

# **MASTEROPPGAVE**

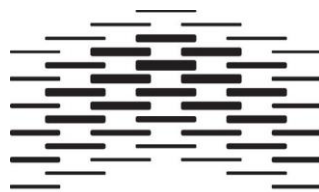
**Master i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling**

**Mai 2016**

For aller siste gang  
Om verdighet i stell av døde

Victoria Oppegaard Berre

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

Veileder: Finn Nortvedt

## FORORD

Først og fremst vil jeg rette takknemlighet til min mor. Takk for at jeg som liten fikk forstå på mine egne premisser hva døden handlet om da vi mistet noen av våre kjære. Takk for at du tok meg med og lot meg se det interessante, det naturlige og vakre, og også det vanskelige og vonde mens du lot meg få hvile på deg. Uten disse verdifulle erfaringene ville jeg ikke i dag sittet med denne masteroppgaven.

En stor takk til alle sykepleierne som stilte opp til intervjuer og som delte sterke historier, latter og gråt. Dere har vist meg tillit og ærlighet, og gjort det mulig å undersøke dette spesielle fenomenet. Dere har illustrert hvordan det er å jobbe med døden så tett innpå, og hva det fører med seg av både takknemlighet til livet, utfordringer og lærdom.

Videre en hjertelig god takk til min veileder Finn Nortvedt, som med stø kurs og stort engasjement har veiledet meg gjennom arbeidet. Takk for kloke og oppmuntrende ord og refleksjoner både i medgang og motgang!

Min kjære Arne - Min mann. Min venn. Min helt. Tusen takk for tålmodigheten og støtten du har vist meg under studietiden. Du har gitt meg motivasjon og styrke når jeg har ønsket å gi opp. Takk for at du har holdt ut de intensive årene, og for at du alltid går ved min side og hjelper meg frem.

Så en takk til min dyktige og alltid blide medstudent Karina Grasbekk for godt samarbeid og god stemning under studietiden.

Venner og familie fortjener også en spesiell takk, som har heiet meg i mål og tålmodig lyttet når jeg uoppfordret og usjenert har pratet om døden og dens uttrykksformer i tide og i utide.

Jeg tvilte til tider på at jeg skulle klare dette, men det gjorde aldri dere! Tusen takk.

Trondheim, 13. Mai 2016

Victoria Oppegaard Berre

## SAMMENDRAG PÅ NORSK

**Formål:** Studiens formål er å forstå hvordan sykepleiere ivaretar verdighet ved stell av døde i sykehus.

**Teori:** Funn fra tidligere forskning viser at sykepleiere opplever respekt og verdighet som viktig og grunnleggende anliggender når de steller døde mennesker og støtter deres pårørende. De steller døde som om de skulle vært levende, og tid og ro er avgjørende for at stellet blir verdig. Ved hjelp av aktuell litteratur og vitenskapsteori er det gjort rede for sentrale begrep som døden, stell av døde og verdighet. Kroppsfenomenologen Maurice Merleau-Pontys tenkning vektlegges i forhold til distinksjonen mellom subjekt og objekt. Emmanuel Levinas' tenkning om ansiktet og ansvaret for "den Andre" redegjøres for i forbindelse med stell av døde. Kari Martinsen om sentimental omsorg er også gjort rede for i tilknytning til sykepleieren og den døde.

**Metode:** Studien er gjennomført i et fenomenologisk perspektiv, som anses som beste tilnærming for å undersøke informantenes subjektive erfaringer. Data er innhentet ved hjelp av kvalitative dybdeintervju samt ett fokusgruppeintervju av de samme informanter. Intervjuene har foregått i perioden oktober-november 2015. Syv kvinnelige sykepleiere deltok i studien, der alle arbeider ved den samme lindrende avdelingen på et sykehus i Norge.

**Resultater:** Funnene fra studien er presentert gjennom tre hovedkategorier: døden, dødens omgivelser og sykepleieren og den døde. Disse kategoriene er igjen diskutert under tre hovedtemaer: overgangen mellom liv og død, betydningen av dødens omgivelser samt kompetanse og ivaretagelse av verdighet.

**Konklusjon:** Funn fra denne studien viser hvordan sykepleiere gjennom sine handlinger ivaretar verdighet i stell av døde. Gjennom faglig kunnskap og refleksjoner samt normutvikling i fellesskap ivaretar sykepleierne denne verdigheten. Sykepleieren synes å gå igjennom tre faser i stell av døde, noe som bidrar til å avslutte relasjonen de har hatt til pasienten.

**Nøkkelord:** Døden, stell av døde, verdighet, sykepleier, fenomenologi

## SUMMARY IN ENGLISH

**Title:** "For the last time – dignity in after-death care"

**Purpose:** The aim of this study is to understand how nurses in hospitals ensure dignity in after death care.

**Literature:** Findings in prior studies reveal that nurses find respect and dignity as important and fundamental aspects of the after-death care and the immediate support of next of kin. Nurses do care to the recently dead as if they were still alive, where dignity during the last care is ensured through peace and quiet. The latest science theory literature and publications have helped in guidance for central concepts like death, care of the dead and dignity. Maurice Merleau-Ponty, who developed the phenomenology of perceptual philosophy have been emphasized in relation to the distinction between subject and object. Emmanuel Levinas' thinking regarding the face and responsibility for "the Other" is taken into account for during the last care. Kari Martinsen's thinking about sentimental care is also included in association with the nurse and the dead.

**Method:** The study was conducted in a phenomenological perspective, which is considered to be the best approach to examine informants' subjective experiences. Data is obtained using qualitative depth interviews and one focus group interviewing the same informants. The interviews took place in the period from October to November 2015. Seven female nurses participated in the study, where everyone works at the same palliative unit at a hospital in Norway.

**Results:** The findings of the study are presented in three main categories: death, death surroundings and the nurse and the dead. These categories are further discussed under three main themes: the transition between life and death, the meaning of death surroundings as well as competence and ensuring dignity.

**Conclusion:** Findings from this study show how nurses through the actions done ensures dignity in care of the dead. Through knowledge and reflections and norm development jointly ensures the nurses that dignity. The nurse seems to go through three phases during the last care of the dead that helps the nurse to terminate the relationship they have had to the patient.

**Key Words:** Death, After – Death Care, (human) Dignity, Nursing, Phenomenology

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Introduksjon til tema	1
1.2	Bakgrunn for studien	2
1.2.1	Oppgavens hensikt	3
1.3	Problemstilling og avgrensing	3
1.4	Begrepsavklaringer	4
1.4.1	Verdighet	4
1.4.2	Stell av døde	5
1.5	Oppgavens oppbygging	5
2	TEORETISK RAMMEVERK	7
2.1	Tidligere forskning	7
2.2	Døden og stell av døde i sykepleien	13
2.3	Døden og det ukjente i sykepleien	14
2.4	Verdighet i omsorgen til døde mennesker	16
2.5	Vitenskapsteoretisk forankring	17
2.5.1	Kroppsfenomenologi	17
2.5.2	Maurice Merleau-Ponty om kroppslig eksistens	18
2.5.3	Emmanuel Levinas om ansiktets betydning	19
2.5.4	Kari Martinsen om sentimental omsorg	20
3	METODE	23
3.1	Kvalitativ metode	23
3.2	Fenomenologisk tilnærming	23
3.3	Abduktiv tilnærming	24
3.4	Utvalgsstrategi	25
3.4.1	Informasjon og samtykke	25
3.5	Forskerrolle og refleksivitet	26
3.6	Kvalitative intervjuer	28
3.6.1	Dybdeintervjuer	28
3.6.2	Fokusgruppeintervju	29
3.7	Transkribering, analyse og fortolkning	30
3.7.1	Koding og kategorisering	32
3.8	Validitet og reliabilitet	34
4	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	37
5	RESULTATER	38
5.1	Døden	38
5.1.1	Stell av døde	39
5.1.2	Å stelle døde som levende	42
5.1.3	Å stelle til det gjenkjennelige	44
5.1.4	Klesvalget	46
5.2	Dødens omgivelser	48
5.2.1	Tid og ro	48
5.2.2	Båreteppet	49
5.2.3	De små, men betydningsfulle detaljene	51
5.3	Sykepleieren og den døde	52
5.3.1	Relasjonen og bearbeidelsen	52
5.3.2	Å møte sitt eget	53

5.3.3	Intensiteten .....	54
6	DISKUSJON .....	56
6.1	Overgangen mellom liv og død .....	56
6.2	Betydningen av dødens omgivelser .....	62
6.3	Kompetanse og ivaretagelse av verdighet .....	67
6.4	Diskusjon av studiens styrker og svakheter .....	72
6.5	Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	74
7	AVSLUTNING .....	76
8	REFERANSELISTE .....	78
9	VEDLEGG .....	83
9.1	Tilråding fra NSD .....	83
9.2	Invitasjon og samtykke til deltakelse i studien .....	84
9.3	Intervjuguide – dybdeintervju .....	86
9.4	Intervjuguide – fokusgruppeintervju .....	87

## **1 INNLEDNING**

Denne masteroppgaven tematiserer verdighet i stell av døde, herunder hvordan sykepleiere ivaretar denne verdigheten i en sykehusavdeling. Innledningsvis gis en kort presentasjon av tema og problemstilling, samt forskningsspørsmål og oppgavens disposisjon. Deretter gjøres det rede for oppgavens teoretiske rammeverk, etterfulgt av metode for gjennomføring av undersøkelsen. Funn fra undersøkelsen presenteres så gjennom tre hovedkategorier, og deretter diskuteres de i lys av relevant teori og tidligere forskning. Avslutningsvis konkluderes undersøkelsen. Undersøkelsens formelle papirer og godkjennelser er lagt som vedlegg.

### **1.1 Introduksjon til tema**

På søken etter en god definisjon eller forklaring på fenomenet ”døden” og dets innhold finner jeg overraskende lite materiale. Jeg tillater meg derfor å kort definere begrepet på egenhånd: Med døden opphører all form for biologisk liv i menneskekroppen. Døden er dermed en irreversibel tilstand der mennesket ikke lenger eksisterer i vår verden.

Mathisen (2005) hevder at døden er en naturlig del av livet. Allikevel er døden i dag for mange forbundet med frykt for noe ukjent. Døden er heller ikke et tema man prater om til daglig som nettopp dette - en naturlig del av livet. Slik Mathisen (2005) også fremhever det, er det for noen ikke mulig å unngå døden som fenomen eller som samtaleemne. Dette være seg alle de menneskene som jobber med døden så nært innpå, og som står i en posisjon der de er nødt til å møte både frykt, lidelse og vanskelige situasjoner. Noen vier hele sitt arbeidsliv til å følge mennesker som av ulike grunner skal møte døden innen kort tid. Dette er blant annet sykepleiere ved lindrende avdeling på sykehus, slik som denne undersøkelsen omhandler.

I følge Folkehelseinstituttet skjedde de aller fleste dødsfall i 2014 på institusjon (<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>). Disse dødsfallene inntreffer på grunn av sykdom av ulik art, som ikke lenger er forenlig med liv. I dag er det sykdommer i hjerte og kar som tar flest liv i



året i Norge. Tett opptil finner man ondartede svulster, altså kreftsykdom som en annen hyppig årsak til død i Norge (Folkehelseinstituttet, 2015). På grunn av denne oppgavens omfang vil det kun bli tatt opp dødsfall som følge av fysisk sykdom, og ikke som følge av traumer eller selvmord.

I ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” kapittel 2.12 heter det følgende: ”Sykepleieren viser respekt for den dodes kropp” (YER, 2011, s. 9). Evnen til å vise respekt for den dodes kropp fordrer at vi reflekterer over våre handlinger, over hva som er rett og galt i en slik situasjon. Sykepleiere, i kraft av sin utdanning og erfaringskompetanse har sterke meninger om hva det innebærer å vise respekt for den døde kroppen. Å respektere den døde og dens familie fører til en verdighetsfremmende praksis, slik man etterstreber i lindrende avdelinger.

## **1.2 Bakgrunn for studien**

Når jeg som sykepleier står overfor oppgaven å stelle et menneske som nylig har gått bort blir jeg på ulike måter alltid berørt. Alle handlinger som da gjøres, gjøres for aller siste gang. Det er siste gang man tar av klokka. Siste gang man vasker hendene som bærer en lang historie. Siste gang man kjemmer håret. Det skal være en verdig siste gang.

Opprinnelig oppstod fasinasjonen og respekten for døden allerede fra barnsben av. I forordet til denne oppgaven takket jeg min mor for lærdom og erfaring jeg på en trygg måte har fått tilegne meg. Som tiåring mistet jeg min mormor i sykdom, og i henne min beste venn i livet. Jeg minnes fremdeles hvor vakker og fredelig hun så ut etter at pleierne hadde stelt henne, der hun lå med hendene og historien stedt til hvile.

Da jeg valgte å bli sykepleier var det helt klart med mål for øyet om å hjelpe mennesker i siste fase av livet og på deres vei mot det ukjente, mot døden. Det har bestandig vært en drift i meg å være nær og å kunne bistå mennesker i denne fasen og deres pårørende. Det utfordrer meg på så mange måter, både som sykepleier og privatperson. Jeg har opplevd mye gjennom flere års erfaring i både kommune og –spesialisthelsetjenesten. Det er allikevel alltid ett anliggende som ofte blir det mest utfordrende, det vanskeligste og det mest naturlige; døden. Å oppleve det privilegiet som det er å følge andre mennesker til døden, til det ukjente og uendelige. Å få

oppleve hvordan noen frykter og kjemper, mens andre håper og venter. Man blir robust av sånt. Robust til å se og å stå nært lidelse og sårbarhet, og til å komme seg igjennom det med enda mer lærdom, enda større ydmykhet til livet. Man blir også undrende til hvorfor man har valgt akkurat dette som arbeidsplass.

Etter dager og uker med idéutvikling for denne oppgaven falt det hele ned på ”stell av døde”, som etter min mening får ufortjent lite fokus hva gjelder systematisk refleksjon og veiledning. Bakgrunnen for studien er dermed ønsket om å få en dypere forståelse for sykepleieres faktiske opplevelser med stell av døde.

### **1.2.1 Oppgavens hensikt**

Hensikten med å gjennomføre denne kvalitative undersøkelsen er først og fremst å styrke kunnskapsgrunnlaget om dette emnet, både teoretisk og empirisk. Jeg håpet å få dybdeforståelse av pleiernes opplevelser med stell av døde, slik at jeg skulle få økt kunnskap for videre arbeid i klinisk praksis og med veiledning av studenter og kollegaer.

Med utgangspunkt i tidligere forskning mangler det kunnskap om dette temaet, noe som også gjorde det svært interessant for meg å gjennomføre nettopp denne undersøkelsen. Jeg anser også denne masteroppgaven som et potensielt utgangspunkt for videre akademisk arbeid.

### **1.3 Problemstilling og avgrensning**

Problemstillingen for studien er følgende:

”Hvordan ivaretar sykepleiere verdighet ved stell av døde i sykehus?”

Til ovennevnte problemstilling er følgende forskningsspørsmål stilt:

- Hva er viktig for sykepleierne når de utfører stell av døde?
- Hvilke utfordringer opplevs av sykepleierne ved stell av døde?

Før denne masteroppgaven ble aktuell gjorde jeg en oppgave i prosjektorganiserte kliniske studier som tok for seg hvilke utfordringer sykepleiere opplever ved stell av døde mennesker. Jeg ønsket å gå videre med denne problemstillingen, men innså etter veiledning og litteraturgjennomgang at den ble for ”snever” for en masteroppgave. Jeg fant imidlertid ut i det prosjektet hvordan verdighet var et sentralt og viktig begrep i sammenheng med å stelle døde mennesker, og hvordan dette både kan fremmes og trues i stellet av den døde. Derfor valgte jeg å innlemme verdighet i problemstillingen, samt å ekspandere problemstillingen til å ta for seg mer overordnet *hvordan* sykepleierne ivaretar denne verdigheten.

Som det synes, ble denne problemstillingen som tok for seg utfordringer omgjort til et forskningsspørsmål. Sammen med spørsmålet om hva sykepleierne opplever som viktig har disse forskningsspørsmålene fungert som rettesnorer gjennom hele arbeidet med masteroppgaven.

Med utfordringer menes i denne sammenheng handlinger man velger å gjøre, eller er pålagt å gjøre som oppleves vondt eller vanskelig å utføre. De opplevde utfordringene er individuelle, og bunngrunnet i ens egne holdninger og verdier. Utfordringene kan være av etisk eller moralsk karakter, men kan også omhandle organisatoriske rammer rundt arbeid med døde mennesker. Med organisatoriske rammer menes her hvordan det er tilrettelagt for pleierne å stelle døde i en sykehusavdeling. Dette kan eksempelvis innebære lover og retningslinjer, beslutninger fra sykehusets ledelse, avdelingens prosedyrer etc. Utfordringer kan også ha en følelsesmessig dimensjon.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

### **1.4.1 Verdighet**

Verdighet er et sentralt, og grunnleggende anliggende i sykepleien, og begrepet sees på som et komplekst og kontekstuel fenomen (Lohne, Aasgaard, Caspari, Slettebø & Nåden, 2010). I utøvelsen av sykepleie handler verdighet i stor grad om å behandle ”den andre” med verdighet, eller å ivareta den subjektive verdigheten pasienten har i kraft å være et menneske (Lohne et al., 2010; Edlund, 2002).

Edlund (2002) fremhever nettopp denne iboende verdigheten som mennesket har i kraft av å være et skapt menneske. Det er kroppen som er bærer av verdigheten, og kroppen gir rom for både sårbarhet og krenkelse så vel som makt og maktesløshet. Jeg vil i denne oppgaven ta for meg flere ulike problemstillinger der verdighetsbegrepet bli fremhevet og diskutert i tilknytning til kroppen som bærer av den.

#### **1.4.2 Stell av døde**

Med stell av døde menes alle handlinger, skikker og ritualer som gjøres når et menneske dør og de første timene etter dødsfallet. Denne oppgaven tar for seg stell av døde i en lindrende avdeling på sykehus. Stell av døde innebærer i all hovedsak forberedelse til stellet, selve stellet der kroppen vaskes og kles på, og avslutningsvis innpakkingen av den døde før den døde transporteres fra avdelingen til bårerommet.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Kapittel 1 – Innledning. Her er presentert undersøkelsens problemstilling og hensikt, samt kort gjort rede for de sentrale begrepene verdighet og stell av døde.

Kapittel 2 – Teoretisk rammeverk, der den teoretiske forankringen for oppgaven redegjøres for. Her presenteres også tidligere aktuell forskning med oppsummert søkestrategi.

Kapittel 3 – Metode. Her redegjøres det for oppgavens kvalitative tilnærming, samt metode for datainnsamling, tolkning og analysering.

Kapittel 4 – Forskningsetiske overveielser knyttet til gjennomføring av undersøkelsen blir her redegjort for.

Kapittel 5 – Presentasjon av funn. I dette kapittelet presenteres funn fra undersøkelsen gjennom tre hovedkategorier; a) døden b) dødens omgivelser og c) sykepleieren og den døde.

Kapittel 6 – Diskusjon. Her drøftes funnene fra studien opp mot teori og tidligere relevant forskning. Verdighetsbegrepet står her sentralt, i den hensikt å gi svar på problemstillingen. Diskusjonen er organisert i tre deler; a) overgangen mellom liv og død, b) betydningen av dødens omgivelser og c) kompetanse og ivaretagelse av verdighet. I dette kapitlet diskuteres også studiens metodologiske styrker og svakheter. Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning blir også betraktet i dette kapitlet.

Kapittel 7 – Avslutning av oppgaven.

## **2 TEORETISK RAMMEVERK**

I dette kapittelet vil jeg først presentere tidligere forskning knyttet til oppgavens tematikk inkludert oppsummering av hvordan artiklene er hentet frem. Deretter vil jeg presentere teori knyttet til døden og stell av døde i sykepleien med utgangspunkt i ritualer og tradisjoner. Døden er et tema alle mennesker har kjennskap og forestillinger om, men jeg velger allikevel å presentere døden her som en teoretisk forankring for oppgavens innhold.

Oppgavens vitenskapsteoretiske og tenkningsmessige forankring vil også redegjøres for i dette kapittelet, der jeg vil ta for meg ulike syn på verdighetsbegrepet og Levinas' tenkning om "den Andre" og "ansiktets betydning". Merleau-Pontys tenkning om den levde kroppen som subjekt og objekt presenteres også i relasjon til kroppsfenomenologi. Jeg anser også Kari Martinsens tanker om sentimental omsorg som sentralt for å belyse mitt empiriske materiale, og redegjør for hennes tanker om dette der hun henter inspirasjon fra den danske etikeren og teologen Knud E. Løgstrup.

### **2.1 Tidligere forskning**

Systematiske litteratursøk ble første gang gjennomført i henholdsvis februar og mai 2015 i forbindelse med klinisk prosjekt og prosjektbeskrivelse. Oppdaterte søk ble gjort våren 2016 for å søke etter nye funn i forbindelse med masteroppgaven. Se søkeord i tabell 1 nedenfor.

Systematiske litteratursøk ble gjennomført i databasene Medline, PubMed, Cinahl og PsycINFO. SveMed+ ble brukt for å lete opp MeSh-termer. Jeg har også gjort enklere søk i Google Scholar og Sykepleien Forskning. Jeg har fått hjelp av bibliotekar til å presisere søkene. Se tabell 1 for søkeord.

Jeg har på bakgrunn av gitte seleksjonskriterier (tabell 2) tatt for meg en doktorgradsavhandling, en litteraturoversikt, tre kvalitative studier og en artikkel. To av studiene er gjort i Norge. Fire av studiene er funn fra første søk våren 2015. Nye databasesøk i mars 2016 resulterte ikke i noen nye funn, men det har allikevel tilkommet to nye studier i oppgaven som er funnet via referanselister og tips fra fagpersoner.

Jeg har etter hvert som empirien har vokst frem sett behov for å belyse studier og fagartikler som også omhandler sykepleie som profesjon. Nortvedt (2008) fremhever en slik dialektikk mellom teori og empiri som nødvendig ettersom empirien gir nye innfallsvinkler som bør belyses ved hjelp av relevant teori. Dette vil også redegjøres for i metodekapittelet.

Tabell 1, søkeord:

Pleiepersonell/ sykepleiere/ sykehus	Stell av døde/dødsfall/ stell av mors	Verdighet/ Etikk/ Utfordringer
Nurses/ Nursing/ health professionals/ health personnel/ hospital	After death care/ Attitude to death/ postmortem care/ death/ deceased/ mortuary practice/ last offices	(human) Dignity/ ethics/ Challenges/ Experiences

Tabell 2, seleksjonskriterier:

INKLUSJON	EKSKLUSJON
Pleiepersonells opplevelse av å stelle døde mennesker, senere også stell av døde generelt.	Artikler som tar for seg pasienter i palliativ fase. (Dette fordi det eksisterer svært mange artikler som tar for seg dette til forskjell fra stellet av den døde).
Dødsfall i sykehus, og senere også i sykehjem eller andre institusjoner der artikkelen tok for seg verdighet.	
Artikler publisert siste ti år, fra 2006. Engelsk, dansk, norsk eller svensk språk.	

Berthelsen (2011) har i sin doktorgradsavhandling til hensikt å frembringe pleieres erfaringer med å pleie døende og å stille døde mennesker. I studien fremkom det at tempoet i avdelingen roet seg ved dødsfall, og pleierne uttalte at de brukte den tiden som var nødvendig. Samtlige åpnet vinduet på rommet til den døde, for å luften og for å ”slippe sjelen fri”. Pleierne informerte den døde om gjøremål under stellet, fordi de uttrykte at de steller den døde som om han skulle vært levende og fordi hørselen, i følge pleierne er det siste man mister.

Tamponering av kroppsåpninger var det delte meninger om hva gjelder verdighet. De fleste mente at det var nødvendig å tamponere slik at ikke avføring eventuelt skulle sive. Det var viktig for pleierne at den døde så fin ut etter stellet. Bruk av hakebind var omstridt blant pleierne, ettersom de følte at den døde da ble ukjent for pårørende. Hakebindet dekker til ansiktet, noe pleierne ikke ønsket.

Det var først når lakenet den døde ligger i er lukket med sikkerhetsnåler, at pleierne anså han som død. Bårerommet hadde de et ambivalent forhold til. Pleierne uttalte sterk kontrast fra verdigheten og respekten den avdøde hadde blitt behandlet med i avdelingen til at den avdøde skulle legges innpakket på stålbrett i minus fire grader.

Pleierne i studien var altså opptatt av opptre med respekt og verdighet ovenfor den døde. Samtlige følte ærbødighet i å stille og transportere døde mennesker (Berthelsen, 2011). Olausson & Ferrell (2013) har i en kvalitativ studie undersøkt sykepleieres oppfatning av hva det betyr å vise omsorg for en død kropp. Informantene ga uttrykk for at respekt, verdighet og ivaretagelse av familien var betydningsfullt. Sykepleierne i studien brukte god tid på å stille den døde, og det var viktig at den døde så fin ut, slik at de etterlatte fikk et godt minne fra syningen. Andre aspekter som var av betydning var respekten for pårørendes ønsker. Sykepleierne tente alltid lys, og ga uttrykk for at det var en høytidelig stund. Sykepleiernes måte å mestre dødsfall på var ofte å ta et siste farvel med pasienten i form av å si en setning eller ved å bøye hodet før de lukket igjen lakenet. Videre opplevde uerfarne og relativt nyutdannede sykepleier det svært viktig å få veiledning av mer erfarne sykepleiere og å reflektere over situasjonen med kollegaer.

I en litteraturoversikt som tar for seg hvordan sykepleiere i kreftavdelinger opplever pasienters død kommer det frem at dødsfall gjør inntrykk på sykepleiere som kan påvirke dem



både på arbeidsplassen og hjemme (Wilson & Kirshbaum, 2011). Oversikten illustrerer at sykepleiere kan oppleve sorg over pasienters død, og dette gjelder oftest de som har arbeidet lengst i institusjonen og dermed har godt kjennskap til pasienten. Det kommer også frem at det sykepleiere opplever som vanskeligst er å håndtere dødsfall til en person som er av samme kjønn og alder som en selv. Arbeidsplassens kultur for å prate om vanskelige hendelser er av stor betydning for hvordan sykepleiere mestrer opplevelsen. En av studiene i oversikten viste også at systematiske intervensjoner slik som undervisning om sorg og hvordan dette kan mestres var til hjelp for sykepleierne.

I en kvalitativ studie utført ved en intensivavdeling på et sykehus i Norge beskriver Hadders (2007) hvordan sykepleiere utfører prosedyrer ved dødsfall. Det fremkom av studien at sykepleierne var opptatt av at den døde skulle få ro og fred i form av enerom, og at pleierne brukte den tiden de trengte. Sykepleierne fortalte at de stelte den døde som levende, med varsomhet og respekt, og flere av sykepleierne informerte den døde under hele stellet. Når sykepleierne pakker den døde inn i laken blir den døde personen forandret for pleierne, til en død kropp, og pleierne slutter å prate til vedkommende.

Ved å utføre stell på denne måten vernet sykepleierne om den dodes verdighet i følge forfatteren. Forfatteren tolker sykepleierens handlinger dithen at sykepleierne fortsetter å relatere seg til den døde pasienten som en person for å kunne gi den døde et verdig siste stell. En annen tolkning er i følge forfatteren at sykepleierne på den måten mestrer å være nær den andres død.

Et interessant funn som viste seg i studien var hvordan sykepleierne opplevde en sterkere tilknytning til pasienten dersom de kunne assosiere situasjonen til sitt eget liv. Med dette menes for eksempel dersom pasienten var av samme kjønn og alder eller befant seg i noenlunde samme livssituasjon som sykepleierne. Når sykepleierne opplevde slike assosiasjoner kunne fort stellet av den døde føre til en eksistensiell trussel i deres eget liv, ved at de ble overmannet av egne følelser (Hadders, 2007).

Shorter & Stayt (2009) har i sin kvalitative undersøkelse til hensikt å undersøke intensivsykepleiers opplevelse av sorg og deres strategier for mestring når en pasient dør. Et interessant funn i studien er hvordan sykepleierne referert til *den gode døden* som en fordring

for at de mestret dødsfallet på en hensiktsmessig og god måte. For å oppnå denne gode døden, var det tre faktorer som måtte være tilstede; en forventning om at døden står nær, kontroll over situasjonen og god sykepleie.

Sykepleierne i undersøkelsen mente at ved å forvente at pasienten skulle dø var det lettere for dem å takle dødsfallet da det skjedde. Forventningen gjorde at opplevelsen ble mindre traumatisk og mer kontrollert i følge pleierne. Å ha kontroll over situasjonen letter en eventuell skyldfølelse som sykepleierne kan sitte igjen med etter dødsfallet. Videre påpekes det hvordan sykepleiere, ved å utøve praksis etter prosedyrer og ritualer, på den måten forsikrer seg om at de har gitt best mulig behandling for den døende pasienten.

Videre viste funn fra undersøkelsen at sykepleiere ofte relaterte situasjoner som innebar omsorg for døende til sitt eget liv. Det fremheves videre hvordan dette ga sykepleierne evne til empati for den døende og for familien. På den måten kunne de skape en relasjon til pasienten og familien, noe som sykepleierne så på som både positivt og negativt. De kunne nemlig føle seg mer opprørt da pasienten døde enn når de ikke hadde en slik relasjon til pasienten og familien fra før.

Selv om sykepleierne fikk tilbud om formell debriefing i form av samtale i avdelingen, var det allikevel flere av sykepleierne som ofte synes det var lettere å snakke mer uformelt om vanskelige hendelser. Denne type støtte ble beskrevet som ”lett prat på pauserommet”. Samtlige sykepleiere fant uvurderlig god støtte i hverandre, og det var fellesskapet blant kollegaene som var avgjørende for hvordan de taklet vanskelige situasjoner.

En annet, og interessant funn fra studien viser at sykepleierne i vanskelige situasjoner har evnen til følelsesmessig å distansere seg fra situasjonen. Det er beskrevet som at sykepleiere går inn i en profesjonell rolle som sykepleier, og med det klarer å holde sitt private anliggende utenfor denne rollen. Det var allikevel ikke bestandig sykepleierne klarte dette, og det har også kommet frem at for å yte god omsorg og det å fremme den gode døden, er altså sykepleierens medmenneskelighet avgjørende.

Galvin & Todres (2009) har med sin artikkel til hensikt å artikulere sykepleieres åpenhjertighet, og betydningen denne har for sykepleierens evne til å vise omsorg i komplekse og ofte vanskelige situasjoner. For det første stadfester forfatterne hvordan fenomenet omsorg, eller det å bry seg om, er sentralt og fundamentalt for sykepleie som fag og tradisjon.

Artikkelen bygger på fire ulike, men typiske situasjoner i en sykepleiehverdag. En av situasjonene forfatterne trekker frem er sykepleie ved dødsleie. Det illustrerte dødsleie er en ung dame som kjemper i mot døden i ønsket om å leve. Hun er sterkt preget av pustebesvær fordi hun tviholder på den raske og overflatiske respirasjonen i frykt for å slippe taket og dermed dø. Sykepleieren som står ved pasientens seng er på samme alder, og hennes oppgave i situasjonen er å være tilstede. Det illustreres således hvordan sykepleieren selv kan føle den unge kvinnens sinne og bitre kamp for livet. Hun identifiserer seg altså med den døende, men samtidig forstår hun også at det ikke er hennes eget sinne fordi hun ikke *er* den andre. Det går altså en grense mellom sykepleierens kropp og den døende kroppen. Allikevel er sykepleieren skremt i det hun ser for seg sin egen svakhet og sårbarhet og kjenner kroppslige reaksjoner på dette i form av at det ”knyter seg” i magen. Hun kjenner altså på tanken om at ”dette kunne ha vært meg”. Tross i identifiserbarheten til den unge damen i lidelse og sykepleierens følelse av intens frykt, så blir hun værende hos den døende.

Forfatterne spør seg så hva som skal til for at sykepleieren holder ut denne hjelpeløsheten som hun blir stilt ovenfor og som hun velger å bli værende i. Til dette spørsmålet henviser de til Levinas og hans tanker om uendelighet hos den andre. Det ville i følge forfatterne vært det letteste for sykepleieren å flykte fra situasjonen, eller i hele tatt å aldri gå inn i situasjonen for å skåne seg selv for denne frykten og de kroppslige reaksjonene som hun opplever. I følge Levinas (gjengitt etter Galvin & Todres, 2009), fordrer det at man kan bekrefte den annen forbi en selv for dermed å gi frihet til det som er annet enn seg selv. Dette er et viktig aspekt i sykepleierens evne til åpenhjertighet, og det er blant annet dette forfatterne mener at sykepleieren gjør ved å bli værende hos den døende og lidende pasienten.

Forfatterne konkluderer med at følgende tre aspekter utgjør sykepleierens åpenhjertighet; a) uendeligheten i det annet, altså det å åpne for å ta i mot den andre, b) Å dele sårbarhet c) praktisk tilgjengelighet, altså å stille seg åpen for den objektive situasjonen. På den måten

ligger flere handlingsalternativer for hånd enn om sykepleieren er forutinntatt av egen forforståelse.

## **2.2 Døden og stell av døde i sykepleien**

I følge Mathisen (under utgivelse, 2016) omhandler tiden etter et dødsfall i stor grad skikker og ritualer. Tradisjonene er ulike innenfor forskjellige kulturer. I denne oppgaven tar jeg for meg den tradisjonelle norske kulturen ved dødsfall. Jeg har gjennom intervjuene holdt åpent for kulturelle aspekter, men dette har ikke kommet frem blant informantene, og vil derfor ikke bli lagt vekt på i oppgaven.

Mathisen (under utgivelse, 2016) forklarer hvordan skikker og tradisjoner ofte er forbundet med behovet mennesker har for å forholde seg til noe forutsigbart og konkret i situasjoner som omhandler døden. Døden er slutten på et liv, som er forbundet med avskjed og sterke følelsesmessige reaksjoner. Historisk sett var døden en naturlig hendelse som oftest fant sted i hjemmet, der både familie og nabolag tok del i avskjeden og ”likvaken”. En likvake innebar å våke over liket frem til begravelsen slik at den døde var beskyttet mot onde makter.

På 1800-tallet var det familiens kvinner som sto for stellet av den døde, eller det var kvinner fra lokalsamfunnet som hadde dette som sin unike misjon. Mathisen refererer til Hodne (1980) når hun forklarer hvordan disse samfunnkvinnene ble beskrevet: ”...rolige, uredde og særmerkete på mange vis. De tok oppgaven alvorlig, og så det som en ære å bli tilkalt” (Gjengitt etter Mathisen, under utgivelse 2016, s.2).

Det var tradisjon under stell av den døde å legge salmeboken under haken og sølvmynter over øynene. Dette var først og fremst fordi den døde fikk et penere uttrykk med munn og øyne lukket. Andre årsaker omhandlet en slags overtro, ved at salmebokens kraft beskyttet den døde. Sølvpengene skulle gi ham ro i graven fordi han ikke lenger trengte å søke rikdom. Når den døde ble lagt i kisten var det vanlig å ta et siste farvel som ofte innebar berøring før lokket til kisten ble lagt på (Mathisen, under utgivelse 2016). Disse historiske tradisjonene er gjenkjennbare også i dag, selv om de er noe ulike. Riktignok lukkes den dodes øyne og munn for å skape et mer naturlig og penere uttrykk, men det brukes heller fuktete kompresser enn

sølvpenner. Munnen lukkes ofte med hakebøyle eller –bind. Allikevel er det ikke uvanlig i dag at en folder hendene til den døde oppå en bibel på magen.

I takt med samfunnets endringer på 1900-tallet endret også tradisjonene ved dødsfall seg. Etter hvert som folk flyttet fra bygd til by ble nabofelleskapet mindre fremtredende, og dødsfall ble i større grad en privatsak. Mathisen (under utgivelse, 2016) hevder at et slikt privat anliggende som det har blitt fremfor et sosialt felleskap, har medført en fremmedgjøring av døden. Hun påpeker at samfunnsendringen har gjort døden til noe farlig og mystisk som i dag foregår i institusjon. Ut i fra dette kan en forstå at døden var et mer naturlig og kanskje forventet anliggende før i tiden enn hva det er nå.

Som nevnt hevder Mathisen (under utgivelse, 2016) at skikker og ritualer gjenspeiler menneskets behov for noe konkret og forutsigbart i vanskelige situasjoner. Hun mener slike tradisjoner kan skape trygghet ved at etterlatte og mennesker rundt de etterlatte vet hva som er i vente og hva som forventes av dem. Med dødsfall følger ofte sterke opplevelser, og ritualer kan da gi både trygghet og fungere som noe å støtte seg til (Mathisen, under utgivelse 2016).

I dag har et profesjonelt helsevesen og begravelsesbyrå overtatt ansvaret som før tilfalt familie og naboer (Mathisen, under utgivelse 2016). Ut i fra dette kan en forstå hvordan døden foruten å ha blitt en privatsak, også i stor grad er blitt en oppgave for profesjonelle hjelpere i en institusjon. Mathisen (under utgivelse, 2016) mener det eksisterer både positive og negative sider ved dette. I det positive finner man profesjonskunnskap og –kompetanse, så vel som handlingsberedskap til å ivareta en verdig avslutning av livet og å yte hensiktsmessig og kunnskapsbasert omsorg for pårørende. I det negative kan det ligge en oppfattelse av at skikker og ritualer nå tilhører spesialister, noe som kan skape distanse mellom de pårørende og den døde i det siste farvel.

### **2.3 Døden og det ukjente i sykepleien**

Elstad (2014) henviser til Levinas når hun reiser spørsmål knyttet til sykepleie ved dødsleiet. Hun trekker frem stellet av den døde som et eksempel, der sykepleierne ofte stiller mer grundig enn ellers. Til å begrunne dette mener hun at pleierne gjør dette av hensyn til familien, men det handler om mer enn bare familien. Levinas snakker om ”dødens nonsens”

når han sier at det i døden finnes en respekt som ikke gir mening, og som ikke er mulig å plassere.

Denne respekten er noe av det Elstad (2014) omtaler som det ukjente i sykepleien, det en ikke kan beskrive og begripe, men der sykepleieren allikevel må være tilstede. Hun fremhever således hvordan sykepleie er å anse som en forståelsesprosess, der praksisen er å følge pasienter gjennom sykdom og krise. Hun stiller dermed spørsmål til hva det er vi egentlig ikke forstår, eller kan forstå i sykepleien, og henviser til Virginia Henderson som hevdet at vi ”aldri kan forstå et annet menneske fullt ut.” (Gjengitt etter Elstad, 2014, s. 100).

I det Elstad (2014) utdyper Hendersons påstand, kommer det klart frem det som synes så sentralt for tematikken i denne oppgaven; livet til pasienten handler om så mye mer enn den sykepleien som gis. Vi kan aldri forstå hele mennesket, deres livshistorie eller deres forhold til sine nærmeste. Hun fremhever hvordan sykepleieren simpelthen ikke engang kan forstå de kroppslige prosessene fullt ut. Det beste sykepleieren kan gjøre, selv uten å forstå hele mennesket, er å skape et godt og menneskelig rom rundt lidelse og smerte. Her trekker Elstad også sammenheng til Levinas tenkning om at det andre mennesket aldri kan reduseres til det en vet, eller definert av de ideene vi kjenner (Elstad, 2014). Funn fra tidligere forskning viser også hvordan sykepleierne er opptatt av å opptre med respekt og varsomhet ovenfor den døde kroppen og også for familien. Pleierne opplever å fremme verdighet ved å legge til rette for ro og hvile og for familiens tilstedeværelse (Berthelsen, 2012; Olausson & Ferrell 2013; Shorter & Stayt, 2009). Det kan bli interessant å se nærmere på hvordan sykepleierne i undersøkelsen stiller seg til forståelse av den andre og hvordan de klarer å skape et godt rom for den døde og for familien i lidelse.

Det er interessant hvordan sykepleieren makter å stå i en situasjon der hun erkjenner at hun ikke forstår, men allikevel er tilstede. Ved å henvise til Levinas fremhever Elstad (2014) det uforståelige i den andres død. I nærværet av døden oppstår det ofte sterke følelser. Hvor kommer disse følelsene fra? I følge Levinas (som presenteres utfyllende i kapittel 2.4.3), er disse følelsene uttrykk for respekt for døden. Respekten retter seg sågar ikke bare mot den andres død, men strekker seg utover dette. Det handler om et mot eller en frykt som strekker seg utover medfølelse med den andre. Det er også fremhevet i tidligere forskning (Galvin & Todres, 2009) hvordan sykepleieren, tross intens frykt for den andres lidelse, valgte å bli

værende hos pasienten. Dette kan også synes interessant å undersøke når det gjelder sykepleierne i denne undersøkelsen.

## **2.4 Verdighet i omsorgen til døde mennesker**

Edlund (2002) fremhever at mennesket er gitt verdighet i kraft av å være et skapt menneske, og at verdighet er en måte å forholde seg på som kommer til uttrykk gjennom handling.

Edlund forklarer videre at kroppen er bærer av verdigheten, og poengterer at kroppen kan skape både stolthet og skam. Kroppen gir rom for sårbarhet og krenkelse, og vitner om makt så vel som maktesløshet.

I en artikkel som tar for seg verdighet og respekten for denne presenterer Gallagher (2004) en rekke definisjoner på verdighet. Felles for de alle er at de baserer verdighet på den subjektive følelsen av verdighet. Med dette menes at verdighet er til stede og ivaretatt når pasienten selv føler at den er det. Dette gir dog begrensninger i forhold til denne oppgavens tematikk og perspektiv, som jo er knyttet til ivaretagelse av verdighet hos døde mennesker. Når Gallagher (2004) henviser til Pullman i sin artikkel, blir det derimot mer hensiktsmessig å trekke begrepet inn i sammenheng med døden. Det fremheves i denne begrepsforklaringen hvordan verdighet, i lys av et mer objektivt syn, ikke er avhengig av personens subjektivitet eller autonomi. Mennesket har sin verdighet, eller verdi utelukkende fordi det er et menneske. Gallagher fremhever så hvordan verdighet sees på som en menneskerett.

Når man snakker om verdighet i sykepleien, er det som nevnt et begrep og et fenomen som er rettet mot ”den andre”, altså mot pasienten (Lohne et al., 2010; Edlund, 2002). I følge Gallagher (2004) bør verdighet også sees på som respekt for sin egen verdighet som profesjonell yrkesutøver. Respekten for andres verdighet er godt etablert som profesjonelt anliggende, og har et solid teoretisk grunnlag. Noe mer ukjent er derimot respekt for ens egen verdighet (Gallagher, 2004). Dette kan bli interessant å ta opp til diskusjon ettersom det i tidligere forskning også har kommet frem hvordan sykepleiere opplever viktigheten av å gjøre et stell verdig, ikke bare for pasienten og pårørende men også for sin egen del (Berthelsen, 2011).

André (2014) har undersøkt hvilke forhold som ligger til rette for å oppnå den gode død i eldreomsorgen. Verdighet trekkes frem som et sentralt funn i litteraturoversikten. Det interessante er hvordan verdigheten knyttes opp mot kvaliteten på tjenesten, da dette synes å styrke døende pasienters verdighet (André, 2014).

I forhold til tenkningene om verdighet og kroppen som over er presentert, finnes det begrensninger i forhold til oppgavens tematikk. Tenkningen tar for seg den levende kroppen, men sier ikke noe om hva som skjer med verdigheten etter at kroppen er død. Det vil i kapittel seks diskuteres spørsmål knyttet til verdighet i stell av døde mennesker.

Respekt og verdighet står i nært forhold til hverandre. Tranvåg, Petersen & Nåden (2013) har i en undersøkelse om verdighet i demensomsorgen funnet hvordan det å behandle hver enkelt pasient med respekt var essensielt for å fremme verdighet. Å respektere den andre ved å bekrefte dens genuine verdi ble ansett som avgjørende for verdighetsfremmende praksis. Som nevnt innledningsvis står det i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at ”Sykepleieren viser respekt for den dødes kropp” (YER, 2011, s. 9). Respekt er synonymt med ordet ærbødighet. Fra tidligere studier er det fremkommet hvordan sykepleierne opplever det viktig å stille den døde med ærbødighet og varsomt håndlag (Berthelsen, 2011; Hadders 2007). Kan det dermed tenkes at respekt i stor grad er et moralsk anliggende, som kommer til uttrykk gjennom ønske om å ivareta verdighet? Dette er refleksjoner jeg kommer tilbake til diskusjonskapittelet.

## **2.5 Vitenskapsteoretisk forankring**

### **2.5.1 Kroppsfenomenologi**

Jeg har i oppgaven benyttet meg av innsikter fra fenomenologien i og med at dette er en gren av filosofien som har tematisert spørsmål knyttet til døden og menneskets kroppslige eksistens i verden (Langer, 1989). Denne posisjonen omtales som kroppsfenomenologi, og ligger til grunn for oppgavens vitenskapsteoretiske forankring og tolkning.

I kroppsfenomenologien var det den franske filosofen Merleau-Ponty (1908-1961) som utviklet fenomenologiens tenkning om subjektet. Å være et subjekt er i



kroppsfenomenologien og i følge Merleau-Ponty å være i verden som kropp. Kroppen er det umiddelbare uttrykket for menneskets eksistens (Thornquist, 2003). En kan forstå at denne retningen beveger seg mer bort fra kroppen som kun et objekt, og mer mot et syn der kroppen nettopp *er* eksistensen i verden.

### **2.5.2 Maurice Merleau-Ponty om kroppslig eksistens**

Merleau-Ponty regnes som den sentrale filosofen innenfor kroppsfenomenologien. I følge Merleau-Ponty er menneskekroppen et kroppsliggjort liv som innbefatter levd tid, samt opplevde rom og relasjoner. Den levde kroppen er samtidig både subjekt og objekt, og er alltid og samtidig tilstede, fraværende og vedvarende i vår bevissthet (Nortvedt, 2008). Med begrepet den levde kroppen menes at livet leves i kroppen, og uttrykkes også gjennom den. Kroppen er menneskets måte å være i verden på, og mennesket kommuniserer igjennom kroppen. (Thornquist, 2003; Nortvedt, 2008).

Merleau-Ponty bidrar som nevnt til et kroppssyn der kroppen er ”jeget” som vi aldri kan distansere oss fra. Han forklarer dette ved å vektlegge forskjellen mellom kroppen og andre objekter, i det han fremhever hvordan ting er ”der”, mens jeg alltid er ”her”. Man kan for eksempel flytte og endre på tingenes plassering, men ”jeget” vil alltid forbli ”her” (Thornquist, 2003).

Kroppen bærer altså en dobbelt betydning, ettersom mennesket både er kroppen og har kroppen. Merleau-Ponty fremhever nettopp denne relasjonen som et grunntrekk ved mennesket, forholdet mellom å være en kropp og det å ha en kropp. Ut i fra dette forsås også hans tanker om at kroppen alltid og samtidig både er subjekt og objekt, som samtidig kan sanses og er sansende, som berører og blir berørt (Thornquist, 2003; Nortvedt, 2008).

Merleau-Pontys tenkning gjelder den levende menneskekroppen og livet, og det nevnes ikke hva som skjer med subjekt/objekt forholdet etter døden. Rent fysiologisk vil jo distinksjonen mellom subjekt og objekt opphøre, og en død kropp blir en objektiv kropp. Allikevel stiller jeg meg tvilende til at svaret er så svart-hvitt. Jeg undres over om dette har betydning for sykepleiernes holdninger til den døde kroppen.

### 2.5.3 Emmanuel Levinas om ansiktets betydning

Ettersom teori i kvalitativ metode må sees på som et verktøy for å belyse og diskutere funn fra empirien, hadde jeg fra tidligere satt opp noen forslag til teorier som kunne bli relevante. Etter hvert som empirien og analysen vokste frem, fant jeg at spesielt ett av teoriforslagene kunne vise seg å bli interessant å studere videre, nemlig Levinas' tanker om "den Annen" og "ansiktets betydning".

Den franske filosofen Emmanuel Levinas danner spor i fenomenologien gjennom sitt arbeid, og tar Heideggers og Husserls tenkning videre. I sitt første hovedverk "Totalité et infini" (oversatt til "Totalitet og uendelighet") fra 1961 beskriver han det som jeg anser så sentralt for denne oppgaven, nemlig møtet med den andre og den andres ansikt (Händler Svendsen, 2016; Vetlesen, 1996).

Det annet menneske byder ved sitt ansikt som ikke er lukket inne i tilsynekomstens form, men som er nakent, avribbet, avstreifet selve sitt nærvær som ville ha tildekket den Annen som et portrett av ham ville ha gjort, hud i rynker, spor i hud, nærværenhet som i hvert av sine øyeblikk er retrett til dødens tomhet, for kanskje ikke å vende tilbake. (Levinas 1972/1993, s. 23).

Ut i fra dette sitatet kan en forstå hvordan ansiktet gjenspeiler noe uendelig, at møtet med Den andres ansikt gir oss et ufravikelig ansvar. I følge Levinas handler etikk først og fremst om nettopp dette "møtet med den Andre". Det forstås at det i et slikt møte med den andres ansikt melder seg et ansvar om å ta vare på den Andre. Dette ansvaret kommer ubedt og er ikke mulig å unnlate i møtet med den andre. Det er Den andres ansikt som utgjør dette ansvaret hos "jeget" slik Levinas tenker. Ansiktet viser både nød, nakenhet og trengendehet, og det er dette ansiktet som taler til "jeget", og søker svar på tiltalen, som er nettopp det ansvaret handler om; å svare på denne tiltalen (Elstad, 2014; Vetlesen, 1996).

Forbindelsen til Levinas tanker viste seg også i tidligere studier blant annet ved at sykepleierne, når de steller døde mennesker, er svært opptatt av å se ansiktet til den døde. Det er viktig for pleierne at den døde ser fin og velstelt ut (Berthelsen, 2011, Hadders, 2007). Levinas og hans tanker om ansiktets betydning og dette ansvaret som melder seg er også fremhevet i Galvin & Todres' (2009) studie som problematiserer sykepleierens egne følelser i møte med den lidende pasienten.

Dette ansvaret handler jo også om å ivareta verdighet. Det er slik som Galvin og Todres (2009) refererer til Levinas i det de fremhever hvordan en må bekrefte den annen forbi en selv, for å gi frihet til det som er annet enn seg selv. Ved nettopp å bekrefte den annen, og å erkjenne at den andre ikke er seg selv, tenker jeg at man bekrefter en annens verdighet. Når den andre søker svar tiltalen som jeg tidligere beskrev, ivaretar "jeget" den andres verdighet ved å svare på denne tiltalen og dermed påta seg det ansvaret som den andres ansikt byder.

#### **2.5.4 Kari Martinsen om sentimental omsorg**

Martinsen (1993), inspirert av Løgstrup, er opptatt av menneskets omsorg for den andre. I dette ligger et spenningsfelt om omsorg som skal ytes andre samtidig som "jeget" med sine behov og assosiasjoner stiller seg tilbakeholden. Hun fremhever i boken "Fra Marx til Løgstrup" hvordan kjærligheten, som er det mest essensielle og naturlige for våre liv allikevel kan være så vanskelig (1993).

Grunnleggende for våre forhold til medmennesker, slik Martinsen (1993) hevder er hvordan vi begrenser vår selvutfoldelse i møte med den andre. Å ta i mot andre handler om å være nær i forhold til hva den andre gir. Det handler om å ikke ta styring i den andres liv, men å respektere den andre og dens plass der hvor den er. Dette viser seg å ha relevans til oppgavens tematikk sett ut i fra tidligere forskning (Galvin & Todres, 2009) som problematiserer nettopp forholdet mellom "jeget" og "den andre" opp mot sykepleie ved dødsleie.

Martinsen (1993) beskriver hvordan Løgstrup mener at det er omsorgen for den andre, eller nestekjærligheten som bærer oss; "Det gode er til stede i våre daglige relasjoner hvor vi tar i

mot den andre, uten pris, men med den verdighet ethvert menneske har.” (Martinsen, 1993, s. 11). Videre påpekes forskjellen på å *ta i mot* og å *erobre*. I følge Løgstrup er det i de menneskelige relasjoner at det enten kan skje en mottakelse av den andre, altså der man setter seg selv til side og *tar i mot*, eller det kan skje en erobring av den andre, noe som vil føre til ødeleggelse av den andre. Som sykepleier er det så inderlig viktig å skille disse kortene, der man som profesjonell yrkesutøver skal yte hjelp og omsorg til andre uten å involvere sitt eget private liv i stor grad. Dette fører oss igjen inn på det Løgstrup sier om at denne omsorgen og kjærligheten kan bli så vanskelig (1993). Galvin & Todres (2009) har også tatt for seg dette i sin undersøkelse om sykepleieres åpenhjertighet, og det kan bli svært interessant å reflektere rundt hvordan sykepleierne i undersøkelsen relaterer seg til den døde som den andre og om de i noen situasjoner opplever å gjenkjenne situasjoner fra eget liv. Hvordan mester i så fall sykepleierne dette? Jeg kommer tilbake til disse spørsmålene i diskusjonen.

Martinsen (1993) stiller seg kritisk til vitenskapeliggjøring av sykepleien i det hun mener at sykepleierens kunnskap og dyktighet ikke kan forskes frem. Utsagnet er ikke ment sort-hvitt, ettersom hun mener det finnes både materiale og metoder som kan gi noe tydeligere svar innenfor ulike felt i sykepleien. Allikevel i det store bildet mener Martinsen at sykepleieren utvikles til den ”reflekterte praktiker” gjennom yrkespraksis, der fagkunnskap og klokskap så vel som god sykepleie tilegnes på lang sikt. Ut i fra dette kan en forstå Martinsens mening om at kjærlighet og omsorg kun kan tas i mot gjennom menneskelige relasjoner, da dette er aspekter i sykepleien som ikke kan forskes frem (1993).

I en hver sosial situasjon møter mennesket et valg mellom åpenhet, eller det Martinsen (1990) omtaler som sårbarhet, og beskyttelse. Det er ingen unntak for den profesjonelle sykepleieren i møte med pasienter. Det aktuelle når man handler som yrkesutøver er da den makt man har til å unnlate, eller å handle paternalistisk. Omsorgen blir altså sentimental, fordi den profesjonelle hjelperen overveldes av egne følelser i en situasjon, og dermed begrenses deltakelse i den andres lidelse. Igjen inspirert av Løgstrup kaller Martinsen (1990) dette en utarting av omsorg. I en slik utarting vil det ikke lenger være mulig å vise den sårbarhet, sensitivitet og oppriktighet som er nødvendig for å skape tillit i møtet med den andre (Martinsen, 1990). Ut i fra dette kan en forstå hvilken uheldig konsekvens det vil være om sykepleieren på grunn av egne følelser blir handlingslammet i møtet med den andre.

Omsorgsbegrepet, som her presentert med utgangspunkt i Martinsens filosofi vil bli diskutert opp i mot sykepleieres relasjoner til pasienter og familier i krise og sorg. Det kan synes interessant å fremheve den betingelsesløse omsorgen, men vel så viktig er det her å problematisere den sentimentale omsorgen knyttet til sykepleiernes eget liv og assosiasjoner. Det har vist seg av tidligere forskning (Hadders, 2007; Galvin & Todres, 2009; Shorter & Stayt, 2009) at sykepleiere opplever en relasjon til pasienten, og på grunn av denne relasjonen kan det oppstå personlige følelsesmessige reaksjoner og behov hos sykepleieren. Det kan derfor bli interessant å undersøke dette opp mot egne funn, og eventuelt hvorvidt sykepleierne mestrer det Martinsen (1990) omtaler som forholdet mellom det profesjonelle og det private.

### **3 METODE**

Ordet metode kommer fra det greske *methodos*, og betyr å følge en bestemt vei mot et mål. En sentral del av empirisk forskning er å samle inn, analysere og tolke data. En velvalgt vitenskapelig metode sikrer altså at den empiriske forskningen foregår systematisk, grundig og åpent (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

#### **3.1 Kvalitativ metode**

Kvalitativ tilnærming er i den samfunnsvitenskapelige metodelæren beskrevet som en metode brukt for å undersøke eller beskrive egenskaper ved virkeligheten. I motsetning til kvantitativ metode, som ønsker å etablere fakta basert på et større utvalg mennesker, søker kvalitativ metode å gi kunnskap om menneskers verdier, opplevelser og erfaringer omkring gitte fenomener (Johannessen et al., 2010).

Kvalitativ forskning stiller krav til at metoden skal være systematisk, og metoden skal også være tilgjengelig for innsyn og kritisk vurdering hva gjelder vitenskapelig kvalitet. Kvalitativ metode tar også sikte på at resultater bør være overførbare til lignende situasjoner eller kontekster som studien er gjennomført i (Malterud, 2002).

Problemstillingen ”hvordan ivaretar sykepleiere verdighet ved stell av døde i sykehus?” krever en kvalitativ tilnærming fordi den søker å fremskaffe dybdekunnskap om pleieres opplevelser når det gjelder stell av døde. Jeg ønsket å frembringe sykepleieres fortellinger og historier. Jeg søkte også etter mening i et spesielt spørsmål i forsøk på å forstå fenomenet stell av døde mennesker. Dette ville vanskelig latt seg gjøre ved bruk av kvantitative metoder som spørreskjema eller lignende, fordi slike metoder ikke gir mulighet for detaljerte historier.

#### **3.2 Fenomenologisk tilnærming**

Jeg anser at problemstillingen har et fenomenologisk perspektiv. Dette fordi jeg studerer fenomenet døden i en kontekst som omhandler hvordan den kommer til uttrykk gjennom enkelte sykepleieres erfaringer ved stell av døde. Fenomenologiens kjerne er å forstå fenomenets egenart, altså slik det viser seg. For å oppnå dette er det vesentlig at alle sider ved fenomenet belyses. Ved hjelp av deltakernes utsagn eller uttrykk kan det komme til syne

mønster for forskeren, slik at forskeren dermed kan oppdage noe om fenomenets egenart (Nåden & Braute, 1995). Ut i fra dette kan en forstå at fenomenologien også har en hermeneutisk dimensjon, ved at forskeren gjennom slike mønstre danner sin egen fortolkning ut i fra deltakernes uttrykte opplevelser. Hermeneutikk betyr nettopp å tolke eller å fortolke (Thomassen, 2010). Den tyske filosofen Schleiermacher (1768-1834) hevdet at for å forstå, uansett hva det gjelder, fordrer det et element av fortolkning. Slik er det i alle menneskelige relasjoner (Thomassen, 2010). Nåden & Braute (1995) hevder også at fenomenologi og hermeneutikk som tilnærming er avhengige av hverandre. Det ligger altså en fortolkende, eller hermeneutisk dimensjon ved fenomenologien, og man kan si at det å undersøke subjektive erfaringer alltid vil medføre fortolkning. Man kan med andre ord forstå at fenomenologi og hermeneutikk er gjensidig og komplementært.

Fenomenologien i denne undersøkelsen bidrar til å fremskaffe pleiernes subjektive erfaringer med stell av døde. Ved hjelp av den hermeneutiske dimensjonen kan en så forsøke å forstå disse subjektive erfaringene ut i fra fortolkninger.

### **3.3 Abduktiv tilnærming**

I empirisk forskning slik som denne studien, vil teori og empiri påvirke hverandre i utforming av resultater. Det er et mål for all humanvitenskapelig forskning å integrere både teori og empiri. Et empirisk materiale uten teoretisk referanseramme gir begrenset vitenskapelig verdi, og teorier uten empiriske holdepunkter kan lett bli lite troverdig (Johannesen et al., 2010). Med utgangspunkt i dataene som ble samlet inn til denne studien oppsto en idéutvikling av generelle begreper og teorier. Denne tilnæringsmåten i sin rene form omtales som induktiv, altså at man beveger seg fra empiri til teori. Det motsatte av induktiv tilnærming er såkalt deduktiv tilnærming, der man med utgangspunkt i teori tester generelle påstander ved hjelp av empiri (Johannesen et al., 2010). Ettersom jeg til denne kvalitative studien hadde tenkt ut forslag til understøttende teorier i forkant av datainnsamlingen, har jeg altså brukt en blanding av disse to strategiene. Denne tilnærmingen er det Tjora (2012) omtaler som en abduktiv tilnæringsmåte. På den måten åpnet jeg for en dialektikk mellom data og teori som jeg anser hensiktsmessig for å belyse resultatene. Nortvedt (2008) skriver i en artikkel om nettopp denne dialektikken, og hvordan forholdet mellom teori og empiri fører til at forskeren stadig

utfordrer og utvikler sin forforståelse. Dette samspillet gjør at forskeren ut i fra ny empiri kan anvende ny teori og danne nye perspektiver.

### **3.4 Utvalgsstrategi**

Jeg har i studien benyttet meg av såkalt kriterieutvalg, der deltakere ble invitert til studien på bakgrunn av gitte kriterier (Tjora, 2012). Grunnen til dette er at kriterieutvalg bidrar til å sikre deltakernes evne til å svare på problemstillingen, og styrker således studiens validitet (Tjora, 2012; Johannessen et al., 2010). I følge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) er et slikt strategisk utvalg mer hensiktsmessig i kvalitativ metode ettersom informasjonsrik data fra deltakerne er viktigere enn antall deltakere, slik som i et representativt utvalg.

Deltakerne måtte ha formell utdanning (bachelor i sykepleie) og ha jobbet i avdelingen minst 12 måneder i minst 50% stilling. Sistnevnte fordi det i studien var nødvendig med erfaring fra denne spesifikke avdelingen. Formell utdanning var et kriterium fordi det var nødvendig med fagkunnskap for å styrke kritisk refleksjon i studien. Deltakerne måtte også ha en stilling som innebar direkte pasientkontakt, altså ikke ledere eller fagsykepleiere. En av sykepleierne i studien hadde riktignok en administrativ rolle ved siden av klinisk sykepleie i avdelingen. Vedkommende var også min kontaktperson til avdelingen, og det var hun som sto for rekruttering av informanter i avdelingen. Allikevel anså jeg hennes erfaring, kunnskap og engasjement svært viktig og jeg ønsket derfor å inkludere henne i studien.

På bakgrunn av disse kriteriene og mitt ønske om antall informanter var det totalt syv kvinnelige sykepleiere som deltok i studien. Alle gjennomførte dybdeintervju og fokusgruppeintervju. Informantene hadde mellom 1,5 og 34 års erfaring som sykepleier. Fra den aktuelle avdelingen hadde de mellom 1,5 og 27 års erfaring.

#### **3.4.1 Informasjon og samtykke**

Jeg utformet et informasjons- og samtykkeskriv som kontaktperson ved avdelingen ga til aktuelle informanter (vedlegg 2). Skrivet inneholdt informasjon om hvem jeg er samt hvilket studie jeg går. Videre var det informasjon om prosjektet, hva det innebar for informantene, om personvern, samt tidsrom for undersøkelsen. Det ble også i skrivet informert om at det var frivillig deltakelse, og at informantene når som helst kunne trekke seg fra deltakelse uten å



måtte oppgi grunn, og at dette ikke ville føre til konsekvenser for informantene. I følge Ruyter (2003) er det visse kriterier som må oppfylles før en deltaker kan gi sitt informerte samtykke. Dette innebærer blant annet at deltakeren er kompetent i den forstand at han eller hun forstår hensikten med prosjektet og konsekvenser av deltakelse. Deltakeren må også ta en selvstendig og frivillig avgjørelse på om han eller hun ønsker å delta. Avgjørelsen skal tas på grunnlag av informasjon og egne ønsker og verdier.

Informantene skrev under på at de ønsket å delta samt at de hadde fått og forstått informasjon om studien. Ingen av informantene trakk seg underveis.

### **3.5 Forskerrolle og refleksivitet**

Kvalitative metoder kan bidra til å skape nyanser i virkeligheten ettersom den beskrives fra ulike perspektiver. Fortolkning av slike beskrivelser, og måten resultatene presenteres på krever imidlertid at forskeren er reflektert over egen forforståelse, i og med at forskeren i slike metoder ofte selv er en del av den konteksten vedkommende undersøker. Dette kalles refleksivitet, og er et aktuelt kriterium i all forskning (Malterud, 2002).

Etttersom jeg selv arbeider innenfor dette fagfeltet, stilles det dermed store krav til min rolle som forsker. Jeg gjorde en pilotundersøkelse på prosjektet gjennom en studieoppgave før masteroppgaven ble aktuell. Piloten gikk ut på hvilke utfordringer pleierne opplevde under stell av døde, og jeg oppdaget der en rekke forutinntatte antagelser jeg hadde når det gjelder andre sykepleieres opplevelser med å stelle døde mennesker. Disse antagelsene var eksempelvis at ”det er viktig for sykepleiere å pynte på rommet til den døde”, eller ”de fleste synes nok tamponering er en vanskelig handling”. Pilotprosjektet ga meg verdifull innsikt i egen forforståelse og lærdom om hvordan slikt kan påvirke resultater. Lærdommen innebar også dette å oppdage nye sider ved et fenomen, andres synspunkter eller i hele tatt helt nye tanker og meninger jeg selv aldri hadde reflektert over. Jeg har derfor gjennom alle undersøkelsens faser vært bevisst på mine forutinntatte antagelser, og stilt meg åpen for alle meninger, vinkler og holdninger informantene måtte ha. Jeg ønsket imidlertid ikke å legge hele min sykepleiefaglige erfaring til side for denne oppgaven, ettersom jeg anser det hensiktsmessig å ha en forståelse omkring døden som tematikk i møte med de andre sykepleierne.

I planleggingsfasen av undersøkelsen, med erfaringene fra pilotprosjektet friskt i minne, skrev jeg ned notater om mine egne antagelser. Disse antagelsene er jo dannet over tid og i et slags fellesskap preget av hverdagslig prat snarere enn samtale som vitenskapelig metode. Ved å skriftlig reflektere på denne måten ble jeg bevisst hvordan jeg selv tenkte angående feltet. Det skulle vise seg at slett ikke alle tenkte det samme som meg, og ved å være godt reflektert i forkant kan det tenkes at det har bidratt til å styrke oppgavens validitet. Dette fordi jeg ved å bli bevisst egne synspunkter, lettere kunne sortere egne meninger fra informantenes, og dermed redusere påvirkning av resultatene.

Fordi jeg selv er sykepleier ble det viktig for meg å skille på mine roller i intervjusituasjonen. Når fagpersoner prater seg i mellom har det lett for å bli uttrykt fagtermer og begreper. Jeg ønsket som nevnt å distansere meg til en viss grad fra rollen som sykepleier, og det var viktig for meg å bruke dagligtale i intervjuet slik at en bedre sikrer felles forståelse av det som blir uttrykt. Det var også vesentlig å avklare i intervjusettingen hva informanten helt konkret mente, slik at jeg ikke ble sittende etter intervjuet med usikkerhet knyttet til hva som kom frem.

Jeg skrev i informasjonsbrevet at jeg er sykepleier, da dette falt seg naturlig i presentasjon av meg selv. Da informantene møtte til intervju informerte jeg om at selv om jeg er sykepleier, så forsøker jeg nå å distansere meg fra den rollen. Jeg fortalte at jeg var der som forsker snarere enn sykepleier. Det underlige var at samtlige sykepleiere automatisk gikk bort fra fagspråk under intervjuene, og uten forespørsel forklarte betydningen av fagtermer.

Selv jobbet jeg ikke innenfor fagfeltet i perioden intervjuene foregikk, noe som også bidro til distanse fra feltet. Dersom det var noe som ble sagt som jeg oppfattet uklart under intervjuene, ble informantene bedt om å forklare mer utdypende. Det hendte seg ofte at jeg også gjentok informantenes svar, for å få bekreftet eller avkreftet om jeg hadde forstått riktig. Dette bidro til reduksjon av feilantagelser.

Som nevnt anså jeg det svært hensiktsmessig og ha en reflektert forståelse av døden som tema i møtet med andre sykepleiere og mennesker. Forskerrollen handler om å være profesjonell, og man må være i stand til å møte ulike reaksjoner. Gjennom intervjuene i denne studien har

informanter vist meg både latter og gråt, frustrasjon og engasjement. Jeg tenker at dette også viste en form for tillit. Jeg takket informantene for alt de delte med meg, både av reaksjoner og historier.

### **3.6 Kvalitative intervjuer**

Formålet med intervjuer er å beskrive eller å forstå fenomener ved hjelp av muntlig kommunikasjon. Dette kan i motsetning til tekstanalyse eller observasjon gi mulighet for mer detaljerte beskrivelser ved at forsker kan stille spørsmål knyttet til det informanten forteller (Johannessen et al., 2010). Det kan tenkes at det i intervjuene fremkommer dimensjoner som er av interesse for undersøkelsens formål, hvilket ikke nødvendigvis ville komme til syne ved hjelp av observasjon eller tekstanalyser. Jeg var i undersøkelsen interessert i sykepleieres opplevelser med å stelle døde mennesker. For å forstå dette ønsket jeg å høre detaljrike historier og fortellinger som er mulig ved hjelp av intervjuer.

#### **3.6.1 Dybdeintervjuer**

Ettersom denne studien søkte å frembringe kunnskap om intervjupersonenes opplevelse av å stelle døde mennesker, ble det benyttet et semistrukturert dybdeintervju. Denne strategien er hensiktsmessig når en ønsker å forstå temaer fra dagliglivet ut i fra intervjupersonens perspektiver. Et dybdeintervju søker, som jo forstås ut i fra ordet, beskrivelser fra menneskets dagligdagse verden, slik informanten subjektivt erfarer det (Kvale & Brinkmann, 2012). Ettersom jeg undersøkte døden og stell av døde ut i fra enkelte sykepleieres subjektive opplevelse var dybdeintervjuer en hensiktsmessig strategi. Det er med utgangspunkt i sykepleiernes møte med døden i arbeidshverdagen at denne studien er blitt til.

Et semistrukturert intervju vil si at det gjennomføres en strukturert og planlagt samtale der det på forhånd er bestemt temaer som skal dekkes. Når intervjuet er semistrukturert er det ikke bundet til et fast spørreskjema, men ei heller en helt fri samtale (Kvale & Brinkmann, 2012). Med andre ord gir en slik strategi en viss styring i intervjuet ved at man har nedskrevne temaer som en ønsker belyst. Samtidig sikrer det fleksibilitet ved at man kan vurdere hvilke temaer en ønsker å ta opp igjen underveis i intervjuet til utdypende forklaring.

Alle dybdeintervjuene artet seg ulikt, selv om inngangsspørsmålene var de samme. Noen informanter begynte å fortelle historier omtrent før jeg hadde satt på båndopptakeren. Andre trengte mer konkrete spørsmål. Felles for intervjuene var at de fant sted på et møterom på sykehuset, og de hadde en varighet på mellom 45 minutter og 1,5 time, alt ettersom hvor mye informantene hadde på hjertet. Ingen av informantene hadde med seg telefoner eller callinger, noe som minimerte forstyrrelser.

Jeg innledet intervjuene med å presentere meg selv samt prosjektets hensikt, og med noen falt det seg naturlig å småprate litt før det litt mer formelle satt i gang. Jeg brukte båndopptager som samtlige informanter godkjente. Denne lå på bordet mellom informant og intervjuer, og jeg opplevde ved et par anledninger at informantene ble opptatt av og noe stresset av at den lå der. Da valgte jeg å legge over et ark slik at den ikke ble fokus, noe jeg opplevde lettet situasjonen.

Informantene ble også informert om å prate så fritt som mulig, gjerne fortelle historier og eksempler. Underveis i intervjuet tok jeg notater som gjorde at jeg lettere kunne stille oppfølgingsspørsmål eller få bekreftelse på om jeg hadde forstått riktig. Mitt siste og avsluttende spørsmål til alle intervjuene var om informanten ønsket å si noe om temaet som vi ikke hadde snakket om. Samtlige ga da uttrykk for at de ikke hadde mer å fortelle. Dette tolker jeg som et positivt tegn ved at vi da gjennom intervjuet har vært innom alle temaene både informantene og jeg ønsket dekket.

### **3.6.2 Fokusgruppeintervju**

En tid etter alle dybdeintervjuene valgte jeg å gjennomføre et fokusgruppeintervju med de samme informantene. Dette for å ta opp temaer som dukket opp som var felles, og som trengte å undersøkes nærmere. Formålet med fokusgrupper er jo nettopp å utveksle ulike synspunkt og meninger omkring gitte emner som bestemmes av moderatoren, altså forskeren (Kvale & Brinkmann, 2012). Malterud (2002) støtter seg til fokusgruppeintervjuer som meget godt egnet der en søker å lære om holdninger og synspunkter i miljø der mange mennesker samhandler.

Det var allerede ved undersøkelsens begynnelse tenkt å gjennomføre et gruppeintervju avslutningsvis, så informantene var klar over det og de hadde allerede underskrevet samtykke. Alle syv informantene deltok, og intervjuet fant sted på et møterom på sykehuset. Det varte i en time, som var avtalen ettersom noen av sykepleierne måtte gå tilbake til avdelingen etter intervjuet.

Som moderator hadde jeg i forkant satt opp fire temaer jeg ønsket at informantene skulle diskutere, og presenterte ett og ett tema. Temaene omhandlet **egne følelser og verdighet, bearbeidelse i stell av døde, hvorvidt verdighet var stabilt**, og det å komme **nær andres sårbarhet**. Bakgrunnen for at akkurat disse fire temaene ble belyst var at de hadde kommet frem som klare mønstre gjennom dybdeintervjuene, og de ble derfor naturlig å diskutere i fellesskap. Det var også en god mulighet gjennom disse temaene til å få en dypere forståelse for pleiernes opplevelser, samt å få avklaring i uklareheter som hadde dukket opp i arbeidet med transkripsjonen av dybdeintervjuene.

Jeg var i utgangspunktet usikker på hvordan dette ville bli tatt i mot og redd for at informantene ikke skulle forstå hensikten da jeg ikke hadde konkrete spørsmål. Resultatet var det motsatte. Jeg opplevde engasjerte sykepleiere som velvillig utvekslet meninger, tanker og følelser omkring temaene jeg tok opp.

En utfordring i fokusgruppeintervju kan være en lite gunstig gruppedynamikk, der noen informanter dominerer slik at andre har vanskelig for å komme til ordet. Det anbefales en gruppe bestående av seks til ti personer (Kvale & Brinkmann, 2012). I fokusgruppeintervjuet til min studie var gruppen godt kjent med hverandre som kollegaer over lengre tid, og det fremkom tanker og følelser som ga uttrykk for trygghet i intervjusettingen. Samtlige informanter kom til ordet. Noen sa mer enn andre, men dette falt seg naturlig.

### **3.7 Transkribering, analyse og fortolkning**

Transkribering betyr en transformasjon fra en form til en annen. I denne sammenheng innebærer det å omforme muntlig språk til skriftlig tekst. Dette er et nødvendig steg i forskningsprosessen slik at empirien på gyldig vis gjøres til gjenstand for analyse (Kvale &

Brinkmann, 2012). Min strategi har gjennom hele undersøkelsen vært å lytte til intervjuene i sin helhet straks de var gjennomført. Dette for å danne meg et helhetlig bilde av intervjuet, ettersom jeg muligens var mer fokusert på å være intervjupersonen i selve intervjuet og dermed kan ha gått glipp av viktige momenter. Da jeg hadde lyttet til intervjuet begynte jeg umiddelbart å transkribere det som et ledd i kvalitetssikring av forskningsprosessen. På den måten fikk jeg altså mulighet til å notere i marginen, for eksempel omgivelser eller emosjonelle reaksjoner som jeg husket fra intervjusituasjonen. Dette ga meg også verdifull lærdom om hvordan jeg fremsto som intervjuer, og dermed mulighet til å endre samtaleteknikker til neste intervju for kanskje å klare å hente frem enda mer detaljert informasjon. Kvale og Brinkmann (2012) påpeker de ovennevnte faktorene som noen av de viktigste grunnene til at intervjupersonen selv utfører transkripsjonene.

Spørsmålet om hvordan jeg skulle transkribere meldte seg fort, ettersom jeg fra tidligere ikke har erfaring med denne type arbeid. Som Kvale og Brinkmann (2012) påpeker, finnes det ingen fasit på dette, men forskeren må snarere vurdere hvordan transkripsjonen bør være i henhold til hva den skal brukes til. I frykt for å miste verdifull informasjon, og fordi jeg anså detaljene som fremkom så viktig, valgte jeg å transkribere ordrett. Jeg inkluderte ord og uttrykk som ”eh” og ”hm”, og markerte latter og pauser med ord. Jeg valgte å ikke bruke foreslåtte markeringer som klammer og kolontegn da dette fort kunne ha ført til feil og misforståelser grunnet liten erfaring med transkribering. Tonefall som avviket fra resten av intervjuet ble markert med store bokstaver eller kursiv. Dette for at jeg til senere bedre skulle forstå meningen med det som ble sagt. Emosjonelle reaksjoner som gråt og latter ble også markert i teksten med ord av samme grunn som nevnt over.

En problemstilling som tidlig meldte seg var om jeg skulle bruke dialekten som informantene hadde eller om jeg skulle omformulere til bokmål i transkriberingsfasen. Spørsmålet oppsto allerede etter første intervju, og jeg måtte ta et konsekvent valg ettersom samtlige informanter hadde dialekt. Jeg valgte å gjøre om til bokmål i transkripsjonene, da dette falt meg naturlig. Det ville vært vanskelig å sette i gang analyseprosessen dersom jeg skulle transkribert dialekt. Faren med å gjøre om slik er at mening kan forsvinne under transkriberingen (Tjora, 2012). Der det var ord jeg ikke forsto spurte jeg opp igjen under intervjuene eller undersøkte ordbøker slik at jeg minimerte risikoen for å miste mening. En fordel med å transformere

dialekter til bokmål er at det bidrar til anonymisering av informanter, og sitater kan derfor i større grad brukes uten fare for gjenkjenning (Tjora, 2012).

Fokusgruppeintervjuet ble transkribert på samme måte; først lyttet jeg til intervjuet i sin helhet før jeg umiddelbart transkriberte det. Igjen for å kunne ta notater og huske på viktige hendelser omkring intervjuet. En utfordring med å transkribere fokusgruppeintervju kan være dersom mange prater samtidig og i munnen på hverandre. En annen utfordring er om lydopptakeren klarer å fange opp alle vinkler i rommet. Jeg var veldig spent på dette, og til all forbauselse hadde jeg klart å moderere informantene til å snakke en etter en, og lydopptakeren hadde fått med seg alle stemmer og ord. Dette gjorde arbeidet med transkripsjon i ettertid mye mindre anstrengende enn først antatt.

### **3.7.1 Koding og kategorisering**

Etter transkribering av syv dybdeintervjuer og ett fokusgruppeintervju, satt jeg igjen med totalt 106 sider tekst. Et omfattende materiale som jeg hadde behov for å bearbeide gjennom flere ledd. Jeg har gjennom arbeidet vært inspirert av Kvale og Brinkmanns analyse med fokus på mening, og fenomenologisk basert meningsfortetting (2012). Denne analyseformen er ikke fulgt etter punkt og prikke, men brukt som en rettesnor ettersom den er spesielt godt egnet for å analysere betydning av det som sies (Kvale & Brinkmann, 2012). Ved bruk av koding og kondensering får en bedre struktur og overblikk over omfattende intervjumateriale, slik jeg sto ovenfor i denne studien.

Det første leddet i bearbeidelsen av materialet besto i å lage tekstbokser basert på intervjuguiden. Her satt jeg altså opp spørsmålene i intervjuguiden i en kolonne til venstre, og trakk ut fra intervjuene alt som ble sagt som omhandlet de gitte spørsmålene. Jeg var i denne fasen ikke ute etter å forkorte, men snarere å rydde i materialet slik at jeg bedre fikk oversikt over hva jeg hadde med å gjøre. Alt som ikke falt direkte inn under spørsmål ble plassert i en kolonne med navnet ”annet”. Da jeg hadde fått en visuell oversikt benyttet jeg ulike farger for å markere mønstre i teksten, eller koder. Dette av to årsaker; å danne koder, og for lettere å kunne eliminere intervjumateriale. Det skilles mellom begrepsstyrt og datastyrt koding (Kvale & Brinkmann, 2012). Førstnevnte innebærer at forskeren allerede har utviklet koder ved hjelp av å se på materiale eller å støtte seg til litteraturen. Med datastyrt koding menes å utvikle

koder med utgangspunkt i materiale (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg tror nok i analyseprosessen at jeg har brukt en blanding av disse to strategiene. Dette fordi jeg allerede i intervjuene og transkripsjonene begynte en analyseprosess i tankene.

Etter første og kanskje mest omfattende runde med koding satt jeg igjen med 18 fargekoder. Dette er for mange koder til å skape struktur i et akademisk arbeide (Tjora, 2012), og måtte derfor samles i kategorier. Det ble her brukt fenomenologisk basert meningsfortetting for å finne naturlige meningsenheter og kategorisere disse til hovedtemaer (Kvale & Brinkmann, 2012). Kategorisering innebærer å samle relevante koder i grupper (Tjora, 2012), og på den måten endte jeg opp med totalt tre hovedkategorier; **døden, dødens omgivelser og sykepleieren og den døde**. Som Kvale og Brinkmann (2012) påpeker er en slik meningsfortetting hensiktsmessig for å kunne analysere lange tekster og omfattende materiale. Etter at hovedkategoriene er etablert kan forskeren etterhvert gjøre grundigere teoretiske analyser ut av de. Dette viser seg i denne studien i form av underkategoriene, som møysommelig er blitt til etter prosessen som her nevnt.

Det nåværende strukturerte meningsinnholdet i materialet er naturligvis ikke nok i en analyseprosess (Kvale & Brinkmann, 2012). Det skjer nå en meningsfortolkning som innebærer at forskeren tar utgangspunkt i det som blir sagt, og går bredere ut for å finne aktuelle betydninger som ikke kommer frem implisitt i intervjumaterialet (Kvale & Brinkmann, 2012). Dette er det motsatte av det jeg gjorde da jeg kategoriserte, og det skjedde en dekontekstualisering av empirien. For nettopp å skape en rekontekstualisering av materialet, som er hensikten med meningsfortolkningen, har jeg underveis stilt spørsmål til intervjuteksten. Jeg har satt opp et tankekart med hovedkategoriene i midten, og latt ideene myldre på papiret. Jeg har gått til litteraturen for å søke etter understøttende teori til mulige fortolkninger. Det siste, og kanskje mest givende i denne fortolkningsprosessen har vært å diskutere mulige fortolkninger med veileder og medstudenter. På den måten har jeg verbalisert en fortolkning, og etterpå endt opp med revidering eller tilsidesatt den gitte fortolkningen. Jeg har også fått verdifulle ideer fra andres synspunkter, som jeg har tatt med i fortolkningsprosessen.



Meningsfortolkning av innholdet i denne studien har vært en grundig og nøye gjennomgått prosess. Fortolkningen har strekt seg gjennom hele studiens periode, og har vært preget av en dialektisk vandring gjennom hele arbeidet.

### **3.8 Validitet og reliabilitet**

Johannessen et al. (2010) poengterer hvordan validitet og reliabilitet er kriterier som er knyttet til kvaliteten på forskningen. Kvale & Brinkmann (2012) fremhever videre at disse kriteriene må være en del av forskningsprosessen fra start til slutt i kvalitativ forskning. I kvantitativ forskning stiller man spørsmål til hvorvidt metoden som brukes faktisk måler det den er ment til å måle (Johannessen et al., 2010). I kvalitativ forskning derimot, der hensikten ikke er å måle store kvanta, men snarere å undersøke egenskaper eller kvaliteter ved virkeligheten gjennom strategier som for eksempel intervjuer og observasjoner (Malterud, 2002) er kravet til validitet noe annerledes formulert. Validitet innebærer med andre ord i hvilken grad metoden som brukes er hensiktsmessig for å undersøke det den er ment til å gjøre. Det er altså knyttet til gyldighet av den kunnskapen som produseres gjennom undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2012).

Innenfor kvalitativ forskning skiller man gjerne mellom intern og ekstern validitet. Den interne validiteten er knyttet til troverdighet, altså i hvilken grad forskerens metode og funn synes troverdige. Dette avhenger da av om metoden er riktig metode for undersøkelsens formål og dermed kan representere virkeligheten (Johannessen et al., 2010). Denne studiens formål har vært å undersøke sykepleieres opplevelser med å stelle døde mennesker. Derfor er det valgt kvalitativ metode, med bruk av dybdeintervju i kombinasjon med fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Dette anses som beste metode for å innhente data om sykepleierne subjektive opplevelser, tanker og holdninger, og på den måten beskrive det som er studiens hensikt. Strategien, eller valgt metode vurderes derfor som en styrke for studiens validitet.

Informantene var riktignok alle kvinnelige sykepleiere fra samme arbeidssted. Dette kan ha ført til at sykepleierne som var først ut i intervjurunden har pratet om intervjuet og spørsmålene som ble stilt til sykepleiere som fortsatt ventet på å komme til intervju. Dermed kan sykepleierne ha vært farget av andre sykepleieres meninger og holdninger, både til

tematikken og til meg som intervjuer. Uansett ble det brukt en semistrukturert intervjuguide, som bidro til å sikre individualiserte intervjuer under hele prosessen. Jeg opplevde også at sykepleierne brukte god tid til å reflektere over spørsmålene som ble stilt, noe som styrker troen på at det de har fortalt har vært deres egne tanker og holdninger. Det kunne ha styrket undersøkelsen dersom jeg hadde valgt informanter fra ulike avdelinger, ettersom problemstillingen tar for seg ”sykepleiere” som et generelt begrep, og ikke ”sykepleiere på lindrende avdeling”. Utvalget var allikevel kriteriebasert, noe som bidro til å sikre faglig kunnskap og refleksjoner hos informantene. Kriteriene bidro også til å synliggjøre at undersøkelsen handlet om grunnutdannede sykepleiere, og at man ikke måtte være spesialutdannet. Utvalget synes således å ha styrket studiens validitet.

Som et ledd i å styrke troverdigheten kan resultatene formidles tilbake til informantene slik at forskeren får bekreftet at de er riktige (Johannessen et al., 2010). Resultatene i denne undersøkelsen er allikevel ikke formidlet tilbake til informantene. Dette er hovedsakelig på grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensninger. Det er allikevel gjennomført fokusgruppeintervju av de samme informanter som deltok i dybdeintervjuet. Dette bidrar til å styrke studiens interne validitet ettersom jeg som forsker i fokusgruppeintervjuet fikk bekreftet og utdypet uklarheter som hadde oppstått underveis i intervjuene.

En annen mulighet til å styrke troverdigheten er i følge Johannessen et al. (2010) er ved å la andre kompetente personer også analysere datamateriale. Dette for å se hvorvidt tolkningene som trekkes er sammenlignbare. Jeg har gjennom hele prosessen diskutert tolkninger med kyndig veileder på HiOA, samt deltatt på masterseminarer der veiledere og medstudenter har gitt meg nye ideer og synsvinkler. På bakgrunn av min taushetsplikt som forsker har jeg ikke formidlet datamaterialet som helhet, men heller presentert mønstre som fremkom i løpet av datainnsamlingen og analysen slik jeg presenterte i kapittel 3.2. Ved å diskutere tolkninger med både primærveileder, andre lærere og medstudenter ved høgskolen har dette også bidratt til å styrke studiens interne validitet.

Ekstern validitet knyttes til hvorvidt resultatene er overførbare til lignende situasjoner (Johannessen et al., 2010). Dette belyser også Malterud (2002) når hun fremhever hvordan systematisk kunnskapsutvikling fordrer at resultater og slutninger i kvalitativ forskning skal kunne overføres til andre sammenhenger utover den som studien er gjennomført i. Jeg anser

funnene fra denne studien til å kunne gjenkjennes av helsepersonell også fra andre avdelinger og institusjoner. Helsepersonell, annet enn sykepleiere vil også kunne kjenne seg igjen i resultatene. Det vil ikke være til hinder for overførbareheten at ulike avdelinger har ulike prosedyrer og retningslinjer når det gjelder stell av døde. Funn fra studien kan allikevel være av betydning i andre institusjoner. Resultater fra aktuell forskning (Berthelsen, 2011; Galvin & Todres, 2009; Hadders, 2007; Olausson & Ferrell, 2013; Shorter & Stayt, 2009; Wilson & Kirshbaum, 2011) har også vist seg å være understøttende til mine tolkninger og slutninger, som også bidrar til å styrke studiens eksterne validitet.

Reliabilitet handler ifølge Kvale & Brinkmann (2012) om resultatenes troverdighet, eller pålitelighet. Reliabiliteten knyttes til hele prosessen, og forskeren kan i kvalitative undersøkelser styrke denne påliteligheten ved å åpent fremstille fremgangsmåten for sin studie (Johannessen et al., 2010). Dette fremhever også Malterud (2002) når hun påpeker viktigheten av at metoden skal være tilgjengelig for innsyn og vurdering av den vitenskapelige kvaliteten. Jeg har gjennom denne oppgaven, og spesielt i metodekapittelet forsøkt å gjengi så detaljert som mulig hvordan hele forskningsprosessen har foregått. Dette være seg alt fra idéutvikling til rekruttering av informanter til gjennomføring av intervju og analyse av datamateriale. Ved å fremstille fremgangsmåten ”gjennomsiktig”, har jeg bidratt til å styrke resultatenes pålitelighet.

#### **4 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER**

Intervjuene ble båndopptatt på en iPhone uten SIM-kort, og deretter ble lydfilene overført til en passord-beskyttet PC. Lydfilene ble umiddelbart slettet fra iPhone etter overføring til PC. Det var kun jeg som lyttet til lydopptakene. Jeg utførte også transkriberingen selv, der all personinformasjon ble anonymisert før andre fikk tilgang til å lese teksten. Tjora (2012) fremhever at mye av det etiske aspektet i kvalitativ forskning er fremstilling av resultater, og da særlig med å sikre at identiteten til informanten ikke gjenkjennes. Jeg har vært svært nøye på dette, og har som nevnt også oversatt dialekter til bokmål, hvilket bidrar til å ivareta anonymiteten.

Det er i kvalitative metoder viktig å ta hensyn til potensielle skader eller ulemper prosjektet eller intervjueren kan påføre informanten (Kvale & Brinkmann, 2012). Med dette menes at dersom temaet en studerer er av sensitiv art kan en påføre informantene ubehag. Ansvar for deltakernes psykiske velvære hviler på prosjektlederen (Helmen Borge, 2003). Deltakerne i dette prosjektet besto som sagt av pleiepersonell. Ettersom pleierne alle arbeider i turnus, kunne det by på utfordringer knyttet til å samle alle til et fokusgruppeintervju. Denne prosessen kunne medført at pleierne følte seg presset til å enten ta av sin fritid eller å måtte gå fra arbeidsplassen. I følge Helmen Borge (2003) kan forskning føre til at deltakere blir irritert over jobben det innebærer. Dette ville vært en uheldig konsekvens, men heldigvis var studien en prioritet hos både ledelsen og sykepleierne. Dette i kombinasjon med at jeg som forsker stilte meg fleksibel førte til en smertefri organisering.

Risikoen for å påføre deltakerne skader i noen form ble ansett til å være svært lav i dette prosjektet. Deltakerne består av pleiepersonell som fra før av er godt kjent med tematikken. Pleierne er heller ikke syke eller sårbare grupper i samfunnet. Prosjektet fremmet imidlertid at pleierne reflekterte over sine opplevelser med stell av døde, og samtlige ga uttrykk for viktigheten og engasjementet rundt undersøkelsen.

## 5 RESULTATER

Gjennom de kvalitative dybdeintervjuene samt fokusgruppeintervjuet med de samme informantene har det kommet frem mange interessante og sterke fortellinger. Sykepleierne har delt av sin kunnskap, erfaring og refleksjoner, som har gitt meg et rikt datamateriale å arbeide med.

I dette kapitlet følger en presentasjon av funnene. Ved hjelp av fenomenologisk basert meningsfortetting, som redegjort for i kapittel 3.7.1 har jeg dannet tre hovedkategorier for å presentere funnene. Kategoriene er som nevnt **døden, dødens omgivelser samt sykepleieren og den døde**. Disse kategoriene favner et bredt og detaljrikt materiale, og retter seg mot undersøkelsens forskningsspørsmål; hva er viktig for sykepleiere når de steller døde mennesker? Og hvilke utfordringer oppleves av sykepleiere når de utfører stell av døde?

Jeg vil i presentasjonen av og til nevne ”den døde” med ”han”. Dette har ingen betydning uten praktisk gjennomføring av skrivearbeidet.

### 5.1 Døden

Som beskrevet i teorikapittelet er døden slutten på et liv. Døden er forbundet med avskjed og følelsesmessige reaksjoner. Mathisen (under utgivelse) skriver også hvordan tiden etter døden ofte omhandler skikker og ritualer. Det er nettopp disse tradisjonene jeg med dette kapittelet ønsker å belyse.

Et av de første spørsmålene jeg stilte sykepleierne var hvordan de opplevde at døden var en del av jobben deres. Samtlige følte på et privilegium over at nettopp de fikk lov å bidra til å gjøre den siste tiden og det siste stellet til en god og verdig handling;

*For meg er det veldig naturlig at det (døden) er en del av jobben min. Det er jo en anledning, altså det er jo på en måte et privilegium da, å ha tilgang på mennesket i den fasen av livet.*

En annen pleier uttrykte det slik:

*...det å være nær folk når de skal dø, det er jo ingen som dør likt. Så, får du innblikk i det som er mest sårbart, det som er nærmest pårørende. Det er spennende, det er utmattende både fysisk og psykisk og du lærer veldig mye om deg selv.*

Det fremkom tidlig hvordan sykepleierne anså sitt arbeid til å gjelde ikke bare den døde, men også hele familien som var involvert. De uttrykte hvordan de med forsiktighet gikk frem i møte med familier for å bli kjent. Det er svært viktig for pleierne at pårørende opplever sitt eget tid og rom når de kommer til avdelingen, at det ikke er sykepleierne som bestemmer hvordan en familie skal håndtere *sin* situasjon.

*Jeg pleier å si at egentlig skal jeg bare være en katalysator i familien sånn at de får gjort det som er riktig for seg. Det tenker jeg, det er de beste rammene for en verdig død, fordi at da blir det på familien sine premisser. De har historien sammen, og vi kan tenke at veldig mye skulle vært gjort sånn eller sånn eller ikke sånn, og... men det behøver ikke å være sant. Men så har de kanskje aldri vært i dette landskapet før, så de trenger litt veiledning på at her er det ingen ting som er rett eller galt, nå skal dere gjøre det som er godt for dere.*

### **5.1.1 Stell av døde**

Stell av døde innebærer i følge pleierne full kroppsvask med varmt vann, såpe og en god klut. Slik som et vanlig grunnleggende stell i sengen, bare noe grundigere ifølge pleierne. Samtlige pleiere fortalte at det første de gjør når en pasient dør er å stenge av medisinsk utstyr. Noen tar det helt bort, mens andre stenger av og avventer seponering til selve stellet. Med medisinsk utstyr menes smertepumpe, veneport, katetre og lignende. At noen velger å avvente seponering begrunnes med at pleierne ikke ønsker å forstyrre pårørende i denne fasen;

*Jeg tar først (når et menneske dør) av oksygen og skrur av smertepumpa og sånn... kroppen er ikke det første jeg gjør med mindre det er et konkret ønske. Man ser litt hvordan de ligger med hake og uttrykk og sånn, men hvis man begynner å forstyrre da ved å gjøre så mye med kroppen så har du begynt å forstyrre littegrann. (...) da forstyrrer du roen i det de (familien) er i, sorgen og den spontane reaksjonen.*

Pleierne er veldig opptatt av ikke å ta over situasjon for pårørende i det øyeblikket deres kjære dør; det er *deres* rom, og *deres* siste farvel. Betydningen av tid og rom presenteres utdypende i kapittel 6.2.

Pårørende trekker seg ofte ut av rommet etter en tid, både fordi de trenger pause og fordi pleierne i forkant har informert om hva som vil skje etter døden har inntruffet. Ofte tilbys pårørende å delta i stellet, og da legger pleierne til rette slik at dette lar seg gjøre. Slik tilrettelegging innebærer for eksempel å gjennomføre tamponering og nedentilstell før pårørende får komme inn. Dette for å skåne pårørende for slike minner. Når pårørende takker ja til å delta i stell er det kun den eller de pårørende og én sykepleier som steller den døde. Da er sykepleierne opptatt av at den/de pårørende får ”ta situasjonen selv”, og gjøre stellet til sitt eget.

I de tilfeller der pårørende ikke ønsker å delta i stellet er pleierne alltid to stykker. For det første mener de at det handler om å ivareta verdigheten til den døde. En død kropp er en tung kropp, og den skal forflyttes og berøres med et varsomt og respektfullt håndlag. Et annet aspektet i tilknytning til å være to pleiere under stell er at det ofte befinner seg verdisaker på pasientrommet, som pleierne sikrer ved å være to. Det er også blitt nevnt en tredje årsak til å stille i tospann, som handler om å støtte hverandre hvis stellet blir en psykisk belastning.

Sykepleierne lukker den dodes øyne og munn, ofte med hjelp av våte kompresser og hakebøyle. Alt medisinsk utstyr seponeres også på dette tidspunktet. Så forsøker pleierne å legge den døde til rette i sengen, som kan ha vært vanskelig dersom pasienten hadde sterke smerter ved bevegelse. Pleierne har forklart at de legger den døde til rette både for det estetiske og for det praktiske. Det praktiske innebærer at den døde skal få plass på bærerommet når den tid kommer:

*...for der legges de (døde) jo på de smale ”køyesengene”, vet du.*

Den døde tamponeres som oftest nedentil, som pleierne har noe forskjellige meninger om. For noen er dette en spesiell handling, mens for andre er det ikke det. En begrunnelse som fremkom i intervjuene var at man likevel kan gi stikkpiller når personen er levende, som bidro

til å lette utførelsen av tamponering etter dødsfall. Tamponering av munn og svelg derimot er det flere av pleierne som opplever spesielt.

*Altså, munn og svelg da hvis det er mye oppkast, mye retensjon, hvis vi forventer at det kan komme så må vi tamponere munn og svelg også. Det er ikke mye verdighet rundt det. Det er egentlig, det tror jeg at jeg kan skrive under på for alle sykepleiere som noe av det verste vi gjør. Men altså, vi må gjøre det, det er en del av det.*

Flere har nevnt at de opplever tamponering av munn og svelg som uverdigg i øyeblikket, men med deres kunnskap om hvorfor det gjøres letter det utførelsen for dem selv. Det er allikevel ved tamponering av munn og svelg veldig viktig for sykepleierne at en lege da har lyttet til den døde;

*...og noen ganger må vi tamponere munn og svelg. Da gjør vi jo det, for vi veit jo at de er død, men i utgangspunktet så inni hodet mitt så synes jeg egentlig det er best at en lege har lytta på først. Hodet sier en ting og følelsene noe annet. Det er ikke bestandig vi får det til. Det er jo den mest ubehagelige delen av det da.*

Årsaken til at dette oppleves slik er at det forbindes med kvelning, det å *stappe noe ned i halsen på andre mennesker*, slik en pleier uttalte.

Etter at pleierne er ferdig å stelle, kler de på den døde enten private klær eller legger et putevar som brettes pent over overkroppen. Deretter legger pleierne på et ubleket hvitt båreteppe. Hvordan teppet legges avhenger av hvordan den døde er kledd. Det fremkom flere meninger når det gjelder klær og båreteppe, som utdypende presenteres i kapittel 6.2.

Før pårørende inviteres inn på rommet etter at den døde er stelt, passer sykepleierne på å rydde rommet, og å sette inn nok stoler til pårørende. En pleier uttalte at ”vi rydder på en spesiell måte”. Dette blir utdypet nærmere i kapittel 6.2.

Når pårørende har hatt tiden de trenger for å ta siste farvel med den døde, informerer sykepleierne om at det er begravelsesbyrået som vil bistå videre i prosessen. Etter at pårørende har reist hjem pakkes den døde inn i lakenene som pleierne allerede har lagt under



da de utførte sengeskift under stellet. Samtlige begynner å pakke inn nedenfra og opp, for deretter å teipe igjen.

De fleste begrunner dette med at det er det synlige ansiktet de ønsker å se til sist. Det faller seg mest naturlig for sykepleierne. For noen anses denne innpakkingen som en visuell avslutning på livet og det som har vært, mens for andre er det noe av det vanskeligste i det å stille døde mennesker:

*...så er det verste jeg gjør det er når vi pakker inn (...) vi drar laken over hodet og teiper igjen, også setter vi på den der lappen. Åh, det synes jeg er så, det blir så endelig. Det er jo ofte det der med pusten da som blir så vanskelig, når de får problemer med pusten mens de enda lever.. også at vi da når de er død dekker til ansiktet, ... jeg vet ikke om jeg noen gang kommer til å bli fortrolig med det.*

### **5.1.2 Å stille døde som levende**

Samtlige sykepleiere i undersøkelsen har gjennom intervjuene artikulert hvordan de stiller døde som om de skulle vært ”levende”. Dette har kommet til uttrykk gjennom klare formuleringer, men også gjennom de mange og detaljrike fortellingene sykepleierne har delt.

*Vi gjør et vanlig stell, bare litt mer grundig kanskje. Vi begynner å vaske ovenfra og ned, akkurat som man ville gjort med et levende menneske, med varmt såpevann og en god klut.*

En annen pleier uttalte følgende i denne forbindelse: *... også retter vi på sømmene sånn at skjorta er god å ha på seg.*

Av og til, hvis pleierne hadde godt kjennskap til pasienten hender det at noen av og til snakker til den døde. Akkurat som at han kan høre hva de sier. De informerer for eksempel om at de snur ham over på siden under stellet. Det kan synes som om de forholder seg til de døde som om han fremdeles er i live og kan høre. Ikke alle finner dette naturlig, men det er uansett akseptert blant personalgruppen at noen velger å gjøre det. En pleier uttalte følgende:

*For meg er det viktig å prate til den døde, jeg forteller alltid hva jeg gjør selv om han er død, for man steller jo pasienten og han er jo her (...) det er så tett innpå et dødsfall at du tenker på en måte at han er her på et vis, rundt deg.*

Dette med å stille døde som levende viser seg også ved at pleierne alltid husker på å dekke til den dødes kropp under stellet slik at de unngår blotting. De steller ovenfra og ned, slik de ville gjort om personen var i live. Pleierne er opptatte av ansiktet til den døde, at man bestandig begynner å vaske den dødes ansikt. Dette mener de er den mest naturlige gangen i et stell.

På spørsmål om forskjellen i å stille døde og levende mennesker har de fleste pleierne uttrykt at de ikke synes selve stellet utgjør noen stor forskjell. Noen har uttalt at det stort sett er det samme, bortsett fra tamponering av hulrom. Andre har påpekt delaktighet fra den som stelles som den største forskjellen. En sykepleier mener at stell av døde på mange måter er en hellig handling;

*Så og stelle i seg selv er en slags hellig handling. Altså, det mennesket, den sårbarheten vi er i da, det er vel det mest nakne. Du kan si du er helt prisgitt måten det (stellet) blir gjort på i forhold til verdighet. Det å stille og få lov å gjøre det vakkert, altså det estetiske i stellet er viktig for meg.*

Sykepleierne oppga at grunnen til at de steller som levende er tankene de har om verdighet. Pleierne sier de ikke vil gjøre noe med en død kropp som de ikke ville ha gjort mens han var levende. Det handler om sykepleiernes unike holdninger. En pleier uttalte det slik:

*Det handler om verdighet for den som er død, og det handler om hvem jeg er og vil være. For i det øyeblikket man begynner å distansere seg, så er det noe med etikken som er på avveie.*

Når det i intervjuene beskrives å stille på en verdig måte handler det først og fremst om måten det blir gjort på, respekten det blir gjort med, håndlaget og varsomheten. Det handler om hva man snakker om under stellet, og hvordan man i det hele tatt ivaretar den kroppen som ikke kan bevege seg. Hvem som helst kan gjøre det, men i følge pleierne krever det refleksjon og gode verdier for å gjøre et stell verdig og vakkert;

*Det er ikke bare en død kropp, men et menneske du har kjent som skal behandles med verdighet. Kroppen skal behandles med respekt, du skal dekke til og være forsiktig tenker jeg. (...) Jeg banker også på døra selv om jeg vet at den døde ligger på rommet alene. Det handler om respekt for det mennesket som akkurat levde.*

Sykepleierne gjentok under intervjuene at de jo vet at personen er død og ikke merker noe til deres handlinger. Likevel er det viktig å vite at de har behandlet den døde kroppen på en verdig måte. Ut i fra sitatet over kan en forstå hvordan de mener at det fortsatt er et menneske som ligger der, som har rett på å bli behandlet med verdighet enten han er levende eller død. Dette mener de er viktig både ovenfor den døde, pårørende og også for sin egen del. Så lenge den døde er i avdelingen er både han og familien fremdeles pasient og pårørende som skal behandles med respekt og verdighet.

Det slo meg tidlig i intervjufasen at dette fenomenet som omhandler å stille døde mennesker som levende var et sentralt funn som også fort ble et utgangspunkt for videre refleksjon. Det ligger noe underlig her som omhandler og gjenspeiler en kontinuitet mellom livet og døden. Jeg stilte meg selv spørsmål som ”er det på noe tidspunkt at det oppstår et brudd mellom livet og døden. Når skjer i så fall dette og kan det på noen måte influere på måten den døde behandles og omtales med verdighet?” Dette er vanskelige og interessante spørsmål som jeg kommer tilbake til også i diskusjonskapitlet.

### **5.1.3 Å stille til det gjenkjennelige**

Sykepleierne uttrykker at noe av det viktigste de kan gjøre er å stille den døde på en slik måte at han blir gjenkjennelig for pårørende. De er opptatt av at pårørende skal få se sin kjære en siste gang, så lik seg selv som mulig. Det er også godt for pleierne å se et fredelig og kjent uttrykk hos den døde. En pleier uttrykker det på denne måten:

*(...) også kommer døden som en sånn avslutning, og det å stille og å ta tilbake det som var personen sitt uttrykk... Når smerteuttrykket endrer seg og det rolige ansiktet er der. Det å kunne se at, ja - nå hviler du.*

Sykepleierne er opptatt av det gjenkjennelige for pårørendes del, men også for sin egen del. De mener den aller mest betydningsfulle kommentaren de kan få fra pårørende er når de opplever at den døde ligner seg selv. Det blir ofte rolig og vakkert, noe pleierne setter pris på å få lov til å bidra til gjennom stellet.

*Det som har vært så vondt har det nå blitt fred over, og det er blitt rolig og vakkert. Det som kanskje var så vanskelig å stå i da vi ikke kom i mål med smertelindring. All uroen og kanskje til og med delir... Det er litt rart, men ofte etter stell og når man har snudd den døde noen ganger, så endres liksom ansiktsuttrykket. Det blir roligere, og legger seg oppå det som var så vondt å være nær.*

Dette som kommer frem innebærer også hvordan pleierne har tatt tak i det tidligere livet til pasienten. Hvordan personen har levd, gjenspeiles i stellet. Sykepleierne behandler den døde slik de tror den døde ville ha ønsket å stelles. Det kan få ulike uttrykk, som for eksempel i dette eksempelet fra en pleier:

*(...) og kona ville være med å stelle mannen sin. Under stellet fortalte kona at "vet du, vi har tre barn, men jeg har aldri sett mannen min naken." Så det var første gang hun så mannen sin naken, og da ble det veldig viktig å dekke til og å gjøre sånn som han var da han var i live i dette siste stellet.*

Mange av sykepleierne har fortalt hvordan de synes den døde "får tilbake sitt fredelige uttrykk" etter at han er stelt, og under stellet har blitt snudd til siden en-to ganger. De steller også håret, neglene og huden slik at pårørende kjenner igjen den døde slik han en gang var uten det merkbare draget av lidelse og uro. Pleierne er veldig opptatte av at alt dette gjøres på pårørendes premisser, de rådfører seg alltid med pårørende ift deres ønsker, slik som fremkommer i dette sitatet:

*Ofte så bruker jeg deodoranten eller parfymen hans sånn at det på en måte skal være han som er der. Også kan man barbere og stelle håret. Men det er ikke alltid jeg barberer altså! Hvis pårørende synes han er finest med skjegg, så lar jeg være. Jeg prøver å rådføre meg med de hvordan de vil ha det.*

Det har allikevel blitt uttalt av en pleier at ”det hender jo vi holder på til vi får det som vi vil!”. Dette utsagnet ble sagt med et mildt smil om munnen etter at hun hadde påpekt viktigheten av å etterkomme pårørendes ønsker.

På spørsmål om når sykepleierne anså seg ferdig med stellet av den døde, var det flere som uttrykte at det måtte være når den døde var så fin og stelt at de kunne invitere pårørende inn. Andre igjen anså seg ferdige med stellet under innpakkingen, og noen først når den døde ble transportert bort fra avdelingen.

#### **5.1.4 Klesvalget**

Hvorvidt den døde ikles private klær eller et hvitt putevar som brettes som en krage, mener pleierne har stor betydning for gjenkjennbarheten. I løpet av intervjuene kom samtlige pleiere inn på temaet som handler om påkledning og klær til den døde. Pleierne hadde sterke meninger om dette, som kommer godt til uttrykk gjennom dette sitatet:

*...jeg tenker absolutt at klær har noe med verdighet å gjøre, ja. Fordi når man kler på den døde private klær så blir han ikke så død på en måte. Klærne hører jo til deres liv, og han blir den han egentlig har vært istedenfor at han skal ligge der kald og blek i en blå sykehuskjorte. Jeg tenker på det blikket, det som øyet ser. Kanskje er privat tøy tryggere, spesielt for barn som pårørende da.*

For noen var det svært viktig at den døde ikke ble ikledd den blå sykehustrøya, slik som også fremkommer i sitatet over. Dette kan også tolkes som et brudd, et skille mellom levende og død kropp. Den døde kroppen har ikke lenger behov for den blå trøya bak frem, slik den levende kroppen hadde når man skulle stelle slik at pasienten fikk minst mulig smerter under snuing.

For pleierne var det to alternativ som ble fremhevet; enten å ikle den døde private klær eller å brette et hvitt putevar pent over overkroppen slik at den blir lignende en type skjorte. De synes putevar innbyr til et hvitt, nøytralt og fredelig inntrykk dersom ikke private klær er

ønskelig. Pleierne er allikevel enige i sine uttalelser, de mener at inntrykket blir langt mer personlig og gjenkjennelig med private klær enn med putevar;

*Jeg var med på å pynte ei mor en gang som døde første søndag i advent. Hun ble lagt ned i en rød kjole med hvite krager. Hun var så flott som bare det, og jeg husker jeg tenkte at hun var pyntet som at hun skulle i sitt livs siste juleselskap.*

En annen pleier fortalte det slik:

*Jeg har vært med på å kle opp en i cowboy boots også. Han hadde sagt det da, at de skulle han ha med seg når han var død og han skulle han begravnes i de. Så da ble det sånn. Veldig spesielt. Jeg husker det var rutete skjorte, dongeribukse og cowboy boots. En ung mann.*

Det er alltid pasientens, mens han levde, eller pårørende sitt valg om de ønsker private klær, samt hvilke. Sykepleierne rådfører seg bestandig med de pårørende, de kler aldri på den døde klær uten å ha spurt pårørende først. Det de kan tillate seg å gjøre er å pynte litt opp i det hvite med et skjerf eller et sjal eller lignende. Men de er oppmerksomme på om dette er blir riktig for pårørende, som det jo oftest er.

Noen sykepleiere har fortalt at de noen ganger ikke opplever pårørendes klesvalg som verdig for pasienten. Men de sier ingen ting, de respekter alle valg. For det er *deres* liv, *deres* historie og *deres* minner. Her kommer det igjen frem hvordan sykepleierne viser respekt for det livet som personen har levd;

*Jeg har jo vært med på å kle på en sliten joggedress også, og for meg og mitt blikk var det ikke vært mye verdighet i det. Men den respekten for det livet de andre har levd sammen, man legger jo aldri inn innsigelser mot det. Det er pårørende som ønsker det, og da blir det verdighet for de og den døde. Og gjenkjennbart. Og trygt.*

Uansett hvordan pårørende ønsker det, søker pleierne å etterstrebe dette. En pleier fortalte om et lite barn som, etter stellet og påkledningen av sin døde mor, hadde krøpet opp i sengen til moren og tittet på henne og sagt ”sett på sangen vår a, mamma”. Dette vitner om at sykepleierne virkelig har tatt tak i det særegne ved personens liv og historie og tilrettelagt stellet av den døde slik at det ble gjenkjennbart og naturlig for pårørende.

## **5.2 Dødens omgivelser**

For at sykepleierne skal kunne ivareta verdighet ved stell av døde, må det være noen klare rammer tilstede. Det har gjennom undersøkelsen kommet frem hvilken betydning ulike omgivelser og detaljer har for verdiget, som følgende presenteres.

### **5.2.1 Tid og ro**

I den aller første tiden etter dødsfallet gir pleierne de pårørende tid. Denne tiden er viktig for at pårørende skal få mulighet til å reagere og til å sørge. De skal få ha tid til sitt eget, og slippe å sitte igjen med et inntrykk av at andre tok styringen i deres situasjon. Pleierne er særlig opptatt av at pårørende trenger denne tiden, ettersom deres kunnskap og erfaring tilsier at mange har båret på en tung belastning i lang tid. Det er for mange pårørende det vanskeligste øyeblikket i livet å stå nær ved sin kjæres død.

Det er forskjeller knyttet til hvordan sykepleierne støtter pårørende i denne fasen. Det er i følge pleierne situasjonen som avgjør om sykepleierne er fysisk trøstende eller om de trekker seg litt unna.

*Det er avstand og nærhet til senga, det kan være kroppsspråk eller lyder. Det er summen av mange ting. Kanskje er det den tause kunnskapen som kommer til uttrykk, det er bare sånn som ligger der.*

Sykepleierne har samtalt med og informert pårørende om hva som vil skje etter at døden har inntruffet. Sykepleierne erfarer også at pårørende ofte selv velger å trekke seg ut av rommet og ta en pause i denne tiden. Da informerer pleierne om at de vil stille den døde, spør om pårørende ønsker å delta i stellet, og om de har noen ønsker om klær, hår, sminke eller lignende. Avdelingen kan tilby pårørende å være på rommet de kaller ”trøst”. Der får de gjerne noe å drikke og spise. Det koster utrolig mye krefter å være pårørende ifølge pleierne. På ”trøst” er det også stillhet og ro.

*Når pårørende går ut av rommet etter første runde da for å si det sann, så må vi jo vise at vi ser dem også, at de ikke blir overlatt til seg selv. Da kan vi tilby litt kjeks eller noe å drikke for eksempel, for det er utrolig slitsomt å være pårørende.*

Når sykepleierne steller den døde prates det ikke om hva pleierne skal til helgen eller hva som må gjøres på rommet ved siden av. Pleierne opplever å få frigjort sin tid av kollegaer til å ta den tiden de har behov for i et stell. De har også nøye planlagt stellet slik at de slipper å gå mye ut og inn av rommet. Dette oppleves for noen uverdigg i det siste stellet.

De fleste pleierne fortalte hvordan de opplevde at det skjer noe i avdelingen når en person dør. Det tenes et hvitt levende stearinlys på skranken i avdelingen. Noen mener dette er et signal om å ta det med ro i avdelingen. Andre mener også at mange pårørende forstår lyset som et signal på at det har skjedd et dødsfall, og atmosfæren i avdelingen blir roligere. Når kollegaene ser at det tegnes et kors bak navnet på pasienttavla opplever også noen å få et anerkjennende blikk, og tempoet roes ned.

Alle sykepleierne fremhever at tid og ro er uunnværlige faktorer når det gjelder å stille døde mennesker med verdighet og respekt. En sykepleier uttrykte det på denne måten:

*Vi jobber jo med det samme her, noe som gjør at vi har skapt en sann felles forståelse... Den støtten man får av kollegaene når man får frigjort tid til akkurat det siste stellet, det er så avgjørende for at vi orker å stå i jobben og for at vi får stille på en verdigg måte.*

## **5.2.2 Båreteppet**

Et ubleket hvitt båreteppe brukes hver gang det er dødsfall i avdelingen, og bringer for mange sykepleiere tanker til døden og livet. Det er interessant hvordan sykepleierne er bevisst hvordan de tilrettelegger teppet på sengen. Om den døde har på private klær, legges teppet litt lenger ned om han er kledd i putevar. Dette mener pleierne blir mer naturlig. Den dødes hender legges samlet oppå teppet. Ikke foldet, men samlet. Dette fordi det er mange som ikke har et forhold til folda hender i følge pleierne.



Når pårørende har tatt sitt siste farvel og forlatt rommet, tas båreteppe av for en kort stund. Deretter pakkes den døde inn i laken som tidligere beskrevet. Båreteppe legges så over den døde i sengen igjen for utkjøring, som ifølge pleierne tydeliggjør at det er en transport fra avdelingen til bårerommet:

*Det er det (teppet) vi legger over når vi har utkjøring. Og da vises det at det er en utkjøring. Når senga kommer i korridorene med det teppet over.*

Sykepleierne mener det ser rent, ryddig og verdig ut når det hvite båreteppe legges oppå den døde i sengen. Andre har uttalt at båreteppe pynter opp litt i sengen, og at det markerer noe annet enn et vanlig laken eller dynetrekk. En pleier uttalte det slik:

*Det teppet markerer egentlig forskjellen fra livet til døden. Vi bruker det jo aldri ellers.*

Det kom også frem usikkerhet når det gjaldt bruk av båreteppe. En sykepleier fortalte at hun ikke var helt sikker på hva hun mente om dette. Tankene som her lå til grunn var at teppet var blitt en tradisjon for avdelingen. Hun forklarte det slik:

*åh.. jeg vet ikke helt jeg. De har jo brukt det i alle år oppå der, så det er litt sånn, jeg føler det har blitt en sånn tradisjon for de. Altså, det er jo et fint teppe (...) Men det blir jo veldig mye hvitt, som man fort forbinder med døden da. jeg vet ikke, de blir liksom så veldig død.*

Båreteppe kan dermed forstås som et fint teppe som fremmer verdighet og nøytralitet, men kan også oppleves å gi et forsterket inntrykk av døden. Ettersom sykepleierne er veldig opptatt av å fremstille den døde så naturlig som mulig for de pårørende, kan et slikt forsterket inntrykk tolkes som noe uønsket. Det har gjennom intervjuene blitt uttalt følgende:

*Man skal være klar om døden altså, men man trenger jo ikke være brutal heller.*

### 5.2.3 De små, men betydningsfulle detaljene

Det kom frem gjennom intervjuene at sykepleierne var opptatt av små men viktige detaljer i omgivelsene rundt den døde. Etter stellet legger de en hvit duk på nattbordet. På denne hvite duken setter de også et hvitt stearinlys som tennes. Sykepleierne mener hvit duk og hvitt lys bidrar til å fremme verdigheten fordi hvitt symboliserer renhet, nøytralitet og fred. Det har også blitt uttrykt andre meninger:

*... og det er jo ikke noe galt med hvitt altså, men med hvitt båreteppe, hvit duk og hvitt lys kan det jo fort bli sterilt. Så da pleier jeg, og jeg tror flere også, å "spice" opp litt med enten litt passende farger eller en gjenstand som minner om den døde.*

Det har også kommet frem hvordan noen velger å dempe belysningen i rommet. Dette for at det ikke er passende med sterk belysning i rommet der den døde ligger. Noen er også bevisst på å lukke gardinene i vinduet. Ikke de lystette, men de flortynne. Dette selv om avdelingen ligger i fjerde etasje. Man vet aldri, i følge pleierne, om noen kan ha innsyn på rommet.

Det tilrettelegges for at pårørende kan ta sitt siste farvel. Da plasseres gjerne sengen den døde ligger i slik til at man får satt stoler inntil sengen. Pasientrommets tekniske utstyr, slik som tv, klokkepanel og sengeregulator plasseres slik at dette ikke kommer i fokus. En pleier fortalte også om ledningen til sengen, som tydelig ikke passet inn blant det hvite og nøytrale:

*Bare den der oransje ledningen til sengen vet du, den pleier jeg alltid å ta bort for den synes jeg ikke er noe fin. Det er bare en bit av det helhetsinntrykket liksom.*

Det kan forstås som at sykepleierne sørger for å eliminere elementer som ikke passer inn, det som skal omgi den døde når livet er avsluttet. Det velges å fremheve det hvite og det nøytrale. Disse faktorene synes å ha stor betydning for verdigheten i stell av døde. Det er først og fremst med tanke på pårørende at pleierne har dette i fokus. En pleier uttalte det slik:

*Det er jo de pårørende som skal sitte igjen med inntrykkene. Det er deres siste farvel. Da er det fint om vi kan bidra til at de kan huske det som noe godt oppi all sorgen. Ikke at de sitter igjen med minner om rotete og overfylte rom.*

### **5.3 Sykepleieren og den døde**

Det er tydelig at sykepleierne med stort engasjement går inn i stell av døde mennesker. Samtlige fortalte at de stelte døde som levende, og flere har uttrykt at det er så viktig for dem selv å stelle den døde med verdighet:

*Det handler om hvordan jeg ønsker å behandle andre mennesker, og hvordan jeg har det inni meg når jeg gjør det. Selv om den personen er død, så gjør jeg det samme som om han hadde vært levende. Det er jo ikke sånn at når han dør så kan jeg plutselig behandle han bare som en "ting". Det har jeg ikke hjerte til.*

Det var interessant for meg gjennom intervjuene å observere det engasjementet de la i det å stelle den døde med verdighet, og hvilken betydning det hadde for den enkelte av sykepleierne.

#### **5.3.1 Relasjonen og bearbeidelsen**

Det innebærer verdighet for sykepleierne å fremheve hvem den døde var som person og det å tilrettelegge stellet av den døde som gjenspeiler dette. På denne måten mener de å ivareta verdighet både for den døde, for pårørende og for dem selv. Det handler om grunnleggende verdier forteller de - det generelle menneskeverdet og respekten for et annet menneske:

*Kan man ta i fra et annet menneske verdigheten, tenker jeg. Vi har jo noen grunnleggende verdier som vi som mennesker og sykepleiere har med oss. De handler jo om hvordan vi ønsker å behandle andre mennesker. De har jeg nok lært gjennom livet, gjennom sykepleierutdanninga og av kollegaer.*

En annen pleier uttalte det slik:

*Jeg tenker det handler om å bekrefte en annens verdighet. Måten man gjør det på i stellet, det er jo ikke bare det ritualet om å gjøre ren og se fin ut, men det er jo den der holdningen man går inn i det med også da. ... det er noe med å sende denne personen videre. God reise.*

Sykepleierne er klare på at alle dødsfall fører med seg ulike følelser, avhengig av situasjon og relasjon til pasienten og familien. Ofte har sykepleierne kjent den døende og familien gjennom lang tids sykdom. Andre ganger kan det være at sykepleierne assisterer eller tar over et stell i vaktskiftet, der de ikke har kjennskap til familien eller situasjonen. Når sykepleierne har hatt kjennskap og relasjon til pasienten og familien over tid, er det ofte de kjenner et behov for å avslutte denne relasjonen for sin egen del. I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er noen stell som er svært viktig at de er med på. Da går det på egne behov for bearbeidelse. Alle var i fokusgruppen enige om at det å få gjøre det siste stellet er viktig for at sykepleierne skal få avsluttet og klare å gå videre. Dette kommer godt til uttrykk gjennom følgende sitat:

*Det er en måte å komme seg videre på. For det er noen som gjør utrolig sterkt inntrykk altså, som sitter der år etter år. Da er det viktig å få være med på å avslutte i det siste stellet.*

Da pleierne uttrykte at stellet ofte var en bearbeidelse for dem selv, måtte jeg spørre de hva det var, eller hvilke følelser de bearbeidet. Det er i følge pleierne veldig forskjellig fra dødsfall til dødsfall. Ofte er det tristhet. Ofte bearbeider de den sterke påkjenningen det har vært å stå nær all smerten, uroen og lidelsen. Da er det godt for sykepleierne å få gjøre et siste stell, og å se igjen et fredelig ansiktsuttrykk som vitner om ro og hvile.

Pleierne er alle enige om at det å få gjøre det siste stellet og å få gjøre det verdig og vakkert er med på å lukke en dør. Det er dette som gjør at de klarer å gå videre. For det kommer nye de skal hjelpe. Nye mennesker som skal dø. Nye familier i krise og sorg. Da må sykepleierne være klare.

### **5.3.2 Å møte sitt eget**

Samtlige sykepleiere i undersøkelsen føler på en dypere sårbarhet når man kan assosiere situasjoner på avdelingen til eget liv. Eksempelvis kan det være barn i samme alder eller ektepar i samme alder. Da må sykepleierne spørre seg selv om den forestående situasjonen kan være utfordrende i forhold til eget liv, og om de er klare for dette nå. De må gå flere runder, for det er så viktig for dem å være bevisst på at denne situasjonen ikke deres egen, men andres, slik som kommer til uttrykk gjennom følgende utsagn:

*Så en skal være litt bevisst på at det er ikke mitt det handler om, det er ikke meg det handler om. Akkurat det der er kjempeviktig å ha ryddet unna da. Eller gjenkjenne når det kommer. For det kommer. I ulike situasjoner.*

Når de møter situasjonen som er overførbare og gjenkjennelige i forhold til eget liv hender det at de mobiliserer krefter til de er helt utmattet psykisk. Allikevel tenker flere av pleierne at det er kanskje akkurat i slike situasjoner de kan bistå best mulig, som kommer til uttrykk på denne måten:

*Jeg synes at det er veldig utmattende når vi kan overføre situasjoner på avdelinga til eget liv. Men samtidig så tenker jeg det at akkurat her kan jeg vite hva behovet er. Og det synes jeg er en styrke. Så jeg prøver å bruke det, også er jeg helt utslitt etterpå.*

### **5.3.3 Intensiteten**

Det blir en sterkere intensitet i livet når man jobber med døden så nært innpå seg. Dette uttrykker flere av pleierne. Man blir så glad i livet, og lærer å nyte det. Livet blir sterkt, og man lærer å sette pris på det. Også er det styrken i det kollegiale som holde dem oppe. De er sterkt knyttet til hverandre, og sier de er nesten som hverandres pårørende. Det ligger mye underliggende alvor i arbeidet de utfører, men de får luftet ut mye med humor og åpenhet.

Det er også avgjørende for sykepleierne at de har handlingsberedskapen til å lindre smerte, uro og lidelse. Dette og kollegastøtten synes å være avgjørende for at pleierne orker å jobbe med døden så nært innpå. For flere er denne jobben en forberedelse på at livet en gang tar slutt, og de setter stor pris på å få lov å lære av de som går igjennom prosessen. En pleier uttalte det slik:

*Det er jo en forberedelse på at det livet her en gang tar slutt. Og i stedet for å lukke øya for det, som veldig mange gjør fordi at det er vanskelig og farlig, så får vi det så tett innpå. Vi får se at det ikke er farlig, og vi får lære.*

Sykepleierne mener også at det er en fantastisk mulighet de har til å være nært andre mennesker som holder på i denne prosessen å dø. Pleierne uttrykker at de føler de får lære av de døende og familien. Dette bidrar til en viss ro når de tenker på sin egen død i fremtiden. Det gir en visshet om at døden er der og døden må møtes av alle. Og den er ikke farlig.

## **6 DISKUSJON**

I dette kapittelet vil resultatene som tidligere er presentert bli diskutert i lys av teoretisk forankring og aktuell forskning. Diskusjonen tar utgangspunkt i, og søker å gi svar på problemstillingen ”hvordan ivaretar sykepleiere verdighet ved stell av døde i sykehus?”.

Kapittelet har til hensikt å problematisere sentrale funn som er kommet frem som vanskelige og motsetningsfylte, og til dette er det brukt aktuell forskning og teori både som er presentert tidligere i oppgaven samt noe ny teori, som er funnet etter hvert som analysen og diskusjonen har vokst frem.

Diskusjonen er organisert under tre hovedtema som omhandler a) overgangen mellom liv og død, b) betydningen av dødens omgivelser, c) kompetanse og ivaretagelse av verdighet. Disse hovedkategoriene er blitt til ved hjelp av sammenstilling av teori og empiri, slik jeg beskrev dialektikken eller den abduktive tilnærmingen i kapittel 3.3. Selv om jeg i forkant av datainnsamlingen hadde satt opp forslag til teorier som kunne være understøttende til funn i studien har jeg som forsker sett og dannet nye perspektiver ved hjelp av samspillet mellom teori og empiri slik Nortvedt (2008) fremhever det.

I kapittel 6.5 diskuteres studiens styrker og svakheter. Kapittel 6.6 tar for seg studiens kliniske betydning og implikasjoner for videre forskning.

### **6.1 Overgangen mellom liv og død**

Et sentralt og interessant funn både i tidligere forskning (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007) og i denne studien er hvordan sykepleiere steller den døde som om han skulle vært levende.

Hadders (2007) kom i sin kvalitative studie frem til at sykepleierne fortsatte å relatere seg til personen selv etter at han var død, mens de fremdeles hadde pasienten på avdelingen, og helt til lakenet ble brettet over hodet til døde. Først da anså pleierne han som død.

Gjennom intervjuene i min undersøkelse kom det tydelig frem at sykepleierne stelte de døde på samme måte som de gjorde da han levde, og at dette var viktig for dem å holde fast ved. En pleier uttalte også at de steller på en litt grundigere måte, og fortsatt med varmt vann, såpe og en god klut. Grunnen til at sykepleierne steller døde som levende er deres tanker om

verdighet. De vil ikke gjøre noe med en død kropp som de ikke kan gjøre mens hans var levende.

Det blir interessant å stille spørsmål knyttet til sykepleiernes handlinger, hvorfor gjør de som de gjør? Er det på et tidspunkt det oppstår et brudd i stedet, og når i så fall er dette? Når er det pleierne anser og behandler den døde som en død person eller en kropp og ikke lenger pasienten de har pleid over en tid?

Det ligger noe underlig her som omhandler og gjenspeiler en kontinuitet mellom livet og døden. Som sykepleierne selv har fortalt, så vet de godt at personen er død, de har forståelse for at kroppen ikke merker noe til handlingene som gjøres eller ord som blir sagt. Allikevel fortsetter de å stille på en varsom måte og noen prater også til den døde og informerer under stedet. En pleier uttalte også at stell av døde på sett og vis er en hellig handling.

Kan det tenkes at sykepleierne selv går igjennom ulike faser når pasienten dør? Selve dødsøyeblikket er alltid unikt. I denne fasen, den første "akutte" fasen kan det synes som at sykepleierne er mest opptatt av å støtte og hjelpe de pårørende. På bakgrunn av samtaler med pårørende i forkant vet de om de er ønsket på rommet eller om de trekker seg unna, og lar pårørende være for seg selv. Noen trenger trøst, og fysisk tilstedeværelse av sykepleieren, mens andre trenger ro og alenetid.

Det er også i denne første fasen at det skjer noe med stemningen i avdelingen. Sykepleierne tenner lys på skranken, og tegner et kors ved siden av navnet på pasienttavla som henger på vaktrommet. Sykepleierne kan merke at atmosfæren i avdelingen blir roligere, og de kan få en følelse av at de andre pårørende forstår. I denne fasen begynner forberedelsene til selve stedet. Det er nå sykepleierne får frigitt tid ved at kollegaene avlaster med andre arbeidsoppgaver, og det er nå planleggingen foregår med utstyr de trenger inne på rommet og hvem som skal være den andre pleieren når det blir behov for det. Man kan dermed si at denne første fasen handler om ivaretagelse av de pårørende og planlegging av selve stedet.

Når pårørende trekker seg ut av rommet der den døde ligger for å ha en pause er de ofte klare for at den døde skal stelles og så ønsker de å komme inn igjen etter at stedet er gjennomført. Sykepleierne har fortalt hvordan de opplever stedet som en bearbeidelse for seg selv. De har



behov for å avslutte relasjonen til pasienten de har pleiet og kjent over en tid, og stellet er fin måte å gjøre det på. Kanskje kan man kalle dette en mellomfase, eller en bearbeidelsesfase. Det er ikke bare viktig for sykepleierne at den døde ser ren og fredfull ut for pårørende, men de synes selv det også er viktig å se etter det som kan ha vært lang tids sykdom og lidelse. En pleier fortalte at hun pleiede å si ”God reise” til den døde når hun var ferdig med å stille vedkommende. Det kan dermed virke som at sykepleierne klargjør den døde for en ”avreise”. Hvor sykepleierne mener at reisen går er uvisst, men det er tydelig at det i stellet ikke bare handler om at den døde skal se fin ut her og nå, men at han stelles og klargjøres for en avslutning av livet, for en ”avreise”. Berthelsen (2011) har kommet frem til lignende funn i sin doktorgradsavhandling. Han kaller det å ”gjøre sjøklart”. Forfatteren tolker pleiernes handlinger som en forberedelse på den avdødes siste reise, det han etter hvert omtaler som Dødsferden.

Stellet av den døde er allikevel ikke bare med på å klargjøre den døde for ”avreise”. Det kan virke som at sykepleierne også gjennom stellet selv blir i stand til å gå videre og ta i mot nye pasienter som skal dø. Dette kommer frem når pleierne uttrykker hvor viktig det kan være for dem å delta i stellet til den personen de har hatt et kjennskap til, kanskje over lengre tid. I følge pleierne får de på den måten lukket en dør, og avsluttet relasjonen til en person som de en gang kjente.

Det er i selve stellet, og i denne mellomfasen, at sykepleierne utfører skikker og ritualer slik som et kroppsstell, påkledning og lystenning. De har gjennom intervjuene vært opptatt av å få frem hvordan dette først og fremst er for de etterlattes skyld. Det er de etterlatte som skal sitte igjen med inntrykkene og minnene. Men kan det være at sykepleierne utfører skikker og ritualer som også har betydning for de selv? De sier jo at det hender de holder på til de får det som de vil, enten med stell eller påkledning. På denne måten får sykepleierne gjort det som er så viktig for dem; det gode og verdige stellet. Sykepleierne har et behov for å sitte igjen med denne følelsen. Det handler om hvordan de genuint ønsker å behandle andre mennesker med respekt. Funn fra tidligere forskning viser hvordan sykepleiere er opptatt av den gode døden, og hvordan dette er en forutsetning for verdighet og at de selv mestrer dødsfallet på en hensiktsmessig måte (Shorter & Stayt, 2009). Nå tok riktignok studien for seg døden, og ikke selve stellet av den døde, men jeg anser allikevel funnet som overførbart og understøttende til sykepleiernes opplevelse av det gode og verdige stellet.

I følge Levinas ligger det en respekt i døden som vi ikke kan forstå, og som ikke gir mening (Elstad, 2014). Allikevel opptrer sykepleiere med ærbødighet og med dyp respekt for den døde kroppen. Her ligger igjen det Elstad (2014) er inne på når hun snakker om det ukjente i sykepleien. Som tidligere presentert hevder Henderson (gjengitt etter Elstad, 2014) at vi aldri fullt ut kan forstå det andre mennesket eller deres livshistorie. Dette ukjente kan tenkes å være noe av det som berører kjernen i faget for denne yrkesgruppen. Fagutøvelsen foregår i et spenn mellom liv og død, og Løgstrups sitat belyser et slikt ansvar som tilfaller denne yrkesgruppen: ”Den anden persons nærvær kalder den første persons tillid og opriktighed frem, den anden persons ulykke kalder den første persons barmhjertighed frem.” (Gjengitt etter Martinsen, 1993, s. 180).

Et interessant funn både i forskning (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007; Wilson & Kirshbaum, 2011) og i denne undersøkelsen er at sykepleiere synes det er viktig at den døde ser fin og fredfull ut. Det har kommet frem at sykepleierne kan *se* lidelse, smerte og uro hos den som skal dø, de trenger ikke å bli det fortalt. Det er deres erfaring og kyndighet som gjør de i stand til å se, og til å handle på bakgrunn av det de ser. I sykepleien omtales dette som kliniske observasjoner, eller det kliniske blikket. Men det er noe spesielt med dette blikket når man jobber med døden. Sykepleierne ser etter *tegn*. Ikke nødvendigvis vitale tegn som blodtrykk og saturasjon, men tegn på uro og lidelse eller at døden står nær. Det kan virke som at sykepleierne baserer mye av sine handlingsvalg på det de ser. Det handler om det de omtaler som ”draget” over ansiktet, og det er nettopp dette ansiktet som forteller de om smerter eller fredelighet.

I følge Levinas er det i møtet med den andres ansikt at det melder seg et ansvar om å ta vare på den andre (Levinas, 1972). Levinas hevder at ”Annetheten er uendelig forpliktende”, altså at ”jeget”, i dette tilfelle sykepleieren, står helt forpliktet overfor den annen, som her tolkes å være den døende og senere den døde. Når sykepleierne ser den andre, er de på sett og vis bundet til å anerkjenne den andre. Dette både i kraft av yrke, men også i kraft av å være et medmenneske med ønske om å gjøre andre mennesker godt. Levinas’ (1972) tenkning går videre ut på at vi egentlig ikke kan forstå ansiktet, det er et møte med uendelighet. Allikevel gjenspeiler det noe felles og noe gjenkjennbart. En kan knytte Levinas’ tanker til

sykepleiernes opplevelse ved at det i møtet med den andres ansikt ligger et ansvar om å ivareta den andre, og dermed også anerkjenne og ivareta den annens verdighet.

Den dødes ansikt gjenspeiler fremdeles det personlige, og personen er lik seg selv slik han var i live de første timene etter dødsfallet. Det er kanskje også derfor at pleierne fremdeles steller og behandler den døde med respekt og verdighet som de gjorde da han var levende.

Kroppen, slik Merleau-Ponty utlegger det er jo også et kroppsliggjort liv (Nortvedt, 2008). Det er en levd kropp som samtidig er både subjekt og objekt, og livet uttrykkes gjennom kroppen. Som tidligere fremhevet, vil jo denne distinksjonen mellom subjekt og objekt opphøre når døden inntreffer. Subjektiviteten forsvinner, en død kropp er en objektiv kropp som kan sanses og sees men ikke selv sanse og se. Kanskje er tiden som sykepleierne får i denne mellom- eller bearbeidelsesfasen nødvendig for at de skal kunne oppheve denne forestillingen om kroppen som både subjekt og objekt. Det er jo i følge Merleau-Ponty nettopp dette grunntrekket som kjennetegner den levende kroppen, og det kan tenkes at dette får betydning for pleiernes holdninger til den døde kroppen.

Som tidligere beskrevet stilte jeg meg undrende til om det på noe tidspunkt skjedde et brudd med sykepleiernes respektfulle og verdige holdninger til den døde kroppen. Dette med bakgrunn i teori om verdighet (Edlund, 2002; Gallagher; 2004; Tranvåg et al., 2013) som tar for seg den levende kroppen, men ikke sier noe om verdighet etter at kroppen er død. Etter hvert som jeg har tenkt gjennom dette spørsmålet har det blitt mer et spørsmål om det på et tidspunkt oppstår et brudd mellom livet og døden. Når skjer i så fall dette og kan det på noen måte influere på måten den døde behandles og omtales med verdighet?

Jeg har til nå beskrevet den første akutte fasen, selve dødsøyeblikket og den spontane tiden etterpå der pleierne i hovedsak fungerer som støttende for de etterlatte og der sykepleierne planlegger stellet. Deretter er mellomfasen en tid der sykepleierne gjennom stellet bearbeider for seg selv den relasjonen de har hatt til pasienten. Det er kommet frem både i forskning (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007) og i denne undersøkelsen at pleierne fortsetter å relatere seg til den døde som om han var levende mens han fremdeles er i avdelingen. Allikevel er det funn i empirien som sier meg at det oppstår et skille, eller en markering på av livet nå er slutt

og den døde anses ikke lenger å være pasienten som pleierne hadde et kjennskap til. Når man så snakker om faser, kan dette være en slags avslutningsfase.

For noen oppstår dette skillet når den døde pakkes inn i laken. Lakenet teipes igjen og det festes en identitetslapp oppå. Også her får den dødes ansikt betydning for pleierne. Bevisst velger de alltid å begynne innpakkingen ved tærne, for deretter å lukke oppover mot ansiktet. Dette begrunnes med at ansiktet er det siste de ønsker å se, dette ansiktet som nå symboliserer ro og fred, og som kanskje for noen timer siden bar preg av lidelse og uro. Det er naturlig og verdig sier pleierne, at man lukker for ansiktet til slutt. Når man så legger over båreteppe er det for flere sykepleiere helt opphørt denne distinksjonen mellom objekt og subjekt. Da relaterer de seg ikke lenger til den døde, og båreteppe markerer skillet mellom liv og død.

For noen bringer det med seg store utfordringer følelsesmessig å pakke inn den døde i laken. Man kan stille spørsmål knyttet til hva disse utfordringene bunner i, eller hvorfor det oppstår vanskeligheter rundt dette.

Dette tar oss over i hvordan pleierne i studien uttrykker en sterkere intensitet i livet når de jobber med døden så nært innpå. Det kan virke som at livet trer sterkere frem i lys av døden, og kontrasten mellom det levende og det døde blir sterkt. Det er døden som gjør det mulig å kjenne på intensiteten i livet. Ut i fra dette kan en tolke at det er livet som er det gjeldene; at i forholdet mellom livet og døden, så blir døden overskredet av livet og kan det da være at sykepleierne opplever utfordringer fordi de forsøker å holde fast i livet?

Når ansiktet også er tildekket så er bruddet og skillet mellom livet og døden virkeliggjort, da er det endelig. Ansiktet, det som gjenspeiler det spesifikt menneskelige er ikke lenger der som en synliggjøring av det mennesket som en gang var.

Det kan være at det nettopp er en slik markering, eller et skille mellom liv og død som blir så tydelig, og dermed byr på utfordringer for noen av pleierne. Det har også kommet frem at noen sykepleiere ikke anser seg ferdig med stellet før den døde blir transportert fra avdelingen til bærerommet.

Man kan altså si at sykepleierne gjennom en avslutningsfase på et tidspunkt slutter å anse den døde som ”pasienten sin”, men snarere en død kropp. Det er tydelig hvordan en slik overgang mellom liv og død er noe visuelt, noe sykepleierne må *se* for å forstå og ta inn over seg. Det synes ikke å oppstå et brudd med livet før den døde forlater avdelinga. Båreteppet symboliserer en markering fra livet til døden. Dette viser at det er en tett forbindelse mellom liv og død.

## **6.2 Betydningen av dødens omgivelser**

Det har kommet frem både i forskning (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007) og i denne undersøkelsen hvordan sykepleierne tillegger detaljene rundt et dødsfall betydning. Detaljene kan innebære gjenstander i rommet, belysningen, gardinene eller lignende. Det kan være interessant å reise spørsmål knyttet til hva slags betydning slike detaljer har, og om de på noen måte påvirker sykepleiernes tanker om og holdninger til verdighetsbegrepet.

I følge etnologen og kulturanalytikeren Lynn Åkesson er symboler og ritualer ved dødsfall noe som går utover menneskets fornuft (Åkesson, 1997). I dette kan det ligge en tolkning om at man ikke alltid kan forklare eller artikulere symbolikken, men at ritualene heller taler for seg selv. Vi vet at ritualene bunner i lang tids tradisjoner og at mennesket har behov for noe konkret å forholde seg til når dødsfall inntreffer (Mathisen, under utgivelse 2016). I min studie er det vist at sykepleierne steller den døde og organiserer omgivelsene på bakgrunn av deres tanker om verdighet. Det er tydelig at det ligger noe her som handler om sykepleiernes *følelser*, i det de beskriver hvordan de kjenner det inni seg når de utfører gitte handlinger. Kanskje taler disse handlingene forbi fornuften slik Åkesson (1997) fremhever.

Det kan være at ritualene og symbolene taler for seg, men jeg fristes allikevel til å drøfte hva slags betydning de kan ha for ivaretagelse av verdighet, hvordan verdighet oppfattes og hva som eventuelt kan true denne verdigheten.

## Rommet

Det første som slår meg når jeg tenker på omgivelsene rundt et dødsfall er hvordan sykepleierne rydder rommet den døde ligger på. De er ikke så opptatt av å ha det ryddig akkurat mens stellet pågår, fordi de da trenger en del utstyr til å vaske og til å seponere eventuelle medisinske hjelpemidler. Det er når pleierne er ferdig med å stelle at de ”rydder rommet på en spesiell måte” slik en pleier fortalte. Om det er selve måten de rydder på eller om det er hvordan resultatet av rydding som er spesielt, ble vanskelig å svare på for sykepleieren. Antagelig er det en kombinasjon. For det er jo spesielt å rydde bort medisinsk utstyr som den døde bare for noen timer siden har hatt behov for. Som jeg fremhevet i kapittel 6.1, så steller jo sykepleieren den døde som om han skulle vært levende. I dette legger de at de vil ikke gjøre noe med en død kropp som de ikke kunne gjøre mens han var i live. Kanskje er det her skoen trykker når vi snakker om at måten det ryddes på er spesiell. Sykepleierne ville aldri ha ryddet bort det medisinske utstyret mens han fremdeles var i live. Men de gjør det når pasienten er død, han har ikke lenger behov for det.

Når det gjelder resultatet av ryddingen kan det også forstås at dette oppleves spesielt. Sykepleierne, slik det er kommet frem i undersøkelsen og i forskning (Berthelsen, 2011), tar ut av rommet alt som de mener ”ikke hører hjemme på rommet til den døde”. Dette være seg som nevnt medisinsk utstyr, de ekstra putene som ble brukt for god leiring, tepper som ble brukt for temperaturregulering, medisiner, sykehustrøyer, håndklær, kluter, og tannkrem for å nevne noe. Disse gjenstandene som ble brukt daglig, som er så lett å ta for gitt, de er ikke lenger der. De hører ikke lenger hjemme. Det kan tyde på at sykepleierne ”rensker” rommet som en del av denne klargjøringen som jeg presenterte i kapittel 6.1, der pleierne klargjør den døde for avreise, eller slik Berthelsen (2011) presenterer det; å gjøre sjøklart. Kanskje er en slik rensking av rommet av dobbel betydning, ved at sykepleieren også klargjør seg selv til å ta i mot nye pasienter og familier.

Ut i fra dette blir det igjen interessant å stille spørsmål knyttet til rommets betydning, eller ”stedets tale” slik Berthelsen (2011) omtaler det. Hans avhandling viser at pleierne skaper et sted på pasientrommet, som er annerledes enn det rommet som var da pasienten levde. Jeg har tillat meg å benytte det samme sitatet forfatteren har gjort i sin avhandling, ettersom jeg finner dette svært fruktbart for å belyse rom og sted; ”rom er mer abstrakt enn sted. Det som begynner som udifferensiert rom, blir til sted etter hvert som vi blir bedre kjent med det og

legger verdier i det” (Yi-Fu Tuan, Gjengitt Berthelsen, 2011 s. 51). Ut i fra dette sitatet kan man tolke det dit hen at rommet endrer seg til å bety noe annet. Kanskje endrer det seg fra å være et enerom der det foregår lindrende behandling, en aktiv prosess på vei mot et mål. Målet er døden. Når så døden har inntruffet og stellet av den døde er gjennomført på dets varsomme og spesielle måte, endrer rommet seg kanskje til å bli et sted. Et verdig sted for å ta farvel, for å avslutte et liv og en historie.

Det kan synes som at sykepleierne ved å rydde rommet for utstyr som det ikke lenger er behov for endrer rommet fra å være et behandlende rom til å være et sted for å ta farvel. Det er for pleierne verdighet i at den døde ligger på et ryddig og rent rom, ”rensket” for det man trenger i hverdagen. Det blir med en slik rydding tydelig at døden har inntruffet og at livet og historien er forbi.

### Tid og ro

Et annet funn som viser seg å ha innvirkning på pleiernes syn på verdighet er dette med tid og ro. Berthelsen (2011) har kommet frem til understøttende funn, der pleierne i avhandlingen bruker den tiden det tar å stelle døde fordi de ønsker å gjøre stellet verdig. Man kan forstå at *tid* har en dypere betydning enn den rent åpenbare tidsforståelsen ved begrepet.

Funn fra min undersøkelse viser at når en person dør gir pleierne de pårørende den tiden de trenger sammen med den døde. Som presentert i kapittel 5.2.1 anses denne tiden som så viktig for at pårørende skal få tid til å reagere og til å være i det som kanskje er det vanskeligste øyeblikket et menneske kan oppleve.

I sin analyse av tid har Husserl kommet frem til et tydelig skille mellom levd tid og objektiv tid. Den objektive tiden er den målbare tiden som kan stadfestes med klokkeslett og kalender. Den levde tiden derimot er den umiddelbare erfaringen av tiden, den tiden som oppleves avhengig av dens innhold (Thornquist, 2012; Simonsen, 2003). Ut i fra dette kan man forstå at tiden, slik den uttrykkes blant pleierne når det handler om dødsfall i avdelingen ikke lenger innebærer et konkret timeantall. Pleierne gir pårørende den tiden de selv føler et behov for, og ved hjelp av denne tiden skal de pårørende få utløp for sine reaksjoner. Det handler altså som den levde tiden slik Husserls har definert det, og det er tydelig at sykepleierne på denne måten bidrar til å ivareta verdighet overfor pårørende, og respekten for det siste farvel.

Det er også tydelig hvordan sykepleierne befinner seg i denne levde tiden når de går inn i selve stellet av den døde. Det er ikke så viktig om det er midt i et vaktskiftet – hvis sykepleierne har bestemt seg for at dette stellet er det viktig for de å være med på, så blir det slik. Og det får de bekreftet at er i orden av de andre i avdelingen. Et stell tar den tiden det tar, uavhengig av om pårørende deltar i det eller ei. Jeg har tidligere drøftet hvordan stellet også kan være en bearbeidelse for sykepleieren, og tiden er avgjørende for at en slik bearbeidelse kan finne sted.

I stellet av den døde hører verken støy eller hastverk hjemme, og funn fra undersøkelsen viser viktigheten av et godt planlagt stell. Med dette menes blant annet at alt utstyr er tatt med inn på rommet i det man skal begynne stellet slik at man unngår å gå mye ut og inn av rommet. Dette anses som truende for verdigheten, fordi det da skjer et brudd med den rolige atmosfærene sykepleierne finner betydningsfullt inne på den dødes rom,

Det kan tenkes at dersom sykepleierne hadde følt seg presset til å gjennomføre stellet med begrenset tid kunne det ha oppstått en konflikt med deres tanker om og holdninger til verdighet. Når det er sagt er det også her vesentlig å huske på konteksten stellet foregår innenfor. Det er en spesialisert sykehusavdeling med gode innarbeidede rutiner for nettopp stell av døde. En kan allikevel stille spørsmål til stell av døde på nattevakt. På nattevakt er det lavere bemanning, og det er ikke sikkert det er tid for den ene eller to av sykepleierne å bli stående på et rom for å utføre stell av døde med den tiden det tar og roen som verdsettes. Pleierne må kanskje se til andre pasienter og ta pasientklokker samtidig som de steller. Sykepleierne har også nevnt dette, at de prøver å skape eller ivareta verdighet ut i fra de premissene de kan bygge det på. Verdighet er altså å forstå som noe kontekstuellet, men som i den gitte sykehusavdelingen fremmes ved å stille den døde med tid og ro.

### Det hvite

Det har vist seg gjennom undersøkelsen at selv de minste detaljer kan få stor betydning når de sees i sammenheng med døden. Det er interessant hvordan sykepleiernes blikk og refleksjoner rettes mot detaljer i rommet som man ellers kanskje ikke ville tillagt noen mening. Dette være seg for eksempel den oransje ledningen som tas ut av kontakten i veggen eller gardinene som trekkes for vinduet. ”Ikke de lystette, men de tynne” var det en sykepleier som nevnte da hun



fortalte at hun lukket gardinene på pasientens rom. Grunnen er at sykepleierne ikke kan vite helt sikkert om noen kan se inn på rommet. De vil i så fall skjerme den døde og de pårørende for innsyn. Dette handler om respekt.

Jeg har diskutert båreteppe, eller mors-teppet som sykepleierne også kaller det i kapittel 6.1, der det viser seg at båreteppe er for pleierne en markering på skille mellom liv og død. Teppet er blitt en tradisjon i avdelingen, og det brukes aldri til andre formål enn ved dødsfall. Det er tydelig at båreteppe bærer med seg sterk symbolikk, og en klar assosiasjon til døden og det siste farvel. Båreteppe er hvitt av farge, noe som det har vist seg å være noe motstridende tanker om hos pleierne, som jeg videre i kapittelet diskuterer nærmere.

Det kan være interessant å reflektere rundt døden og dens farger. I norsk kultur og tradisjon er hvitt en farge som er mye brukt i forbindelse med dødsfall. Hvitt assosieres med sjlelige aspekter, som for eksempel renhet og fred. Både dødens nærvær og sorg er også assosiert med hvitt (Holtsmark, 2009). Som nevnt kan skikker og ritualer bidra til å skape en viss form for forutsigbarhet når dødsfallet og sorgen inntreffer (Mathisen, under utgivelse 2016). Man kan forstå bruken av hvitt som en slik skikk eller tradisjon ut ifra Holtsmarks (2009) beskrivelse.

Når sykepleierne har ryddet, eller ”rensket” rommet slik som tidligere drøftet, legger de som oftest en hvit duk på nattbordet. På den hvite duken plasseres et hvitt stearinlys som tennes, alltid med tilsyn i rommet. På skranken blir det også tent hvitt lys.

Hvitt symboliserer riktignok renhet og fred. Det skaper også en nøytralitet. Når det er sagt har det også blitt uttrykt at hvitt kan forsterke inntrykket av døden. Det er nevnt hvordan den døde kan oppleves ”veldig død” i de hvite omgivelsene. Kanskje hvitt bidrar til også å skape et sterilt og fremmedgjort inntrykk av døden. Allikevel er som nevnt pleierne i studien alltid opptatt av at den døde skal være gjenkjennelig for de pårørende. Dette ved for eksempel å legge brillene som tilhørte den døde på nattbordet eller et skjerf som farger opp litt i sengen. På den måten ivaretar pleierne det gjenkjennelige ved den døde. Sykepleierne velger altså å fremheve det hvite og nøytrale, som synes å ha stor betydning for hvordan verdigheten blir ivaretatt. Samtidig skaper de en fin balanse mellom nøytralitet til døden og gjenkjennelighet til livet eller til personen ved å bruke den dodes personlige gjenstander som symbol på det personlige og på livet som er avsluttet.

En kan ut i fra det som over er drøftet forstå at små detaljer tillegges stor mening innenfor rammen døden i sykehus. Tradisjoner og ritualer er ikke bare viktig for å ha noe konkret å forholde seg til etter døden, men de bærer også med seg en symbolikk om verdighet og respekt i avskjeden til livet.

### **6.3 Kompetanse og ivaretagelse av verdighet**

Fra resultatene i undersøkelsen har det kommet frem hvordan sykepleierne legger et stort engasjement i det å stille døde mennesker med respekt og verdighet. De forteller med stolthet om hvordan stellet utføres, og har klare meninger om hva som bidrar til et *godt* stell, slik de ofte uttalte det. Det er allikevel ikke fritt for utfordringer i en slik jobb, noe som også har vist seg i funnene. Tidligere forskning støtter også opp om at sykepleiere kan oppleve vanskeligheter i stell av døde (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007; Shorter & Stayt, 2009; Wilson & Kirshbaum, 2011). Det blir interessant å drøfte om disse opplevde utfordringene eller vanskelighetene på noen måte kan true eller innvirke negativt på ivaretagelse av verdighet.

Det er også fremkommet i undersøkelsen hvordan sykepleierne mente at hvem som helst kan utføre stell av døde, men at det krever gode verdier og refleksjoner for å utføre et stell på en verdig og vakker måte. André (2014) har funnet i sin litteraturoversikt av verdighet ofte knyttet opp mot kvaliteten på tjenesten, og at da god tjenestekvalitet synes å styrke døende pasienters verdighet. Det kan derfor bli interessant å diskutere ivaretagelse av verdighet i stell av døde opp mot sykepleierens kompetanse. Kan egentlig hvem som helst stille døde mennesker? Hva er det som ligger i disse ”refleksjonene” og ”de gode verdiene” som forutsetter at stellet blir nettopp verdig og vakkert? Disse refleksjonene tas opp i følgende kapittel.

Sykepleie er i dag en treårig høgskoleutdanning som resulterer i en bachelorgrad. I løpet av disse tre årene tilegner en seg teoretisk kunnskap og praktisk erfaring knyttet til etikk og yrkesmoral og herunder hvordan man best mulig ivaretar et menneskets grunnleggende og iboende verdi. Det er allikevel ikke slik at når en uteksamineres fra sykepleiestudiet så er man

på bakgrunn av den teoretiske lærdommen og den praktiske erfaringen gjennom studiet kompetent til å utføre alle handlinger en sykepleier skal gjøre. Jeg har gjennom flere års arbeid i forskjellige avdelinger erfart hvordan stell av døde spesielt kan oppleves skremmende og utfordrende for nyutdannede sykepleiere. Dette støttes av forskning (Olausson & Ferrell, 2013), der sykepleiere med lite erfaring i å stelle døde oftere opplevde utfordringer eller vanskelige situasjoner enn de med lang erfaring.

Jeg anser det til dette relevant å trekke inn Benner (2004) som har delt inn sykepleierens kompetanseutvikling i fem stadier; fra novise til ekspert. Novisen er den nylig ferdig utdannede sykepleieren med liten erfaring. Neste trinn er avansert nybegynner som fremdeles trenger veiledning. Den kompetente utøveren har arbeidet i samme felt i 1-2 år, og kan gjøre gode faglige vurderinger. Etter dette trinnet kommer kyndig utøver, med relevant erfaring i flere år og som kan se helhetlige situasjoner og derfra trekke beslutninger. Eksperten, som har jobbet i felten i minst fem år har dyp situasjonsforståelse og kan handle raskt og sikkert.

Slik det forstås er modellen utviklet med fokus på sykepleierens tilegnelse og utvikling av ferdigheter (Benner, 1995). Disse ferdighetene innebærer praktisk utøvelse av sykepleie der sykepleieren i takt med modellen utvikler sine ferdigheter til å utføre disse. Etter hvert utfører sykepleieren de praktiske ferdighetene samtidig som hun ser hele situasjonen fremfor den konkrete prosedyren. På den måten retter sykepleieren gradvis sitt bikk fra distanse til nærhet til pasienten og situasjonen. Slik jeg oppfatter det er Benners modell rettet mot praktiske ferdigheter i klinisk sykepleie, men jeg kan ikke se at hun vektlegger moralsk eller etisk kompetanse. Kanskje er det slik at denne typen kompetanse utvikles på en annen måte? Nybegynneren kan kanskje lett la seg sluke opp av nærheten til pasienten, og her er vi inne på det Martinsen (1993) advarer mot i det hun beskriver sentimental omsorg som at sykepleieren overveldes av egne følelser. Dette kan føre til at sykepleieren ikke lenger er i stand til å være nær pasienten og gi den sykepleie som er nødvendig. Med tid og erfaring vil sykepleieren kanskje utvikle evnen til å distansere seg, noe som til slutt resulterer i at sykepleieren mestrer dette forholdet eller denne balansen mellom avstand og nærhet som er så viktig. Funn fra tidligere forskning (Shorter & Stayt, 2009) viser at sykepleiere har evnen til i en viss grad å følelsemessig distansere seg fra vanskelige situasjoner som kan oppstå i relasjon til pasienten. Dette viser seg å være en hensiktsmessig strategi for å mestre det som er vanskelig, samtidig som sykepleieren klarer å yte den nødvendige og gode sykepleie.

Selv sykepleiere med lang erfaring og høy kompetanse i å utøve stell av døde kan oppleve utfordringer, altså ”ekspertene” i følge Benner (2004). Dette kommer frem både av denne undersøkelsen og funn fra tidligere forskning (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007; Shorter & Stayt, 2009; Wilson & Kirshbaum, 2011). Et tydelig eksempel er dette med tamponering av kroppsåpninger som fremkom for noen pleiere som vanskelig, og for noen uverdig. Dette støttes også av forskning (Berthelsen, 2011). Denne handlingen krever en viss bruk av fysisk kraft, som pleierne må utføre direkte på den dodes kropp. Det ble fremhevet hvordan tamponering av munn og svelg opplevdes som det vanskeligste en sykepleier kunne gjøre mot et annet menneske. I prinsippet er det en død kropp det er snakk om, men som sykepleierne omtaler som et ”annet menneske”.

Edlund (2002) poengterer at kroppen, som bærer av verdigheten, kan skape både stolthet og skam og gir muligheter for sårbarhet og krenkelse. I og med at tamponering foregår i denne mellomfasen som tidligere presentert, der sykepleierne enda ikke har ”avsluttet” relasjonen til den døde, kan det tenkes at pleierne ønsker å skåne den sårbare døde for krenkelse. En annen årsak til at tamponering kan oppleves vanskelig, er nettopp slik en pleier uttalte hvordan hun følte at hun ”stappet noe ned i halsen på andre mennesker”. Det er også kommet frem hvordan sykepleierne ønsker å beskytte seg mot dette. Noen har sagt at de bruker munnbind ved tamponering, noe som kan anses som en beskyttelsesmekanisme. Andre har fortalt at de forsøker å distansere seg fra situasjonen, og bare tenke hvorfor det må gjøres. Det er tydelig hvordan denne utfordringen er av moralsk karakter, noe som trekker meg tilbake til hvordan sykepleierne håndterer avstand og nærhet. Kan det tenkes at denne evnen til å beskytte seg eller å distansere seg er utviklet gjennom tid og erfaring? Det vil i så fall være utvikling av kompetanse på en annen måte enn slik Benner (2004) presenterer det i sin modell.

Som pleiepersonell og fagpersoner vet vi at tamponering er nødvendig fordi kroppsvæsker kan sive en stund etter dødsfall. En mulig løsning på denne opplevde utfordringen kan allikevel være å la vær å utføre tamponering på grunnlag av personlige holdninger. Dette blir dog å basere etikk på følelser, og resulterer i at man vanskelig kan begrunne hva som er rett og galt (Nortvedt, 2012). I følge Nortvedt kreves også fagkunnskap for å yte etisk og faglig forsvarlig omsorg (2012). Fagkunnskap viser seg blant pleierne ved at de reflekterer over vanskelige handlinger, og de setter ord på at det til og med kan være det vanskeligste de

opplever, men de gjør det. De besitter en uvurderlig sterk fagkunnskap som er tillært gjennom teori og praktisk erfaring over tid, som gjør at de utfører de vanskelige handlingene og begrunner hvorfor. Denne fagkunnskapen synes også å bidra til å lette vanskelighetene i situasjonen til en viss grad. Altså det kan virke som at utfordringen blir lettere å håndtere når sykepleierne vurderer og begrunner ut i fra deres særegne kunnskap om menneskets fysiologi.

Verdt å nevne i sammenheng med tamponering er hvordan funn fra studien viser at sykepleierne ikke utelukkende utfører dette på bakgrunn av fagkunnskap. Det handler vel så mye om deres tanker om menneskets iboende verdighet. Sykepleierne er enige om at det ville bli et langt mer uverdigg anliggende om det skulle oppstå lekkasjer fra den døde i etterkant. Dette ville medført nytt stell av en død kropp som allerede er klargjort for avreise. Det kan tenkes at det ville oppstått et brudd med den verdigheten som pleierne har behandlet den døde med i avskjeden til livet.

En annen, og kanskje mer omfattende utfordring kan oppstå når sykepleierne assosierer situasjoner på avdelingen til eget liv. Dette handler om å møte sin egen sårbarhet i møte med andres. Som Karterud (2006) påpeker er det når mennesket, enten profesjonelt eller privat, ikke lenger kan fremstå med masker at det er som mest sårbart. Videre fremheves det at dette fort kan oppstå spesielt i møtet med døden.

Slik som pleierne selv har uttalt kan det være at de mobiliserer alt av krefter når de går inn i situasjoner der de kan kjenne igjen sitt eget liv. De gjør dette for å hjelpe en familie som er i krise. Sykepleierne må av og til da stoppe opp og spørre seg selv om det de er på vei inn i vil utfordre dem privat. Martinsen (2012) tar i en artikkel for seg verdighet og sårbarhet, og viser hvordan disse begrepene henger sammen. Man kan oppnå verdighet gjennom den sårbarheten vi deler, og sårbarheten er en grunnleggende åpenhet der mennesket er utlevert og avhengig av hverandre. Det er i denne åpenheten hun påpeker at vi er mottakelige for den andres lidelse. Utover dette fungerer også denne sårbarheten som en oppfordring til å ta vare på den andre, og på denne måten er sårbarheten en styrke, slik som også sykepleierne i studien beskriver at de føler det.

Det er fundamentalt for pasienten og pårørende at sykepleieren takler dette forholdet mellom egen og andres sårbarhet for at hun skal kunne hjelpe (Martinsen, 2012). Det har kommet frem i undersøkelsen situasjoner som kan være mer utfordrende enn andre. Spesielt gjelder dette når sykepleierne møter barn som pårørende som kanskje er i samme alder som deres egne barn, eller at en spesiell situasjon med mye sorg og lidelse kan vekke minner som ligger i kroppen.

Dersom sykepleierne lar sin egen sårbarhet ta overhånd er man inne på det Martinsen (1993) advarer mot når hun snakker om sentimental omsorg, som en utarting hvor sykepleieren overmannes av egne følelser og det lett kan oppstå selvmedlidenhet. Sykepleierne i denne undersøkelsen viser til gode refleksjoner som gjør at de unngår nettopp dette. De stiller seg tilgjengelige for hverandre om det skulle oppstå situasjoner der sykepleieren ikke lenger maktet forholdet mellom egen og andres lidelse, og de viser hverandre åpenhet og forståelse.

Det har også kommet frem i undersøkelsen hvordan sykepleierne anser hverandre som den beste støtten i arbeidet de gjør. Sykepleierne stiller seg ydmyke ovenfor hverandres kunnskap, og de deler velvillig av erfaringer og råd. Alle er de også opptatt av å kunne prate med hverandre når ting oppleves vanskelig eller spesielt. De søker hverandre i situasjoner der de har behov for samtale, latter, gråt eller hjelp. Denne kollegastøtten kommer frem som avgjørende for at sykepleierne orker å stå i denne spesielle jobben. Dette kommer også frem i tidligere forskning (Olausson & Ferrell, 2013), der sykepleiere uttrykte viktigheten av å få veiledning av mer erfarne kollegaer samt å reflektere over spesielle hendelser i etterkant sammen med kollegaer. Shorter & Stayt (2009) har i sin studie fra intensivavdelingen kommet frem til at sykepleierne anså den uformelle praten med kollegaer på vaktrommet som den beste støtte i vanskelige situasjoner. Karterud (2006) har også kommet frem til dette i sin doktorgradsavhandling, hvordan fellesskapet blant sykepleiere bidro til å holde ut vanskelige situasjoner når det var behov for det.

Det er et annet aspekt som også får betydning når det gjelder fellesskapets muligheter. Dette aspektet handler om utvikling av praksis i fellesskap. Prosedyrer og retningslinjer for stell av døde er riktignok nedfelt i skriftlige rutiner både eksternt for helsepersonell og internt for avdelingen. Allikevel synes det at sykepleiernes handlingsmønstre strekker seg utover skriftlige prosedyrer og sjekklister. Handlingene deres, og måten handlingene gjøres på kan

sees på som et resultat av en slik normutvikling i fellesskap. De jobber etter metoder som ikke nødvendigvis er nedskrevne, men som kanskje er basert på taus kunnskap som de har tilegnet seg i fellesskap etter mange års erfaring. Ut i fra dette kan en forstå at fellesskapet har stor betydning for hvordan sykepleierne steller døde mennesker. Karoliussen (2002) påpeker hvordan sykepleiere ikke er født, men utdannet. De spesifikke normene og handlingsmåtene kan allikevel ikke læres teoretisk, og kanskje heller ikke forklares. Derfor vil jeg i denne sammenheng si at sykepleiere ikke er født, men utviklet. Utviklingen synes å skje både gjennom utdanning og i fellesskap med andre sykepleiere.

Det kan synes som at kompetansen som kreves for å stelle døde mennesker innebærer en kombinasjon av flere faktorer. For det første anses det nødvendig med faglig kunnskap for å sikre reflekterte vurderinger og at de rette handlingene gjøres. Videre synes det å utvikles normer og holdninger i fellesskap blant kollegaer. Dette går utover skriftlige rutiner og prosedyrer, og innebærer en form for taus kunnskap heller enn artikulerte retningslinjer. Sykepleiernes kunnskap om det generelle menneskeverdet synes også å ha betydning for det gode stellet. Vel så viktig er også hvordan sykepleierne klarer å sortere sine egne og andres situasjoner og opplevelser, slik at de unngår at egne følelser overtar i en profesjonell rolle. Den beste støtten er i følge sykepleierne den støtten de får gjennom fellesskapet med kollegaer. Dette støttes også av forskning (Karterud, 2006; Shorter & Stayt, 2009; Olausson & Ferrell, 2013).

#### **6.4 Diskusjon av studiens styrker og svakheter**

Gjennom vurdering av studien i ettertid ser jeg helt klart både styrker og svakheter med gjennomføringen. Metoden som ble brukt for datainnsamling var kvalitative dybdeintervjuer i kombinasjon med ett fokusgruppeintervju av samme informanter avslutningsvis. Å belyse alle sider ved et fenomen oppnås med størst sannsynlighet ved hjelp av intervjuer (Nåden & Braute, 1995). Denne masteroppgaven er allikevel en relativt liten oppgave, og det kan tenkes at ikke alle sider ved stell av døde er blitt belyst. Målet var allikevel å etablere et tilstrekkelig datagrunnlag for å belyse de mest sentrale sidene ved problemstillingen. Dette ble gjort ved å inkludere syv informanter, og å ha nettopp denne kombinasjonen med dybdeintervju og fokusgruppeintervju. På den måten fikk jeg, etter gjennomgang og transkribering av

dybdeintervjuene, oppklaring i aktuelle uklartheter ved hjelp av fokusgruppeintervjuet. Det ga meg også anledning til å danne et rikere datamateriale, ved å få utdypet interessante og aktuelle problemstillinger.

Kvale & Brinkmann (2012) fremhever hvordan kvaliteten på datamaterialet som genereres gjennom intervju avhenger av forskerens evne til å intervju, samt kunnskap om temaet som bidrar til å sikre gode oppfølgingsspørsmål. Jeg har riktignok en del kunnskap og erfaring om døden og stell av døde, men det var allikevel mitt første møte med situasjonen som intervjuer og forsker. Med øvelse på høgskolen i forkant, samt kyndig veiledning gjennom prosessen med intervjuguide og teknikker, opplever jeg selv å ha utført gode intervjuer med åpne spørsmål og god kvalitet. Jeg brukte også en semistrukturert intervjuguide, som gjorde at ikke alle spørsmålene på forhånd var formulert. Oppfølgingsspørsmålene ble dermed et resultat av spontane reaksjoner på informasjon som informanten ga. I etterkant av intervjuene ser jeg hvordan noen av oppfølgingsspørsmålene ikke hadde relevans for problemstillingen. Andre spørsmål skulle jeg ønske at jeg hadde stilt til alle. Allikevel anses datagrunnlaget å være rikt, og studien kaster lys over de mest sentrale og interessante aspekter av sykepleieres opplevelse av stell av døde.

Utvalget bestod av syv kvinnelige sykepleiere, alle ansatt på samme lindrende avdeling på et sykehus i Norge. Dette strategiske kriterieutvalget var naturlig nok hensiktsmessig for studien, som omhandler sykepleieres opplevelser ved stell av døde. Et slikt utvalg bidrar til å styrke studiens validitet (Johannessen et al., 2010; Tjora, 2012). Utvalget gir imidlertid også begrensninger for studien, da en kan reise spørsmål knyttet til overførbarheten av resultatene, som jo er ønskelig i kvalitative undersøkelser (Malterud, 2002). Dette er en spesialisert avdeling for lindrende behandling, og sykepleierne i studien er å regne som spesialister på området stell av døde. Det kunne være interessant å undersøke problemstillingen også blant sykepleiere i andre somatiske avdelinger, og eventuelt gjort en sammenstilling av hvordan sykepleiere anså og ivaretok verdighet i det siste stellet på tvers av avdelinger. Resultatene som fremkom i undersøkelsen er allikevel sammenstilt med tidligere forskning på andre avdelinger (Hadders, 2007; Shorter & Stayt, 2009), som viser god overenskomst. Med dette begrunnes at resultatene i undersøkelsen, på tross av at utvalget besto av sykepleiere fra én avdeling, er overførbare også til andre avdelinger, til tross for mulig forskjellige rutiner og prosedyrer.



Denne masteroppgaven resulterte en relativt liten oppgave. Den er innenfor Høgskolens krav til masteroppgaven, men det er med hensikt at den ikke er så lang. Det har som jeg har nevnt tidligere fremkommet et rikholdig datamateriale. Riktignok handler alt materiale til syvende og sist om døden og verdighet i stell av døden. Når dataene samles i kategorier, ser man at mye av dataene handler om det samme. Etter hvert som diskusjonen vokste frem innså jeg hvordan dette kom til å bli en relativt kort, men god diskusjon av de aktuelle funnene. Jeg anser diskusjonen å være av god kvalitet, og i samråd med veileder har jeg derfor valgt å ikke ekspandere denne ytterligere i fare for å svekke oppgavens kvaliteten.

## **6.5 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Resultater fra denne studien har kastet lys på viktige faktorer som må ligge til grunn for ivaretagelse av verdighet i stell av døde. I kjølevannet av dette vil jeg nå komme med noen betraktninger om mulige implikasjoner denne kunnskapen kan ha for klinisk praksis samt for videre forskning.

Det er kommet frem som sentralt hvordan sykepleierne opplever fellesskapet som den beste støtten de har når de arbeider i vanskelige situasjoner over tid. Dette støttes også av forskning (Karterud, 2006; Olausson & Ferrell, 2013; Shorter & Stayt, 2009). Sykepleierne på den lindrende avdelingen jeg har gjort undersøkelsen på opplever å ha god støtte og å kunne prate om vanskelige hendelser med kollegaer. Erfaringsmessig vet jeg derimot at dette ofte ikke er tilfelle i andre avdelinger. Årsaken til dette er usikkert, men det kan skyldes manglende kunnskap om hvordan det å jobbe med døden så nært innpå kan innvirke på sykepleiere. En mulig implikasjon for praksis kan derfor være med denne studien å belyse nettopp dette, og dermed åpne for å prate om døden og vanskelige situasjoner i forbindelse med det. Dette kan gi sykepleierne den styrken de trenger for å mestre utfordringer og vanskeligheter i videre arbeid med døende og døde.

Sykepleierne som deltok i undersøkelsen har i etterkant av intervjuene gitt uttrykk for at de synes det var viktig at jeg tok opp dette temaet til fordypning. Flere av pleierne har også fortalt hvordan de følte seg overrasket over at de faktisk hadde så mange tanker om, og så mye å fortelle om hvordan de opplever døden og stell av døde. Dette kom også sterkt til

uttrykk i fokusgruppeintervjuet der jeg opplevde at en tanke utviklet seg i mange forskjellige retninger, og hvordan sykepleierne ivrig ønsket å dele sine tanker, opplevelser og historier. Og ikke minst hvordan de interessert lyttet til hverandres historier og fortellinger! Døden og stell av døde i sykepleien er uten tvil et tema som engasjerer, og som mange sykepleiere ønsker å prate om. Dette kan også belyses i klinisk praksis, nettopp også som ledd i at sykepleiere, og helsepersonell for øvrig skal holde ut i vanskelige situasjoner.

Jeg har gjennom arbeidet med denne problemstillingen erfart at det eksisterer noe begrenset forskningslitteratur på akkurat dette med hvordan sykepleiere opplever å stelle døde mennesker. Det jeg har funnet, og som har vist seg troverdig nok til å inkluderes i denne oppgaven viser imidlertid det samme som jeg her har kommet frem til, nemlig at sykepleiere ofte kan oppleve utfordringer og vanskelige situasjoner knyttet til å møte familier i krise og sorg, og å pleie døende og stelle døde. Derfor bør det, som ledd i kunnskapsbasert praksis, i større grad forskes på sykepleieres opplevelser og erfaringer knyttet til dette.

Det er også, slik jeg har poengtert tidligere i oppgaven, vanskelig å finne teori som tar for seg verdighet når det gjelder den døde kroppen. De finnes mange teorier på verdighet, men felles for de er at de innebærer den levende kroppen. Jeg har funnet det som et meget interessant spørsmål gjennom arbeidet med denne oppgaven, nettopp dette med hva verdighet er etter at mennesket er død? Hva er forskjellene fra verdighet som mennesket hadde i kraft av å være et levende menneske til hva verdighet innebærer når mennesket er død? Hva er ulikhetene? Dette er spørsmål som har vist seg å vekke engasjement og interesse også hos andre, både fagpersoner og ikke-fagpersoner. Det kan tenkes at det ville være interessant å undersøke denne problemstillingen som omhandler verdighet etter døden, og jeg vil ta med meg dette spørsmålet inn i eventuelle senere akademiske arbeider.

## 7 AVSLUTNING

Denne masteroppgaven har belyst hvordan sykepleiere ivaretar verdighet ved stell av døde i sykehus. Ved bruk av fenomenologisk tilnærming viser undersøkelsen at sykepleiere ivaretar verdighet gjennom handlingene som gjøres, og vel så viktig er refleksjonene og verdiene som knyttes til handlingene.

Videre viser funnene hvordan sykepleiere steller den døde som om han skulle vært levende, noe som også viser god overenstemmelse med forskning (Berthelsen, 2011; Hadders, 2007). Ansiktet har vist seg å være av stor betydning for hvordan sykepleierne behandler den døde som om han skulle vært levende. Ansiktet gjenspeiler fortsatt det personlige og det gjenkjennelige ved mennesket de første timene etter dødsfallet. Det er dette som synes avgjørende for at pleierne fortsetter å behandle han som en levende pasient.

Det er tydelig hvordan små detaljer får stor betydning i stellet av den døde. Det kan synes som at rommet den døde ligger på ”renskes” i det den døde gjøres klar for ”avreise” og siste farvel. Sykepleierne har klare holdninger til at et ryddig og rent rom fremmer verdighet. Det samme gjør det hvite og nøytrale, samt bruk av personlige gjenstander.

Kompetansen som må ligge til grunn for å ivareta verdighet i stell av døde er en kombinasjon av flere faktorer. Faglig kunnskap og normutvikling i fellesskap bidrar til å sikre gode refleksjoner. Fellesskapet blant sykepleierne synes avgjørende for at de klarer å holde ut i vanskelige situasjoner, og at de unngår at egne følelser tar overhånd i en profesjonell rolle. Dette viser også funn fra forskning. (Karterud, 2006; Shorter & Stayt, 2009; Olausson & Ferrell, 2013).

Det kan virke som at sykepleierne går igjennom tre faser i stell av døde; forberedelsesfasen, der hovedfokus er å ivareta de pårørende og å planlegge stellet. I bearbeidelsesfasen foregår selve stellet med utførelsen av skikker og ritualer som er viktig for sykepleierne slik at de bearbeider inntrykk og på den måten gjør seg klar til å avslutte relasjonen de hadde med den som nå er død. I avslutningsfasen dekkes ansiktet til den døde, og det oppstår et brudd med relasjonen. Den døde anses ikke lenger som personen sykepleieren har hatt en relasjon til, men snarere som en død kropp.

Fenomenet verdighet er gjennomgående reflektert og diskutert i oppgaven knyttet til kroppslig eksistens. Det kan altså synes som at menneskets iboende verdighet som det har i kraft av å være et skapt menneske også overføres til å gjelde den døde kroppen.

## 8 REFERANSELISTE

André, B. (2014). Hva er den ”gode død”? *Geriatrisk sykepleie*, 6(3), 18-25.

Berthelsen, E. (2011). *Far vel: å pleie døende og stelle døde* (Doktoravhandling). Oslo: Høyskoleforlaget.

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oversatt til dans av Gerd Have. Tano i samarbeid med Munksgaard

De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Eget arbeid. (2015, mai). *Prosjektbeskrivelse*. Paper innlevert på HiOA.

Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet (2015). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank*. Hentet fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Folkehelseinstituttet. (2015). *Dødsårsaker for 2014; Kreft stabilt, demens øker*. Hentet fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Area\\_7064&Main\\_6157=6261:0:25.6744&MainContent\\_6261=7064:0:25.6744&Area\\_7064=6178:116480::0:7065:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Area_7064&Main_6157=6261:0:25.6744&MainContent_6261=7064:0:25.6744&Area_7064=6178:116480::0:7065:1:::0:0)

- Gallagher, A. (2004). Dignity and Respect for Dignity - Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-99.
- Galvin, K. T. & Todres, L. (2009). Embodying Nursing Openheartedness: An existential Perspective. *Journal of Holistic Nursing*, (27)2, 141-149.
- Hadders, H. (2007). Dealing with the dead patient at the Intensive care Unit. *Mortality*, 12(3), 207-222.
- Händler Svendsen, L.F. (2013). *Emmanuel Lévinas*. Hentet fra [https://snl.no/Emmanuel\\_L%C3%A9vinas](https://snl.no/Emmanuel_L%C3%A9vinas)
- Helmen Borge, A.I. (2003) Psykologi og forskningsetikk: Kan deltagelse i forskningsprosjekt gi psykiske skader? I Ruyter, K.W. (Red.). (2003). *Forskningsetikk: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holtmark, T. (2009). *Hvitt*. Hentet fra <https://snl.no/hvitt>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karoliussen, M. (2002). *Sykepleie – tradisjon og forandring: en humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, D. (2006). *Den etiske akten: Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art* (Doktoravhandling). Finland: Åbo Akademis förlag.
- Karterud, D. (2007). Mobilisering av pasienters livsmot. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 4/2007.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Langer, M. M. (1989). *Merleau-Ponty's Phenomenology of Perception: A guide and commentary*. London: Macmillan.
- Levinas, E. (1972) *Humanisme de l'autre homme*. Editions Fata Morgana. Oversatt av Aarnes, A. (1993). *Den annens humanisme*. Oslo: Aschehoug.
- Lohne, V., Aasgaard, T., Caspari, S., Slettebø, Å. & Nåden, D. (2010). The lonely battle for dignity: Individuals struggling with multiple sclerosis. *Nursing Ethics*, 17(3), 301–311.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. (3.oppl. 2012). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). I Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (8. Oppl. 2012). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen, K., Engelsrud, G., Lauvdal, T., Løvlie, L., Martinsen, K., Eriksen, T. R. & Rønning, R. (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano AS.
- Martinsen, K. (2012). Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk Sykepleje*, årgang 26, nr. 2.
- Mathisen, J. (under utgivelse, 2016). Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (under utgivelse, 2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Mathisen, J. (2005). Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsfenomenologisk forskning – i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, 28(3), 53-55.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nåden, D. & Braute, E. (1995). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning*. (2.oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Olausson, J. & Ferrell, B.R. (2013). Care of the body after death: nurses' perspectives of the meaning of post-death patient care. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(6), 647-651.
- Ruud, I.M. (2008). *Den som dør, får se: gravskikker og forestillinger om døden i noen religioner og kulturer*. Universitetsbiblioteket i Oslo.
- Ruyter, K.W. (Red.). (2003). *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Shorter, M. & Stayt, L. C. (2009). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167.
- Simonsen, D. G. (2003). *Tegnets tid – fortid, historie og historicitet etter den sproglige vending*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Smith, J. Z. (1998). *Å finne sted. Rommets dimensjon i religiøse ritualer*. Oslo: Pax Forlag
- Thomassen, M. (2012). *Vitenskap, kunnskap, praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, D. (2013). Dignety-preserving dementia care: A Metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(9), 861-880.
- Vetlesen, A. J. (Red.). (1996). *Nærhetsetikk. Med bidrag av Zygmunt Bauman, per Nortvedt, Svend Andersen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- YER. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Kap.2: Sykepleieren og pasienten. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Wilson, J. & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20(9), 559-563.
- Åkesson, L. (1997). *Mellan levande och döda – föreställningar om kropp och ritual*. Stockholm: Natur och Kultur.

## 9 VEDLEGG

### 9.1 Tilrådning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Finn Nortvedt  
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 30.06.2015

Vår ref: 43677 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43677	<i>For aller siste gang - om verdighet i stell og transport av døde</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Finn Nortvedt</i>
<i>Student</i>	<i>Victoria Oppegaard Kristiansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilrådning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. 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. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. 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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## 9.2 Invitasjon og samtykke til deltakelse i studien

# INVITASJON TIL DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg er masterstudent i klinisk forskning og fagutvikling ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og skal i den forbindelse skrive masteroppgave om verdighet i stell av døde.

Forskning viser at pleiere ofte opplever det utfordrende å stelle døde mennesker. Problemstillingen for dette prosjektet er ”Hvordan ivaretar sykepleiere verdighet ved stell av døde i sykehus?”. Målet med undersøkelsen er å styrke kunnskapsgrunnlaget om dette temaet.

Jeg ønsker å intervju (samtale med) 6-8 sykepleiere, både individuelt og i gruppe. Det er ønskelig med sykepleiere av begge kjønn, og med ulik ansiennitet. Kriterier for deltakelse er at du har hatt formell utdanning (bachelor i sykepleie) og har jobbet i avdelingen i 50% stilling eller høyere i minst 12 måneder. Din stilling må også innebære direkte pasientkontakt.

Det er frivillig å delta. Jeg har taushetsplikt, og all informasjon vil bli anonymisert. Du kan når som helst trekke deg fra deltakelse uten å oppgi grunn for dette.

Intervjuene vil finne sted der du/dere ønsker, og vil vare i cirka 45-60 min. Jeg vil bruke båndopptaker samt notere underveis i intervjuet. Jeg vil først gjennomføre individuelle intervjuer, og en tid etter samle alle til et gruppeintervju der vi diskuterer aktuelle problemstillinger. Intervjuene vil foregå i perioden september – november 2015. Deltagelse kan medføre bruk av din fritid.

Prosjektslutt er satt til 16/5-2016. Innen den tid vil alle personopplysninger i råmaterialet være slettet.

For ytterligere informasjon kan jeg kontaktes på mail: [victokri@gmail.com](mailto:victokri@gmail.com) eller telefon: 92699356.

Kontaktinformasjon til veileder for prosjektet:

Dosent Finn Nortvedt v/HiOA

[Finn.nortvedt@hioa.no](mailto:Finn.nortvedt@hioa.no)

Tlf.: 67236160

Vennlig hilsen

Victoria Oppegaard Kristiansen

Sykepleier, og mastergradsstudent v/ HiOA

Jeg har mottatt informasjon om studien ”For aller siste gang – om verdighet i stell av døde”,  
og ønsker å delta.

---

(dato og signatur av prosjektdeltaker)

Deltager beholder kopi av samtykkeskriv med underskrift.

### 9.3 Intervjuguide – dybdeintervju

- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier? Med lindrende behandling?
- Hva tenker du om døden som en del av jobben din? (døden og stell av døde)
- Hva gjør du når en pasient dør?
- Hva vil du beskrive som en verdig død?
- Hva er viktig for deg når du steller døde mennesker?

(stikkord)

- Den døde
- Pårørende
- Rommet/vinduet
- Avdelingen
- Når anser du deg ferdig med stellet?
- Er det noe du opplever som vanskelig eller utfordrende når du steller døde mennesker?

(Stikkord)

- I forhold til prosedyre/retningslinjer?
- I forhold til egne verdier eller holdninger?
- Smitterom/ spesielle forhold?
- I forhold til pårørende?
- I forhold til samarbeid med andre?
- Hvis det er noe du opplever vanskelig, hvordan løser du det/hva gjør du?
- Hvilke tanker har du rundt dette temaet, som vi ikke har snakket om?

#### 9.4 Intervjuguide – fokusgruppeintervju

1. Det virker på meg som at dere går helhjertet inn i stell av døde mennesker. Alle sier at de steller døde som levende. Og flere av dere uttrykker at det er så viktig for ”meg” å stelle med verdighet. Det er tydelig at det ligger noe her som har med **følelser og verdighet** å gjøre...?
  - a. Utdype
  - b. Hva er det som ligger der, i ”jeg-et”.
  - c. Hvor kommer det fra
  
2. → mange har uttrykt at ved å stelle døde så er det også en **bearbeidelse** for seg selv
  - a. utdyp
  - b. hva fører den bearbeidelsen til
  - c. når er bearbeidelsen ferdig
  - d. finnes det noen faser i den bearbeidelsen (mellom/avsluttende)
  
3. Det finnes massevis av teori på verdighet, og felles for de er at de tar for seg **verdighet** når det gjelder det levende mennesket. Tenker dere verdighet er stabilt? Er det på et tidspunkt noe som endrer seg?
  
4. Flere av dere sier dere føler dere kommer **nær andres sårbarhet**...
  - a. Prate om det
  - b. Hvordan gjøre det og hvordan stå i det