gjør det tyngre” for personalet ser ut til å kunne oppfattes som problematisk.

”Ja, vi har lett for å ikke å orke å se det. Å ikke orke å se at det er da en del av hennes prosess i sykdommen, følelsmessig. Og det synes jeg gjentar seg gang på gang. Noen må gå inn og stå ved siden av hun og være hos henne, ikke sant. Og den er like vanskelig hver gang. Derfor blir det stort sett de samme gjør det.”

Ved å stå nær pasienten og bli kjent med hans eller hennes reaksjonsmåter ser det ut til at sykepleieren kan komme i en posisjon hvor hun opplever at hun kan se bak den ytre rollen noen pasienter går inn i når de erfarer alvorlig sykdom. Her kommer det fram at det er krevende å være nær pasienter som er ”vanskelige”. I sitatet ser det ut som enkelte velger å avvise pasientens følelser og trekker seg fra slike relasjoner. Slik jeg forstår det krever relasjonsarbeidet i disse situasjonene at sykepleieren har en god evne til å være sortert - hva er pasientens, hva er mitt? Pasientens følelsesuttrykk av for eksempel angst, sinne eller tristhet kan fort virke både skremmende og provoserende for en sykepleier som ikke har en oversikt over sin egen angst, sinne eller tristhet. I anerkjennelse må vi, ifølge Schibbye(2002), ta den andres inn og kjenne på de følelsene han eller hun sitter med. Vi skal ikke være i den samme emosjon som pasienten, men kunne kontakte lignende erfaringer i oss selv og dermed gi pasienten mulighet til å føle seg forstått. Dette stiller krav til hjelperen om avgrensethet og hvis dette ikke er på plass vil det å være i en slik relasjon bli vanskelig. I sitatet kommer det fram at noen ikke orker å gå inn i denne typen relasjonelle erfaringer og at andre gjør det igjen og igjen. Ved å etablere en så nær kontakt ser sykepleieren noe de andre pleierne ikke oppfatter, som i dette sitatet hvor pasienten gir inntrykk av å være sterk utad men sykepleieren kjenner og har tatt inn over seg hvor vanskelig pasienten har det:

”Og så tror jeg hennes situasjon var også sånn i posten et dilemma for meg, fordi at hun var en person som var en fin dame, jålete, men, så hun beit tennene sammen. Stelte seg, kom seg opp, sminket seg. Hun smurte hele ansiktet med leppestift så hun hadde jo en grei farge, og ut å røyke ved hjelp av rullestolen.”

Sykepleierne gir pasientene aksept for sine måter å oppleve sykdommen på fordi: ”vi mennesker er forskjellig og reagerer forskjellig i en slik situasjon”, som en av dem sier. De viser også forståelse for ulike uttrykk for den prosessen pasientene går igjennom, men det er allikevel en stadig vurdering om det skal settes i gang tiltak.

Sykepleierne gir uttrykk for at dette er noe som kommer med erfaring. Det å tørre å presse på litt for å kunne hjelpe pasienten.

”Det er jo ikke alle som har like lett for å gi uttrykk for følelser. Så det må jo nesten bli sånn å være naturlig, men jeg presser nok litt på noen ganger jeg. Hvis jeg synes jeg kan det. Da kommer jeg på en – for noen mennesker kan jeg gå litt hardt fram for å få fram ting. Det er nok mange av oss for redde til det eller for usikker eller godtar pasientens svar på en måte. Vi skal la pasienten råde over seg selv, men samtidig så er det vi som ser pasientens behov i enkelte situasjoner, tenker jeg da. Og da er det vi som vet best.”

Det fremkommer en balansegang mellom å la pasienten bestemme - og å presse litt på. Hva skal sees på som en naturlig del av prosessen og hva skal ikke godtas? Her kommer det igjen fram, slik jeg forstår det, hvor vanskelig det kan være å balansere de relasjonelle posisjonene. I et subjekt – objekt forhold vil pasienten, ifølge Schibbye (2002), kunne defineres og styres utenfra og deres egen opplevelse vil tillegges mindre betydning, er det *det* sykepleieren beskriver her? Eller er det et subjekt – subjekt forhold hvor pasientens *opplevelse* forstås men hvor sykepleieren sitter på en kompetanse og medisinsk innsikt som gjør at pasientens konklusjoner og valg, tatt på bakgrunn av disse opplevelsene, må imøtegås?

Sykepleieren gir uttrykk for at det å tørre å gå litt på er noe som kommer med erfaring og kan fortelle om disse; som i dette sitatet:

”... men da fikk jeg han til å godta et plaster. Det må vi prøvde lissom for du har så vondt og det er vi nødt til å gjøre, litt bestemt med han da. Og han ble et annet menneske etterpå. Han ble litt annen. Han ble lissom litt blid og når jeg kom så var det lissom ”hei” og – men, han spøkte også, skjønner du, med at jeg så bra ut og lissom – var veldig sånn”.

Her erfarer sykepleieren at pasienten ikke har hatt muligheter til å se konsekvensene av sitt valg om ikke å ta imot et smertepaster. Hun ser han har vondt og tar en vurdering av ham, en handling som krever et jeg – det perspektiv fra sykepleieren, på bakgrunn av denne vurderingen får hun overtalt ham til å prøve plasteret. Dette er nettopp et eksempel på hvordan bevegelighet i de relasjonelle posisjonene hjelper sykepleieren i arbeidet.

### **5.1.3 Beskyttelse av pasienten**

Nærheten til pasienten ser ut til å gi sykepleierne en forpliktelse til å ha pasienten og de pårørende som første prioritet. På denne måten kan beskyttelse av pasienten forstås mer som en følge av det å være i en anerkjennende relasjon enn som en del av Schibbyes teorigrunnlag. Denne nærheten og kjennskapen til den enkelte pasient skaper, slik jeg tolker sykepleierne, problemer når de organisatoriske rammene rundt pleien ikke er gode nok, og kan kanskje forstås som to menneskesyn som møtes. Et på organisasjonsnivå hvor pasienten blir en av mange og lett kan tingliggjøres (jeg - det), og et på relasjonsnivå hvor pasienten blir sett som en person med egne opplevelser (jeg – du). I intervjuene beskrives spesielt mangelen på enerom som opphav til diskusjoner og uenigheter mellom sykepleierne fordi hver og en ser ut til å måtte være beskyttende ovenfor ”sin” pasient i møtet med denne ressursmangelen.

”Og hun var egentlig så dårlig, så pågikk det en diskusjon i posten hvem som skulle ha krefrommet vårt hvis hun – men, i hvert fall et krefrom. Og hun ønsket seg det rommet så innmari. Og jeg ville gjerne at hun skulle inn der, men så var det hun visste jo at det ville bli lang tid, men jeg synes jo ikke pasienten skulle lide for det. Så jeg hadde en sånn veldig etisk konflikt gående følte jeg med kollegaene mine. I tillegg – i forkant av det her så hadde jeg nok mye følelser for den damen – for alt det der i utgangspunktet. Og så lissom kommer den type reaksjon her. Så det var – det opplevdes veldig vanskelig, det var ikke lett for meg.”

”Jeg tenker min pasient. Her er han. Han må jeg verne om så har du din pasient og du ser jeg må verne min, ikke sant. Så, men når vi diskuterer så blir vi jo enige for man har jo også mennesker som sykepleiere. Vi har jo forståelse av hva som er viktig”.

Sykepleierne opplever altså at de må fronte sin pasient i en diskusjon om hvem som skal ha enerom. Det kommer fram at gruppeinndelingen forsterker dette ved at få av kollegene

kjenner pasientene godt og dermed kan se hvor dårlige de "egentlig" er. Denne beskyttelsen av pasienter og diskusjonene sykepleierne imellom kan synes å ha utviklet seg i takt med at systemet ikke ivaretar de svakeste på samme måte som tidligere. En av sykepleierne forteller at hun har opplevd at det har skjedd en forandring de siste årene hvor pasienter som før var "fredet" nå blir flyttet rundt.

"Ja, fordi at når situasjonen er sånn at du – når rammene rundt ikke ligger til rette, men allikevel... pasientene er der og sykdom og tilstand er der, men det har jeg følt at jeg har flyttet noen eller ikke jeg da, men generelt så har man flyttet noen grenser her. Før var en terminalpasient – han skulle ligge i ro. Han skulle få være der, men sånn som fasilitetene har vært her så har vi flyttet på dem. Inn på firemannsstue, på tomannsstue, på enerom - for det har vært så mange hensyn å ta."

"... når jeg tenker etter nå så føler jeg at det var jo det hele tiden at man – en kamp mellom pasienter og korridor."

Det beskrives en forskyvning av noen tidligere absolutter om ikke å flytte preterminale og terminale pasienter. Dette oppleves vanskelig for sykepleierne i en fase hvor pasienten og dens pårørende trenger å være sammen og ha et rom å være sammen i.

"Men, det er jo også det der hva er det pasienten ønsker, hva er det pårørende ønsker. Det er det jeg synes mest, i hvert fall det med pårørende er mest utfordrende. For dem har så behov for å være tilstede og så føler jeg at man kan ikke gjøre det. Man får ikke gjort det. Får ikke latt dem være tilstede. Men, den pasienten jeg hadde her som jeg begynte med han hadde et rom som vi hadde gjort om til et sånt familierom. Han fikk være der. Familien kom, dem gikk. Han hadde en sønn som var på byen en kveld og så kom han opp til oss og så lå han over hos faren. Også det var så positivt. Vi hadde en ramme rundt til å kunne, altså det var dem som disponerte rommet."

Sykepleierens nærhet til pasienten gir henne et problem når ressursmangelen konkretiseres i mangel på enerom. Sykepleieren ser her hvilke behov pasienten har og hvilke behov pårørende har - men kan ikke gjøre det hun opplever som riktig. En annen side av denne problematikken blir påpekt av sykepleieren med kortest tid i praksis; ikke alle pasientene

opplever å få sin egen sterke sykepleier til å kjempe sin sak. Hun ser at noen ikke blir sett når andre tar mye av ressursene og blir ”favorittpasienter”:

”Nei, jeg synes det er bra at den som får mye fokus får det, men allikevel feil for det er ofte noen som har ropt høyere, eller noen som peker seg ut som yndlingspasienter faktisk. Eller favorittpasienter av en eller annen grunn at det er mange pleiere som har lagt sin elsk på – det er noen som er mer ”likenes” enn andre”.

#### **5.1.4 Oppsummering**

Sykepleierne ønsker altså å forene aksept for pasientens opplevelser, uttrykk og reaksjoner med det å gjøre vurderinger av om det skal settes inn tiltak. Det kan synes som det er vanskelig å være nær pasienten på denne måten og noen trekker seg fra denne typen arbeid. Noen ganger kan det være nødvendig å ”presse litt på” for å få pasienten til ta imot for eksempel smertelindring, med erfaring kommer tryggheten for sykepleieren om at hun faktisk vet best i noen situasjoner. Ved å jobbe så pasientnært som sykepleierne gjør her utfordres de følelsesmessig når ”deres” pasient ikke får de ressursene som trengs eller den pleien som er riktig. Det blir opp til den enkelte sykepleier å argumentere for sin pasient i møtet med andre sykepleiere og ledelsen. Det blir vanskelig å gi pasienten og de pårørende det de trenger. Det påpekes også en urettferdighet i forhold til de pasientene som ikke har en sykepleier som står på for seg.

## **5.2 Undring**

I Schibbys (2002) teori er ”undring” betegnelsen på en måte å være sammen hvor det råder en åpenhet i relasjonen. Samtalen eller samværet fokuserer ikke på svar og måloppnåelse men på å dele det som kommer fram på en ikke – evaluerende måte. Dette kan forstås som et ”samværsrom” hvor man sanser en spesiell form for ro, tilstedeværelse og nærhet. Alle sykepleierne har på forskjellige måter beskrevet denne typen erfaringer på en meget positiv måte - gjerne i sammenheng med hva de opplever som givende i faget. I analysen fikk dette temaet tre subkategorier: ”Undrende møter”, ”undring som erfaring og personlig prosess” og ”vilkår for undrende møter”.

### 5.2.1 Undrende møter

Det kan se ut som sykepleierens sensitivitet og varhet har betydning for om disse øyeblikkene oppstår; det handler om å stoppe opp og sanse en stemning. Disse episodene ble beskrevet på en meget positiv måte av sykepleierne og flere knyttet nettopp denne relasjonserfaringen til det som oppleves som spesielt givende i jobben. Slik jeg tolker det er dette gode øyeblikk for sykepleieren, her kan det se ut som alt faller på plass for en stund og det formidles en tilfredshet og ro i historiene sykepleierne forteller om denne relasjonserfaringen. Undringsbegrepet setter, ifølge Schibbye(2001), lys på sider ved relasjoner som kjennetegnes av flere spørsmål enn svar; det skapes rom for pasienten til å komme med det som tar tid å formulere samtidig som det ikke ligger et forklaringspress på verken pasienten eller hjelperen. Samtalen vil være utforskende og ikke konkluderende og dermed ufarliggjøres temaene, og det kan bli lettere å komme med det som er betydningsfullt i en situasjon hvor ord kanskje oppleves mangelfulle. Dette mener jeg kommer til uttrykk her:

”Også det å ha den tida og sette seg ned, eller om jeg bare stod der og var nysgjerrig og så - og bare å være der. Du merker det på atmosfæren når på mange måter... når du føler her er det noe. Det er viktig å ikke rushe på”.

”Jeg tror at i en sånn setting der du står ovenfor for en alvorlig syk pasient så er det så følsomt. Det er så vart – atmosfæren er så var at alt merkes.”

Sykepleierne beskriver her at det er viktig å ikke ”rushe på” og det kan synes som denne følsomme atmosfæren krever at sykepleieren ”gir pasienten plass” og tid. Jeg tolker dette som en situasjon hvor sykepleieren opplever en idealtilstand i forhold til sitt ønske om at pasienten skal føle seg sett. Selve tilstedeværelsen blir beskrevet som kvalitativt annerledes enn i andre møter; begrepet ”å sitte der” brukes av flere:

”Jeg tror det å være tilstede er hele hemmeligheten. Det å tørre – tørre å sitte der. Tørre å – ja, være tilstede. Jeg mener jo at det å ha løsningen kanskje ødelegger litt. Du har jo ikke løsningen. Absolutt ikke løsningen. Så det er sånn prosess, ikke sant.”

I dette sitatet fanges undringsaspektet, slik jeg forstår det, ved at sykepleieren ikke ”jager” etter svar og løsninger men gir pasienten et rom for refleksjon. Sykepleieren setter den andre

fri ved å frasi seg eierskapet til ”løsningen”. På denne måten fanges også, slik jeg ser det, mye av kjernen i selve anerkjennelsesprinsippet; ved at sykepleieren ikke kan definere den andre, og derfor heller ikke kan vite hva som er best for den andre og dermed heller ikke sitter med løsningen – noe som kan forstås som et uttrykk for en subjekt – subjekt basert relasjonell holdning.

”At du ser pasienten. At dem føler at de blir sett. Det er jo det som er viktig, men det er bare en sånn opplevelse du har. Nå føler du at nå er vi egentlig på en måte. Nå er jeg hos pasienten og jeg føler at det er det pasienten vil. Om du vil snakke eller om du bare vil sitte der.”

I disse sitatene kommer det fram flere aspekter ved denne typen relasjonelle erfaringer. Det presiseres at holdningen til sykepleieren er viktig; å ikke tro man har en løsning. I det andre sitatet differensierer sykepleieren ved at hun sier ”at dem føler at de blir sett”, noe som plasserer opplevelsen hos pasienten. Dette viser, slik jeg tolker Schibbye(2002), en evne til å skille mellom pasienten og eget hos denne sykepleieren. Ellers blir ordet ”egentlig” brukt og kan kanskje indikere en situasjon ulik og kvalitativt forskjellig fra andre typer møter. Flere av sykepleierne i undersøkelsen sier de har opplevd nærvær som kan skilles ut som ”nære stunder” eller å ”være i noe”. Disse øyeblikkene trenger ikke å vare lenge og kan noen ganger være mer et samvær enn en samtale.

”Nei, altså, mange ganger så kan samtalen... det trenger ikke å være noen samtale. Har jeg opplevd. Det å bare sitte der. En gang så satt jeg med en pasient og vi hørte en fin melodi på radioen. Og vi snakket om den melodien etterpå. Og ellers, det der å være hos kan være å sitte og holde en i hånda”.

Andre ganger beskrives det at pasienten får pratet om det som ligger ham eller henne på hjertet. Dette kan være trosspørsmål eller redselen for å dø fra familien og pasientene kan vise en stor takknemlighet etter slike samtaler. Opplevelsen kan være sterk både for pasienten og sykepleieren:

”Jeg har en episode hvor jeg gikk inn til en dårlig kreftpasient på avdelingen. Jeg kjente henne, men jeg hadde ikke vært der mye da. Jeg skulle bare gjøre noen småting på



rommet. Så satt jeg med ned og sa ”hvordan har du det egentlig”. Så begynte hun å gråte. Vi utveksla noen nære ting der - at nå er det slutt snart og... hun opplevde at jeg greide å sitte der å høre på. Det ble veldig spesielt. Jeg var der kanskje i ti minutter og da jeg kom inn igjen så tar hun handa mi og sier takk for alt du har gjort for meg i dag. Det har vært så fint, hun ville gi meg en gave... for de 10 minuttene. Da har du jo klart å gjøre noe riktig de 10 minuttene. Hvis du får til såne ting så er jo det veldig fint da”.

### **5.2.2 Undring som erfaring og personlig prosess**

Disse møtene er altså ikke bare betydningsfulle for pasienten men også for sykepleieren. Når kvalitetsdimensjonen i møtet erfares gir det sykepleieren en god følelse i jobben.

”Da har jeg en veldig god følelse med å jobbe med så dårlige pasienter når jeg opplever at pasienten er trygg sammen med meg og at jeg kan snakke om døden og snakke om det som er nært for pasienten”.

To av sykepleierne knytter interessen for arbeid med mennesker til sin personlighet og trekker fram denne typen relasjonelle erfaringer som noe av det som gjør yrket meningsfullt. Egne erfaringer og egenskaper knyttes an til opplevelsene i relasjonen til pasienten.

”Jeg tror det er noe som ligger i meg som person. At jeg kjenner det interessant å være i en dialog med et menneske som jeg kan lytte til, ikke sant. Og som jeg opplever er i en prosess som er villig til å være der og på en måte”.

”Det er absolutt det jeg er interessert i, jeg har alltid... jeg har aldri vært interessert i akutt sykepleie, det som interesserer meg er å bli kjent med pasienten og samtale og ivareta ... den enkelte pasienten. Og arbeider ut ifra det og da er den nære kontakten og samtalen viktig”.

Det kan se ut til at disse situasjonene, hvor nærheten til pasienten blir det fremtredende på en positiv måte, gjør at disse sykepleierne identifiserer seg sterkere til jobben de skal gjøre samtidig som deres forståelse av seg selv bekreftes.

### 5.2.3 Vilkår for undrende møter

For at undrende møter skal kunne være en del av de relasjonelle erfaringen i møtet mellom sykepleier og pasient sier sykepleierne at det er viktig at systemet rundt fungerer. Dette er altså sykepleiernes fortellinger om hvordan systemet rundt relasjonen er med på å forme hvordan relasjonen utvikler seg.

”Det første man må ta med i betraktningen er om man er noenlunde anstendig bemannet. At det ikke har vært en av de helt kaotiske vaktene hvor man ikke har hatt noen oversikt i det hele tatt. At man har rukket og hatt mulighet til å gjøre den jobben som trengs eller de har krav på. Hvis ikke blir det sånn på halv tolv at du får sjonglert så vidt det er. At du har fått ståkarakter, men at det er ikke bra. Akkurat den biten er ganske viktig ellers så får man ikke tid til å møte pasienten i det hele tatt faktisk. Pasienten blir oversett over lengre perioder enn de burde, kanskje man overtar de og de ikke har fått noe fokus eller oppmerksomhet i det hele tatt”.

Når fokuset til sykepleieren blir å ”rekke over” pasientene er det som sykepleieren her påpeker ikke rom for å møte pasienten. Dette går noe på tiden som oppleves å ikke strekke til, men kanskje i vel så stor grad på hva en presset jobbsituasjon gjør med sykepleieren.

”Ja, så det at – fordi at de her pasientene dem – krever, men jeg synes de har en rett til at vi skal ta oss tid til dem og da synes jeg ikke vi skal ta tid til mye annet. Altså, sånn at du – at ting som burde vært ordnet før du kommer på jobb: At rammene rundt, at det er nok personale - det flyter jo en pasientstrøm inn til avdelingene. Ikke sant, jeg har følt mange ganger nå at jeg har sittet mer i telefon og kranglet med akuttmottak om hvem som skal ha pasienter fordi vi har fire på korridoren allerede. Det er klart at i sånne perioder så har man ikke så mye overskudd til å gå inn og ha den dype samtalen eller på en måte se pasienten sånn man burde fordi at du hele tiden prøver å holde hodet over vann”.

Det å være rettet mot pasienten og ha et overskudd til å sanse den andre på den måten undring krever ser altså ikke ut til å kunne mekaniseres til et tiltak; men er noe som oppstår når sykepleieren har et overskudd til å gå inn i denne type samtaler.

Pasientens reaksjonsmønster i møtet med alvorlig sykdom vil også påvirke hvordan relasjonen kan utvikles og oppleves.

”Heldigvis er det en mann som er veldig åpen og har lett for å gråte og det gjør det lettere synes jeg; det er lettere å hjelpe folk som ... for da greier en å ta imot hjelp og, han er interessert i å snakke og jeg ser det hjelper... folk som jeg ser sliter, inneslutta, som sier lite og jeg har problemer med å få tak i det synes jeg er tungt. Det er mye lettere med folk som snakker og viser følelsene sine”.

Det er godt for sykepleieren når pasienten oppleves tilgjengelig for samtale og et nærvær som sykepleieren opplever er viktig i situasjonen, det kan virke som en pasient som åpner opp og har sine reaksjoner på en synlig måte er lettere å gripe an for sykepleieren.

#### **5.2.4 Oppsummering**

Det kreves en oppmerksomhet og ro for at disse møtene skal skje. Det ”å bare være der” går igjen i beskrivelsene. Noen ganger kan pasienten ha mye på hjertet andre ganger er det selve samværet som er viktig - men uansett trengs det en tilgjengelighet fra sykepleieren. Å være i relasjon til pasienten kan ha betydning for sykepleiernes forståelse av seg selv og det å kunne møte pasienten på denne måten gjør arbeidet givende og meningsfylt. Undring oppstår ikke uten at det er en innstilthet både hos sykepleier og pasient. Hos sykepleieren kan det være opplevelsen av et sterkt arbeidspress som kommer forstyrrende inn og hos pasienten kan reaksjons- og væremåte i en vanskelig situasjon stenge for denne type relasjonsopplevelser.

### **5.3 Selvavgrensing**

I teorigrunnlaget for denne oppgaven sees selvavgrensing på som en konstant prosess som utfordres spesielt under emosjonelt påtrykk (Schibbye 2002). Vi skal i det videre se på hva intervjuene uttrykker om selvavgrensing. Dette temaet inneholder kontrastfylte refleksjoner over egen posisjon i forholdet til den alvorlig syke pasienten; sykepleierne forteller på den ene siden om identifisering, engasjement, følelser og nærhet til pasienten - og på den andre siden om å skille, skape distanse og sette grenser. Selvavgrensing er i Schibbyes(2002) teori en indre prosess hvor den enkelte skiller mellom egne følelser, holdninger og tanker og den

andres, og dette sees på som avgjørende for en anerkjennende relasjon. I dette avsnittet vil jeg se på hvordan sykepleierne jobber med grensemarkering også på et mer ytre praktisk plan først for så å nærme meg det indre arbeidet, og Schibbyes begrep, etterpå. Subkategoriene under dette temaet er: ”Kontraster og markeringer”, ”nærhet og distanse” og ” Å finne grenser”.

### **5.3.1 Kontraster og markeringer**

Sykepleierne i dette prosjektet legger vekt på at arbeidet påvirker dem som menneske og at det er en utfordring å finne en balanse og distanse mellom jobben og privatlivet.

”... det påvirker selvsagt arbeidsdagen og det påvirker livet ellers og – de er liksom ikke borte og det dukker opp i hodet selv om jeg har fri. Det kommer tilbake, fordi om jeg ikke drar det så mye med meg hjem, når jeg har andre ting å gjøre så tenker jeg ikke så mye på det, men det kommer. Særlig når jeg går tur i skogen, som jeg gjør mye for å hente meg inn, da tror jeg at jeg bearbeider dette veldig, da kommer det... da kommer det igjen”.

Det kommer frem hva som hjelper dem å finne en balanse og hva som gjør det vanskelig. Sykepleierne beskriver at kontraster og markeringer av overgangen mellom arbeid og fritid hjelper dem å legge igjen opplevelsene på jobben. Det kan være at kjøreturen hjem brukes til å sortere og ”legge ting på plass”. På denne måten forstår jeg det som sykepleieren bruker ytre markeringer for å avhjelpe de indre avgrensingsprosessene. En av de mest erfarne sykepleierne beskrev hvordan hun bevisst har satt av en time til å komme seg ut av jobbmodusen.

”Jeg setter meg i stolen og slapper av – tankene flyr. Da kommer det som kommer. Det hender at jeg sovner, og da jeg våkner er det greit, da kan jeg lage meg mat og spise og gå ut en tur”.

Her kommer det altså opp behov for å lage skiller mellom arbeid og fritid, soner som markerer overganger. Det ser ut som det er viktig for sykepleierne å finne måter å omstille seg på etter en arbeidsøkt og dette gjøres blant annet ved å markere og merke seg kontrastene mellom arbeidet og fritiden.

”Men, når jeg har vært på jobb så går jeg ofte ut i byen. For da opplever jeg den kontrasten så veldig – at nå kan jeg gå. Folk får se meg, men det er ingen som sier noe til meg. Og det er den kontrasten fra jobb hvor bare at du går ut fra ei dør så har du fire andre som møter deg og du får fire beskjeder og du må hele veien ta stilling til hvem du skal velge først? Hvem skal jeg bare gi fra meg? Og da er det en befrielse å gå ut fra – gå på byen og være i stress og kaos, men du er helt anonym. Helt anonym. Så går du på bussen og så går du hjem.”

Her kommer det fram hvordan arbeidet er fylt av krav om tilstedeværelse og tilgjengelighet og at det blir betydningsfullt å kunne kjenne på en følelse av at ”nå kan jeg gå”. Denne kontrasteringen ser ut til å gi sykepleieren mulighet til å kjenne på andre tilstander og væremåter og gir perspektiv og distanse til jobbopplevelsene.

Sykepleierne prøver også å balansere sin tilgjengelighet og styrke muligheten til selvavgrensning ved å ta praktiske grep på jobben. Det gjøres ved å fordele de pasientene som er ”tunge” følelsesmessig på gruppa, ta pauser fra pasienter hvor det har vært tett oppfølging og ha jevnlig friperioder. Høyt press på avdelingen trukket fram som en faktor som vanskeliggjorde denne muligheten til tilbaketrekking for sykepleieren.

### **5.3.2 Nærhet og distanse**

I intervjuene finner jeg flere refleksjoner rundt temaet nærhet og distanse, og det å finne sin måte å håndtere disse relasjonelle utfordringene står fram som viktig for sykepleierne. For å beskrive denne prosessen blir begreper som sortere, rydde og å bruke fornuft brukt.

”Ja det er det, det som er tungt. Og det er da en har behov for å rydde for seg selv når en har vært inne i det; det er det å finne balansen mellom å kjenne empati og å ta det helt innover seg og bli en del av den sorgen. Så det er det jeg må passe på at jeg ikke tar det... at hans sorg blir min på en måte. For det hjelper jeg ikke han med og det hjelper jeg ikke andre med heller”.

Her kommer det fram hvordan sykepleieren må finne en måte å navigere på hvor disse to hensyn ivaretas: pasientens behov for forståelse og nærhet samt eget behov for avgrensning. I samspillet mellom sykepleier og pasient er det, ifølge Schibbye (2002), mange prosesser ”i

gang” og i denne typen samspill mener hun det er mer snakk om å *gjenvinne* grenser enn å *holde* på dem. For å endres eller bevegges ser det ut til at sykepleieren, i dette teoriperspektivet, må tørre å svekke disse grensene i relasjon med den andre. Sykepleieren i dette sitatet beskriver en balansegang og jeg forstår dette som et eksempel på hvordan det å ta den andres inn og kjenne på det kan bety å måtte svekke sine egne grenser for så å ”komme i balanse igjen” etterpå. Sykepleieren kan dermed, ifølge Schibbye(2002), la seg bevege av det den andre meddeler. Alle de fem sykepleierne berører dette temaet om nærhet og distanse. Her synes det å være et skille mellom sykepleierne som har mye erfaring og den med mindre erfaring. De med mest erfaring beskriver nærhet som et mål i seg selv og reflekterer rundt utfordringene dette gir imens

sykepleieren med kortest tid i praksis legger vekt på viktigheten av å ha distanse til pasienten, og som en motsetning til distanse snakker hun om identifisering og involvering. Hun vektlegger at det er viktig og riktig å opprettholde denne distansen men at det er vanskelig når hun har med pasienten over lengre tid og/eller pasienten og dens pårørende minner om egen familie. Hun ordlegger seg slik da spørsmålet om hvordan det er å være i relasjon til den aktuelle pasientgruppa:

”... Det er minst greit når det er veldig unge mennesker eller mennesker du assosierer deg og din familie med – faktisk – selv om man ikke skal det.”

Her ser vi at det er det å assosiere seg med pasienten eller pårørende som er vanskelig, og hun legger vekt på at det er noe som ikke bør skje. Slik jeg forstår dette kan det være hennes relasjonsarbeide er preget av en enten – eller holdning. Det hun ønsker er en distanse hvor skillene kanskje er lettere å håndtere og når dette ikke går (ved at pasienten minner om en i familien, eller er lenge på avdelingen) kommer hun i et dilemma. Det å *både* kjenne på pasientens *og* på eget i et selvavgrensingsarbeide kommer ikke fram i hennes erfaringer. Grensene forsvares, slik jeg tolker det, ved å bruke distanse og når det ikke fungerer kan det være vanskelig å forholde seg til pasienten. En annen sykepleier trekker fram at det å ha ”noe eget på nakken”, som egen personlig sorg, er vanskelig i denne type arbeid:

”Egen sorg – det kan oppleves mer slitsomt på en måte for meg fordi at de skillene blir litt borte. Men det er ikke sånn at jeg tar med meg pasienten hjem”.

I denne situasjonen ser det ut som egen emosjonell tilstand svekker evnen til å vær avgrenset. I egen sorg ser det ut til å bli vanskelig å sortere fordi det kanskje mangles overblikk og bearbeiding av egne emosjonelle opplevelser.

### **5.3.3 Å finne grenser**

Selvavgrensing synes utfordrende for den enkelte som en personlig utfordring men også på et mer ytre plan noe jeg mener kommer til uttrykk gjennom en normativitet i utsagnene. Dette kommer tilsyne ved at sykepleieren korrigerer og regulerer seg selv:

”Du blir jo rørt selv og det er jo lov og, synes jeg, men du kan jo ikke stå på rommet å strigråte og lissom. Det går jo ikke an. Du må jo finne grenser for det.”

I kollegiet ser det også ut til å være en slik korrigering av hverandre og det uttrykkes en balansegang som skal overholdes og noe defineres som helt klart ”for mye”.

”Og jeg har hatt en kreftpasient som hadde en veldig smerteproblematikk det var helt umenneskelig å finne ut av – og da hadde jeg kontakt med smerteklinikken og den ene sykepleieren der nede sa til meg:” Du ”Kari” nå, nå må du ikke ta henne helt inn i fanget” (ler) så hun hørte at jeg var på grensen. Jeg synes det er litt ålreit at folk kan si det til meg og, når det blir for voldsomt engasjement.”

Her får sykepleieren en påminnelse fra en kollega om at pasienten hadde kommet for ”langt inn på fanget”, noe engasjementet hennes hadde avslørt. Her ser vi altså flere eksempler på en pågående prosess i den enkelte sykepleier, og også noe som rører seg mellom kolleger. Det kan synes som om en uavgrensethet som kommer til uttrykk på denne måten blir korrigert av sykepleieren selv eller kolleger. De skal passe på at grensen for engasjement og involvering opprettholdes.

### **5.3.4 Oppsummering**

Sykepleierne har forskjellige måter å markere overgangen mellom arbeid og fritid. Noen forteller at de trenger mye tid til dette andre gjør en kort oppsummering i bilen på vei hjem. Det beskrives en balansegang mellom pasientenes behov for nærhet og egne behov for selvavgrensing. Sortere og rydde er begreper som brukes her. Utfordringene ser ut til å bli

større hvis sykepleieren identifiserer seg med pasienten eller pårørende eller har noe eget privat som tynger i tillegg til jobben. Det kan se ut som det er knyttet en normativitet til graden av involvering. Hvor mye er bra og hvor mye er for mye? Sykepleierne korrigerer seg selv og hverandre når grensene overskrides.

## **5.4 Selvrefleksjon**

Begrepet selvrefleksjon rommer blant annet forståelsen av at vi kan se oss selv som både subjekt og objekt. I materialet finnes det mange beskrivelser av hvordan den enkelte ser på seg selv, den jobben de gjør og hvordan dette oppleves. Subkategorien til dette temaet har fått betegnelsen ”erfaring og selvrefleksjon” hvor sykepleierne beskriver opplevelsen av seg selv som sykepleier, og ”den vanskelige samtalen mellom ærlighet og håp” som beskriver hvordan det oppleves å stå i et dilemma mellom egne idealer og avdelingens praksis.

### **5.4.1 Erfaring og selvrefleksjon**

Her fremkom det et skille mellom sykepleieren med liten erfaring og dem som hadde lang erfaring. Som ny ble det beskrevet som vanskelig å vurdere om arbeidet var godt nok gjort og det ble etterlyst muligheter for mer direkte tilbakemeldinger.

”Man burde snakke om det eller fortelle hvordan man opplevde ting. Det er også viktig ja. For man vet jo aldri helt - og man spør jo aldri pårørende når pasienten er død: ”syns du jeg gjorde en bra nok jobb” liksom”.

Det beskrives også som veldig viktig å gjøre ”det riktige” i relasjonen til pasienten.

” ... så jeg trodde jeg leverte fra meg en pasient, som liksom var, eller at jeg ikke hadde gjort en god jobb og følte på det hele dagen – til dagen etter. Dagen etter hørte jeg at han var død, det hadde jeg nesten ikke håpet, for jeg hadde håpet at han kunne leve en dag til så jeg kunne få gjort det riktig...”



Hun beskriver at det å involvere seg stiller høye krav til henne og at det føles feil når arbeidet blir "litt sånn på halv tolv". Høye krav til nivået er noe også de mer erfarne sykepleierne påpeker.

"Fordi at vi kjenner at – problematikken er at du at kjenner at du aldri gjør – kanskje – en jobb godt nok, fordi du hele tiden opplever at det står mellom liv og død, ikke sant. Det gjør at du hele tiden er i en sånn prosess: Hva har jeg gjort nå? Var det rett"?

Erfaringen trekkes fram som en faktor som har bidratt til en større ro i jobben og en trygghet i møtet med den alvorlig syke pasienten.

"Ja, det skjer jo en forandring fra den første historien hvor jeg var lissom kjempeusikker og skulle stå der å stelle, som ny sykepleier er du kanskje redd for at noen skal dø på din vakt for å si det sånn. Det er jo ikke jeg redd for. Jeg synes jo bare at det er kjempefint hvis den pasienten til slutt får slippe eller sånn. Du går jo på – det er ikke noe stress forhold til at kanskje det mennesket døde på din vakt for å si det sånn. Da føler jeg meg veldig trygg på hvordan jeg skal ivareta pårørende og en sånn situasjon da. Så rammene rundt det blir trygge for deg etter hvert."

Det uttrykkes en selvtillit blant de erfarne sykepleierne om at de kan jobben sin.

"Jeg tror det er sjelden jeg føler at - det her det mestrer jeg ikke. Når det gjelder å være sammen med pasienten og snakke og stelle så tror jeg ikke jeg opplever det altså... det høres rart ut egentlig. Synes egentlig... det er ikke vanskelig det. Det er ikke slik at jeg ikke mestrer det, tror jeg".

En av utfordringene for den erfarne sykepleieren er at de med mindre erfaring tyr til dem når arbeidet blir vanskelig.

"Ja så er det det å tørre å gå inn i det som er så vondt, særlig det når en skal snakke om døden så er ... jeg opplever stadig at de andre sykepleierne synes det er kjempevanskelig og vil gjerne ha hjelp til det, og spør om jeg kan ta en samtale og... og det har jeg gjort litt, og ellers bidratt med det jeg kan som fagperson for dem og da".

”Vi er ikke sterkere enn noen andre men kanskje vi får – hva skal jeg si – du får kanskje fatt på noen nøkler etter hvert som du kan bruke, men jeg kjenner på en måte at jeg liker ikke å bli betraktet av andre som at jeg er sterkere enn henne eller henne. For det blir feil”.

Det å være erfaren gjør at sykepleierne med mindre erfaring bruker deg som en ressurs. En av sykepleierne uttrykker at hun ikke ønsker å få rollen som ”den sterke” selv om erfaringen har gitt henne ressurser til å takle utfordringene bedre med årene.

#### **5.4.2 Den vanskelige samtalen mellom ærlighet og håp**

Alle fem sykepleierne i undersøkelsen tok opp dette temaet og gav forskjellige beskrivelser av hvor uholdbart det oppleves å vite mer om pasientens prognose enn pasienten selv gjør. Frykten ligger blant annet i å si noe feil som avslører denne ”mer-viten” sykepleieren bærer på.

”Da må man jo komme inn og trå litt varsomt, gi litt bomullssvar- hvis de ikke vet eller har fått beskjed eller... Så lenge vedkommende har fått all informasjon og det er i orden, at ting er avklart så er det greit. Man må jo være varsom hvis ikke pasienten har fått beskjeden enda og være litt sånn... å ikke tulle seg inn i noe som blir feil.”

Dette er ikke bare et praktisk problem i forhold til hva som er gitt av informasjon, det oppleves også frustrerende og kan synes som et moralsk dilemma; det å bidra i to helt forskjellige virkeligheter, en på vaktrommet og en på pasientrommet. Her er det, slik jeg ser det, en selvrefleksivitet idet sykepleieren er i kontakt med noe opprinnelig i seg selv og ser seg selv i et jeg – meg perspektiv. I det hun vurderer seg selv i relasjonen med pasienten får hun ”se” noe som ikke er forenelig med hva hun mener hun står for. Dette gir et dilemma:

”Vi har jo opplevd at det sies noe på pasientrommet - så kommer jeg ut så sies det noe helt annet på vaktrommet. Det klarer ikke jeg å forholde meg til. Vi må være ærlige og det oppleves kanskje aller sterkest for oss som er sykepleiere. En lege kan jo kanskje ha en litt annen relasjon, men for meg som sykepleier så må jeg – jeg kan jo ikke si noe om en pasient på vaktrommet og ha – å stå der for så å komme inn å bidra til det, samtidig

skal jeg prøve å opprettholde et håp. Det går jo ikke for noen. Da blir du utbrent. Da blir du ødelagt.”

Dette kan forstås som en konflikt mellom forskjellige posisjoner og sykepleieren opplever dette uholdbart. Ved å ha en mer-viten om pasientens tilstand understøtter sykepleieren en jeg - det posisjon til pasienten slik jeg ser det. Pasienten blir ikke informert og sykepleieren må være nær pasienten samtidig som denne tilbakeholdelsen av informasjon gir en distanse til og objektivisering av pasienten. Ærlighet blir viktig og det beskrives som godt at sykepleieren vet at pasienten vet. Samtidig beskrives det en balansegang mellom realitetsorientering og det håpet pasienten har.

”Viktig å respektere sorgen men også bevare håpet. Det synes jeg er vanskelig for man skal ikke pakke inn og pakke inn. Det blir ikke sagt at det går mot slutten på en tydelig måte og de får ikke tid til å forberede seg og gjøre det beste ut av tida som er igjen. Så blir det jeg som må stå og si at dette er ikke går bra. Det oppleves frustrerende. For å kunne planlegge rundt pasienten så er det veldig viktig hva slags dialog legene har, at de tør være ærlige på prognose. Gi dem håp på å oppleve jul eller... men ikke på at de skal overleve, lissom. Det håpet må du tørre å frata dem ellers tar du fra dem noe annet viktig. Det er vanskelig som sykepleier å stå i en slik situasjon hvor pasient og pårørende har et helt annet bilde av ting enn du ser er tilfelle. Det er et kjempedilemma og det sliter på.”

Det å bevare kontra å frata håp blir et spenningsfelt sykepleieren må håndtere i relasjonen med pasienten. Sykepleierens tilstedeværelse hos pasienten over tid gir denne problematikken kraft. Flere sier noe om at legenes relasjon blir annerledes ved at de er inne hos pasienten så kort tid av gangen. Tiden blir også en viktig faktor på flere måter; Det kan synes som et ”tidsskille” for sykepleieren idet fakta om prognose blir kjent.

”Det blir ekte, ikke sant. Fordi at det har noe med det at – jeg tror kanskje at hvis noen får høre at de skal dø – jeg tror kanskje at de da vil begynne å leve den siste biten som de har igjen, ellers så har de kanskje et håp, ikke sant, som da – ikke så sikker at dette med å skulle opprettholde håpet. For det er noe med å være realistisk i en alvorlig fase og hvis du da får – hvis du blir fortalt at alt tyde på at du kommer til å dø, ikke sant, så

tror jeg at de får begynt på nytt i den siste fasen og jeg tror det kan være veldig, veldig riktig.”

Det å ha realitetene klarlagt gir ifølge denne sykepleieren pasienten mulighet til å begynne å leve den siste tiden som er igjen, men her tas det forbehold og vektlegges at dette er veldig individuelt. Dette kan også forstås som sykepleierens ”dobbeltrolle” faller vekk ved at pasienten får informasjon. Å samtale om døden beskrives også som godt for sykepleieren fordi det gir et klart holdepunkt i relasjonen til pasienten.

”Mens det jeg opplever når jeg tar opp døden med pasienten er at det selvsagt er et tema de har tenkt på de aller fleste. Når de får en kreftdiagnose så har de tenkt på døden. Det er nesten det første som detter ned i hodet på dem tenker jeg. Jeg tror at det å ta opp dette temaet gir deg en helt spesiell kontakt med pasienten, jeg opplever at de tyr veldig til meg etter slike samtaler og det er veldig gode samtaler. Det er ofte veldig rolig, hvis vi ikke blir forstyrret kan vi snakke lenge. Og jeg tror det er godt for pasienten ... og det er godt for meg som skal ta meg av dem framover, for det er... jeg vet at pasienten vet og pasienten vet at jeg vet! Og da kan vi ta opp tråden når behovet er der.”

### **5.4.3 Oppsummering**

Erfaringen har betydning for opplevelsen i relasjon med pasienten. Den mer uerfarne søker bekreftelse på at hun gjør en bra nok jobb, imens de erfarne føler en større ro eller trygghet i jobben. Samtidig kan det være krevende å bli sett på som den som takler det som er vanskelig i denne jobben. Det å vite mer enn pasienten om sykdom og prognose oppleves veldig belastende for sykepleierne. De fremhever viktigheten av ærlighet i møtet med den som er syk og pasientens opplevelse av håp blir problematisert av flere; skal pasientens opplevelse av håp alltid ivaretas, i så fall hvordan? Det vektlegges at tiden pasienten har igjen er kostbar og at dette derfor er en vanskelig avveining.

**”Et fallskjermhopp er strengt tatt ingen risiko. Det er bare en etteraping av livets virkelige risiko. Kjærlighet, intimitet og *de andre* er virkelig risiko.”**

**Skårderud 1998**

## **6 Drøfting**

### **6.1 Innledning**

Målet for dette prosjektet har vært å belyse problemstillingen: ”Hvordan oppleves det å være i relasjon med den alvorlig syke pasienten?” og ved hjelp av Schibbyes relasjonsteori har jeg satt søkelyset på erfaringer sykepleiere kan gjøre seg i dette møtet. Denne relasjonen ser ut til å gi mangeartede erfaringer og sykepleieren kan berøres, utfordres og bekreftes i sitt møte med den alvorlig syke pasienten.

### **6.2 Tilknytning til tidligere forskning**

Funnene i denne undersøkelsen bekrefter flere tidligere forskningsresultater. Et fremtredende trekk i mine funn er hvor viktig det er for sykepleierne ”å se” pasienten, dette har slik jeg forstår det tilknytningspunkter til Rittmann m.fl.(1997) hvor sykepleierens engasjement for den enkeltes opplevelse og unike sykehistorie ble trukket fram som viktig. I Rittmanns undersøkelse fremsto også bevaring av håp og pasientens rett til skjerming som sentralt, dette finner jeg også i mine funn. ”Å se” betyr, innenfor Schibbyes begrepsramme, å la seg berøre av den andres opplevelse ved å svekke sine egne grenser for en stund. Dette fremstår i mine funn som risikabelt og ikke alle orker å gå inn i en slik relasjon, og Artinian (1995) beskriver i sin artikkel nettopp hvordan involvering er risikofyllt for sykepleieren. Denne typen involvering kan, ifølge mine funn, være relasjonsopplevelser som forutsetter erfaring. Turner (1999) bekrefter dette i sitt arbeid og beskriver involvering som en læreprosess tett knyttet med modenhet og livserfaring. Denne involveringen kan, ifølge mine funn, se ut til å bekrefte sykepleieren som individ og fagperson. Dette fremkommer blant annet også hos Wengstrøm og Ekedahl (2006) som viser at profesjonell og personlig utvikling er tett knyttet sammen. Sykepleierne har, i mine funn, høye krav til involvering samtidig som de opplever å være

svært tilgjengelige i forhold til pasienten og medarbeidere. Disse faktorene gjør at selvavgrensingsarbeidet blir viktig å få til i denne relasjonen. Sykepleierne legger ned et betydelig arbeid i denne prosessen. Dette kommer også fram hos Sandgren m.fl. (2006) som viser forskjellige måter sykepleieren håndterer dette emosjonelle ”trykket”.

Jeg vil nå beskrive hva slags hovedinntrykk jeg sitter igjen med etter bearbeidingen av materiale og funn.

### **6.3 Hovedinntrykk**

Som et hovedinntrykk etter gjennomarbeiding av mitt materiale mener jeg at sykepleierens relasjonsarbeide består av å bevege seg, eller balansere, på et ”spenn” mellom forskjellige hensyn/krav og/eller relasjonelle posisjoner hvor løsningen kjennetegnes mer av ”både - og” enn ”enten – eller”.

I funnene mener jeg å se flere slike ”spenn”:

- Sykepleieren skal både ”se” den andre (jeg – du) og samtidig kjenne på det og tåle det (jeg – meg).
- Sykepleieren skal både ”være med” den andre (jeg - du) og finne grenser for det (jeg meg).
- Sykepleieren er hos pasienten men ønsker samtidig å være ”egentlig” hos pasienten.
- Sykepleieren skal både forstå den andre (jeg – du) og samtidig vurdere den andre (jeg - det).

Disse avveiningene mellom ulike posisjoner eller hensyn synes å koste sykepleierne mye arbeid og refleksjoner og kan slik de fremstår her forstås som dialektiske prosesser i det relasjonelle arbeidet med pasienten. Jeg vil nå trekke fram og knytte refleksjon til relasjonserfaringene som har kommet fram i disse dialektiske spennene og drøfte dem i lys av teorigrunnet, andre perspektiver og tidligere forskning noe jeg håper kan gi ytterligere

bredde i forståelsen av sykepleiernes erfaringer. Til slutt vil jeg vurdere hvordan Schibbys dialektiske relasjonsteori har fungert som teorigrunnlag for oppgavens tematikk.

## **6.4 Å se den andre og samtidig kjenne på det og tåle det**

### **6.4.1 Å se den andre**

”Å se” og ”å være med” brukes av flere sykepleiere i intervjuene som en metafor for en måte å være på sammen med pasienten. Dette er beskrivelser av å komme nært inn på pasientens opplevelser. Sykepleierne med lengst erfaring la spesiell vekt på denne relasjonserfaringen og knyttet det å se den andre opp mot sin evne til å være i en kontakt med seg selv. Når sykepleieren ser pasienten på denne måten beveges hun således mot pasienten men også inn i seg selv. Den indre opplevelsen beskrives som ”å tåle det”, ”å kjenne på det” og ”å være i en prosess selv”. For å kunne se pasienten på denne måten ser det altså ut til at sykepleierne må kunne ta den andres inn, kjenne på det og tåle det. Slik jeg forstår dette mener sykepleierne at kvaliteten på relasjonen med pasienten er *avhengig* av at de bruker seg selv når de er sammen med pasienten. Et godt jeg - du forhold til pasienten ser dermed ut til å fordre et godt jeg - meg forhold i sykepleieren. Beskrivelsene av ”å se” og ”være med” blir, slik jeg forstår det, historier om det å lykkes i relasjonen med pasienten. I mine funn er dette erfaringer sykepleierne forteller om, og det er nærliggende å spørre seg hvorvidt dette er en isolert opplevelse *i sykepleieren* eller om dette engasjementet kan merkes av den andre – nemlig pasienten? I denne undersøkelsen har ikke pasientens stemme blitt viet plass, men Kvåle (2006) har i artikkelen ”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det” intervjuet 20 kreftpasienter og spurt dem hvilke egenskaper hos sykepleieren som gjør at de opplever at vedkommende har omsorg for ham/henne. Kvåle fant at pasientene beskrev de omtenkssomme sykepleierne ved: ”At de bryr seg om meg”, ”De tar seg tid til å snakke”, ”De er smilende og glade og har humor” og hun sier:

”Pasientene beskrev møte med den omsorgsfulle sykepleieren som et møte mellom medmennesker som angikk hverandre, en relasjon. Det relasjonelle ble beskrevet som en uforklarlig kontakt som oppstod som det var vanskelig å sette ord på, og som gav dem opplevelsen av at sykepleieren brydde seg om dem” (Kvåle, 2006, s. 17).

Dette viser hvordan også pasientene kan få en spesiell relasjonell opplevelse i møtet med sykepleieren – noen ganger er det ”noe” som klaffer og en av Kvåles (2006) informanter beskrev det slik:

”... Det oppstår en uforklarlig kontakt som jeg ikke kan finne ord på, og jeg får en følelse av at akkurat jeg er viktig og ikke en av alle i hop. Når jeg føler slik for en sykepleier føler hun ofte slik tilbake...” (Kvåle, 2006, s. 17)

Kvåles funn beskriver dermed hvordan pasienten opplever seg forstått av sykepleieren i relasjonen og når mine funn leses opp mot denne undersøkelsen er det påfallende hvordan både sykepleierne og pasientene synes å bli fattige på ord når dette ”noe” skal beskrives.

I Kvåles (2006) artikkel blir altså relasjonsbegrepet knyttet til pasientenes opplevelse av omsorg, som i artikkelen belyses ved hjelp av Kari Martinsens sykepleieteori. Martinsens omsorgsbegrep er relasjonelt, praktisk og moralsk (Martinsen, 1989), og i beskrivelsene av det relasjonelle aspektet trekker Martinsen fram likeverdighet, avhengighet, anerkjennelse og forståelse. Dette setter fokus på at sykepleier - pasientrelasjonen ikke bare kan forstås som en relasjon - men også, og kanskje først og fremst, som en omsorgsrelasjon. En omsorgsrelasjon hvor det synes som om både pasient og sykepleier har meninger om, og opplevelser av, hva som er gode mellommenneskelige møter. I en omsorgsrelasjon har pasientene noen forventninger om å få noe fra sykepleieren. Dette ”noe” blir i Kvåles (2006) funn blant annet beskrevet som at pasienten føler at sykepleieren bryr seg og har tid til å snakke. Å bry seg og ha tid kan, slik jeg ser det, være elementer i det å forstå og se den enkelte pasienten, noe sykepleierne i min undersøkelse la stor vekt på. I Martinsens teori (1989) blir forholdet mellom pasient og sykepleier beskrevet som basert på ”generalisert gjensidighet”, det vil si at forholdet kjennetegnes ved at den ene er forpliktet til å gi mer enn den andre og hvor gjenytelsen er usikker, Martinsen kaller dette også uegennyttig gjensidighet (Martinsen, 1989, s.72). Jeg vil i det følgende prøve å føre en argumentasjon som viser at relasjonen kan forstås som noe mer kompleks og flertydig enn det omsorgsidealet Martinsen legger til grunn her. Målet er å vise hvordan sykepleieren også kan være en som *får* noe i relasjonen med pasienten, og jeg vil på veien trekke fram og belyse flere aktuelle aspekter ved en slik forståelse av relasjonen.



### 6.4.2 Å kjenne på det

I mine funn knyttes den relasjonelle opplevelsen *sammen* med pasienten tett til en *indre* opplevelse hos sykepleieren. Sykepleierne beskriver at de må ta den andres inn og kjenne på det. En av sykepleierne sier at dette er noe som henger sammen med det å være villig til å være i en prosess selv. Ifølge Schibbye(2002) er dette som sagt risikofyllt fordi grensene svekkes og sykepleieren vil konfronteres med sitt eget. I denne undersøkelsen var det de mest erfarne sykepleierne som vektla dette aspektet. Dette samsvarer med Holst, Sparrman og Berglund (2003) som i sin studie fant at alder som sådan ikke hadde betydning for sykepleierens håndtering og opplevelse av møtet med pasienten; det var personlig erfaring, hva han eller hun hadde opplevd i livet som hadde betydning for møtet. Yrkeserfaring fremkom, naturlig nok, også som en faktor som gjorde at sykepleieren ble sikrere i sin rolle. Sykepleierne i denne undersøkelsen ser ut til å ønske å gi pasienten en spesiell opplevelse og bruker seg selv, sitt engasjement og følelser for å oppnå dette. Dette finner jeg også hos Bolton (2000) som beskriver hvordan sykepleierne på en gynekologisk post ved et stort sykehus i Nord England bruker følelser i arbeidet. Ikke bare gjennom følelsesmessig håndtering av vanskelige situasjoner og det å holde en profesjonell maske- men ved å tilby pasienten et *følelsesmessig engasjement ut over det som vanligvis kreves*. Dette kalles i artikkelen for gaver (gifts). Det vil si å gå utover de vanlige normene avdelingen har for følelsesmessig involvering og tilføre noe ekstra for pasienten.

Dette knyttes videre til sykepleierens opplevelse av seg selv som fagpersoner:

”They offer additional gestures of caring that are not part of the job description but which they believe are an essential part of their identities as professional carers”  
(Bolton, 2000, s. 581)

Det ser ut som sykepleierne har høye krav til sitt omsorgsuttrykk og de bruker følelser fordi de mener det er viktig for pasientens opplevelse og jeg spør meg derfor; hvor kommer dette idealet om involvering fra? Noen av sykepleierne i denne undersøkelsen sa eksplisitt at deres høye krav til omsorgen for pasienten kom fra dem selv og deres interesse for andre mennesker; altså noe som hang sammen med deres identitetsforståelse – dette kan ligne funnene hos Bolton (2000). Samtidig mener jeg å høre en normativ gjennomgangstone i intervjuene som er ganske streng. Selvsensuren på hva som godkjennes som godt nok synes veldig hard hos noen. Vike m.fl.(2002) viser til at mye sykepleielitteratur fokuserer på

sykepleierens muligheter til å ha betydning for pasientens opplevelse av sykehusoppholdet. Vike fremholder at sykepleierne stiller i en særposisjon blant omsorgsyrkene fordi det holdningsmessige og moralske aspektet er så gjennomgripende.

”Det er sjukepleierens indre som uttrykkes gjennom sjukepleierens hender og fottrinn. Gjennom sine omsorgsfulle og øvede hender representerer de sjukehuset. Det er ikke nok å la seg forme, for sjukepleieren skal *ville* dette selv.”( Vike m.fl., 2002, s.119)

Det synes som om noen av sykepleierne identifiserer seg sterkere enn andre med en sykepleierrolle som innebærer å *bruke seg selv*. De er derfor villige til å svekke sine egne grenser, og gir pasienten av seg selv fordi de mener dette er essensielt for pasienten. Er dette et uttrykk for og resultat av idealer i sykepleien eller har det med en identitetsbekreftelse hos den enkelte omsorgsutøveren?

#### **6.4.3 Hvorfor gi av seg selv?**

Jeg vil nå se på noen mulige perspektiver for hvordan vi kan forstå denne typen handlinger og relasjonserfaring. En tradisjonell måte å forstå en slik handling på er at sykepleien ofrer seg for den syke. Det å ofre seg for pasienten ble, gjennom forståelsen av sykepleieyrket som et kall fram til 1950-tallet, sett på som noe av essensen i det å jobbe i pleie (Kristoffersen, 2001). I dagens sykepleielitteratur finner jeg denne tematikken igjen i form av et humanistisk og altruistisk ideal. Handlingene skal være styrt av omsorgen for den andre og egne behov skal settes til side. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug bruker et sitat fra Elisabeth Hagemanns bok ”Sykepleieskollens etikk”(1930) i ”Grunnleggende sykepleie” fra 2005, som eksemplifiserer dette:

”Enhver sykepleierske er nødt til mange ganger og på mange måter å måtte ofre sitt eget for arbeidets skyld. Spørsmålet er bare om hun gjør det tvungent eller frivillig – det vil komme til å prege hele hennes karakter og derved også bestemme verdien av hennes arbeide” (siteret i Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005, bind 1,s.145).

Her kommer det tydelig fram hvordan det forventes at sykepleieren styres av arbeidets krav og må ofre seg for jobben. Hennes karakter og verdien av hennes handlinger avhenger av den rette innstillingen. Dette er altså et sitat som står uproblematiskert i en helt ny lærebok for

grunnutdanningen, og kan sees i forhold til sitatet fra Vike, hvor nettopp aspektet med å være *villig* kommer fram. Kan det være dette idealet som er levende hos sykepleiere når de gang på gang orker å stå der når andre trekker seg?

Tre av sykepleierne trakk fram personlige egenskaper som grunnlag for denne interessen for involvering. Under intervjuene fortalte alle tre en historie fra begynnelsen av sin sykepleiekarriere som ble betydningsfull for deres forståelse av seg selv som sykepleiere.

Noen av sykepleierne trakk fram sin personlighet og erfaring som avgjørende for at de kunne gå inn i relasjonen med den alvorlig syke pasienten. Flere ganger under intervjuene ble det referert til denne tidlige erfaringen når opplevelser i dag skulle forklares eller utdypes. Innlevelsen i pasienten i dag ble altså av sykepleierne selv begrunnet med personlige egenskaper og betydningsfulle hendelser tidlig i karrieren. Evnen til å være der for pasienten kan dermed forstås som, og inngå i, en personlig kompetanse. Skau (1998) skriver i boka ”Gode fagfolk vokser... personlig kompetanse som utfordring ”:

”Vår personlige kompetanse (handler om) den vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre. Den handler dermed også om hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan”(Skau 1998, s.61).

I lys av disse refleksjonene mener jeg det ser ut som om det også blir av stor betydning *for sykepleierne* å kunne være sammen med pasientene, selv når det er tøft og utfordrende, fordi det gir dem en bekreftelse på *hvem de er* eller *ønsker å være*. I denne tankerekken vil altså det som kan se ut som å ofre seg for den pasienten også kunne forstås som en handling som *gir noe tilbake* til sykepleieren. At arbeidet med alvorlig syke kan være en viktig faktor for sykepleierens personlige og profesjonelle identitetsutvikling støttes av flere tidligere studier (Antinian 1995, Molander og Parviainen 1996, Turner 1999, Wengstrøm og Ekedahl 2006), og Schibbye (2002) har nettopp dette som et av sine hovedpoeng; hvordan partene i en relasjon ikke kan forstås uavhengige av hverandre og at man i relasjon hele tiden skaper hverandres forutsetninger. En ganske selvsagt tanke, men slik jeg ser det et poeng som kan synes noe underkommunisert i sykepleieutdanning og litteratur; hvor vi ofte blir presentert for en idealisert og stereotyp rollemodell; den oppofrende sykepleieren.

Jeg mener absolutt Martinsen har et poeng når hun sier at sykepleieren ikke kan *forvente* å få gjenytelser av pasienten - men jeg ønsker samtidig å åpne for en forståelse av dialektikken i sykepleier – pasient relasjonen. Slik jeg ser det vil nettopp det å anerkjenne denne siden av

sykepleierrollen gi et bidrag til forståelse av hvor mangeartet relasjonen er, samt hvilke utviklingsmuligheter som ligger i det å arbeide med pasienter som er i en kritisk fase av livet.

## **6.5 ”Å være med” den andre og å finne grenser for det.**

Slik jeg ser det gjør kravet om å *være der* for pasienten selvavgrensingsarbeidet viktig for sykepleierne. Sykepleiernes vektlegging av å være tilstede for pasienten påpekes også av Vike m.fl. (2002) som mener at sykepleierrollen kjennetegnes av å ha få grenser – det går på tilgjengelighet for pasienten men også på mangel på et klart definert arbeidsområde, denne tilgjengeligheten er, ifølge Vike, noe sykepleierne lærer og har som et ideal. I intervjuene kommer det fram at sykepleierne opplever utfordringer i forhold til selvavgrensing - noe de alle på forskjellig måte gir uttrykk for. Det synes som den enkelte sykepleier står ganske alene i møtet med denne relasjonelle utfordringen og at det er opp til hver enkelt å finne måter å håndtere det på. Slik jeg ser det kan det virke som det er lite ”formalisert avgrensing” på avdelingen som kan fungere som en støtte for den enkelte i sitt grensearbeide. Det ser dermed ut til å bli opp til den enkelte å finne ut av og håndtere dette emosjonelle påtrykket de utsettes for. Sandgren m.fl.(2006) fant at sykepleierne etablerte forskjellig type forsvar mot denne belastningen. Den mest hensiktsmessige måten ble kalt ”professional shielding”: som inneholdt evnen til å gjøre skifter mellom arbeid og fritid, å balansere intimiteten med pasienten, og å kunne vise empati med pasienten uten å identifisere seg for sterkt med pasienten eller pårørende. Dette har likheter med selvavgrensingsarbeidet jeg har funnet at sykepleierne i denne undersøkelsen gjør. Grensearbeidet fremstår i hovedsak som et ensomt prosjekt i mine funn, dette er noe den enkelte prøver å finne ut av. I Sandgrens m.fl.(2006) undersøkelse viste det seg at sykepleierne søkte etter bekreftelse både blant kolleger, pasienter og pårørende; dette var med på å gi sykepleieren styrke i arbeidet. I mine funn etterlyser sykepleierne veiledning og bedre tid på gruppene til å diskutere og fordøye sine relasjonelle erfaringer. Noen av sykepleierne hadde en utvalgt kollega eller venn som ventil for disse opplevelsene. Turner (1999) viser i sine funn at prosessen med å lære seg å håndtere involvering på mange måter er en vanskelig og smertefull prosess for sykepleieren å gå igjennom, men at dette er en helt nødvendig vei å gå for å kunne være i relasjon til kreftpasienter. Noen av de mest erfarne sykepleierne jeg intervjuet fortalte om lengre

sykemeldingsperioder, og en av dem knyttet dette direkte til involvering og evne til å sette grenser. Hun hadde etter denne perioden måttet finne strategier for å kunne beskytte seg selv i arbeidet. I intervjuene ellers får jeg også inntrykk av at normen om grenser er et slags felleseie men at det blir opp til den enkelte sykepleier å knekke selvavgrensingskoden. Så er det kanskje ikke tilfeldig at denne prosessen beskrives av sykepleierne som har jobbet lengst og dermed kan forstås som prosesser det kreves erfaring å kunne se og uttrykke. Dette støttes av Turner (1999) som fant at sykepleiernes bevissthet i forhold til involvering var noe som ble utviklet over lang tid og at jo mer erfaring sykepleieren hadde jo lettere kunne vedkommende håndtere denne involveringen. Det å kunne forholde seg til pasienten på denne måten kom altså med erfaring. Sykepleierne som jeg har snakket med ytrer, som sagt, ønsker om å diskutere dette temaet med hverandre og de etterlyser veiledning i tilpassede grupper og vektlegging av mer uformell diskusjon på gruppene. Dette samsvarer for øvrig med Sandgren m.fl. (2006) som i sin konklusjon oppfordrer helse foretakene til å fremme selv- hjelp, samt prioritere tid til samtale og tilby veiledning til sykepleiere med utfordrende følelsesmessige arbeidsforhold.

## **6.6 Å være - eller være *egentlig* sammen med pasienten**

Noen ganger opplever sykepleierne at samværet med pasienten får en helt spesiell karakter, det kan virke som om tiden stopper opp, og det oppstår en nærhet og tilstedeværelse som skiller seg ut. Alle sykepleierne kunne fortelle historier om denne typen erfaring som kanskje kan beskrives som en unntakstilstand. Hva gjør så at disse episodene utmerker seg? Kan det være at disse opplevelsene oppleves som en god kontrast til det pasient – sykepleier relasjonen ellers er fylt av, hvor sykepleiere er opplært til å tenke mål for pasienten og legge planer for hvordan disse målene skal oppnås. Samtalen kan på denne måten ofte bli et middel i en målorientert samhandling med pasienten. Andre ganger kan det være et tidspress som former dialogen hvor pasienten ikke gis rom for annet enn ”riktige” svar. I den undrende måten å være sammen settes dette til side, og det ser ut som det å ”bare være” sammen med pasienten gir sykepleieren sterke relasjonsopplevelser.

For å oppleve dette må sykepleieren ha et slags overskudd til å sanse pasienten, det går som vi har sett noe på tid men kanskje mest på en måte å være hos den syke. Denne

relasjonserfaringen kan dermed forstås som skjøre møter på siden av tid og rom; et møte hvor sykepleieren kanskje slipper sin tillærte rolle og åpner sine grenser og dermed selv blir beveget eller forandret. Tiden blir også annerledes ved at lite kjennes mye; en melodi på radioen eller 10 minutter mellom to gjøremål fester seg hos sykepleieren og fortelles som gylne skatter som er med på å gi arbeidet mening. Ved å være med og se pasienten kan sykepleieren få sterke positive opplevelser i relasjonen. Men disse spesielle møtene blir, slik jeg forstår det, nesten som stjålne øyeblikk i en hektisk sykehushverdag. Jeg har derfor fundert en del på hvordan disse opplevelsene kan forstås. Skal undring, slik det fremkommer i mine funn, forstås som en eksistensiell opplevelse, som en unik relasjonell erfaring som oppstår uavhengig av ytre faktorer som idealer, roller, normer og kontekst. Eller kan det være at disse sterke relasjonelle erfaringene nettopp må forstås i lys av en slik sammenheng. Kan det være at sykepleierens høye krav til seg selv i samspillet endelig innfris i en kort stund, en stund som en av sykepleierne beskrev som *egentlig*. Når disse tilsynelatende flyktige og skjøre stundene er det som oppleves som egentlig, hva betyr det for opplevelsen av relasjonen ellers. Kan det være at disse relasjonelle erfaringene oppfattes som uegentlig eller mindre verd? Følgene av en slik tankerekke vil kunne være at ved å ha meget høye idealer i sin relasjon med pasienten blir det meget sjelden sykepleieren får de gode stundene - hvor hun opplever at hun gjør en fullgod jobb. Kravene til *grad av involvering* kan dermed devaluere verdien i mer "ordinær" samhandling med pasienten.

Kan det være at dette følelsesfokuset fratrar sykepleierne mange muligheter til å oppleve tilfredshet over eget arbeid? Er det urealistiske krav til sykepleierens følelsesmessige involvering som gjør at flere av sykepleierne konkluderer med at de nesten aldri får gjort det de skal godt nok.

Heggen (2000) kritiserer det hun kaller en varmebølge i faget og advarer mot en for sterk vektlegging av følelser og mellommenneskelig aspekter i sykepleie noe hun mener svekker fagets egenart, og i ytterste konsekvens kan skjule og dekke over en økende rasjonalisering og effektivisering. Hun antyder også at denne omsorgstenkningen kan fungere som "balsam for effektivitetsslitte sykepleienerver" (Heggen, 2000, s. 3). I lys av refleksjonene ovenfor vil jeg dele hennes skepsis ovenfor urealistiske krav til sykepleierens følelsesmessige involvering, men ser i lys av mine funn ikke belegg for å si at dette fungerer som balsam for sykepleiere, men heller som et sterkt ideal som nettopp skaper en spenning eller slitasje fordi arbeidet de gjør sjelden oppleves som fullgodt.

## 6.7 ”Å være med” den andre og samtidig å vurdere den andre

I dette siste ”spennet” jobber sykepleieren på to forskjellige måter – ofte på samme tid. Hun må på den ene siden være en som får pasienten til å føle seg forstått, sett, tatt imot og akseptert, og på den andre siden være en som vurderer og observerer. Jeg vil nå knytte noen refleksjoner til det maktpotensial som ligger i dette relasjonsaspektet. Ifølge Schibbye (2002) er dette to vidt forskjellige posisjoner; Den nære posisjonen hvor hun bekrefter og forstår, jeg – du, og den mer distanserte hvor hun analyserer og tolker, jeg - det. I en omsorgsrelasjon hvor den ene er sykepleier og den andre er pasient innlagt på sykehus forventes det jo, slik jeg forstår det, at sykepleieren kan og evner begge posisjonene. På denne måten må pasienten kunne ha en tillit til sykepleierens kompetanse. Begrepet tillit er komplekst og vil ikke belyses fyllestgjørende her, men i empirisk litteratur fremkommer det fire trekk som synes å være tillitsvekkende faktorer: helsearbeidernes evne til kommunikasjon, deres kompetanse og villighet til å følge opp pasienten samt mulighet for pasienten til å velge bort hjelpere de mistror (Nortvedt og Grimen 2004). Kompetanse i relasjoner må, slik jeg ser det, innebære at sykepleieren viser selvrefleksivitet og kan skille mellom disse to relasjonelle posisjonene. Schibbye (2002) legger vekt på at begge måtene er nødvendig men advarer mot at pasienten tingliggjøres ved at sykepleieren holder pasienten i et jeg – det forhold. En slik objektivisering av pasienten øker ifølge Schibbye mulighetene for relasjonelle overgrep ved at sykepleieren utøver en definisjonsmakt og blir en som vet best og ”kan” pasienten. Samtidig er det faktisk slik at sykepleieren *har* erfaring og kunnskap som kan hjelpe pasienten – og dilemmaet blir, slik jeg ser det, å bruke denne kunnskapen uten å sette pasienten i en passiv objektrolle. En relasjon har to parter og Heggen (2002) sier i boka ”I den beste hensikt?": ”Når vi skal vurdere hvorvidt pleie og behandling er krenkende, er det ikke nok å vurdere hjelperens intensjoner og holdninger. Vi må også spørre om mottakerens erfaringer.” (s.53) En av sykepleierne i undersøkelsen beskrev en situasjon hvor hun hadde ”presset litt på” for at pasienten skulle akseptere et smertepaster. Hun mente at pasienten trengte bedre smertelindring noe pasienten motsatte seg, og sykepleieren måtte være ”litt bestemt”, som hun sa, for å få dette til. I denne situasjonen ble løsningen tilsynelatende vellykket ved at pasienten ble bedre smertelindret, men situasjonen beskriver allikevel en avveining og et vurderingsarbeid hos sykepleieren som, slik jeg ser det, kan være problematisk å håndtere riktig. For her må sykepleieren gå inn og vurdere den andre og kanskje komme til andre

konklusjoner enn pasienten og i en slik posisjon hvor vi mener å vite noe på vegne av andre ligger det, slik jeg ser det, et potensial for krenkelser.

En annen sykepleier beskrev hvordan noen pasienter ble beskrevet som ”å gjøre det vanskelig” for pleiepersonalet – og at sykepleierne kunne kritisere slike pasienter. Dette er slik jeg forstår det et eksempel på definisjonsmakt hvor pleierne definerer *hva* pasienten er – nemlig vanskelig, og gjør seg samtidig til dommer over pasientens opplevelser ved å si at hennes oppførsel var *ment å gjøre det vanskelig for dem*. Dette kan tolkes som et eksempel på at sykepleierne gjør seg til talsmann for hvem pasienten *er* – hva hun føler, tenker og mener.

Ifølge Schibbye (2002) har mennesket (les: pasienten) en fundamental trang til å være eksperter på egne opplevelser, og i sykepleier – pasient relasjonen blir det derfor essensielt at hjelperen kan bevege seg mellom en jeg - det og en jeg - du posisjon; evne til selvrefleksivitet blir avgjørende:

”Har vi ikke den tilgangen selvrefleksivitet gir, er prosesser i vårt selv skjult eller ubevisst. Vi styres av krefter vi ikke overskuer. Nettopp i en slik situasjon kan vi begå relasjonelle overgrep” (Schibbye 2001, s. 170).

I denne drøftingen har jeg belyst fire forskjellige dialektiske prosesser jeg mener kan kjennetegne sykepleierens relasjon med den alvorlig syke pasienten. Avslutningsvis i denne oppgaven vil jeg å gjøre en kort vurdering av hvordan Schibbys relasjonsteori har fungert som verktøy i møte med sykepleiernes erfaringer.

## **6.8 Dialektisk relasjonsteori**

Gjennom å bruke Schibbys dialektiske relasjonsteori har jeg gitt meg selv et sett ”briller” å se med, og et språk å bruke i møte med - og forståelsen av sykepleiernes erfaringer. Dette har gitt meg en god støtte, først i analysearbeidet hvor jeg opplevde å ha noen strukturer å forholde meg til inn i materialet hvor jeg fikk oversikt over og kjennskap til dataene på en effektiv måte. Dette gav selvtillit i møtet med datamaterialet og troen på at dette var en god måte å jobbe på. Så i refleksjonsarbeidet hvor teorien nettopp har gitt et begrepsapparat som kan gi forståelse og beskrivelse av sykepleiernes opplevelser. Samtidig har dette valget av



begrepsramme gjort at temaer *ikke* er blitt lyssatt. Materialet har slik jeg har lest det stoff i seg for flere typer fortolkninger og perspektiver. En vinkling som er nærliggende er å fokusere på kjønn, dette er et kvinneyrke hvor omsorgsutøvelsen tradisjonelt har vært knyttet til en type morsrolle. Et annet perspektiv som kunne vært aktuelt er en vinkling hvor sykepleier- pasient relasjonen kunne blitt analysert i et maktperspektiv. Et tredje perspektiv som heller ikke får fokus gjennom å bruke Schibbys relasjonsteori er hvordan systemet, i form av strukturelle og økonomiske rammer, påvirker sykepleierens opplevelser i relasjonen.

Er så en fortolkning ved hjelp av Schibbys teori et bidrag til økt forståelse og nytenkning om sykepleiernes relasjonelle erfaringer eller blir det bare nye ord på de gamle beskrivelsene. Anerkjennelsesbegrepet separat ligner på et aspekt som empati som er kjent i utdanningen og som vektlegger en holdning hos sykepleieren. Når selvavgrensing og selvrefleksjonsbegrepene får utfylle dette anerkjennelsesbegrepet mener jeg teorien har et fortrinn idet den også setter et fokus på prosesser i sykepleieren og i samspillet mellom sykepleier og pasient. I anerkjennelsesbegrepet forenes sykepleiernes idealer og ønske om nærhet til pasientens opplevelser med behovet for selvrefleksjon og selvavgrensing, noe som gjennom tidligere studier og mitt arbeid har vist seg svært sentralt for sykepleiere i denne type relasjoner. Jeg mener derfor at bruk av denne teorien har vært med og belyse viktige erfaringer og utfordringer som denne type arbeid kan gi.

Ved veis ende i dette prosjektet har dermed noen spørsmål fått et svar; samtidig som nye spørsmål har kommet opp: Normativitet og idealer – hva er det i sykepleiefaget? Hva gjøre disse idealene med den enkelte sykepleier og den måten hun er sammen med pasienten? Hva betyr det at sykepleierne sjelden opplever at arbeidet de gjør er godt nok?

Personlig er det i alle fall tilfredsstillende å avslutte dette arbeidet med nye spørsmål og en stadig nysgjerrighet på hva som former og beveger sykepleiere i deres relasjon med den alvorlig syke pasienten.

## Litteraturliste

- Aadland, Einar (2004): *Eg ser på deg... vitenskapsteori i helse - og sosialfag*.  
Oslo: Universitetsforlaget
- Artinian, Barbara M. (1995): "Risking involvement with cancer patients."  
I: *Western Journal of Nursing Research* 17(3), s. 292-304
- Bae, Berit og Jan Erik Waastad (1992): "Erkjennelse og anerkjennelse – en introduksjon."  
I: *Erkjennelse og anerkjennelse – perspektiv på relasjoner*. Berit Bae og Jan Erik Waastad (red.) Oslo: Universitetsforlaget
- Bang, Susanne (2003): *Rørt, rammet og rystet*  
Oslo. Gyldendal Norsk Forlag
- Bolton, Sharon C. (2000): "Who cares? Offering emotion work as a gift..."  
I: *Journal of Advanced Nursing* 32(3), s.580-586
- Buber, Martin (1992): *Jeg og du*.  
Oslo: Cappelen Forlag
- Cohen, Marlene Zichi og Barbara Sarter (1992): "Love and work: Oncology nurses view of the meaning of their work." I: *Oncology Nursing Forum* 19 (10) s. 1481-1486
- Cohen, Marlene Zichi, m.fl. (2004): "Rewards and difficulties of Oncology Nursing."  
I: *Oncology Nursing Forum* 21(8), s. 9-17.
- Corner, J. (2002): "Nurses experiences of cancer."  
I: *European Journal of Cancer* 11, s. 193-199
- Dein, Simon (2006): *Culture and cancer care: anthropological insights in oncology*.  
New York: Open University Press
- Ekedahl, Marieanne og Yvonne Wengström (2006): "Nurses in cancer care: coping strategies when encountering existensial issues." I: *European Journal of Oncology Nursing* 10, s. 128-139
- Eriksen, Trond Berg (1994): *Undringens labyrinter*.  
Oslo: Universitetsforlaget
- Faulkner, Ann og Peter Maguire (1998): *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*.  
Oslo: Tano
- Fog, Jette (1994): *Med samtalen som utgangspunkt*.  
Akademisk forlag

Gyldendals fremmedordbok (1971)  
Oslo: Gyldendals forlag

Heggen, Kristin (2000): "Romantisering av sykepleiefaget"  
I: *Tidsskriftet Sykepleien* 1 [Internett] Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=435> [lest 07.08.06]

Heggen, Kristin (2002) "Krenkende pleie og behandling."  
I: *I den beste hensikt?* Barbro Sætersdal og Kristin Heggen (red.)  
Oslo: Akribe Forlag

Hedly, Vera (1993): "I dødens nærhet" Doktorgradsoppgave,  
Institutt för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet.  
Stockholm

Holst, Monica, Susanne Sparrmann og Anna – Lena Berglund (2003): "Det dialogiska förhållandet." I: *Vård i Norden*, 2(23), s. 46-49

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli- Anne Skaug (red.) (2005): *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, Margareth (2001): "Kallet – utfordringer for sykepleierutdanningen."  
I: *Tidsskriftet Sykepleien* 4 [Internett] Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=565> [lest 07.08.06]

Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*.  
Oslo: Gyldendal

Kvåle, Kirsti (2006): "Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det."  
I: *Vård i Norden* 1(26), s. 15-19

Larson, Dale G. (1992): "The challenge of caring in oncology nursing."  
I: *Oncology Nurses Forum* 19 (6), s. 857- 861

Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*.  
Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari (1989): *Omsorg, sykepleie og medisin*.  
Oslo: Tano

Molander, Gustav og Tuire Parviainen (1996): "Så känns det att vårda döende."  
(Nord 1996:7) København: Nordisk Ministerråd

Nortvedt, Per og Harald Grimen (2004): *Sensibilitet og refleksjon*.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Om verdier for den norske helsetenesta.*

Oslo: Helse og sosialdepartementet, 1999-2000. (Stortingsmelding 26).

Rittmann, Maude, m.fl. (1997): "Phenomenological study of nurses caring for dying patients."

I: *Cancer Nursing* 20 (2), s.115-119

Rustøen, Tone, Tore Schjølberg og Astrid K. Wahl (2003):" What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems?" I: *Journal of Advanced Nursing* 41(4), s.342-50

Sandgren, Anna, m.fl. (2006):"Striving for emotional Survival in Palliative Cancer Nursing."

I: *Qualitative health research* 16(1), s.79-96

Schibbye, Anne- L. Løvlie (2002): *En dialektisk relasjonsforståelse.*

Oslo: Universitetsforlaget

Schibbye, Anne- L. Løvlie (2001) "Å bli kjent med seg selv og den andre."

I: *Psykatri i endring.* Bengt Karlsson (red.).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Skau, Greta Marie (1998): *Gode fagfolk vokser... personlig kompetanse som utfordring.*

Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Skårderud, Finn (1999): *Uro – en reise i det moderne selvet.*

Oslo: Aschehoug

Turner, Mary (1999):"Involvement or over-involvement"

I: *European journal of Oncology nursing* 3(3), s. 153-160

Vachon, Mary L. S. (1998):"Caring for the caregiver in oncology and palliative care."

I: *Seminars in Oncology Nursing* 14 (2), s. 152-157

Vike, Halvard m.fl.(2002): *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Wengsröm, Yvonne og Marieanne Ekedahl (2006):"The art of professional development and caring in cancer nursing. " I: *Nursing and Health Sciences* 8, s. 20-26

Spørsmålsguide til intervjudelen av prosjektet  
"Sykepleieren i relasjon til den alvorlig syke pasienten"

Åpningsspørsmål:

Alt.1)

Kan du fortelle om den episoden eller hendelsen som står sterkest hos deg nå som temaet er sykepleieren i relasjon til den alvorlig syke pasienten?

Alt.2)

Fortell om sist gang du hadde en pasient som var alvorlig syk.

Fast oppfølgingsspørsmål:

Hva gjør at denne historien er viktig for deg?

Oppfølgingsspørsmål:

Eksempler:

Hva mener du når du sier...

Vil det si at...

Forstår jeg deg riktig når...

Kan du utdype...

Temaer for videre samtale:

Hvordan forstås begrepet "alvorlig syk."

Beskrivelse av selve relasjonen.

Hva oppleves som krevende.

Håndtering av opplevelser.

Betydningen av erfaring.

Kilder til arbeids glede?

Hva gir "påfyll"?



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr.polit., førsteamanuensis Kristin Heggen  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo

*Regional komité for medisinsk  
Sør- Norge (REK Sør)*  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

*Dato:* 07.11.05  
*Deres ref.:*  
*Vår ref.:* S-05313

Telefon: 228 44 666  
Telefaks: 228 44 661  
E-post: [rek-2@medisin.uio.no](mailto:rek-2@medisin.uio.no)  
Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

S-05313 *"Sykepleieren i relasjon til den alvorlig syke pasienten"*

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte onsdag 26.10.05.

Komiteen har ingen merknader til selve prosjektet.

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivene:

1. Komiteen synes innholdet i de to informasjonsskrivene i stor grad overlapper hverandre, og ber prosjektleder vurdere om dette er nødvendig. Når forskeren velger å ha to typer informasjonsskriv, bør det imidlertid markeres bedre hva som er forskjellen mellom dem. Komiteen foreslår derfor at det første skrevet får overskriften "Orientering om forskningsprosjektet Sykepleieren...osv" (e.l.), og at det andre skrevet får overskriften "Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt .....og prosjektets tittel."
2. Siden Regional etisk komité ikke "godkjenner" studier, men "tilrår" dem, ber vi om at dette blir rettet i skrivene.
3. Når det informeres om bruk av lydband i informasjonsskriv, skal det alltid oppgis endelig dato for sletting.
4. I selve informasjonsskrivet står det at dataene aidentifiseres. Er dette korrekt? Blir de ikke anonymiserte?

Vedtak:

"Komiteen tilrår at prosjektet gjennomføres. Reviderte informasjonsskriv sendes komiteen til orientering."

Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen

Hans Erik Rugstad  
Professor dr.med.  
Leder

Tone Haug  
Rådgiver  
Sekretær

Kopi: Masterstudent Kristin Jordal, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo



Kristin Heggen  
Seksjon for helsefag  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

ARKIV 427  
Dok. nr. 2 ①

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

Vår dato: 27.10.2005 Vår ref:200501561 SM /RH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.09.2005. Meldingen gjelder prosjekt:

13380	<i>Sykepleieren i relasjon til den alvorlige syke pasienten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristin Heggen</i>
Student	<i>Kristin Jordal</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlagte prosjektvurdering. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2006, rette en henvendelse angående status for behandling av personopplysninger.

Vennlig hilsen

*for* Vigdis Kvalheim  
*Kun + Kvalheim* *Stjert*

*Siv Midthassel*

Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Kopi: Kristin Jordal  
Rådystien 33  
3188 HORTEN