



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet - Institutt for helse- og omsorgsfag

**Veiledning - Ett rom for å snakke om opplevelsene i arbeidet med kreftpasienter**

*En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med å delta i organiserte veiledningsgrupper*

Elisabeth Berntsen og Eva Pedersen

Masteroppgave i sykepleie, studieretning kreftsykepleie. SYP 3902. Mai 2022

Antall ord: 16794

## Forord

I arbeidet med vår masteroppgave har vi fått muligheten til å fordype oss i et tema vi lenge har interessert oss for. Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang, men målrettet prosess. Vi har utviklet oss faglig og personlig, og ved å samarbeide godt, gi støttende ord, ha faglige diskusjoner og endel tårer er vi endelig kommet i mål. Heldigvis har vi hatt mange gode hjelpere og støttespillere på vår vei som vi gjerne vil takke. Først og fremst vil vi takke våre fem informanter. Takk for at dere delte erfaringer, kunnskap og meninger med oss. Uten dere hadde det ikke vært mulig for oss å gjennomføre denne studien.

Vår veileder Elisabet Breivik, takk for at du har kommet med gode konstruktive tilbakemeldinger, for faglige diskusjoner og nyttige tips og råd på veien.

Videre vil vi takke våre medstudenter for diskusjoner, idemyldringer, støttende ord og gode råd under arbeidet med oppgaven, dere vet hvem dere er.

En ekstra stor takk til våre familier og venner for forståelse underveis i prosessen, dere har heiet på oss og støttet oss. Dere har gitt oss tid og rom til å arbeide med oppgaven, og uten dere hadde vi ikke kommet i mål. Nå er vi endelig ferdig og vi vil få bedre tid sammen.

Tromsø, mai 2022

*Elisabeth Berntsen og Eva Pedersen*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge rammes ca. en av tre av kreft i løpet av livet, og i slutten av 2020 var det over 305.500 personer som har eller har hatt en kreftdiagnose. Sykepleie til kreftpasienten er kompleks og givende, hvor en kan oppleve glede, sorg, tristhet, lidelse og død som en del av arbeidshverdagen. Mange sykepleiere opplever å stå alene i vanskelige pasientsituasjoner og opplever at arbeidet med kreftpasienter noen ganger er belastende og overveldende.

Sykepleiere savner en arena der de kan samtale og reflektere med kollegaer om det de møter i hverdagen, og veiledning har ifølge forskning vært et nyttig tilbud for mange sykepleiere, noe vi ønsker å undersøke videre i vår oppgave.

**Problemstilling:** Hvordan opplever sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten organisert veiledning på arbeidsplassen?

**Forskningsspørsmål:** På hvilken måte har sykepleiere som arbeider med kreftpasienten behov for å delta i veiledning? og Hvilke muligheter og utfordringer er det med veiledning for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter?

**Metode:** En kvalitativ studie, hvor det er gjennomført fem digitale individuelle intervjuer. I arbeidet med analysen har vi benyttet tematisk analyse inspirert av Braun og Clark.

**Resultater:** Hovedtemaene viser 1) Behovet for veiledning i arbeidet med kreftpasienten i en travel og kompleks hverdag, hvor relasjonen mellom sykepleier og pasient spiller en sentral rolle. 2) Kompetanseheving og refleksjon hvor sykepleiere gjennom deltakelse i veiledning blir tryggere som sykepleier og hvordan de erfarne sykepleierne blir en ressurs i veiledningen. 3) Organisert veiledning og dens bidrag til sterkere tema; styrket sykepleiergruppe og arbeidsmiljø. 4) Organisering av veiledning i grupper og viktigheten av å prioritere veiledning på arbeidsplassen, kontinuitet og forutsigbarhet.

**Konklusjon:** Våre funn viser at jevnlig veiledning i en fast og trygg ramme er en arena der sykepleiere kan dele og reflektere over sine opplevelser og sårbarheter. Det er en arena der tilbakemeldinger og spørsmål bidrar til ny glød og optimisme for arbeidet. Veiledning må prioriteres i en travel hverdag og organiseres slik at det er mulig å få til.

**Nøkkelord:** veiledning, sykepleier, kreftsykepleier, kreftpasient, resiliens, sårbarhet

## Summary

**Background:** In Norway, approximately one in three is affected by cancer during their lifetime. By the end of 2020 there were over 305.500 people who have or have had cancer. The job is complex and rewarding, and you may experience joy, sorrow, sadness, suffering and death as part of your everyday work. Many nurses experience solitude in difficult and demanding situations at work and find that caring for cancer patients is sometimes both stressful and overwhelming. The need for an arena where they can talk and reflect with colleagues about what they encounter in everyday life is something many nurses miss in their daily work life. Guidance has according to research been a useful offer for many nurses and is therefore something we want to investigate further in our thesis.

**Thesis statement:** How do nurses who work with cancer patient in the specialist health service experience organized guidance in the workplace?

**Research question:** In what way do nurses working with the cancer patient need to participate in guidance? And What opportunities and challenges are there with guidance for nurses working with cancer patients?

**Method:** A qualitative study. Five digital individual interviews were conducted. In our work on the analysis, we have used thematic analysis inspired by Braun and Clark.

**Result:** The main themes show 1) The need for guidance in working with the cancer patient in a complex and busy workday, where the relationship between nurse and patient plays a central role. 2) Competence development and reflection where nurses through participation in guidance become more confident as nurses and how the experienced nurse can be a resource for newer colleagues in guidance. 3) Organized guidance and its contribution to stronger topics; strengthened nursing group and working environment. 4) Organization of guidance in groups and the importance of prioritizing guidance in the workplace, continuity, and predictability.

**Conclusion:** Our findings show that regular guidance in a fixed and safe framework is an arena where nurses can share and reflect on their experiences and vulnerabilities. It is an arena where feedback and questions contribute to a new enthusiasm and optimism for the work. Guidance must be prioritized in a busy everyday life and organized so that it is possible to achieve.

**Keywords:** guidance, nurse, cancer nurse, cancer patient, resilience, vulnerability

# Innholdsfortegnelse

1 Innledning .....	1
1.1 Forforståelsen og bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Formålet med studien.....	2
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	2
2 Tidligere forskning .....	4
2.1 Søkehistorikk.....	4
2.2 utfordringer i arbeidet med kreftpasienter som synliggjør behovet for veiledning .....	4
3 Teoretisk tilnærming.....	7
3.1 Sykepleie til kreftpasienten .....	7
3.2 Veiledning .....	8
3.2.1 Hva er veiledning? .....	8
3.2.2 Veiledning som støtte og hjelp .....	9
3.2.3 Tillitt i veiledning.....	10
3.3 Resiliens .....	10
3.4 Sårbarhet og tid i dagens helsevesen .....	11
3.4.1 Kari Martinsen - Sårbarhet og sansing.....	11
3.4.2 Tidspres og rom for refleksjon .....	12
4 Metode .....	13
4.1 Eksplorativt design .....	13
4.2 Refleksjon over vår forforståelse.....	13
4.3 Ethiske overveielser.....	14
4.4 Individuelle digitale intervju .....	14
4.4.1 Rekrutering og utvalg.....	15
4.4.2 Forberedelser til intervju .....	16
4.4.3 Gjennomføring av intervju .....	16
4.4.4 Refleksjon over intervju .....	17
4.5 Analyseprosessen.....	17
4.5.1 Gjennomføring av analysen.....	18
4.6 Metodens anvendbarhet .....	20
5 Resultater .....	22
5.1 Behovet for veiledning i arbeidet med kreftpasienten .....	22
5.1.1 Relasjon mellom sykepleier og kreftpasient.....	22
5.1.2 Komplekse og travle arbeidshverdager .....	23
5.2 Kompetanseheving og refleksjon .....	25
5.2.1 En styrket og tryggere sykepleier .....	25

5.2.2 De erfarnes rolle i veiledning .....	26
5.3 Ett sterkere team .....	26
5.4 Organisering av veiledning i grupper .....	27
5.4.1 Å prioritere veiledning i en hektisk hverdag .....	27
5.4.2 Forutsigbarhet og kontinuitet i veiledningsgruppene.....	28
5.4.3 Veileders rolle og tema for veiledningen .....	29
6 Diskusjon .....	30
6.1 Veiledning som et behov i arbeidet med kreftpasienten .....	30
6.1.1 Krevende og komplekse situasjoner i arbeidet med kreftpasienten og travelhetens betydning for veiledning .....	30
6.1.2 Å være berørt i relasjoner med kreftpasienten og veiledningens betydning .....	33
6.2 Refleksjon og erfaringsutveksling i veiledning.....	34
6.2.1 Kompetanseheving som bidrag til en trygg og robust sykepleier.....	34
6.2.2 En sterkere arbeidsgruppe, erfaringsutveksling og de erfarnes rolle i veiledning..	35
6.3 Organisering av veiledning .....	37
6.3.1 Rom for veiledning .....	37
6.3.2 Å oppleve et trygt veiledningsmiljø.....	38
6.3.3 Kontinuitet og forutsigbarhet i veiledningsgruppen .....	39
7 Avsluttende refleksjoner og implikasjoner for praksis .....	41
Referanseliste .....	43
Vedlegg .....	i
Vedlegg 1: Søknad om tilgang til forskningsfelt.....	i
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakerne.....	iii
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	vi
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	viii

# 1 Innledning

I Norge rammes ca. 1 av 3 av kreft i løpet av livet, og i slutten av 2020 var det over 305.500 personer som har eller har hatt kreft (Kreftregistret, 2021). Høy kompetanse om diagnose, behandling, krise, mestring og palliasjon er viktig i møte med kreftpasienten (Reitan, 2017a), og kreftsykepleieren skal ivareta pasienten og pårørende ut fra et helhetlig menneskesyn der fysiske, åndelige og psykososiale problemer skal tas hensyn til og ivaretas (World Health organization, 2020). De fleste sykepleiere som arbeider med kreftpasienter opplever at den direkte pasientnære kontakten er givende og meningsfylt (Andresen, Hansen & Grov, 2017). I dagens helsevesen gjennomgår sykepleiere høye jobbkraav, liten kontroll over arbeidshverdagen og store emosjonelle belastninger som kan føre til nedsatt trivsel og høyt sykefravær (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Det gjør også at 1 av 5 sykepleiere ikke jobber i helsevesenet etter ti år (Skjøstad, Hjemås & Beyrer, 2017). Forskning viser at veiledning sammen med kollegaer kan gjøre sykepleiere som jobber med kreftpasienter i bedre stand til å håndtere arbeidshverdagen ved bruk av sosial støtte og veiledning på arbeidsplassen (Gillman et al., 2015), og vi har gjennom vår masteroppgave ønsket å undersøke hvilken opplevelse sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten har med organiserte veiledningsgrupper på arbeidsplassen.

## 1.1 Forforståelsen og bakgrunn for valg av tema

Vi har begge lang erfaring som sykepleiere, nå kreftsykepleiere, i arbeidet med barn og voksne med kreft. Vår arbeidshverdag er preget av mange og komplekse møter med kreftpasienten i ulike faser og aldre. Alt i fra første møte med en familie der barnet utredes for kreft, til voksne pasienter som får avansert cellegiftbehandling for første eller siste gang, eller pasienter som er i siste fase av livet og trenger lindring for å gå døden i møte. Som sykepleiere til kreftpasienter har vi erfart at det dannes en relasjon med pasienten basert på tillitt og trygghet som opparbeides gjennom tilstedeværelse og samtale. Disse møtene innebærer også lindring av fysiske symptomer som kvalmebehandling og smertelindring. Kreftsykepleie kan oppleves både personlig og faglig krevende (Gillman et al., 2015), og vi har erfart og sitter igjen med en opplevelse av at relasjonen med kreftpasienten både kan oppleves betydningsfull og god, men også kan være utfordrende og vanskelig. Vi har kjent på at relasjonen til kreftpasienten, kombinert med tidspresset og travelheten i avdelingen, ofte fører til dårlig samvittighet og frustrasjon, og at dette påvirker oss i møte med pasientene, kollegaene og privat. Vi har savnet en arena der vi har kunnet få veiledning og fått delt og

reflektert rundt situasjonene som oppstår. Bakgrunnen for valg av tema er derfor å undersøke om organisert veiledning til sykepleiere kan skape en modningsprosess der refleksjon kan bidra til at man håndterer arbeidshverdagen med kreftpasienter på en bedre og mer reflektert måte.

## 1.2 Formålet med studien

Denne masteroppgaven tar for seg temaet veiledning til sykepleiere som arbeider med kreftpasienter. Målet med oppgaven har vært å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i kreftomsorgen har med organisert veiledning mellom kollegaer. Masteroppgaven gir ett innblikk i hvilke behov sykepleiere som jobber med kreftpasienter har for veiledning, hvilke forutsetninger som må være til stede for at veiledning skal fungere og hvordan veiledning oppleves for sykepleiere.

## 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Vi har gjennom masteroppgaven jobbet ut ifra problemstillingen:

*«Hvordan opplever sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten organisert veiledning på arbeidsplassen?»*

Våre forskningsspørsmål ble:

*På hvilken måte har sykepleiere som arbeider med kreftpasienter et behov for å delta i veiledning?*

*Hvilke muligheter og utfordringer er det med veiledning for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter?*

## 1.4 Begrepsavklaring

Et sentralt begrep i studien er *veiledning*, og veiledning beskrives ofte som en prosess mellom veileder og den som blir veiledet, der hensikten er at den som blir veiledet skal få en økt kompetanse til å mestre det en får veiledning på. Denne prosessen skal innebære en dialog mellom den som blir veiledet, og veileder, der spørsmål til refleksjon er viktig. Det finnes mange ulike former for veiledning, både individuelt og i grupper (Tveiten, 2019). I vår studie har det vært gruppeveiledning som har blitt undersøkt. Ifølge Lauvås, Lycke og Handal (2016) er kollegaveiledning innen sykepleie basert på sykepleiefaglig veiledning i grupper, og vi ser at teori om kollegaveiledning er overførbart til gruppeveiledning og sykepleiefagligveiledning, og vi har derfor med teori om dette. I vår oppgave bruker vi derfor



ordet veiledning når vi snakker om kollegaveiledning, gruppeveiledning, og sykepleiefaglig veiledning. Våre informanter brukte også disse begrepene om hverandre i intervjuene og det har vært naturlig for oss å gjøre dette videre.

## 2 Tidligere forskning

### 2.1 Søkehistorikk

For å finne tidligere forskning som er relevant for vår masteroppgave, har vi søkt i databasene Cinahl, Oria og PubMed, hvor vi har avgrenset søk etter artikler ikke eldre enn 10 år. I vår søkeprosess kom det opp flere artikler der temaet ble veiledning mellom sykepleiere og pasienter, og for å unngå dette ble søkeordene våre til slutt; *peersupport colleagues, nursing, cancer, supervision, resilience, cancer nurse, group-support, social support, burnout og guidance*. Søkene ble gjennomført mellom april 2021 og mars 2022. Ordene ble satt i kombinasjon med AND og OR, samt bruk av trunkering på ord som «nurs\*». Vi har også gjort manuelle søk, og det ble funnet artikler i utvalgte referanselister. I vår søkeprosess har vi ikke funnet noen tidligere studier om veiledning til sykepleiere i kreftomsorgen i Norge. Artiklene vi presenterer har likevel relevante funn for de utfordringene en møter i kreftomsorgen uansett hvor pasienten behandles. Behovet for veiledning vil derfor kunne oppleves likt for alle som arbeider med kreftpasienter over tid.

### 2.2 Utfordringer i arbeidet med kreftpasienter som synliggjør behovet for veiledning

Granek, Barbera, Nakash, Cohen, & Krzyzanowska gjorde i 2017 en studie der 98 canadiske onkologer besvarte en elektronisk undersøkelse med spesialtilpassede spørreskjemaer, basert på tidligere intervju. Målet var å finne ut hva som gjorde at noen pasientdødsfall kjentes vanskeligere å håndtere enn andre, og hvilke mestringsstrategier disse onkologene brukte for å komme seg gjennom vanskelige dødsfall. Det kom frem åtte punkter som gjorde det vanskelig å miste sine pasienter. En av disse handlet om en nær relasjon mellom lege og pasient, når pasienten minnet legen om seg selv eller nære familiemedlemmer, og når pasientene var unge og hadde livet foran seg. Et annet viktig funn som kom frem, var at det var vanskelig å miste pasienten når en har jobbet med pasienten over mange år og kjente pasienten og familien godt. Andre forhold handlet om når pasienten døde uventet av en komplikasjon eller ikke av kreftsykdommen i seg selv, og når legen opplevde at familien ikke var klar eller forberedt på å miste pasienten. De siste funnene handlet om situasjoner der pasienten ikke hadde det bra i den siste tiden av livet, og der pasienten ikke var godt nok lindret når han døde. I forhold til mestringsstrategier som onkologene brukte var det mange forskjellige måter å håndtere dødsfallene på, men i hovedsak trakk onkologene frem at

profesjonell sosial støtte og samtaler med sykepleierkollegaer var det som hjalp de mest med å håndtere vanskelige situasjoner(Granek, 2017).

En systematisk litteraturgjennomgang fra 2020, utført av Velando-Soriano, Ortega-Campos, Gómez-Urquiza, Ramírez-Baena, De La Fuente & Cañadas-De La Fuente hadde som mål å undersøke sammenhengen mellom sosial støtte i ulike former, og utbrenthetssyndrom hos sykepleiere. De undersøkte også risikofaktorer for utbrenthet. Resultatene var blant annet at sosial støtte som støttegrupper og veiledning, opplæringskurs og programmer for mestringsstrategier, ikke påvirker arbeidshverdagen i den grad at stresset blir borte, men sosial støtte gir en emosjonell bearbeiding som reduserer stresset rundt det sykepleierne står i. På den måten reduserer også risikoen for utbrenthet. De fant at støtten på arbeidsplassen fra kollegaer og veiledere var svært viktig og betydningsfull for sykepleierne, og de følte seg mindre alene i arbeidet med pasientene og utviklet seg som sykepleiere når de fikk utveksle erfaringer sammen med kollegaer. Forfatterne fremhever også i studiene at trivselen til sykepleieren øker med sosial støtte, og at kvaliteten på omsorgen til pasientene øker i samsvar med dette (Velando-Soriano et al., 2020).

Ved bruk av spørreskjema og fokusgruppeintervjuer gjorde Francis og Bulman i 2019 en studie på sykepleiere som deltok i gruppeveiledning på et hospice i England. Svar på spørreskjemaene ble brukt til å utvikle dybdespørsmål til fokusgruppene, samtidig som de analyserte disse som egne resultater. Deres studie viser at sykepleierne i hverdagen opplever det som stressende å måtte forlate pasientene tidligere de dagene de skal i veiledning, og at det noen ganger er vanskelig å finne temaer til veiledning. Et viktig funn er at sykepleierne i studien er veldig dedikerte i jobben med pasientene og nedprioriterer ofte seg selv i arbeidshverdagen. Veiledningsgrupper har derfor blitt en arena der de må tre ut av hverdagen og prioritere seg selv, sine følelser og refleksjoner. Dette gjør at de opplever en trygghet og et fellesskap i veiledningsgruppen slik at de kan dele og reflektere rundt det som er vanskelig, samtidig som en lærer mye av andres erfaringer og får nye perspektiver som gjør at de utvikler seg som sykepleiere. De anbefaler også at nye veiledningsgrupper som startes opp bør ha både erfarne og nyere sykepleiere i samme gruppe da det blir lettere å lære av andres erfaringer (Francis & Bulman, 2019).

I en stor litteraturstudie av Gillman et al. (2015) som inkluderte 20 artikler var målet å kartlegge og identifisere hva som fremmer mestring og resiliens hos sykepleiere som jobber

med kreftpasienter. Alle artiklene tok utgangspunkt i sykepleiere som jobbet med kreftpasienter i palliativ fase. Funnene ble delt i tre. Personlige faktorer som fremmer mestring og resiliens, sykepleiernes mestringsstrategier, og hva arbeidsplassen kan gjøre for å skape mestring og resiliens hos sykepleierne som jobber med palliative pasienter. Funn viser at det er ulik motivasjon for å jobbe i kreftomsorgen og at den enkeltes motivasjon er viktig for å håndtere det en står i. Sykepleierne i studien trekker frem at de opplever det verdifullt å være nær pasientenes lidelser og smerte. De har lyst til å hjelpe og opplever et kall til å gjøre jobben som sykepleier. Å se, og få tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende på at de gjør en god jobb og utgjør en forskjell, er veldig givende og gir økt selvtillit. I forhold til personlige mestringsstrategier er det mange som trekker frem at de må ha en balanse mellom arbeidshverdagen og egenomsorg, at en må prioritere å gjøre noe for seg selv og ikke bare gi til alle rundt. Gjennom sykepleiernes erfaringer har de lært seg å holde en viss avstand til pasientene, skille mellom eget liv og jobb for å ikke ta det for mye med seg hjem. Andre strategier som sykepleierne brukte var bønn, meditasjon, samtale med kollegaer, tenne lys og lignende. Noen av studiene får frem verdien av et godt arbeidsmiljø og uformell støtte hos kollegaene. Ledelsen ved arbeidsplassene må også legge til rette for å skape en kultur for formell støtte. Veiledning og teammøter er noe som fremheves for at sykepleierne får utløp for følelsene rundt det en opplever i tilknytning til pasientene. Sykepleierne i de ulike studiene opplever gjennom veiledning at de har en arena til refleksjon, der nye måter å håndtere situasjoner på kommer frem, og at dette bidrar til mestring og resiliens hos sykepleierne som jobber med kreftpasienter.

Forfatterne til flere av disse studiene (Gillman et al., 2015; Granek, 2017; Velando-Soriano et al., 2020) kommer frem til at veiledning kan være et tilbud som kan hjelpe sykepleiere til å håndtere hverdagen med kreftpasientene på en bedre måte, men understreker at det er behov for mer forskning på veiledning, for eksempel hva som må til for at gruppene skal fungere og hvilke tiltak som er effektive.

Tidligere forskning har vært en viktig del av grunnlaget der vi ønsket å undersøke hvilke behov sykepleiere som jobber med kreftpasienter har for veiledning og hvilke opplevelser de satt igjen med etter å ha deltatt i veiledning.

## 3 Teoretisk tilnærming

Den teoretisk referanserammen er teori som skal hjelpe forskeren å forstå datamaterialet i en større sammenheng (Malterud, 2017). I dette kapittelet vil vi presentere det vi har brukt som relevant teori for vår masteroppgave.

### 3.1 Sykepleie til kreftpasienten

En kreftdiagnose stiller mennesker overfor store krav til omstilling, og mestring av en ny og endret livssituasjon. Pasienten skal bli møtt av sykepleiere med kompetanse gjennom hele forløpet, fra første møte, videre i behandlingen og for noen ved tilbakefall og i palliasjon (Reitan, 2017a). Ifølge rammeplanen for kreftsykepleiere, NSF (2019a) skal kreftsykepleieren ivareta pasienter med kreft og deres pårørende på en helhetlig, kvalitetsmessig, faglig forsvarlig og etisk måte. Dette oppnås gjennom omsorg som er basert på likeverd og respekt for pasienten og familien (NSF, 2019a). I arbeidet som kreftsykepleier skal man delta i forebygging, utredning og administrere medisinsk behandling etter forordning uten at det oppstår unødvendig ventetid. Videre skal kreftsykepleieren selvstendig vurdere, og iverksette sykepleietiltak ut ifra pasientens behov og situasjon. For å få til en helhetlig sykepleie til kreftpasienten må sykepleieren ta utgangspunkt i hvem pasienten og de pårørende er, deres opplevelse av situasjonen og hva som er viktig for pasienten her og nå (NSF, 2019a). Ifølge Stortingsmelding 24 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) har sykepleieren som jobber med kreftpasienten et ansvar for at pasientens medvirkning ivaretas på alle omsorgsnivåer. Pasienten skal møte sykepleiere og annet helsepersonell som skal gi omsorg av en slik karakter at livet oppleves meningsfullt. For å få dette til skal en strebe etter å behandle mennesket med sykdommen i stedet for bare sykdommen i seg selv, det vil si å ta hensyn til både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle aspektene ved livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Kunnskap om ulike kreftdiagnoser, ulike former for kreftbehandling og bivirkninger av dette, står sentralt i arbeidshverdagen (Reitan, 2017a). De ulike fasene kreftpasienten går gjennom beskrives av Reitan (2017a) slik; I den første fasen blir pasienten utredet og de har gjerne selv en mistanke om at noe er galt, hvor mye av tiden går til bekymring. I neste fase får de beskjeden at de har fått kreft og hva dette teoretisk vil innebære med tanke på prognose og behandling. Denne fasen er ofte sjokkartet, og pasientene har forskjellige måter å reagere på. I fasen etter er pasienten i pågående behandling, som kan innebære kjemoterapi, stråleterapi, kirurgi, hormonbehandling eller immunterapi (Reitan, 2017a). I denne fasen opplever

kreftpasientene en del bivirkninger av behandlingen. Dette kan være allergiske reaksjoner, kvalme og brekninger, hårtap, blødninger, nyresvikt eller tumorlysesyndrom, nøytropen sepsis, sår i munnhule og tarmkanal som i stor grad kan påvirke ernæringsinntaket, utslett, sår og smerter som følge av kirurgi eller kjemoterapi (Dahl, Nygaard, Brydøy, Christoffersen & Lehne, 2016). Behandlingen kan gå over lang tid og pasientene har ofte følelsen av å være syk, men denne perioden kan likevel oppleves roligere for pasienten fordi behandlingen pågår (Reitan, 2017a). For mange er dette siste fase og de blir friske av kreftsykdommen. De skal tilbake til hverdagen, men mange opplever i denne fasen en svært forandret hverdag der de merker at sykdommen og behandlingen har satt spor i kropp og sinn (Kiserud, Dahl & Fosså, 2019). For andre kommer tilbakefall og en må gjennom nye runder med venting, kriser og ny behandling. Hvis behandlingen ikke fører frem, går de over i palliativ fase der en ofte får omfattende behandling som kan holde kreftsykdommen i ro en periode før det gradvis går over i lindring av symptomer som både sykdommen og behandlingen har gitt, før pasienten til slutt dør (Reitan, 2017a). I palliativ fase går sykepleien til kreftpasienten ut på å hjelpe pasienten til best mulig livskvalitet selv om det er begrenset levetid igjen. Regjeringen har satt som mål at åpenhet rundt døden skal være naturlig i behandlingen, en skal se hele mennesket og jobbe ut ifra dette for å skape en verdighet og en mening for pasientene i den siste tiden. Sykepleieren har et ansvar for å ivareta pårørende gjennom hele forløpet, og spesielt i den siste fasen av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Det er naturlig at pasienter får psykiske reaksjoner når de får vite at de har kreft, og går ofte gjennom krisereaksjoner knyttet til dette. Ulike krisereaksjoner kan også oppstå i alle faser av kreftsykdommen og det er viktig at sykepleieren som jobber med kreftpasienten også kjenner til de reaksjonene som kan oppstå hos hver og en pasient. Ved å ha kunnskap om dette vil en bedre kunne bistå og hjelpe pasienten til mestring og redusere stress (Reitan, 2017b).

## 3.2 Veiledning

### 3.2.1 Hva er veiledning?

I sykepleien har sykepleiefaglig veiledning vært førende helt siden begynnelsen av 80-tallet (Lauvås et al., 2016). Det har vært en type gruppeveiledning der hensikten har vært å klargjøre og bearbeide situasjoner og følelser som har oppstått i jobben med pasientene. I veiledningssituasjoner har en tatt utgangspunkt i noe som har skjedd og analyserer det sammen med kollegaene. Målet med dette har vært at sykepleieren gjennom refleksjon kan få utvidet sitt perspektiv og sin kompetanse, som en kan bruke i framtidige situasjoner (Lauvås

et al., 2016). I følge Vråle (2010) er sykepleiefaglig veiledning en læringsprosess som ønsker å styrke den sykepleiefaglige identiteten hos den som blir veiledet, samtidig som den har til hensikt å reflektere over følelser og handlinger og på den måten utvikle ny kunnskap (Vråle, 2006). Tveiten (2019) viser til at generell veiledning tar utgangspunkt i den som skal veiledes, og en ønsker at en gjennom å klarlegge en situasjon eller et område for veiledning, skal få fokuspersonen til å reflektere rundt temaet slik at en får nye oppdagelser og ny kunnskap som en kan ta med seg videre (Tveiten, 2019). Veiledning kan organiseres ved at en erfaren kollega eller en person utenfra med veiledningskompetanse leder veiledningen (Vråle, 2006).

En vanlig form for veiledning i grupper er kollegaveiledning, der kollegaer veileder kollegaer (Lauvås et al., 2016). Utgangspunktet her er kunnskap om at det i alle i arbeidsmiljø er mye kompetanse, og at en gjennom veiledning kan utveksle erfaringer og kompetanse slik at arbeidstakerne kan utfylle og komplementere hverandre (Lauvås et al., 2016). Han beskriver videre at målet med veiledningen er at reflekterende spørsmål kan føre til samtale og refleksjon som igjen kan utvikle ny kompetanse og trygghet for alle parter. Lauvås et al. (2016) beskriver at veiledningens hensikt kan være forskjellig fra plass til plass, men at kompetanseutvikling hos personalet, personlig støtte og utvikling av et kollegialt fellesskap kan være noe av det en ønsker å oppnå med jevnlig veiledning. Hensikten med kollegaveiledning er ikke at alle sykepleiere skal veiledes til å håndteres situasjoner alt likt, men at en kan plukke opp ideer, metoder eller mestringsstrategier fra hverandre, og på den måten utvikle seg selv som arbeidstaker. Dette kan skape mestring og trivsel som er avgjørende for å bli værende i jobben (Lauvås et al., 2016).

### 3.2.2 Veiledning som støtte og hjelp

Sykepleiere som jobber med kreftpasienter, arbeider ofte med mennesker i potensielle kriser som gjør at en over tid kan kjenne at en selv trenger støtte og noen å lene seg på (Vråle, 2010). Hun viser til at vanskelige enkeltsituasjoner, etiske dilemmaer eller at en selv har med seg personlige erfaringer, kan gjøre at en kjenner seg ekstra berørt og at noen situasjoner oppleves vanskelig. Veiledning kan derfor være en arena der den som blir veiledet blir sett som sykepleier og person, og dette kan oppleves trøstende, og kan skape selvtillit og refleksjon (Vråle, 2010). Lauvås et al. (2016) trekker frem at kollegaveiledning ofte tar for seg situasjoner som har vært følelsesmessig krevende for en av deltakerne. I gruppeveiledning tar en i gruppen opp en hendelse som en ønsker veiledning på, og sammen med gruppen klargjør man, og analyserer situasjonen (Lauvås et al., 2016). Etablerte

kollegaveiledningsgrupper kan være en god arbeidsform for å ta vare på kollegaer som har vært utsatt for sammenhengende stress eller andre dramatiske hendelser på jobb, men at kollegaveiledning også kan brukes til å ta tak i mer hverdagslige møter, eller fremheve positive situasjoner i arbeidshverdagen (Lauvås et al., 2016). En annen fordel med veiledningsgrupper er å få frem de andre deltakernes erfaringer om lignende situasjoner. Det gjør at den som blir veiledet senere vil bli mer bevisst problemet, og dermed ha et større fokus på det en ønsker å oppnå (Lauvås et al., 2016).

### 3.2.3 Tillitt i veiledning

Tillitt er ifølge Martinsen (2012) en del av vår gode, spontane natur og er dermed grunnleggende i alle møter. Gjennom tillitt til at andre vil oss vel er vi med vår sårbarhet utlevert til den vi møter, på samme måte som den andres sårbarhet er utlevert oss. Som omsorgsgiver er det vår oppgave å svare på den andres tillit ved å sanse det den andre formidler, og bruke dette til å ta vare på den som trenger omsorg (Martinsen, 2012). De Lange og Wittek (2021) skriver om tillitt i kollegaveiledning og sier at tillitt er sentralt i veiledning slik at kollegaer skal kunne føle seg trygge på at de kan åpne seg i gruppesamtalen. For å få dette til må det etableres et tillitsforhold mellom deltakerne i veiledningsgruppen. De Lange og Wittek (2021) mener at tillitt i en veiledningsgruppe starter med at en eller flere av deltakerne tar initiativ til å dele sin usikkerhet og det som er sårbart. For at det skal dannes tillitt er en avhengig av at de andre deltakerne gir en respons på det som er blitt delt på en støttende og åpen måte. Ved å gi tilbakemeldinger som er åpne og støttende vil en som initiativtaker kjenne at en blir møtt på en grei måte, og ulike og kritiske meninger kan jobbes med frem og tilbake i gruppen (De Lange & Wittek, 2021). Om den som deler ikke opplever å bli møtt på en grei måte, vil en ikke klare å gå videre på det som er blitt delt, og en vil lettere lukke eller forsvare seg og den som har delt vil prøve å avslutte samtalen. Det vil da oppstå gnisninger innad i gruppa og tillitsrelasjonen blir utfordret og svekket (De Lange & Wittek, 2021).

### 3.3 Resiliens

Sykepleiere jobber ofte i et uoversiktlig og stressende miljø, der det å hjelpe andre å overvinne eller mestre sykdom og kriser er en del av arbeidshverdagen, og på grunn av dette er det å bygge opp resiliens viktig (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007). Resiliens blir i Yilmaz (2017) definert som ferdigheten til å overvinne og tilpasse seg vanskelige situasjoner eller omstendigheter, og Borge (2018) viser at resiliens er evnen til å håndtere, gjenopprette



og tilpasse seg endrede forutsetninger. Teori om resiliens handler om hvorfor noen klarer seg bra, mens andre ikke (Borge, 2018). Resiliens innebærer at ulike beskyttende faktorer gjør at en person er i stand til å møte motgang, til tross for risikoen en utsettes for. Disse beskyttende faktorene kan hjelpe individet å komme seg gjennom negative belastninger, og redusere stress. Sosial støtte og selvtillit er eksempler på beskyttende faktorer som reduserer belastningen hos individet og dermed bidrar til resiliens (Borge, 2018). Når en ønsker å bygge opp resiliens hos sykepleiere er fokuset å finne strategier som hjelper sykepleierne å håndtere stress og motgang slik at det blir lettere å håndtere arbeidshverdagen (Jackson et al., 2007).

Viktige forhold som kan bidra til resiliens hos sykepleiere og som gjør dem bedre i stand til å håndtere stress, tidspress og vanskelige beslutninger som en møter på, er faglig og sosialt nettverk som veiledning på arbeidsplassen, og personlige egenskaper som positivitet, optimisme, humor og kompetanse (Yilmaz, 2017). Å styrke resiliens hos sykepleiere i kreftomsorgen er gunstig for den enkeltes helse og velvære (Gillman et al., 2015). Refleksjon og mulighet til å videreutvikle sin kompetanse, styrker den enkeltes resiliens, noe som kan redusere forekomsten av utbrenthet og psykiske lidelser som ofte opptrer hos helsepersonell som jobber med kreftpasienter. I positive organisasjoner som legger til rette for veiledning, vil en kunne få bedre kvalitet på pasientbehandlingen og sykepleiere vil kunne stå lengre i jobb (Gillman et al., 2015).

### 3.4 Sårbarhet og tid i dagens helsevesen

#### 3.4.1 Kari Martinsen - Sårbarhet og sansing

Martinsen (2014) mener mennesker er sårbare og avhengige av hverandre, og det er ut fra sårbarheten vi er del av samme verden og angår hverandre. Sårbarhet er en forutsetning for innlevelse i andres lidelse og er en oppfordring til ivaretagelse og å bli tatt vare på, og kan derfor være en styrke i relasjoner (Martinsen, 2012). Martinsen viser til at livet selv er sårbart, der både glede, sorg, smerte og lidelse er del av det å være menneske. Vår holdning kan skape glede, liv og lys hos den vi møter eller kan skape utrygghet og forsterke den andres lidelse. Gjennom å være til stede i situasjonen med alle sine sanser og følelser, kan en være mottakelig, berørt og åpen for det den andre ønsker å formidle. Bare gjennom dette får sykepleieren tilgang til pasienten, slik at pasienten kan fortelle hvordan en ønsker å bli tatt vare på (Martinsen, 2012). Når sykepleieren bruker sine sanser i møte med pasienten så er en mottakelig for inntrykk, dette kan komme til uttrykk i ulike sinnstilstander som tristhet, engstelse, glede, opplagthet og så videre, noe som gjør at vi blir berørt og beveget (Martinsen,

2012). Ved å reflektere over og tyde det en sanser, får sykepleieren en forståelse av det den andre prøver å formidle. Når sykepleieren i møte med pasienten er oppmerksomt til stede med sin egen sårbarhet og sansing, er fagligheten og kompetansen med på å danne forståelse av det som oppleves, og relasjonen med pasienten kan bli god og omsorgsfull (Martinsen, 2012).

### 3.4.2 Tidspress og rom for refleksjon

Sykepleie bygger på et ideal om helhetlig omsorg der pasienten blir sett og tatt hensyn til i alle delene av et sykdomsforløp (Orvik, 2013). For å få dette til trenger en tilstrekkelig bemanning og fleksible rutiner. I dagens helsevesen opplever sykepleierne at knapphet på tid, og ressurser gjør at de kommer i konflikt mellom hensynet til god pasientomsorg og hensynet til andre arbeidsoppgaver som skal organiseres og gjennomføres (Orvik, 2013). Sykepleieren kan i arbeidshverdagen erfare at en ikke makter å gjøre arbeidet godt nok. De opplever at det er vanskelig å være fullt til stede sammen med pasientene og deres familier, fordi en har et fokus og et press utenfra om alt som skal gjøres. En kan da miste oppmerksomheten mot den eller de andre, og blir kun opptatt av prosedyrene (Martinsen, 2014). Hun er opptatt av at det i dagens travelt ikke alltid er lett å møte pasientene i situasjonene de er i, og hun trekker frem at det kan være verdifullt å skape et rom der sykepleierne kan samtale og arbeide med situasjonene de står i (Martinsen, 2012). Et slikt rom skal være grunnlag for en samtale mellom kollegaer. I samtalen blir sykepleierne oppfordret til å gi hverandre rom, og å ikke være moraliserende, men heller være undrende og interessert. På denne måten kan det dannes nye forståelsesmåter, uttrykk og toner i samtalen, og også ny ansvarlighet som kaster lys over hendelsen det samtales om og som føres videre. Situasjon blir opplyst og forstås på flere måter. Det fører til at en sammen står i sårbarheten og stemningene i det som det fortelles om (Martinsen, 2012). Gjennom å reflektere over situasjoner får en mulighet til å se på opplevelsen sammen med andre og på den måten se situasjonen fra andre synsvinkler. Hun er opptatt av at de en samtaler med må ha en lyttende og mottakelig innstilling til det den andre uttrykker. Martinsen beskriver at samtaler med kollegaer må være fylt av gjensidig respekt og lyttende nærvær for at det skal kunne gi grunnlag for ny forståelse (Martinsen, 2012).

## 4 Metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for og begrunne stegene i forskningsprosessen, og de metodiske valgene som ligger til grunn for vår studie.

### 4.1 Eksplorativt design

Studien har et eksplorativt design (Polit & Beck, 2021), hvor vi har undersøkt sykepleiernes erfaringer med organisert veiledning. I følge Malterud (2017) er kvalitativ forskning å undersøke menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger. Målet er å få en forståelse for hvordan ting oppleves i motsetning til å finne en forklaring på noe. Gjennom kvalitativ forskning kan en få innsyn i ulike nyanser og subjektive erfaringer som styrker vår forståelse gjennom intervju eller observasjoner (Malterud, 2017). I vår kvalitative studie har vi samlet inn vårt datamateriale ved hjelp av digitale individuelle intervjuer.

### 4.2 Refleksjon over vår forforståelse

Forforståelse består av erfaringer, faglig perspektiv, hypoteser og teoretisk ramme (Malterud, 2017). Dette blir av Malterud (2017) beskrevet som en sekk vi bringer med oss inn i prosjektet, hvor innholdet i denne sekken påvirker måten vi gjør innsamlingen på, og måten vi leser og tolker data på. Forforståelsen kan bidra til at vi går inn i prosjektet med begrenset horisont, der budskapet i datamaterialet blir overdøvet av vår egen forforståelse (Malterud, 2017). I vår studie vil våre spørsmål kunne bidra til ny kunnskap eller at vi får vite noe vi ikke er enige i. I tillegg kan fortolkningen av resultatet også påvirkes av det vi kan og mener fra før. Som sykepleiere med erfaring i arbeid med kreftpasienter kjenner vi feltet, sykepleien og pasientgruppen, som de vi intervjuer. Vi kjenner det faglige språket de bruker, og vi forstår hva de forteller uten at de trenger å forklare og gå i dybden på det de formidler. Det kan føre til at vi tar for gitt at vi forstår hva sykepleierne mener og kanskje ikke får tak i det som er annerledes, eller får tak i opplevelser som vi ikke har tenkt på. Vi kjenner til arbeidsfeltet og kan lettere forstå erfaringene eller opplevelsene deres fordi vi har stått i lignende situasjoner eller kjent på de samme følelsene. Det kan kanskje bidra til at intervjuene utføres og flyter lettere, informantene kan oppleve at vi forstår, og at vi stiller relevante spørsmål. Sammen kan vi utforske det de forteller og få en god dialog på en måte som sykepleierne vi intervjuer erfarer som meningsfull og utviklende. Dette anser vi vil kunne bidra til et rikt datamateriale.

Forforståelsen kan åpne opp slik at vi får en grundig undersøkelse av temaet, samtidig som den kan begrense våre funn (Malterud, 2017). For å motvirke dette har vi vært bevisst vår forforståelse og målet med studien, og har stoppet opp og tenkt over hva og hvordan vi har

fortolket og forstått i løpet av arbeidet med analyse, resultat og diskusjon. Malterud (2017) er opptatt av at en forsker ikke skal fjerne seg selv, og at det er lurt å diskutere egen forforståelse med kollegaer og veiledere i forkant for å kartlegge slik at en blir bevisst hvilken betydning den har på datamaterialet. Forforståelsen vår bærer også preg av at vi har lest teori og forskning om teamet i forkant av studien og intervjuene.

### 4.3 Ethiske overveielser

Fordi vi skulle håndtere personopplysninger sendte vi en søknad til Norsk Senter for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata, 2021) før arbeidet med datainnsamlingen startet, dette for å ivareta informantens rettigheter og personvern. Søknaden ble godkjent 30.11.2021 og har referansenummer: 319090 (vedlegg 4). Gjennom hele prosjektet har vi forholdt oss til etiske prinsipper gjennom blant annet å opprettholde informantens integritet. Vi har fulgt UiT's retningslinjer (UiT Norges arktiske Universitet, 2021), og har sikret deltakernes integritet i henhold til Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2018). Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, hvor de ble informert om at de kan trekke seg når som helst, også underveis i intervjuet. De har også samtykket skriftlig til deltakelse. Vi har også sikret oss og beholdt anonymiteten til hver deltaker. Vi har unngått at intervjuguiden inneholdt spørsmål som gjorde at deltakerne kunne identifiseres og vi startet ikke lydopptakeren før all informasjon som kunne gjenkjennes var gjennomgått. Vi har transkribert på informantens dialekt, og oversatt det til bokmål i oppgaven for å tilstrebe at dataene og resultatene ikke ble påvirket. Dette jamfør Malteruds beskrivelse av intervju (Malterud, 2017).

### 4.4 Individuelle digitale intervju

I innsamlingen av kvalitative data, får vi tilgang på ny kunnskap (Malterud, 2017). For å få fram sykepleierens erfaring med veiledning har vi utført fem digitale semistrukturerte intervju på mellom 45-90 minutters varighet. I følge Polit og Beck (2021) tar semistrukturerte intervju for seg både temaer og spørsmål for å svare på problemstilling og forskningsspørsmål. Deltakeren skal kunne snakke fritt om temaene og fortelle opplevelser med egne ord (Polit & Beck, 2021). Målet er at den som blir intervjuet skal være så avslappet og trygg i intervjusituasjonen at informantene våger å åpne seg om både positive og mer ansente temaer (Polit & Beck, 2021), og jamfør forskning av Thunberg og Arnell (2021) kan individuelle digitale intervju med video, gjøre informanten mer avslappet og rolig enn personlige oppmøte intervjuer. De kan delta i en mer fleksibel setting uten at de trenger å

møte en fremmed ansikt til ansikt for intervju (Thunberg & Arnell, 2021). I følge Malterud (2017) er målet med intervju å få frem informantens erfaringer, meninger og opplevelser knyttet til tema, og en intervjuguide kan være et viktig støtteverktøy, særlig for uerfarne. Samtidig kan det være til hinder hvis en følger den til punkt og prikke fordi man da kan miste ny kunnskap og bare få kunnskap innenfor egen forforståelse. Malterud (2017) sier videre at det kan unngås ved å stille åpne spørsmål som får informanten til å fortelle og dele erfaringer. Som forsker må en kunne styre samtalen slik at en får data knyttet til problemstillingen. En bør lytte og være oppmerksom på det informanten formidler, og gjerne stille oppfølgings spørsmål som er knyttet til det informanten forteller (Malterud, 2017).

#### 4.4.1 Rekruttering og utvalg

Vi har brukt et strategisk utvalg for å rekruttere deltakere til studien, det vil si det utvalget som vi anser som på best mulig måte vil kunne belyse problemstilling og forskningsspørsmål (Malterud, 2017). Ryddig og riktig fremgangsmåte for å rekruttere deltakere til studien er viktig, slik at deltakere ikke føler seg presset til å delta (Malterud, 2017). Dette har vi ivaretatt gjennom vår rekruttering.

Våre inklusjonskriterier for deltakelse i studien var:

- Sykepleier / Kreftsykepleier
- Arbeider med kreftpasienter, minimum to år
- Arbeider i spesialisthelsetjenesten
- De har deltatt minimum en gang i veiledningsgruppe
- Uavhengig av kjønn

Vi har rekruttert deltakere til intervjuene fra to forskjellige sykehus i Norge og til sammen kom informantene fra tre ulike kreft- og hematologiske avdelinger. Kravet til avdelingene vi rekrutterte var at de skulle ha et organisert veiledningstilbud til sine ansatte. Vi tok først kontakt med ulike kreftavdelinger pr e-post og telefon for å høre hvor de har veiledning til sine ansatte. For å få tillatelse til å forske ved de ulike avdelingene ble det på en av avdelingene tatt opp i ledergruppa før avdelingsleder skrev under på tillatelse til forskningsfeltet (vedlegg 1). Ved de to andre avdelingene måtte vi ta kontakt med fagsjef ved sykehuset og registrere og få godkjennelse av vårt prosjekt før vi kunne begynne rekrutteringen. Avdelingsledere og fagutviklings sykepleier ved avdelingene fikk våre inklusjonskriterier og sendte dermed ut informasjonsskrivet med samtykkeskjema (vedlegg 2)

til aktuelle deltakere. Vi hadde håpet at deltakerne skulle ta direkte kontakt med oss, men de tok kontakt med sine avdelingsledere som ga oss tillatelse til å kontakte dem per e-post for nærmere avtale omkring intervjuet. Det deltok til sammen fem informanter i alderen 25-50 år, fire kvinner og en mann. To av disse var kreftsykepleiere med over 10 års erfaring.

#### 4.4.2 Forberedelser til intervju

I forkant av intervjuene lagde vi en intervjuguide som inkluderte flere viktige overordnede temaer for intervjuet. Temaene var:

- Fordeler og utfordringer med veiledning
- Veiledningens påvirkning av relasjon til deltakerne i gruppen
- Veiledning og muligheter for å dele positive og negative erfaringer
- Veiledning og kompetanseheving
- Forutsetninger for veiledning

Utarbeidelsen av intervjuguiden (vedlegg 3) ble gjort sammen og vi formulerte både åpne og lukkede spørsmål og hadde stikkord med i intervjuguiden. Når intervjuguiden var klar, utførte vi to prøveintervju med to spesialsykepleiere med mastergrad. Vi gjorde et oppmøteintervju og et digitalt intervju, og de fikk dele sine tanker og meninger i etterkant av prøveintervjuet. Prøveintervjuene ga oss flere viktige erfaringer knyttet til hvordan vi følger opp det som blir sagt, og vi fikk innspill til spørsmål og hvordan vi stiller de. Malterud (2017) beskriver at en av fallgruvene ved intervju er at en låser seg til intervjuguiden når en ikke har så mye erfaring med å intervju. Både med tanke på nye og dypere spørsmål ble vi rikere på erfaring ved å utføre prøveintervju og anser det som en viktig del av prosessen.

#### 4.4.3 Gjennomføring av intervju

Vi startet intervjuene med å presentere oss kort og si hva hensikten med studien var. Deretter gikk vi gjennom informasjonsskrivet sammen med informantene. Det signerte samtykkeskjemaet fikk vi tilsendt på e-post i forkant, grunnet digitale intervju. Polit og Beck (2021) beskriver at en bør presentere seg selv kort, bruke «smalltalk» og stille uformelle spørsmål i starten for deretter å gå inn på mer sensitive tema før en avslutter med et åpent og positivt spørsmål på slutten. De beskriver videre at intervjuerens viktigste oppgave under intervjuet er å lytte nøye for å vise interesse. På den måten kan man stille oppfølgende spørsmål som er relevante (Polit & Beck, 2021). Før vi startet selve intervjuet stilte vi noen innledningsspørsmål om hvor lenge de hadde arbeidet ved avdelingen, om de hadde annen

arbeidserfaring, hvor lang arbeidserfaring de hadde innfor kreftomsorgen, eventuelt om de hadde spesialiseringer, og alder. Dette gjorde vi før lydopptakeren ble skrudd på, slik at personopplysninger ble utelatt fra lydopptakeren og selve intervjuet kunne begynne.

Vi var begge til stede under intervjuene. Vi fordelte oppgavene oss imellom der en intervjuet og en tok feltnotater, passet på tiden og sikret at lydopptakene ble optimalisert jamfør Malterud (2017). Vi har valgt å utføre alle intervjuene digitalt over Teams på grunn av koronapandemien og tidsbegrensninger. I følge Thunberg og Arnell (2021) kan audiovisuelle intervjuer være en god metode for innsamling av kvalitative data, spesielt med tanke på at en kan være mer fleksibel i forhold til tid og sted. Men dette kan ifølge forfatteren gjøre at deltakeren ikke føler seg like forpliktet til å delta og kan avlyse på kort varsel. Samtykke kan også være en utfordring i så henseende og en må være obs på datahåndtering, slik at deltakeren ikke kan spores (Thunberg & Arnell, 2021). For å være sikker på dette ble det ikke tatt opp video, men lyden ble tatt opp gjennom Diktafon mobilapp med tilkobling til nettskjema (Universitetet i Oslo, 2017), som er godkjent gjennom UIT retningslinjer for datahåndtering (UiT Norges arktiske Universitet, 2021).

#### 4.4.4 Refleksjon over intervju

I forkant av intervjuene var vi usikre på om vi ville få et godt datamateriale når vi valgte digitale intervju. Vi ble positivt overrasket, og vår erfaring er at deltakerne åpnet seg og delte villig sine erfaringer underveis i intervjuene til tross for at vi var i forskjellige rom. Dette viser også studier av Thunberg og Arnell (2021). Vi brukte to telefoner med tilgang til nettskjema for å sikre at opptakene ble optimalisert, men det viste seg at lyd og nettskjema fungerte uten problemer. I forkant hadde vi informert informantene om digitalt intervju og de fikk selv velge tidspunkt og hvor de ville være under intervjuet, stort sett alle deltok hjemmefra og vi antar at dette i seg selv ga en trygghetsfølelse.

#### 4.5 Analyseprosessen

Analysen skal hjelpe forskeren å finne relevante mønstre i datamaterialet som kan belyse problemstillingen. Analysemetoden hjelper forskeren i å gjøre dette på en systematisk måte (Malterud, 2017). I vår masterstudie har vi gjennomført en tematisk innholdsanalyse basert på Braun og Clarke (2006). Det er en analysemetode som er godt egnet til å analysere et kvalitativt datamateriale innhentet ved hjelp av intervju. Det er en fleksibel, men grundig analyseform som ikke er avhengig av teoriforankring, og er derfor anvendelig for

nybegynnere (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse av Braun og Clarke (2006) er en analyseprosess i seks trinn; Fase en er forberedelsesfasen med ev. transkribering, fase to er koding, fase tre er å søke etter tema, fase fire er å gjennomgå tema og ev. dele i flere undertema, fase fem er å definere og analysere temaene, fase seks er rapportering i form av resultater (Braun & Clarke, 2006). Braun og Clarke (2006) er også opptatt av at analysen er en prosess der en jobber frem og tilbake med materialet mellom de ulike fasene og at prosessen ikke alltid går fra et trinn, til ett annet.

#### 4.5.1 Gjennomføring av analysen

Tematisk analyse er en prosess der en starter med å gjøre seg kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). For å bli kjent med vårt materiale valgte vi å transkribere selv. Vi delte intervjuene mellom oss og transkriberte hver for oss. Begge lyttet gjennom og sikret oss at alt kom med. I forkant ble vi enige om at vi skulle transkribere på dialekten til deltakeren, dette jamfør Malterud (2017) som beskriver at transkribering skal foregå så nøyaktig som mulig. Videre startet vi med kodingen. Braun og Clarke (2006) beskriver at en skal fremheve spennende utsagn og reflektere over hva som er interessant for vår studie. Her leste vi nøye gjennom teksten og gjorde markeringer med fargekoder og skrev kommentarer ved siden av i marginen om hva det vi kodet, handlet om. I etterkant av kodingen hadde vi en felles idémyldring og diskuterte frem og tilbake hvilke temaer som utpekte seg basert på kodingen som vi allerede hadde gjort. Vi jobbet en del frem og tilbake med materialet, leste intervjuene og kodingene gjentatte ganger, og diskuterte hva er viktig, og hva gir mening for å besvare vår problemstilling og forskningsspørsmål (Braun & Clarke, 2006). Trinn tre og fire gikk derfor for vår del over i hverandre.

Selv om vi hadde brukt hverandre mye til å diskutere frem og tilbake på temaene i de forgående trinnene, opplevde vi at temaene vi startet ut med etter kodingen, gikk mye over i hverandre og de ble vanskelig å skille. Vi leste derfor materialet og kodingene på nytt og endret på tema og undertemaene slik at de hadde klarere rammer (Braun & Clarke, 2006). Til slutt samlet vi sitatene under de nye temaene og undertemaene, og så nøyer på hvilke sitater som var spesielt viktige og hvilke vi ønsket med i resultat og diskusjon. Vi endte til slutt med fire hovedtemaer og noen undertemaer til hvert tema. I tabellen under har vi tatt med fire eksempler for å illustrere prosessen.



Tabell 1: Eksempel på transkribert materiale, koding, tema og undertema.

Sitater	Koding	Søke etter tema	Evt undertema
«det er jo ikke alle dødsfall som er rett frem dessverre, noen situasjoner oppleves som mer krevende enn andre, gjerne med vanskelige pårørende, gjerne små barn inne i bilde.. og det er da jeg opplever at veiledningen virkelig gir meg noe»	Hva som tas opp i veiledningen og sårbare og krevende pasientsituasjoner	Behovet for veiledning i arbeidet med kreftpasienten	Komplekse og travle arbeidshverdager
«når folk blir stresset så blir vi gjerne litt skarpere med hverandre i tonen når vi snakker sammen og da kan man gjerne gå ut av en veiledning og på en måte bli litt mildere igjen, og møte hverandre med ny varme»	Travle arbeidshverdager, veiledning gjør at en blir snillere med hverandre, samtidig som det styrke arbeidsmiljøet og teamet	Ett sterkere team	
«Ja! Det blir tatt opp en del praktiske spørsmål, som har med praktisk kompetanse å gjøre. Hvis en med litt mer erfaring kan gi deg gode tips og råd, sant så gir det deg mulighet til å prøve det ut ved en annen anledning»  «jeg har ingen måte å måle kompetansen jeg får i veiledningen på, men det gir meg en trygghet i form av at jeg klarer å åpne meg i veiledningen»	Hva som gir utvikling og kompetanseheving,	Kompetanseheving og refleksjon	En styrket og tryggere sykepleier
«det at vi er bemannet slik at du får gå, det er jo klart, det er jo det som legge grunnsteinen»	Bemanning og veiledning, mulighet til veiledning	Organisering av veiledning i grupper	Prioritere veiledning i en hektisk hverdag

## 4.6 Metodens anvendbarhet

Et individuelt intervju egner seg godt når en skal hente frem erfaringer og opplevelser som en kan trenge trygghet for å fortelle om (Malterud, 2017). I forbindelse med vårt tema diskuterte vi for og imot for om vi skulle bruke individuelle intervjuer eller fokusgruppeintervjuer da dette også er en intervjuform som ville kunne bringe frem opplevelser og holdninger knyttet til tema (Malterud, 2017). Vi ønsket å komme så nær informantene som mulig slik at de kunne dele sine tanker og situasjoner med oss og bestemte oss dermed for individuelle intervjuer. Videre tenkte vi først å reise til de ulike plassene for å intervjuer, men på grunn av koronapandemi og tidsbegrensning, og at våre deltakere var villige til å la seg intervjuer digitalt, ble dette løsningen for oss. Forskning på området viser at om det tekniske fungerer og temaet ikke er for sensitivt, er digitalt intervju en metode som gir gode og rike kvalitative data (Thunberg & Arnell, 2021).

I følge Malterud (2017) skal en vurdere og utvikle en mening om hva datamaterialet sier noe om og hva det ikke sier noe om. Vårt datamateriale forteller noe om opplevelsene som informantene lot oss ta del i, men om de fortalte alt vil vi ikke kunne si noe om. I tillegg valgte våre informanter selv å stille til intervju om veiledning. Mulig de fem stilte til intervju fordi de er særlig fornøyde med veiledning og synes dette er spesielt viktig. Dette kan i så fall påvirke vårt datamateriale slik at vi kun har fått synspunktene fra de som er fornøyd med veiledning. Dermed kan vi ikke si at alle som deltar i veiledning vil kunne kjenne seg igjen i det som kommer frem i vår oppgave. Samtidig har vi gjennom vår masteroppgave gjennomført intervju av deltakere med både lengre og kortere erfaring fra både kreftomsorgen og med deltakelse i veiledning. Datamaterialet er ikke godt nok for å skaffe generaliserbar kunnskap om veiledningsgrupper (Malterud, 2017). Det gir oss likevel et bredere perspektiv på hvordan veiledning oppleves for deltakere i veiledningsgrupper generelt og vil kunne gi oss noen kunnskap om hvordan veiledning kan oppleves for sykepleiere som jobber med kreftpasienter.

En styrke med oppgaven er at vi gjennom analysen har jobbet tett opp mot råmaterialet fra intervjuene og har brukt hverandre til å diskutere å utvikle oss og vår tolkning av datamateriale. Vi har også fått veiledning i masterseminar og gjennom veileder, noe som har utviklet vårt syn på datamaterialet enda mer. I individuelle intervjuer er det en kunst å være fokusert på problemstilling og forskningsspørsmål, samtidig som en skal være tilstrekkelig

åpen slik at ny kunnskap kan komme frem (Malterud, 2017). Fordi vi ikke har erfaring med intervju eller har gjort en intervjustudie tidligere, kan det ha påvirket datamaterialet vårt negativt. Dette har muligens gjort at vi har blitt litt mer låst til intervjuguiden og ikke har klart å følge opp alt deltakerne har kommet med slik en erfaren intervjuer ville kunne gjort. Imidlertid gjorde vi to pilotintervju i forkant og vi opplevde etter hvert som vi gjorde intervjuene at det var lettere å følge opp deltakeren.

## 5 Resultater

Her presenteres funnene i fire hovedtemaer med undertema. Det første temaet handler om behovet for veiledning. Det andre temaet handler om kompetanseheving og refleksjon, det tredje temaet handler om at gruppen blir sterkere, mens det fjerde og siste temaet handler om organisering av veiledning.

### 5.1 Behovet for veiledning i arbeidet med kreftpasienten

Veiledning har for alle informantene vært et rom der de har kunnet dele ulike situasjoner og hendelser som de har erfart i møte med kreftpasientene. I hovedsak har informantene opplevd at veiledningen brukes til å ta opp de vanskeligste og mest påtrengende situasjonene, men de beskriver også at veiledningen gir mulighet til å trekke frem de positive tingene i arbeidet med kreftpasienten, gi ros til sine kollegaer, og til å støtte og oppmuntre hverandre. En av informantene uttrykker seg slik:

*«Det er egentlig en styrke tror jeg når det gjelder veiledning, altså at man har en mulighet til å gi ros, det skal jo ikke bare være rom for kritikk, men det skal jo også være rom for å hente fram det positive og det gode».*

Informantene kjenner på et behov for en arena der de kan åpne opp for vanskelige samtaler og at dette har vært viktig for å klare å stå i arbeidet med syke pasienter over tid. En av informantene beskriver det slik;

*«Jeg tror at litt av det som skal til for at man skal klare å stå i dette her, er at det er rom for å snakke om det som er vanskelig. Så ja, jeg synes egentlig at veiledning burde være obligatorisk, bare fordi alle til tider trenger å få snakke om vanskelige ting».*

Videre vil vi inn under dette temaet beskrive hva sykepleierne opplever som komplekst med kreftpasienten og hva som gjør at sykepleierne har et behov for veiledning.

#### 5.1.1 Relasjon mellom sykepleier og kreftpasient

Informantene sier at de ofte møter samme pasient og deres pårørende gjentagende ganger og i ulike faser av kreftsykdommen. De beskriver at relasjonen som oppstår oppleves meningsfull og god, og er det som gjør møtene ekstra givende, men at det samtidig gjør at det kan være vanskelig å legge fra seg pasientene når en går hjem fra jobb eller når pasientene går bort. Sykepleierne beskriver at de vanskeligste, og mest intense møtene i arbeidet med

kreftpasienten er når pasienten er ung, har barn eller er i en lignende livssituasjon som en selv eller sine nære. De bruker da sin spesialkompetanse innenfor kreftfaget, men viser ekstra omsorg, empati og tålmodighet i disse møtene. Når relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er til stede oppleves ofte møtene som gode for begge parter, men flere av informantene beskriver at det har vært vanskelig å stå i disse relasjonene uten å bli for personlig involvert. Dette har vært noe som sykepleierne har trengt veiledning på. En informant beskriver det slik:

*«Det er kanskje noe av det som er det verste med jobben, at en blir så påvirket selv. Man blir jo glad i både pasientene og pårørende [...] de dagene der man kommer hjem og ikke klarer å legge i fra seg arbeidet, da kan det være ganske tungt å komme hjem å skulle være privatperson som skal lage middag, vaske, gå tur, og kanskje besøke noen».*

Noen av informantene har opplevd sorg i etterkant av de gode møtene med kreftpasientene og har kjent på følelsen av å bli for involvert i pasientsituasjoner. Det kommer til uttrykk slik:

*«det var noe med at alt fungerte så godt, og jeg var nok litt for sterkt involvert. Når pasienten døde så gikk jeg inn i en sorgprosess, og jeg slet mye med det».*

Dette har opplevdes vanskelig for den enkelte og de har kjent på at de gjennom veiledning har fått startet en refleksjon og en prosess som har hjulpet sykepleierne til å kunne være til stede i møte med pasienten, samtidig som de ikke blir for involvert. Gjennom å sortere i veiledningen har de lært seg mer å skille mellom eget liv og det pasienten står i.

### 5.1.2 Komplekse og travle arbeidshverdager

Informantene beskriver at situasjonene en møter er veldig komplekse og sammensatte, og at det gjør inntrykk på hvert sitt vis, behovet for veiledning har for informantene derfor vært stort. Noen av møtene er med pasienter som har lange og kompliserte kreftforløp som har vart over år, mens andre kommer inn med nyoppdaget kreftsykdom hvor det bare er dager og uker til pasienten dør. Møtet med pasientene er i mange tilfeller ikke som forventet og det er ofte at en står alene i mange vanskelige situasjoner som en ikke er forberedt på. Slik uttrykker en informant det:

*«Noen av situasjonene man står i er kanskje på et vis stygge da, de er ikke avklarte, det er ikke fine ting, ting går ikke rolig for seg [...] jeg blir jo påvirket av det, det går jo alltid over etter en stund, og jeg får bearbeidet det, men da kommer veiledningene godt med».*

Situasjoner som sykepleierne opplever som vanskelig og som de har tatt opp i veiledning handler mye om at de tar jobben med seg hjem og at det er vanskelig å koble bort enkelte pasienter. De beskriver at de blir emosjonelt berørt i mange av møtene, men at det på jobb ikke er tid eller mulighet til å reflektere over dette. Sykepleierne beskriver at de i mange tilfeller begynner på en refleksjon med kollegaer på vaktrommet, i korridoren eller på skyllerommet, men at det stadig blir avbrutt av klokker som ringer, telefoner, andre kollegaer som trenger hjelp, visitt med lege, med mer. Når sykepleierne er hjemme og i sin fritid, får de tid til å ta innover seg det de har møtt i løpet av dagen. Det beskrives da at de tenker over enkeltsituasjoner, om alt er blitt gjort og om en har brukt nok tid på den enkelte pasient. Informantene beskriver også at det mange ganger er vanskelig å omstille seg fra pasient til pasient og at en bruker ekstra energi på dette i løpet av dagen. En av informantene beskriver det slik etter å ha stått i dødsfall på et rom og samtale med en pasient som er ferdigbehandlet på rom nummer to:

*«Man prøver jo veldig hardt å slå av de følelsene en har i nærheten av det dødsfallet, når jeg kommer inn i det andre rommet, og å være sammen med de i deres glede, men det er vanskelig noen ganger, for det å komme så brått fra den ene situasjonen til den andre».*

Sykepleierne beskriver at møtene påvirker de både som sykepleiere og privatpersoner, og de opplever at når en har hatt høyt arbeidspress og lite tid til refleksjon, påvirker dette også måten de møter andre pasienter på. Noen av informantene beskriver at de er mer utålmodige og ikke har samme empatien med pasientene om vaktene og ukene i forkant har vært travle og uoversiktlige. En av informantene beskriver at om en har stått i en vanskelig situasjon på et rom, og ser noen på det andre rommet som er lei seg og trist over noe helt annet, så har en kanskje ikke empatien og tilstedeværelsen til å spørre om det går bra fordi en fortsatt har det emosjonelle fra det andre rommet så friskt i kroppen og minnet. De beskriver at alle disse emosjonelle møtene og omstillingene gjør at det over tid bygger seg opp et behov for å få luftet sine tanker og emosjoner og at veiledning da føles som et trygt rom for å gjøre dette.

## 5.2 Kompetanseheving og refleksjon

Alle informantene har beskrevet at veiledning har vært en arena der de har kunnet snakke fritt og åpent om de ulike opplevelsene de har stått i. Det har bidratt til å bearbeide og prosessere, og har for noen vært essensielt for at de har kommet seg videre som sykepleiere. Videre vil vi beskrive hvordan veiledning har ført til trygghet og kompetanseheving hos den enkelte sykepleier og hvordan de med lang erfaring er en ressurs i veiledningen.

### 5.2.1 En styrket og tryggere sykepleier

Sykepleierne beskriver en hverdag med mange belastninger og utfordringer, og en del situasjoner som de ikke har vært forberedt på eller som de har kunnet forutse i forkant. De har i stor grad kjent på at opplevelsene har blitt med hjem og det har påvirket deres hverdag mer enn på jobb. Felles for dem alle er at de har opplevd at veiledningen har vært et fristed der de har fått snakke fritt, samtidig som de har fått nye perspektiver på det de har stått i. På den måten har de fått en bredere kompetanse og blitt tryggere som sykepleiere. En av informantene beskriver det slik:

*«Selv om det på en måte ikke gir meg noe kompetanse som jeg kan skrive i boken min, så føler jeg at det gir meg nye perspektiver og nye syn på ting, som gjør at jeg utvikler meg bedre som sykepleier».*

Sykepleierne beskriver at veiledningen bidrar til at de får bearbeidet og får et nytt syn på det de har opplevd. Kompetansen som har blitt utviklet i form av dette har gjort at de har blitt tryggere i jobben som sykepleier og det har vært viktig for flere for å kunne fortsette i jobben. De beskriver også at de får utviklet sin kompetanse gjennom tilbakemeldinger i veiledningen og at det gir de et åpnere syn på situasjonene i hverdagen. Informantene uttrykker seg på denne måten:

*«det gir deg en mulighet til å bli litt ferdig med det, man kan få støtte, man kan få oppmuntring, man kan få noen som kan reflektere litt rundt det, og nyansere på en måte man kanskje ikke klarer selv når man er midt opp i det».*

Dette bidrar til at sykepleierne møter lignende situasjoner på en mer reflektert måte.

### 5.2.2 De erfarnes rolle i veiledning

Sykepleierne og spesielt de erfarne kjenner på en tilfredshet med at de kan dele sine erfaringer i veiledningsgruppen og dermed være en ressurs for sine yngre kollegaer. Tilbakemeldingene de får på dette handler om at det kjennes godt når de deler sine erfaringer og sårbarheter, og at de ofte kommer med et annet perspektiv på det kollegaene står i. Slik beskriver en av de andre informantene det å ha med seg erfarne sykepleiere i veiledningsgruppa:

*«det er folk med lang erfaring som på en måte kan si mye, og som liksom kan veilede litt i hvordan man kan håndtere opplevelsene og lignende. Det er veldig godt fordi vi kanskje ikke har den kompetansen, vi har jo masse kompetanse fra avdelingen, men det er godt med de erfarne som har den der roen fordi de har jobbet i 25 år».*

De erfarne sykepleierne selv beskriver at når de har et behov for veiledning, så handler det nødvendigvis ikke om selve kreftpasienten, men heller utfordringene som ligger i samhandlingen rundt pasienten. Dårlig kommunikasjon med leger eller andre yrkesgrupper og pårørende, kan gjøre at en blir frustrert når ting ikke går som planlagt eller ønsket, og frustrasjonen kan noen gang bli tema til veiledning. De opplever ikke et like stort og påtrengende behov for veiledning som det de hadde de første årene, men beskriver at de har utvalgte erfarne kollegaer som de deler og reflekterer sammen med når behovet melder seg. Disse kollegaene kan de snakke med på jobb, men også kontakte privat slik at de får luftet sine tanker og frustrasjoner. De opplever at de i mange situasjoner ikke finner en direkte løsning på problemet, men at de gjennom refleksjon med kollegaer får en tilbakemelding og en bekreftelse på at de har løst jobben og situasjonen godt nok.

### 5.3 Ett sterkere team

Alle informantene trekker frem at de gjennom veiledning får en større forståelse for hverandre i gruppen, og at dette styrker dem som sykepleieteam. De beskriver at en i veiledning får innsikt i hva de andre sykepleierne står i og hva de opplever som utfordrende. Sykepleierne sier at det er lettere å være støttende og behjelpelig, og ta mer vare på hverandre fordi de kjenner personen bak sykepleieren. En av informantene beskrev at en ble mildere med hverandre, spesielt når det var travle perioder:

*«når folk blir stressa så blir vi gjerne litt skarpere med hverandre i tonen når vi snakker sammen og da kan man gjerne gå ut av en veiledning og på en måte bli litt mildere igjen, og møte hverandre med ny varme».*



Informantene beskriver at de gjennom å dele sårbare situasjoner og temaer får en tillitt til hverandre som gjør at det er enklere å spørre og be om hjelp i hverdagen ellers på jobb. De opplever at de får en fellesskapsfølelse som gjør at det oppleves tryggere å stå i utfordrende situasjoner både alene, og å møte utfordringene i lag som team. De beskriver det slik:

*«det er jo noe med å skape en tillitt, som igjen, enten det er noe faglig i første omgang eller at man står litt fast og trenger hjelp, at man kan bli såpass trygge på hverandre at man kan spørre hverandre til råds, at man kan dele ting.»*

Sykepleierne beskriver at veiledning er en arena hvor en deler temaer en kjenner som utfordrende og vanskelig i arbeidet med og rundt kreftpasienten og at det bidrar til at en blir kjent med hverandre på en annen måte. En ser hva som berører, og en får en større forståelse for hvorfor den enkelte reagerer som han gjør. Flere av informantene beskriver også at de gjennom veiledning får en bekreftelse på at en gjør en bra jobb, og at jobben de gjør er god nok. De får en fellesskapsfølelse og kjenner seg mindre alene i de utfordringene en står i.

## 5.4 Organisering av veiledning i grupper

Veiledningen på de ulike avdelingene er organisert ulikt. På den ene avdelingen var sykepleierne organisert i forskjellige grupper der gruppene fikk tilbud om veiledning sammen. Det var ikke de samme sykepleierne som deltok i veiledningen fra gang til gang og veilederne var prestene på sykehuset som kom og hadde veiledning om det ble meldt et behov. I denne gruppen opplever de som deltar, at det i sykepleiergruppen er blandet motivasjon for veiledning og at det kan være problematisk å få folk til å se sitt behov for veiledning. På de to andre avdelingene var det organisert med faste veiledningsgrupper gjennom hele året. Her var det sykepleiere med veilederkompetanse som drev veiledningsgruppene. I disse avdelingene var det mulig å søke om å få bli med en gang i året, og veiledningsgruppene hadde derfor faste medlemmer som var i gruppene over tid.

### 5.4.1 Å prioritere veiledning i en hektisk hverdag

Sykepleierne opplevde at det kunne være vanskelig å få en god struktur på gjennomføring av veiledningsgrupper. Alle hadde erfart at planlagt veiledning måtte avlyses på grunn av for liten kapasitet i avdelingen til at noen skulle kunne gå fra. Dette oppleves av deltakerne som irriterende og frustrerende, spesielt i de situasjonene der de har et påtrengende behov for veiledning.

For at veiledning skal fungere mener sykepleierne at ledelsen må legge klare føringer for at veiledning er noe som skal prioriteres i hverdagen. Det må legges til rette slik at de som skal delta i veiledning opplever det som greit å gå ifra arbeidet i avdelingen.

*«det at vi er bemannet slik at du får gå, det er jo klart det er det som legger grunnsteinen.»*

Informantene trekker frem at det oppleves vanskelig og stressende å gå ifra om det er lite kapasitet og travelt i avdelingen. De føler at veiledningen blir mer ufokusert og beskriver at de bruker lang tid til å legge fra seg arbeidshverdagen, og har dårlig samvittighet overfor sine kollegaer som får mer ansvar de siste timene på jobb. De beskriver også at de har opplevd flere kollegaer som har opplevd det så belastende å gå ifra de siste timene av vakta, at de heller velger å slutte i veiledning.

#### 5.4.2 Forutsigbarhet og kontinuitet i veiledningsgruppene

Det flere av deltakerne trekker frem som viktige forutsetninger for veiledning er kontinuitet og forutsigbarhet. De opplever at de noen ganger deler sårbare situasjoner i veiledningen og har av og til vært spent på hvordan opplevelsen tas imot i gruppa. Informantene som har faste veiledningsgrupper, trekker frem at et godt samspill og en trygghet i gruppen gjør at det blir lettere å dele. De får og en åpnere og større forståelse for hverandre i gruppen når flere og flere gjennom året har delt det de står i. For å få kontinuitet og for at sykepleierne skal oppleve trygghet, trekker de også frem at gruppene ikke må være for store. En ideell gruppesammensetning bør ikke være flere enn åtte deltakere, men de opplever også at to-tre sykepleiere faller fra slik at de på hver veiledning er ca fire til fem deltakere alt etter hvor mange som møter opp. Sykepleierne beskriver at det er en uskreven regel at det som sies i veiledning blir i gruppen og at det er lettere å dele såre opplevelser når en kjenner deltakerne. Informantene som ikke har faste veiledningsgrupper beskriver at det er variabelt hva du får ut av veiledningen fordi det er uforutsigbart hvem som deltar, en av informantene beskriver:

*«... du vet liksom ikke helt hvem du får med deg akkurat den dagen, så det kan passe bra, men det kan også være litt sånn bob bob vil jeg si».*

### 5.4.3 Veileders rolle og tema for veiledningen

Informantene trekker frem at den som skal drive veiledningen må være komfortabel med å ha veiledning og ha kunnskap om ulike verktøy som kan benyttes i veiledningssituasjoner. De beskriver at veileder skal være en person som styrer gruppemedlemmene i riktig retning. Veilederen må stille åpne og reflekterende spørsmål, men skal samtidig ikke blande seg for mye inn i gruppa. En informant beskriver det slik:

*«at veilederen er en god fasilitator, men uten å blande seg så mye inn i gruppa, du vil jo ha veiledningen, men du vil jo ikke bare høre hennes stemme».*

En utfordring informantene trekker frem er det å finne tema for veiledningen. På den ene avdelingen ønskes det at man melder et tema eller et behov i forkant, mens det på de to andre avdelingene er fast veiledning uansett hver tredje uke, uavhengig av meldt behov.

I disse gruppene blir tema bestemt etter hvilke behov de enkelte medlemmene i gruppen melder der og da. Informantene sier at det er ulikt hva som blir innholdet i veiledningen, og at dette også avhenger av den enkelte leder av veiledningsgruppen. For eksempel kan det være diskusjon av et tema, en konkret situasjon, musikk eller en problemstilling. Deltakerne trekker også frem at det er fordeler og ulemper med alle disse måtene veiledningsgruppene blir gjennomført på, men at det ofte oppleves meningsfullt.

## 6 Diskusjon

I denne delen vil vi drøfte våre funn opp mot problemstillingen; Hvordan opplever sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten organisert veiledning på arbeidsplassen? og gjennom dette forsøke å svare på våre forskningsspørsmål.

### 6.1 Veiledning som et behov i arbeidet med kreftpasienten

I intervjuene tok sykepleierinformantene stadig opp at det komplekse og uforutsette med kreftpasienten og deres behandling var noe de gjentagende tok opp i veiledning. De beskriver at det er ulike deler av møtene med kreftpasienten som gir et behov for refleksjon med kollegaer og at veiledningen hjelper dem til å kjenne på trygghet både på seg selv, sine vurderinger og i ulike situasjoner. I følge Lauvås et al. (2016) er veiledning viktig for å ivareta den enkelte og det er et faglig forum for å dele tanker og ideer knyttet til det daglige arbeidet.

#### 6.1.1 Krevende og komplekse situasjoner i arbeidet med kreftpasienten og travelhetens betydning for veiledning

Kreftpasienter står overfor mange utfordringer og det komplekse i pasientens situasjon forutsetter at sykepleiere har en spesialisert kompetanse om blant annet kreft, behandling, bivirkninger og psykososial oppfølging (Reitan, 2017a). Sykepleie til kreftpasienten handler om å involvere seg i samtaler og være tilstede for pasienten slik at han eller hun opplever at sykepleieren er deres talsperson i møte med sykdom og behandling, spesielt er dette viktig i fasen når pasienten nettopp har fått diagnosen (Reitan, 2017a). Våre informanter uttrykker at de opplever denne fasen som veldig intens og uoversiktlig på grunn av det komplekse i situasjonen. De beskriver at de bruker mye ressurser på samtale og det å være til stede for pasientene, og ifølge Orvik (2013) krever lindring av lidelse og smerte tid, samtidig som en må bruke sin faglige og profesjonell kompetanse for å komme i mål. Sykepleierne vi intervjuet har erfart at pasientene ofte er utrygge og trenger mye støtte og informasjon i tidlig fase av sykdomsforløpet. I tillegg beskriver de at pasientene også har ulike måter å reagere på og at sinne, sorg, tristhet, glede og håp går litt over i hverandre. I studien av Gillman et al. (2015) fremstiller sykepleierne at arbeidet med kreftpasienten i noen grad oppleves som stressende, de bringer frem at å stå sammen med pasientene gjentatte ganger i deres kriser og lidelser var belastende, og noe de trengte hjelp til å håndtere. Våre informanter kjente på at det var noe eget med å stå i disse møtene. Både fordi de kjente på at de utgjorde en forskjell

ved å være til stede på de kanskje mest sårbare øyeblikkene i pasientens liv, men også fordi stemningen i rommet gjør at en blir berørt og påvirket. Martinsen (2014) tar opp at gjennom å sanse stemningen i rommet kan sykepleieren være til stede, og klar for å ivareta pasienten der han eller hun har behov. Sykepleieren må tåle pasientens krisereaksjon uten å la seg rive med, dette fordi det i disse møtene ikke er en jevnbyrdig maktrelasjon mellom sykepleieren og pasientene, men sykepleieren har i form av sitt yrke og sin væremåte en makt til å romme situasjoner der pasienten og de pårørende føler seg avmektig. Gjennom å kommunisere at pasienten ikke er alene i sårbarheten kan en sammen finne måter å håndtere situasjonen på (Martinsen, 2014). Pasientene har mange forskjellige følelser i den første fasen, dette bekrefter også Reitan (2017b) når hun beskriver at krisereaksjoner som tristhet, gråt, sinne, frustrasjon, latter og lignende, ofte er normale reaksjoner på en alvorlig diagnose som kreft. Tre av fem informanter beskriver at uansett hvilket forløp pasienten er i så gjør det inntrykk i ulike situasjoner. De beskriver komplekse situasjoner der de inne på rommet gir avansert behandling, og lindrer og behandler bivirkninger, samtidig som de prøver å ivareta det psykososiale hos pasient og pårørende. Sykepleierne beskriver at situasjonene som gjør inntrykk kan være ulike fra gang til gang og at det av og til kan være vanskelig å sette ord på hva i situasjonen som ble krevende. Også i studien av Granek (2017) trekkes det frem at det er vanskelig å jobbe med kreftpasienter som er unge, har barn som pårørende eller når det er uoversiktlige situasjoner der pasientene dør brått og akutt og at dette påvirker personalet som står sammen med pasienten. I følge Vråle (2015) er det komplekse i en situasjon ofte at noe er vanskelig og sammensatt, men det oppleves individuelt og det er den som eier opplevelsen som definerer hva som oppleves krevende og innviklet. Hun sier videre at når komplekse situasjoner tas opp i gruppeveiledning kan det ofte hjelpe å sortere i det som har vært vanskelig. På den måten kan en få en avstand til situasjonen, slik at en får sett det en opplever på en ny måte (Vråle, 2015).

Sykepleierne vi intervjuet trakk også frem at når de over tid sto i mange utfordrende situasjoner som de ikke fikk bearbeidet, påvirket dette dem i møtene med andre pasienter og privat. De beskrev at tålmodigheten og empatien med både pasienter og pårørende ble mindre og at det bygget seg opp et stress i dem. I følge Martinsen (2014) og Orvik (2013) kan sykepleiere som stadig står overfor situasjoner som krever empati og følelsesmessig involvering, etter hvert få en adferd der en blir mer fjern og distansert fra pasienten, en kan gjemme seg bak prosedyrer og instrumenter og har ikke tilstedeværelse til å se pasienten (Martinsen, 2014; Orvik, 2013). Dette trekker også Velando-Soriano et al. (2020) frem når de

sier at sykepleiere som jobber med pasienter som står i gjentatte kriser og lidelser er svært utsatt for utbrenthet. De sier også at det er en stor sammenheng mellom utbrenthet hos sykepleieren og dårligere pasientbehandling. De har i sin studie funnet at sosial støtte med refleksjon og veiledning kan være en forebyggende faktor for at sykepleierne ikke kjenner på det samme stresset og trives bedre sammen med sine kollegaer i arbeidet. Martinsen (2014) beskriver dette når hun sier at sykepleieren som ikke har oversikt eller tid nok kan stenge pasientens sårbarhet ute. Sykepleieren sanser ikke pasienten og unnlater dermed å se den andres sårbarhet og invitasjon til ivaretagelse. Dette gjør at hun løper fra sitt yrkesansvar, noe som går på bekostning av pasienten (Martinsen, 2014).

Omstillingen mellom å stå sammen med pasientene i sjokk, sorg og kriser og så måtte gå rett inn i andre oppgaver eller inn til andre pasienter, gjør at informantene opplever at de hele tiden står i en skvis mellom pasienten, seg selv og hensynet til andre oppgaver. Roen til å tenke kommer først når de kommer hjem, over tid blir dette mer belastende enn givende. Å stå med mange stressfaktorer over tid, kan føles belastende for de som jobber med kreftpasienten (Velando-Soriano et al., 2020). Dette påpeker også Yilmaz (2017) når han sier at sykepleiere som står i utfordrende situasjoner som smerte, sorg, lindring og død kjenner på dårlig samvittighet og maktesløshet overfor pasientene. Videre fører dette til frustrasjon, tristhet og nedstemthet hos sykepleierne (Yilmaz, 2017). Han trekker også fram at det i arbeidshverdagen er mangel på tid til egenomsorg som for eksempel tid til å reflektere sammen med kollegaer eller rom for å prioritere å gjøre det en synes er givende. Til sammen får dette betydning for sykepleiernes opplevelse av eget velvære og omsorg for pasientene (Yilmaz, 2017). Martinsen (2012) og Orvik (2013) viser til at sykepleiere i dag står i en presset situasjon hvor effektivitet, standardisering og det å ha overskudd til å ha overblikk over komplekse situasjoner fører til at sykepleiernes sårbarhet blir svekket. Dette gjør at en ikke er like oppmerksom overfor den enkelte pasienten og hans situasjon, og at en kjenner på å ikke strekke til eller føler en ikke makter å gjøre arbeidet godt nok (Martinsen, 2012; Orvik, 2013).

For våre informanter har veiledning blitt en arena der de har fått luftet sine tanker og refleksjoner rundt det som er beskrevet som belastende. Dette har gjort at de har fått en avslutning på det de har opplevd, og en av informantene sier at veiledning har vært viktig for å finne ut av situasjoner og fortsette i jobben med kreftpasienten.

### 6.1.2 Å være berørt i relasjoner med kreftpasienten og veiledningens betydning

Alle våre informanter kjente på at de brukte seg selv i møte med pasientene. De opplevde at det i jobben med kreftpasienter er fokus på å være nær pasienten for å gi best mulig pleie og omsorg. De trakk også frem at de ofte hadde fulgt pasienten i alle fasene og de fikk en nær relasjon som også innebar å bli berørt. Å bli berørt av pasientene trekker våre sykepleieinformanter frem som det mest givende, men samtidig også det som er mest utfordrende. Flere beskriver at relasjonen med pasientene gjør at de blir følelsesmessig berørt og at følelser som glede og tristhet er noe de tar med seg hjem eller videre i arbeidet. Å bruke seg selv i arbeidet som sykepleier er avgjørende for å skape et bånd til pasienten slik at en kommer i posisjon til å hjelpe (Skovholt & Trotter-Mathison, 2012). Dette støtter også Ramvi (2014) når hun tar opp at en må bruke seg selv og sine følelser i møte med pasientene. Rundt pasienten skal en skape en rolig og trygg ramme som kan skape vekst hos pasienten i krise, men dette avhenger i stor grad av sykepleierens evne til å ta imot og romme pasientens og egne følelser. Hun sier videre at sykepleieren må være bevisst sine egne følelser i møte med pasientene, slik at disse følelsene ikke tar overhånd og blir en byrde for pasienten, eller en blir redd egne følelser og unngår relasjonene der en kommer i kontakt med såre eller negative følelser. Martinsen (2014) bekrefter også dette når hun sier at sykepleieren i seg selv er sårbar med egne følelser og erfaringer, så har hun en evne til å sette seg inn i og lettere se pasientens sårbarhet. Når en tar på alvor sin egen sårbarhet vil en ha en mulighet til å se situasjonen fra flere sider, og blir dermed bedre i stand til å møte pasienten der han eller hun er. Det gjør at møtet med pasienten blir mer givende og betydningsfullt også for sykepleieren (Martinsen, 2014).

I følge Vråle (2006) kan prisen for at vi blir berørt være at vi står i en risiko for å bli lei og trett av arbeidet, som igjen kan føre til utbrenthet. Hun beskriver at veiledning bidrar til refleksjon over handlingsvalg og konsekvenser, noe som gjør at sykepleieren får styrket sin identitet og integritet og står sterkere i møte med nye situasjoner (Vråle, 2006). Informantene i vår studie erfarte at et gjentakende tema til veiledning var når relasjonen til pasienten var så nær at en ikke klarte å legge ifra seg arbeidet når en kom hjem. Sykepleierne vi intervjuet opplevde at å arbeide pasientnært inne på rommet til pasienten var godt og meningsfylt og at de fikk bekreftelse fra pasientene på at de gjorde en god jobb. Samtidig beskrev sykepleierne at de nære relasjonene noen ganger gjorde at de opplevde sorg etter dødsfall. Å ha en så nær relasjon til pasienten at dette påvirket en i ettertid var noe som opplevdes sårt for sykepleierne og var noe de følte de sto alene om. Det å være i veiledning for å kunne gi uttrykk for følelser

og fortelle om opplevelser til andre med taushetsplikt, uten å bli dømt, opplevdes godt. Å bli lyttet til og få hjelp til å reflektere gjorde at de kunne få et nytt blikk på sin egen situasjon. Det kan være vanskelig å miste noen i dødsfall når man er kommet nær noen over tid (Granek, 2017). Å bli bevist på egne holdninger, verdier og følelser, og konsekvensene av dem, kan representere et utgangspunkt for å velge å endre egen praksis slik at den blir bedre. En blir mer i stand til å møte følelsene hos de menneskene en møter. Det gjør at følelser må vektlegges i veiledningen (Tveiten, 2019). Informantene våre beskrev videre at veiledning ofte skaper en prosess i dem som sykepleiere, samtidig som det er et rom der en kan normalisere det en opplever, og at en i veiledning får hjelp til å skille mellom pasientens liv og eget liv. Ådland, Gripsrud, Lavik og Ramvi (2021) har gjennom en studie erfart at sykepleiere som jobber med pasienter over lengre tid blir følelsesmessig berørt når enkelte pasienter går bort. Sykepleierne i studien til Ådland har som våre informanter, kjent på at en kanskje har gått over en grense mellom å være profesjonell og privat og at dette har opplevdes belastende. Forfatteren sier videre at ved å reflektere over og anerkjenne at disse følelsene oppstår, kan man få en sykepleier som tørr å være mer involvert og engasjert i pasienten. Dette kan understøtte sykepleierens egen følelse av at relasjonen og arbeidet er meningsfullt. I andre ende av skalaen kan en ved å undertrykke disse følelsene få sykepleiere som distanserer seg fra pasientene og står i fare for å bli emosjonelt utbrent (Ådland et al., 2021). Gillman et al. (2015) trekker også frem at veiledning hjelper en til å forstå og normalisere de følelsesmessige aspektene som oppstår i møte med kreftpasienten.

## 6.2 Refleksjon og erfaringsutveksling i veiledning

I denne delen diskuterer vi hvilken betydning refleksjon og erfaringsutveksling har for kompetanseutvikling i den enkelte sykepleier, og hvordan dette kan bidra til et sterkere team.

### 6.2.1 Kompetanseheving som bidrag til en trygg og robust sykepleier

For våre informanter var det viktig å få reflektert med andre i veiledning noe som bidro til at de fikk utviklet sitt eget perspektiv og utviklet sin kompetanse. De trekker frem at sykepleiere får en tilknytning til de andre i veiledningsgruppen, noe de anser som essensielt for å ha et godt arbeidsmiljø og trives på arbeidsplassen. For at sykepleiere skal kunne jobbe i omsorgsykker der en i stor grad bruker seg selv, må en finne muligheter der de kan bygge opp og styrke sin egen motstandskraft for å klare å stå i de mange utfordrende situasjonene en møter i kreftsykepleie, dette blir av Jackson et al. (2007) og Skovholt og Trotter-Mathison (2012) kalt resiliens. Nøkkelen til en mer motstandsdyktig sykepleier handler om å finne



ressurser på arbeidsplassen som gir energi og utvikling (Skovholt & Trotter-Mathison, 2012). Ifølge Yilmaz (2017) er også muligheten til å øke sin kompetanse en beskyttende faktor som bidrar til resiliens. Dette understøtter våre sykepleieinformanter når de snakker om hvordan veiledning bidrar til at de blir tryggere i sin rolle som sykepleier til kreftpasienter. Refleksjon i grupper gjorde at deres kompetanse ble styrket på ulike temaer som ble tatt opp i veiledningen, men også kompetanse om kommunikasjon og samhandling ble utviklet gjennom å delta i organisert veiledning med sine kollegaer. I følge Jackson et al. (2007) bidrar refleksjon til kompetanse og man kan bli en mer robust sykepleier. Han sier også at refleksjon i ulike former er en måte å utvikle sin innsikt og forståelse på, noe som gir grunnlag for ny kunnskap som kan brukes i etterfølgende situasjoner. Konkrete erfaringer kan brukes som en katalysator for tenking og læring (Jackson et al., 2007). Dette blir også tatt opp i studien av Gillman et al. (2015) som sier at ved å reflektere gir en enkeltpersoner innsikt eller forståelse, som gjør det mulig å identifisere nye eller alternative tilnærminger for å forbedre mestring. Sykepleierne som vi intervjuet trakk frem at å reflektere og dele sine mest sårbare situasjoner sammen med kollegaer, gjorde at de fikk et nytt perspektiv på opplevelsen eller fikk en bekreftelse på at det en gjorde var riktig. Dette bidro til mer selvtillit og at de sto tryggere i arbeidet. De Lange og Wittek (2021) samsvarer dette ved å skrive at når andre kjenner til vår frustrasjon, våre feilgrep og bekymringer, setter vi kollegaer i posisjon til å hjelpe og guide oss videre. Et viktig poeng hun trekker frem er at ved å sette ord på våre dilemmaer og vår usikkerhet, setter vi oss selv i en posisjon som fører til læring. Vi viser for oss selv og andre at vi er mottagelige for nye innfallsvinkler og for å skape mening på nye måter (De Lange & Wittek, 2021). Dette beskriver også Tveiten (2019) når hun sier at veiledning lærer deltakerne måter å kommunisere på som stimulerer til refleksjon, bevisstgjøring og læring. Ved å reflektere over egen praksis kan en øke eller vedlikeholde sin kompetanse. Videre sier hun at hensikten i veiledning er å styrke mestringskompetansen til den som blir veiledet til det beste for utøvernes målgruppe, for eksempel pasient (Tveiten, 2019).

### 6.2.2 En sterkere arbeidsgruppe, erfaringsutveksling og de erfarnes rolle i veiledning

Sosiale støtte i form av veiledning kan være et virkemiddel for at sykepleierne skal være mer motstandsdyktig mot stresset som de negative opplevelsene de står i, gir (Gillman et al., 2015; Jackson et al., 2007; Yilmaz, 2017). De beskriver at når følelsen av stress øker er det av avgjørende betydning at en har gode kollegaer som kan forstå de arbeidsrelaterte følelsene og tankene som oppstår (Gillman et al., 2015). Sykepleierne vi intervjuet var veldig klar på at deltakelse i veiledning gjorde at de ble kjent med hverandre og fikk en økt forståelse for det

den andre sto i, og dette påvirket samholdet og fellesskapet i arbeidshverdagen på en positiv måte og gjorde at de samarbeidet lettere utenom veiledningen. Vråle (2006) har også fokus på det positive ved å samle kollegaer i grupper, hun beskriver at veiledning kan skape ett felleskap mellom kollegaer, som gjør at en blir trygget på hverandre og en får tilegnet seg kunnskap i form av å reflektere rundt gode og vanskelige situasjoner en møter på arbeidsplassen. Ved å dele erfaringer, utfordringer og etiske og teoretiske refleksjoner øker den gjensidige forståelsen i gruppen og en kan utvikle evnen til empati (Vråle, 2006). Våre informanter opplevde at når de fikk en sterk relasjon til noen gjennom veiledning, så kunne de også bruke disse kollegaene til utluftning og forståelse i hverdagen utenom veiledning. En av de erfarne sykepleierne vi intervjuet kjente på at dette nettverket av trygge kollegaer var noe som hadde utviklet seg over år, og hun beskrev at veiledning hadde vært med å skape dette nettverket når hun selv var nyutdannet.

Flere av våre informanter beskrev at erfaringsutveksling i veiledning var en viktig del av det å delta i veiledning. Det påpekes av sykepleierne vi intervjuet at de gjennom veiledning lærer av både egne og andres erfaringer. Dette poengteres også av sykepleierne i studien av Gillman et al. (2015) der det kommer frem at erfaringsutveksling fører til læring. En får utviklet sin selvbevissthet, får bedre innsikt og kritiske analyseferdigheter som gjør en i stand til å tilpasse seg og vokse fra sine erfaringer (Gillman et al., 2015). En av våre informanter med mange års sykepleierfaring oppga at å delta i veiledning opplevdes som et viktig bidrag slik at de som kom etter kunne få nytte av erfaringene som vedkommende har erfart i eget yrkesliv. Informanten trekker frem at når en har både erfarne og mindre erfarne i en veiledningsgruppe gir dette verdifull innsikt i de andres opplevelser og erfaringer. Dette belyser også sykepleierne i studien av Jackson et al. (2007), hvor funnene i studien viser at veiledningsgrupper bør ha både nye og erfarne sykepleiere i samme gruppe for å få frem de forskjellige sidene av en sak som sykepleiere med ulike erfaringsbakgrunner kan si noe om. Orvik (2013) påpeker også fordelene med veiledningsgrupper der det er en blanding mellom nye og erfarne deltakere, når han sier at fagpersoner med ulik erfaringsbakgrunn utfyller hverandre. Når en deler erfaringer og fagkompetanse i veiledning bidrar det til utvikling av kompetanse i hele teamet (Orvik, 2013). På den andre siden trekker en av informantene i vår studie frem at det også kan være fordeler ved å bare være nye i en veiledningsgruppe. Vedkommende sier at sykepleierne som var ny på avdelingen hadde en større forståelse for utfordringene i møte med kreftpasienten fordi de opplevde de samme utfordringene selv, og følelsen av at andre opplevde det samme var uvurderlig. Hun forklarer det med at erfarne ser

andre utfordringer enn det hun selv og nyere sykepleiere gjorde. Det er fordeler og bakdeler med begge deler sier også Lauvås et al. (2016) når han sier at veiledning i grupper på arbeidsplassen kan gjøre at nyansatte lettere kan oppnå et kollegialt fellesskap med hverandre, samtidig som en kan få et mer veiledende fellesskap, der en kan utveksle erfaringer og bli mer knyttet sammen når en har med mer erfarne kollegaer. Dette kan ifølge Vråle (2006) også være et problem, da de erfarne ofte har større oversikt og en bredere forståelse av hele konteksten og situasjonen, noe som noen ganger kan oppleves som en bagatellisering av det det de nyansatte opplever.

### 6.3 Organisering av veiledning

Vår studie viser at en forutsetning for at veiledning skal oppleves nyttig, er at det må prioriteres tid til veiledning, at en har fokus på og skaper en veiledningsgruppe med trygghet og god gruppedynamikk, og at det er kontinuitet og forutsigbarhet i veiledningen.

#### 6.3.1 Rom for veiledning

Våre informanter viser at det er utfordringer knyttet til veiledning, og at veiledningen i noen tilfeller må avlyses på grunn av travelhet i avdelingen. Noen av informantene beskriver at det ofte er den samme travelheten som gjør at behovet for veiledning blir størst. De opplever at lederne er kjent med denne problemstillingen og kunne tatt mer hensyn til dette i planleggingen av arbeidsdagen. En av informantene stiller også spørsmålet om det kunne vært leid inn en ekstra sykepleier den dag i uka når det er veiledning. Sykepleierne i studien til Francis og Bulman (2019) trekker frem at selv om veiledning er planlagt så kan sykepleiere likevel oppleve stress når de må forlate sine pasienter midt i arbeidshverdagen. Både vår studie og studien av Francis og Bulman (2019) viser at det å lage rom for veiledning i en hektisk hverdag er utfordrende, og har ingen klare svar på hvordan dette burde løses men er klar på at dette burde vært satt søkelys på. Ifølge Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieledere et særskilt ansvar for å skape rom for etisk refleksjon (NSF, 2019b). Lauvås et al. (2016) støtter også dette når han sier at ledelsen ved en arbeidsplass bør tilrettelegge for at veiledning med refleksjon blir gjennomført. Ved at ledelsen tilrettelegger for veiledning legger de også føringer for at veiledning er viktig, og setter fokus på at veiledning kan utvikle kompetanse hos den enkelte og skape fellesskap i gruppen, noe som kan komme til fordel på arbeidsplassen (Lauvås et al., 2016). Dette tar også Orvik (2013) opp ved å si at ledelsen ved en arbeidsplass i helsevesenet har ansvar for helsen

til de menneskene som står nærmest pasientene. Gruppeveiledning kan være en arena der sykepleieren får mental avlastning og personlig omsorg, noe som kan skape selvtillit i sykepleierne og være gunstig for deres arbeidshelse (Orvik, 2013). Informantene våre trekker også frem fordelene med veiledning og fremhever at bemanning og tid var en av de viktigste forutsetningene for å få til veiledning på arbeidsplassen. Det var viktig for dem at de ikke satt igjen med dårlig samvittighet overfor sine kollegaer eller pasienter. De opplevde det som vanskelig å få til en god og fokusert veiledning når de visste at de som overtok ansvaret for pasientene, egentlig ikke hadde kapasitet til å påta seg merarbeidet som krevdes når de selv skulle i veiledning. Ramvi (2014) er også klar på at for å utvikle evnen til å kunne bruke seg selv og egne følelser i arbeidet må det skapes et rom i sykepleierens arbeidshverdag der en kan samtale og reflektere omkring følelsene som oppstår. Gjennom et slikt rom vil en utvikle sin evne til empati med pasientene, få en større kapasitet til å tåle frustrasjoner og lettere stå sammen med pasientene i det som er vanskelig (Ramvi, 2014). For våre sykepleieinformanter ble dette rommet veiledning. De opplever en trygg arena der de kan fortelle om sine opplevelser og erfaringer i møte med pasientene og de har en arena der de kan reflektere og utvikle sine perspektiver, både gjennom veiledning på egne opplevelser, men også gjennom å være til stede og reflektere når andre får veiledning. Martinsen (2012) trekker også frem at det må skapes et rom der sykepleierne får samtale og reflektere rundt det de opplever, og at det er gjennom å tolke og reflektere at en utvikler en ny forståelse.

### 6.3.2 Å oppleve et trygt veiledningsmiljø

Gjennom veiledning fikk sykepleierne vi intervjuet også tilbakemeldinger som gjorde at de så det positive i enkeltsituasjoner som de i utgangspunktet bare hadde en dårlig opplevelse av. Ifølge Skau (2017) er tilbakemeldinger fra omgivelsene noe sykepleiere trenger for å kunne vokse som mennesker. Ved å lytte, til seg selv og andre, får en nye sjanser til innsikt og modning (Skau, 2017). Dette forutsetter imidlertid at deltakerne i veiledningsgruppen møter hverandre med respekt og tillitt. I følge Martinsen (2012) er tillitt en tanke om at den andre møter deg på en slik måte at han vil deg vel. For å få til dette, og få en god refleksjon rundt situasjonen må en møte den som blir veiledet med nysgjerrighet, åpenhet og respekt (De Lange & Wittek, 2021). Noen av våre informanter sa de brukte de første veiledningstimene til å bli trygg i gruppen. De kjente på at det de ofte opplevde som vanskelig i arbeidet med kreftpasienten og hadde behov for veiledning på, var sårt og at de brukte tid på å tørre å vise seg sårbar. Martinsen (2014) har fokus på dette ved å si at ved å dele det en selv opplever som sårbart, så inviterer en de andre til å møte denne sårbarheten i sykepleieren på en slik måte at

hun eller han føler seg ivaretatt. De Lange og Wittek (2021) trekker også frem at en må ha i tankene at den som blir veiledet deler situasjoner som for den enkelte kan føles vanskelig og såre og hvordan en møter dette har stor betydning for hvordan deltakelse i veiledning oppleves. Når en møter den som blir veiledet med åpenhet og respekt så vil den som har vist seg sårbar være mer åpen for reflekterende og kritiske spørsmål underveis i veiledningen og en får en god gruppedynamikk (De Lange & Wittek, 2021). Tveiten (2019) er også opptatt av dette og sier at tilbakemeldinger i veiledning må gis på en slik måte at den som får veiledning får en følelse av at en stiller spørsmål fordi en vil hjelpe og vil den andre vel. En forutsetning for å gi en tilbakemelding er at en har lyttet og hørt godt etter hva den som blir veiledet har sagt, og en bør tenke over hva en vil oppnå med tilbakemeldingen en ønsker å gi, og om den andre har bruk for eller kan gjøre noe med det som blir sagt (Tveiten, 2019). I tillegg bør en fokusere på adferd og handling og ikke på personlige egenskaper. På den andre siden tar Tveiten (2019) opp at den som skal motta veiledning og tilbakemelding må tenke over at den som gir tilbakemelding gjør dette utfra at en vil stimulere til utvikling og læring, og at det er viktig å lytte etter og be om utdypning på tilbakemeldingen i stedet for å gå i forsvar eller argumentere imot.

Et annet moment i veiledningsgruppen bør være at en aksepterer ulikhetene i hverandre og at man ser på hverandres ulikheter i kompetanse og erfaringer som en mulighet til å utvikle seg selv (Lauvås et al., 2016). Sykepleierne i vår studie beskriver at det i veiledningsgruppen må være en regel om at det som tas opp i veiledningen blir i veiledning. Dette støtter Lauvås et al. (2016) når han sier at det i en veiledningsgruppe vil være viktig at deltakerne føler seg trygge på at de kan snakke fritt, uten å være redd for å få høre situasjonen gjentatt på pauserom eller i andre settinger utenfor veiledningssituasjonen. Konfidensialitet er noe som alle deltakerne i gruppen må ta på alvor og har ansvar for (Lauvås et al., 2016).

### 6.3.3 Kontinuitet og forutsigbarhet i veiledningsgruppen

Kontinuitet og forutsigbarhet i veiledning kom også i stor grad frem som svært viktig for informantene. Noen beskrev at de hadde fastsatt veiledning hver tredje uke gjennom et helt år og opplevde det som forutsigbart og trygt, de ble kjent med hva veiledning er og hva en kan forvente av veiledning, samtidig som de ble kjent med hverandre og opplevde at de fikk bli trygge sammen. To av informantene hadde veiledning styrt av et meldt behov. Det gjorde at gruppen var ulik fra gang til gang og det opplevdes som varierende hva en fikk ut av veiledningen, uten at de kunne konkretisere dette nærmere. Tveiten (2019) trekker frem

verdien av å ha en fast og strukturert organisering av veiledningen. Hun trekker frem at en fast og strukturert veiledningsgruppe skaper en trygghet for deltakerne, videre gir denne tryggheten rom for at en sammen kan gå inn på utrygge temaer som berører og skaper refleksjon og kompetanse. Ifølge Lauvås et al. (2016) blir veiledning som er ustrukturert og forskjellige fra gang til gang fort anstrengt, stivt og unaturlig. Både Teslo (2006) og Lauvås et al. (2016) har ingen klare rammer for hvor ofte en bør ha veiledning, men det legges vekt på at det er viktigere å ha for hyppige møter enn for sporadisk, dette for at kontinuiteten ikke skal bli skadelidende.

Det vil være ulikt fra arbeidsplass til arbeidsplass om veiledningsgruppen skal ha en ekstern veileder eller en kollega med veilederkompetanse. En veileder som kjenner fagfeltet, vil i større grad involvere seg i det som tas opp og vil ha forståelse for de situasjonene som diskuteres. En veileder som ikke har samme kunnskapen om fagfeltet vil kunne stille seg mer undrende til det som tas opp (Teslo, 2006). Å være veileder i gruppeveiledning forutsetter veiledningskompetanse, kompetansen handler om ulike måter å møte de som skal bli veiledet på og hvordan en skal stimulere gruppen til refleksjon som kan bidra til læring. En godkjent veileder vil også kunne bruke ulike samhandlingsmetoder eller verktøy for å best ivareta den som skal veiledes, dette kan for eksempel være reflekterende spørsmål, situasjonsanalyse, musikk, rollebytte, og lignende (Tveiten, 2019). Våre informanter trakk frem at veilederne var flinke til å lede tankene i riktig retning. De har erfart at veileder stiller spørsmål som får en til å tenke og reflektere, noe som gjør at de får et annet perspektiv på den utfordringen eller det temaet som ble tatt opp. I følge NSF (2006) skal veileder ha en tydelig veiledningsprofil, en skal utfordre den som blir veiledet til å se situasjonen som drøftes fra ulike synsvinkler. Veileder bør også få den som blir veiledet til å reflektere over andre handlingsalternativer enn alternativet som allerede er brukt (NSF, 2006). Sykepleierne vi intervjuet er også opptatt av at veileder skal stille reflekterende spørsmål til gruppen, men ikke blande seg for mye inn i samtalen. Dette tar også Lauvås et al. (2016) opp når han sier at veileder eller gruppeleder skal stille gode spørsmål, men også legge til rette for at gruppemedlemmene møter hverandre på en slik måte at en får noe ut av veiledningen.

## 7 Avsluttende refleksjoner og implikasjoner for praksis

I forkant av arbeidet med masteroppgaven hadde vi selv erfaringer med at arbeidet med kreftpasienter, både barn og voksne, i noen tilfeller kan oppleves vanskelig på mange ulike områder. Omsorg i form av lek på et rom og samtale om sykdom og død på et annet rom, gjør at tilstedeværelse ikke alltid er mulig å få til. Vi hadde ofte kjent et behov for å kunne samtale uavbrutt med kollegaer for at vi skulle kunne stå tryggere i møte med de ulike pasientsituasjonene. Målet for vår masteroppgave var å finne ut om organisert veiledning kunne bidra til dette, og hvordan veiledning opplevdes for de sykepleierne som hadde mulighet til å delta i jevnlig veiledningsgrupper.

I arbeidet med vår studie har vi tilegnet oss kunnskap gjennom teori og forskning, diskutert med kollegaer og veileder og har gjennomført fem kvalitative digitale intervju ved bruk av intervjuguide. Sykepleieinformantene hadde alle arbeidet med kreftpasienter i minimum to år.

Vi gjorde en tematisk innholdsanalyse med Braun og Clark, og resultatene våre viste at sykepleierne som deltok har ett stort utbytte av å delta i organisert veiledning, men at dette ikke alltid var like enkelt å gjennomføre. Sykepleierne som arbeider med kreftpasienter hadde høy arbeidsbelastning med travle og utfordrende arbeidssituasjoner, og hadde et stort behov for å kunne reflektere over sine erfaringer i veiledning. Til tross for krevende arbeidssituasjoner opplevde sykepleierne at de pasientnære relasjonene med pasienter var gode og meningsfulle. Noen opplevde også at det var vanskelig å snakke om hvordan de ble berørt i pasientsituasjoner, og om hvordan de opplevde at de i enkelte situasjoner krysset mellom det som var profesjonelt og privat, samt at dette ble en belastning over tid. Informantene opplevde at jevnlig veiledning i en fast og trygg ramme var en arena der de kunne tørre å dele sine feil og sårbarheter, og fokusere på seg selv og sine reaksjoner og følelser. Sykepleierne opplevde at de ble tryggere og mer reflekterte som sykepleiere av deltakelse i veiledning og trakk også frem at de hadde blitt sterkere som sykepleiergruppe og tryggere på hverandre som kollegaer. Utfordringer med veiledningssituasjoner som de trakk frem var at tidspresset i arbeidshverdagen i noen tilfeller satte stopper for planlagt veiledning, eller at de opplevde at belastningen med å overlate pasientene til andre kollegaer ble vanskelig. Dette førte til at veiledningen opplevdes stressende og ufokusert. Informantene satte også søkelys på at trygghet og respekt var et viktig grunnlag for å skape en

veiledningsgruppe, og det var av stor betydning for at veiledningen skulle ha et godt utbytte. Her spilte også veileders veiledningskompetanse en viktig rolle.

Til videre forskning kunne det vært nyttig og interessant å utføre en observasjonsstudie. Vi tror mye av det som gjøres og sies i veiledning er vanskelig å sette ord på i etterkant, derfor kunne det vært interessant å observere veiledningsgrupper i praksis. For å få et annet perspektiv ville det vært nyttig å gjøre en prospektiv longitudinell studie hvor en har fulgt sykepleiere som deltok i veiledning over tid og sammenlignet de med sykepleiere som ikke har deltatt i veiledning for å se om det er mulig å måle en forskjell ut fra for eksempel, hvor lenge en står i arbeidet, arbeidstilfredstillelse og lignende.

Temaet veiledning mellom kollegaer vil være aktuelt for alle som jobber i nære pasientrelasjoner, uavhengig av om pasientene har en kreftdiagnose eller ikke. Ikke alle vil kjenne på et behov for å ha veiledning på arbeidsplassen, men for mange vil det kunne oppleves nyttig og lærerikt. For praksisfeltet er det viktig at sykepleieledere anerkjenner den belastningen som arbeidet med kreftpasienten kan medføre for mange av sine sykepleiere. Ledelsen bør legge til rette for at sykepleierne som har behov, får mulighet til å delta i organisert veiledning med gode veiledere som har veiledningskompetanse. Utdanningsinstitusjoner som bachelorutdanning- og videreutdanninger i kreftsykepleie bør ha et fokus på organisert veiledning i undervisning og veiledning av studenter. Myndigheter og beslutningsorganer innen fagfeltet vil ha nytte av funnene i vår studie, og NSF (2006) støtter opp om at faglig veiledning i sykepleietjenesten må prioriteres for å skape kvalitet og utvikling i pasientarbeidet. Det poengteres også at kompetansen til veilederen må være i tråd med etiske grunnprinsipper og kunnskapsgrunnlag.

Vi tenker at sykepleiere som deltar i organisert veiledning i et trygt og rolig miljø i stor grad kan diskutere og reflektere over sine vurderinger og handlingsvalg. Slik kan en skape en roligere, tryggere og mer kompetent sykepleier, som videre kan gi bedre kvalitet i pasientbehandling og omsorg.



## Referanseliste

- Andresen, I. H., Hansen, T. & Grov, E. K. (2017). Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 90-99. Hentet fra <https://doi-org.mime.uit.no/10.1177%2F2057158516676429>
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens - risiko og sunn utvikling* (bd. 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dahl, O., Nygaard, R., Brydøy, M., Christoffersen, T. & Lehne, G. (2016). Bivirkninger. I O. Dahl, G. Lehne & T. Christoffersen (Red.), *Medikamentell kreftbehandling-Cytostatikaboken* (bd. 8, s. 67-97). Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Avdeling for farmakologi,.
- De Lange, T. & Wittek, L. (2021). Tillit-en bærebjelke i kollegial veiledning. I De Lange Thomas & Wittek Line (Red.), *Kollegaveiledning i høyere utdanning* (bd. 1, s. 181-198). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Francis, A. & Bulman, C. (2019). In what ways might group clinical supervision affect the development of resilience in hospice nurses? *International Journal of Palliative Nursing*, 25, 387-396.
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A. & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(5), 131-204. Hentet fra <https://oce-ovid-com.mime.uit.no/article/01938924-201513050-00012/HTML>
- Granek, L., Barbera, L., Nakash, O., Cohen, M., & Krzyzanowska, MK. (2017). Experiences of Canadian Oncologists with Difficult Patient Deaths and Coping Strategies Used. *Current Oncology*, 24(4), 277-284. <http://dx.doi.org/10.3747/co.24.3527>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Meld. St. 24 (2019-2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 1-9. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Kiserud, C. E., Dahl, A. A. & Fosså, S. D. (2019). *Kreftoverlevende-ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (bd. 3). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftregisteret. (2021, 01.10.2021). Nøkkeltall om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Lauvås, P., Lycke, K. H. & Handal, G. (2016). *Kollegaveiledning med kritiske venner* (bd. 4). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (bd. 4 utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup & sygeplejen* (bd. 1). Aarhus: Forlaget Klim.
- Martinsen, K. (2014). "Vil du meg noe?"-Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, Førland Oddvar & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg* (s. 225-245). Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). Fyller ut meldeskjema for personopplysninger. Hentet 25.08.2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- NSF. (2006). Faglig veiledning i sykepleie. Hentet fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hyCV8AcAlmvyjzJUQKABabRsN3MvgRfYtmc1Yn3SuuMoe2eVAX.pdf>
- NSF. (2019a). Beskrivelse av kreftsykepleiers kompetanse, funksjon og ansvar. *NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2019-11/kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf?fbclid=IwAR2ub\\_iiziIaWi7gdrq7Ek3KgQrv6sFfwmjYWBZTx4hx76dDYJE6J6\\_0ng](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf?fbclid=IwAR2ub_iiziIaWi7gdrq7Ek3KgQrv6sFfwmjYWBZTx4hx76dDYJE6J6_0ng)
- NSF. (2019b). Yrkesetisk retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2013). *Organisatorisk kompetanse-isykepleie og helsefaglig samarbeid* (bd. 9). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (bd. 11). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ramvi, E. (2014). Indre og ytre rom for omsorg. I H. Alvsvåg, Førland Oddvar & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 147-161). Bergen: Fagbokforlaget.
- Reitan, A. M. (2017a). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient-Utfordring-Handling* (bd. 4, s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017b). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling* (bd. 4). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser-Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (bd. 5). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2017). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Skovholt, T. M. & Trotter-Mathison, M. (2012). Therapist professional resilience. I *The Developing Practitioner* (bd. 1, s. 247-264). New York. <https://doi.org/10.4324/9780203841402>

- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). Stort potensial for å forebygge sykefravær blant sykepleiere. Hentet fra <https://stami.no/stort-potensial-for-a-forebygge-sykefravaer-blant-sykepleiere/>
- Teslo, A. L. (2006). *Mangfold i faglig veiledning-for helse- og sosialarbeidere* (bd. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thunberg, S. & Arnell, L. (2021). Pioneering the use of technologies in qualitative research – A research review of the use of digital interviews. *International Journal of Social Research Methodology*. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1935565>
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning-mer enn ord..* (bd. 5). Bergen: Fagbokforlaget.
- UiT Norges arktiske Universitet. (2021, 19.10.2021). Forskningsdataportalen. Hentet fra [https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p\\_document\\_id=729150](https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p_document_id=729150)
- Universitetet i Oslo. (2017, 04.10.2021). Nettskjema-diktafon-appen. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I. & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Jpn J Nurs Sci*, 17(1), e12269-n/a. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Vråle, G. B. (2006). Veiledning som kompetanseutvikling-et differensiert veiledningstilbud belyst ut fra Patricia Benner. I A. L. Teslo (Red.), *Mangfold i faglig veiledning* (bd. 2, s. 200-213). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vråle, G. B. (2010). Trøst og lindring i veiledning. I Karlsson Bengt & Oterholt Frank (Red.), *Fenomener i faglig veiledning* (s. 57-73). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vråle, G. B. (2015). *Veiledning når det røyner på...* (bd. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health organization. (2020, 05.08). Palliative Care. Hentet 04.04.2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Medical Association. (2018, 9 juli 2018). WMA Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yilmaz, E. B. (2017). Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.004>
- Ådland, A. K., Gripsrud, B. H., Lavik, M. H. & Ramvi, E. (2021). “They Stay With You”: Nursing Home Staff’s Emotional Experiences of Being in a Close Relationship With a Resident in Long-Term Care who Died. *Journal of Holistic Nursing*. Hentet fra <https://doi-org.mime.uit.no/10.1177%2F08980101211017766>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Søknad om tilgang til forskningsfelt



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for Helse og omsorg  
28.11.2021

### Forespørsel om tilgang til forskningsfeltet

Vi er to studenter, Elisabeth Berntsen og Eva Pedersen som skal skrive en masteroppgave i kreftsykepleie ved UiT, Norges arktiske Universitet, Institutt for Helse og Omsorg. Målet med vårt prosjekt er å kartlegge erfaringer med veiledningsgrupper hos sykepleiere som jobber med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten.

Til denne studien trenger vi tillatelse til å kontakte sykepleiere som jobber med kreftpasienter ved [REDACTED] for deltakelse til intervju om deres erfaringer med veiledning eller kollegaveiledning.

#### Informasjon om prosjektet

Formålet med dette prosjektet er å kartlegge hvilke erfaringer sykepleiere som arbeider med kreftpasienter har med veiledningsgrupper. Bakgrunnen for masterstudien er at sykepleiere som arbeider daglig med kreftpasienter som har livstruende sykdom og deres familier, gjennom behandling, forebygging, kartlegging og lindring av lidelse, opplever at det kan være krevende å stå i utfordrende pasientsituasjoner. Særlig i møte med pasienter som får residiv av kreftsykdommen og går over i den palliative fasen. Forskning viser at veiledning/kollegaveiledning bidrar til at sykepleiere trives bedre på jobb og gjør at krevende pasientsituasjoner oppleves lettere å stå i. Det har vist positive effekter som gjør at sykepleierne får utviklet sin kunnskap og blir mer motivert, noe som fører til at de blir lengre i yrket. Indirekte vil dette kunne få betydning på kvaliteten i sykepleietjenester til kreftpasienter.

Foreløpig problemstilling er: *Hvordan opplever sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten kollegaveiledning/veiledning på arbeidsplassen?*

Temaene som blir tatt opp er: Erfaringer med veiledning, hvordan kollegaveiledning påvirker deg som sykepleier, hvordan kollegaveiledning påvirker arbeidsmiljøet, forutsetninger for vellykket veiledning, evaluering av veiledning og hvordan kollegaveiledning kan brukes til kompetanseutvikling.

Opplysningen som innhentes vil behandles i tråd med Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og UiT sine retningslinjer. Intervjuene er planlagt gjennomført i desember 2021 og januar 2022,

og vi ønsker så tidlig som mulig tilbakemelding om vi kan få tillatelse til å rekruttere deltakere fra aktuelle avdelinger. Innlevering av masteroppgaven planlegges mai 2022.

Vi vil be om at avdelingsledere er behjelpelig med rekruttering.

Håper på positiv tilbakemelding på vår søknad.

Vennlig hilsen

Elisabeth Berntsen, [REDACTED]

Eva Pedersen, [REDACTED]

UiT, Norges arktiske universitet, dato 22/11/2021

Vedlegg: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt til sykepleier – informasjon og samtykkeskjema



## Vil du delta i forskningsprosjektet *«Veiledning i kreftomsorgen»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke erfaringer kreftsykepleiere og sykepleiere som arbeider med kreftpasienter har med veiledning/kollegaveiledning. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for vårt mastergradsprosjekt og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Vår erfaring er at å jobbe med kreftpasienter i alle livets faser kan være givende og fantastisk, men også krevende og utfordrende. Vi ønsker å finne ut av hvordan veiledning på arbeidsplassen oppleves for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, og hvilke erfaringer sykepleiere sitter igjen med etter veiledning. Forskning viser at kollegaveiledning og veiledning av sykepleiere har positive effekter både for den enkeltes kompetanse og utvikling, men også for et bedre arbeidsfellesskap. Veiledning kan styrke engasjement, motivasjon og kan gi bedre helsegevinster slik at en klarer å stå i jobben over lengre tid, og indirekte fører dette til bedre kvalitet i sykepleietjenester til kreftpasienter.

### **Foreløpig problemstilling for masterstudien**

*«Hvordan opplever sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten veiledning på arbeidsplassen?»*

### **Forskningsspørsmålene i oppgaven er:**

*«Hvilke forutsetninger må være til stede for at veiledning lykkes?» og*

*«Hvilke muligheter og utfordringer er det med veiledning for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter?»*

Funnene vil publiseres i en masteroppgave og når den er godkjent vil det være aktuelt å presentere funnene på egen avdeling på fagdager eller internundervisning.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultetet / Institutt for helse og omsorgsfag. Veileder Elisabet Breivik er ansvarlig for prosjektet. Masterstudentene har det daglige ansvar for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta i studien da du passer våre utvalgsriterier:

- Sykepleier eller kreftsykepleier med klinisk erfaring med kreftpasienter.
- Har minimum 2 års erfaring
- Har deltatt i gruppeveiledning mer enn en gang

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i mastergradsprosjektet innebærer det at du deltar i en samtale som vil vare fra 45-90 min. Det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet. Opptak og lagring vil skje i overensstemmelse med personvernlovgivning og UiT sine retningslinjer for personvern.

Intervjuspørsmålene vil være knyttet til veiledning og temaene vil være:

- Erfaringer med veiledning
- Hvordan kollegaveiledning påvirker deg som sykepleier
- Hvordan kollegaveiledning påvirker arbeidsmiljøet
- Forutsetninger for vellykket veiledning
- Evaluering av kollegaveiledning
- Hvordan kollegaveiledning kan brukes til kompetanseutvikling

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine opplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som har tilgang til opplysningene ved UiT er, Elisabeth Berntsen, Eva Pedersen og vår veileder Elisabet Breivik.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil navnet og kontaktopplysningene erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet fra intervjuene vil bli lagret på en sikker forskningsserver.

I publikasjoner vil informasjon om deg ikke kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Anonymitet vil sikres gjennom å aidentifisere informasjon fra datainnsamlingen og lydfilene vil slettes etter at prosjektet er avsluttet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Eva Pedersen, telefon: [REDACTED] eller epost: [REDACTED]
- Elisabeth Berntsen, telefon: [REDACTED] eller epost: [REDACTED]
- Vår veileder: doktorgradsstipendiat Elisabet Breivik, [REDACTED]
- Vårt personvernombud på UiT: Joakim Bakkevold; [REDACTED]
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55582117. Referansenummer 319090.

Med vennlig hilsen

Veileder  
Elisabet Breivik  
Telefon: [REDACTED]  
E-post: [REDACTED]

Masterstudenter  
Elisabeth Berntsen  
Eva Pedersen



## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

Problemstilling: «*Hvordan opplever sykepleiere som arbeider med kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten organisert veiledning på arbeidsplassen?*»

- Presentasjon av deltakere
- Gjentakelse av viktig informasjon om prosjektet, personvern og informert samtykke
- Spørsmål fra informanten

Intervjuspørsmål til deltakeren. Bakgrunn – bli kjent.

Enkle og konkrete spørsmål. Uformelle. Brukere ett par minutter på dette.

- Hvor lenge har du jobbet ved.....?
- Har du jobbet noen andre plasser før du begynte der?
- Når var du ferdig utdannet sykepleier? Spesialsykepleier?
- Hvor lang erfaring har du innenfor kreftomsorgen?
- Alder?

Dette går vi gjennom før opptakeren blir slått på.

Intervjuspørsmål til sykepleiere som arbeider med kreftpasienter

1. Kan du fortelle litt om dine erfaringer med veiledning?
  - Hva har gjort at du har kjent på et behov for å delta i en veiledningsgruppe?
  - Kan du fortelle om en episode der du opplevde veiledning som veldig nyttig?
  - Er veiledning viktig for deg? Ev. Hvorfor?
2. Opplever du arbeidet med kreftpasienten som utfordrende?
  - Fortell hva du synes er givende og hva du synes er utfordrende.
  - Kan du beskrive hvordan jobben med kreftpasienter påvirker deg over tid?
    - Opplever du at krevende situasjoner over tid påvirker måten du møter pasienter på? Tar du jobben med deg hjem?

- Har du opplevd at å stå i krevende situasjoner over tid påvirker måten du møter pasienter på?  
Kan du fortelle litt mer om dette?
- Kan du beskrive noen situasjoner som du har tatt opp i veiledning?
- Har du merket noen endringer i hvordan du håndterer krevende situasjoner etter at du begynte i veiledning?

3. Hvordan kan veiledning styrker arbeidsmiljøet?

- Opplever du at sykepleiergruppen styrkes ved å delta i veiledning?
- Hvilke holdninger er det i sykepleiergruppen om deltakelse i veiledning?
- Har du opplevd det som vanskelig å fortelle om egne opplevde situasjoner/hendelser foran andre i veiledningsgruppen?

Kan du si litt om hva som gjorde det vanskelig?

4. Hvilke forutsetninger må være til stede for at veiledning skal oppfattes som hensiktsmessig over tid?

- Kan du si noe om hvordan veiledningen er organisert i avdelingen?
- Hvem har veiledningen? Hvor ofte har dere veiledning?
- Kjenner du på at det fungerer bra med måten det er organisert på eller kunne det vært gjort på en annen måte?
- Hvor ofte får dere tilbud om å bli med i veiledningsgrupper?
- Har det hendt at veiledningen kommer i konflikt med pasientarbeid eller andre oppgaver i avdelingen? Hvordan løses dette?

5. Opplever du at veiledning bidrar til kompetanseheving?

- På hvilken måte?
- Er det rom for å ta opp positive og negative sider ved jobben?
- Opplever du at veiledning kan brukes til framsnakking av hendelser eller av en person?

Avslutning: Er det noe annet du vil si om betydningen av veiledning i sykepleie til kreftpasienter?

# Vurdering fra NSD

**Referansenummer**

319090

**Prosjekttittel**

Veiledning i kreftomsorgen

**Behandlingsansvarlig institusjon**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Elisabet Breivik, [REDACTED], tlf: [REDACTED]

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Elisabeth Berntsen, Eva Pedersen, [REDACTED]  
[REDACTED], tlf: [REDACTED]

**Prosjektperiode**

22.11.2021 - 30.06.2022

**Vurdering****30.11.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 30.11.2021. Behandlingen kan starte.

