



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum, avd. Kongsvinger

Avd. helse og idrett

Institutt for sykepleie

Bacheloroppgave 2014

Sammen til livets slutt

Together until the end of life

Gunn Therese Schøyen Aasnes og Ida Linnes Engen

Veileder: Anne With

Antall ord: 13240

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Denne oppgaven handler om hvordan vi som sykepleiere kan skape en god relasjon gjennom omsorg og kommunikasjon til pårørende der pasienten er terminal. Tanken med oppgaven startet med erfaringer vi hadde fra praksis på sykehuset, der vi møtte pårørende i krise og sorg. Vi følte at dette var veldig meningsfullt og givende, noe som la grunnlaget for oppgaven.

Vi hadde to ulike erfaringer fra sykehuset, der den ene familien var innesluttet, mens den andre var krevende. Spørsmålene vi stilte oss i etterkant var: Hva var det som gjorde at vi fikk en god relasjon til pårørende? Hvilke utfordringer kan sykepleieren møte når man skal skape relasjon til pårørende?

Fokuset til denne oppgaven er det mellom-menneskelige, noe vi ser som det viktigste når man skal skape en god relasjon. Sykepleierens kunnskaper om menneskers reaksjoner og behov i krise, samt ferdigheter innen veiledning og kommunikasjon er viktige elementer i møte med pårørende. Vi reflekterer også over sykepleierens holdninger i det mellom-menneskelige forholdet, og hvordan dette kan påvirke relasjonen og pårørendes opplevelse.

Konklusjonen etter å ha arbeidet med denne oppgaven er at det ikke er noen fast strategi eller fremgangsmåte for å skape en god relasjon til pårørende. Det vi har funnet er retningslinjer som man kan bruke i sitt møte med pårørende. Dette begrunner vi i det at alle mennesker er unike individer, med ulike ønsker og behov.

Vi mener at denne oppgaven har overføringsverdi til andre profesjoner og arenaer innen helse og omsorg, og kan være et verktøy til både refleksjon og ettertanke.

Morgen

*Det er morgen igjen, vesle håp
Og verden frotterer seg med nyvasket solskinn.*

*Livets ansikt er aldri det samme
Selv om vi ser på det i all evighet.*

Kolbein Falkeid (1983)

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 Innledning..... | 6 |
| 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema..... | 6 |
| 1.2 Problemstilling..... | 7 |
| 1.3 Hensikt og avgrensing av oppgaven..... | 7 |
| 1.5 Oppgavens oppbygning..... | 8 |
| 1.6 Begrepsavklaring..... | 9 |
| 1.6.1 Relasjon..... | 9 |
| 1.6.2 Pårørende..... | 9 |
| 1.6.3 Livets slutt..... | 9 |
| 2.0 Metode..... | 9 |
| 2.1 Beskrivelse av metode..... | 10 |
| 2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk..... | 10 |
| 2.3 Kildekritikk..... | 11 |
| 3.0 Å være pårørende..... | 12 |
| 3.1 Hvordan har pårørende det?..... | 12 |
| 3.2 Håp..... | 12 |
| 3.2 Krise og mestring..... | 13 |
| 4.0 Sykepleieteori i forhold til omsorg..... | 15 |
| 4.1 Kari Martinsens omsorgsteori..... | 15 |
| 4.2 Arne Johan Vetlesens omsorgsteori..... | 16 |
| 4.3 Krenkende omsorg..... | 16 |
| 5.0. Sykepleieteori i forhold til kommunikasjon..... | 18 |
| 5.1. Joyce Travelbees interaksjonsteori..... | 18 |
| 5.2. Kommunikasjon..... | 19 |
| 5.3 Informasjon..... | 21 |
| 5.4 Makt og symmetri..... | 22 |
| 6.0 Drøfting og refleksive vurderinger..... | 23 |
| 6. 1 Å skape en god relasjon gjennom omsorg..... | 23 |
| 6.2 Å skape en god relasjon gjennom kommunikasjon..... | 30 |
| 6.3 Hva var det som gjorde at vi fikk en god relasjon til pårørende?..... | 34 |
| 6.4 Hvilke utfordringer kan sykepleieren møte når man skal skape en relasjon til pårørende?..... | |
| 7.0 Oppsummering og konklusjon..... | 38 |

| | |
|------------------------------|----|
| Litteraturliste | 39 |
| Vedlegg 1 – PICO-skjema..... | 41 |

1.0 Innledning

Vi er to sykepleiestudenter som er inne i siste semester ved Høgskolen i Hedmark, avdeling Kongsvinger. Vi har valgt å skrive om forholdet mellom sykepleier og pårørende, der pårørende opplever en krise ved tapet av en nær person.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Vi har begge møtt pårørende som har mistet en nær person da vi har vært ute i praksis på sykehus. Dette gjorde inntrykk på oss som sykepleiestudenter – det å være i møte med mennesker som er i en krise. Erfaringene våre var like i den mening at situasjonene var med relativt likt utgangspunkt. Begge var kvinner som mistet sin ektefelle i kreft. De var i 60-årene. Sykdomsperiodene var på under seks måneder fra diagnose til livet var over, med palliativ pleie som fokus de siste ukene. De hadde voksne barn.

Erfaringene fra sykehuset var også ulike. Vi opplevde at pårørende var ulike i forhold til forventninger til behandlingen og til sykepleierne. På den ene siden var pårørende tilbaketrukkne og de virket utrygge på å spørre sykepleieren om hjelp eller informasjon i fare for å mase, da «vi hadde så mye gjøre». Den andre familien derimot spurte mye og viste et behov for mye oppmerksomhet. De var kanskje utrygge på en annen måte. Dette ga oss som sykepleiestudenter ulike utfordringer for kunne dekke pårørendes behov.

Vi opplevde det begge som meningsfylt å kunne være tilstede for en familie i en trist og sårbar situasjon. Selv om det også var utfordrende å møte mennesker i sorg, som veksler mellom håp og bunnløs fortvilelse.

Vi har gjennom disse erfaringene merket oss viktigheten av at pårørende føler seg sett og hørt når de er i sorg og krise, samt at de opplever trygghet, omsorg og tillit. Vi merket oss også at til tross for at pårørende hadde ulike behov så fikk vi gode tilbakemeldinger. Dette sier oss at vi har klart å møte den enkelte, med bakgrunn i at vi vet at mennesker er unike individer med ulike behov og meninger. Dette understøttes også i kvalitativ forskning som viser at pårørende ønsker informasjon og god kommunikasjon med pleierne, de ønsker å bli sett og hørt, samt at deres individuelle behov blir sett og tatt med i beslutninger (Boucher, et al., 2010).

Vi ønsker å bruke disse situasjonene videre i oppgaven. Hva var det som gjorde at vi fikk en god relasjon til pårørende? Hvilke utfordringer kan sykepleieren møte når man skal skape relasjon til pårørende? Vi velger å fokusere på det unike hos mennesket som gjør de

forskjellige med ulike behov og hva sykepleieren kan gjøre for å skape en god relasjon slik at pårørende opplever mestring ved tapet av en nær person.

Å miste noen nære er noe som mennesker opplever i løpet av livet fordi sykdom og død hører livet til. For mange er kreft en del av livet og døden. På denne måten vil sykepleieren møte mennesker som opplever sorg i forbindelse med kreft og døden. I følge Travelbee har sykepleieren ansvar for hele familien, derfor vil pårørende også ha behov for sykepleie når de opplever tap og krise, og trenger hjelp til å finne mening og oppleve mestring (Kirkevold, 1992).

1.2 Problemstilling

Hvordan skape en god relasjon til pårørende gjennom omsorg og kommunikasjon når pasientens liv går mot slutten?

1.3 Hensikt og avgrensing av oppgaven

Vi vil i denne oppgaven kun ha fokus på pårørende, ikke på den døende pasienten. Vi vil konsentrere oss om forholdet mellom sykepleier og pårørende, og hvordan vi kan skape en god relasjon slik at pårørende føler seg trygge og opplever mestring i en krise. Selv om vi ser at god pleie av pasienten også er med på å ivareta pårørende og gjøre situasjonen lettere for dem.

I dette tilfellet er pårørende ektefellen, og det er de vi forholder oss til. Vi har nevnt innledningsvis at de hadde voksne barn, dette er kun nevnt i forhold til at de har et nettverk rundt seg.

Vi velger å gå ut ifra at pasienten er på sykehus. I følge forskning dør 50 % av kreftpasientene på sykehus (Mossin og Landmark, 2010). Samme studie sier også at det er økt tendens for at pasienter får dø hjemme med hjelp av sine pårørende. Vi ser at temaet har overføringsverdi til både hjemmesykepleie og sykehjem, samt at det er aktuelt for alle som møter pasienter og pårørende i sorg og krise.

Vi er klar over at pårørende har rettigheter og sykepleieren plikter i følge lover og regler, men vi ønsker ikke å gå inn på dette i oppgaven.

Hensikten med denne oppgaven er å få en dypere forståelse om hvordan man som sykepleier kan skape en god relasjon til pårørende med utgangspunkt i kommunikasjon og omsorg. Vi ønsker å se på hvilke faktorer som er med på å skape god relasjon, og hvordan sykepleieren kan benytte dette i sitt møte med pårørende. Siden vi foreløpig er studenter og ikke har mye erfaring innen emnet ønsker vi å øke vår kunnskap omkring sykepleierens opplevelse av å være i møte med pårørende, og hvordan vi kan være bevisst våre holdninger og handlinger.

1.5 Oppgavens oppbygning

Videre oppbygging av oppgaven blir som følgende:

I kapittel 2.0 beskriver vi vår metode og fremgangsmåte for å finne svar på vår problemstilling. Her er det med kildekritikk som sier noe om hvilke kriterier vi bruker for å kvalitetsvurdere litteraturen vi finner.

Vi starter teorien i kapittel 3.0 med å se på hva som er spesielt med målgruppen i vår oppgave, som er pårørende. Her har vi med teori om hva som er viktig for pårørende og hvordan det kan oppleves å være i en krise. Vi har også med teori i forhold til håp og hvordan sykepleieren kan hjelpe pårørende å bevare håp.

I kapittel 4.0 fortsetter vi vår teoridel med å se relasjonen i forhold til omsorg. Vi har valgt omsorgsteorien til Kari Martinsen som et grunnlag innen omsorg, samt Vetlesen for å kunne tolke omsorg på et bredere grunnlag. Vi har valgt å ha med om krenkende omsorg da oppgaven handler om forholdet mellom mennesker.

Videre i kapittel 5.0 kommer teori i forhold til relasjon og kommunikasjon. Vi har valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker fordi hun har flere temaer som er relevante for vår oppgave. Her kommer også teori om sykepleierens veiledende og pedagogiske rolle, samt makt og symmetri som kan gi sykepleieren ulike utfordringer.

I kapittel 6.0 vil vi drøfte og reflektere rundt de ulike temaene i teorien opp mot forskning og erfaringer som vi har. Selv om vi har en egen drøftingsdel her, vil vi drøfte noe underveis der vi finner det naturlig.

Vi avslutter med oppsummering og konklusjon i kapittel 7.0 der vi samler trådene og presenterer en forståelse av drøftingen og refleksjonene våre i forhold til problemstillingen og spørsmålene vi hadde innledningsvis.

1.6 Begrepsavklaring

Vi velger å begrepsavklare *relasjon*, *pårørende* og *livets slutt* som er brukt i problemstillingen. Andre begreper som brukes i oppgaven begrepsavklares underveis.

1.6.1 Relasjon

Eide & Eide (2011) definerer relasjon som

«en gjenstand som forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker».

I vår oppgave bruker vi relasjon om forholdet mellom pårørende og sykepleier.

1.6.2 Pårørende

Pasient- og brukerrettighetsloven (2014) definerer pårørende som

«den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner..... ».

Pårørende er i vårt tilfelle ektefellen og er den vi vil forholde oss til.

1.6.3 Livets slutt

Den palliative pleien, altså å lindre og gi god omsorg den siste delen av livet og til pasienten er død. Dette er det viktigste for pasienten og de pårørende i terminalfasen, som er den siste tiden i pasientens liv (Hjort, 2008). I denne oppgaven er pasienten terminal og det er snakk om dager eller noen få uker igjen av livet.

2.0 Metode

Her kommer en presentasjon om hvordan vi vil gå frem for å finne svar på vår problemstilling.

2.1 Beskrivelse av metode

En bacheloroppgave er en litterær oppgave. Det vil si at den bygger på eksisterende skriftlige kilder (Dalland, 2013). Det kan være blant annet bøker, tidsskrifter og forskning. Vi ønsket i hovedsak å finne primærlitteratur som ikke er tolket av andre, fordi sekundærlitteratur kan påvirkes av en annen forfatters tolkninger.

Oppgaven startet med en vurdering ut ifra tidligere erfaringer om hvilket tema vi ønsket å skrive om. Det er en del av forskningsprosessen. Ut i fra temaet og erfaringene kom vi frem til en problemstilling. Neste steg er å samle litteratur om emnet, for så å se på relevans og igjen fordype seg i valgt litteratur. I valget av litteratur er man også kildekritisk (se punkt 2.3, kildekritikk). Vi velger så å drøfte den teorien vi finner opp mot forskning og erfaringer.

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Vi har gått systematisk igjennom pensumlitteraturen for å finne relevant teori. I tillegg har vi lånt bøker som er aktuelle. For å finne forskning og andre internasjonale og nasjonale artikler har vi brukt databasene Cinahl, ORIA, Kunnskapsegget, Ovid Nursing og SweMed+. Vi har hovedsakelig søkt etter litteratur som er sykepleierelatert, eller at det har overføringsverdi til sykepleie.

Ut i fra problemstillingen har vi ved hjelp av PICO funnet og brukt følgende søkeord i databasene: cancer, terminal care, end-of-life care, next-of-kin, family, relation og communication.

Kriterier som ble brukt i søkingen var at det var de var nyere enn 2003 og at de er fagfellevurderte (peer review). På denne måten ville vi finne artikler som er vurderte av en fagkomitè, og dermed er kvalitetssikret.

2.3 Kildekritikk

Vi har hovedsakelig forholdt oss til nyere litteratur, helst etter 2003, da sykepleie er dynamisk og er i stadig utvikling. Vi har dog med noe av eldre dato, da enkelte emner og sykepleieteorier er fra tidligere år og ansees som høyst aktuelle i vår tid, og som også kan være interessant å se opp i mot nyere teori. Vi har også i utgangspunktet ønsket å bruke primærlitteratur som ikke er tolket i fra før slik at vi kan reflektere over og tolke litteraturen selv. Sekundærlitteratur har allikevel blitt brukt fordi vi enten ikke har fått tak i primærlitteratur, eller vi har måttet begrense tidsbruken i litteratursøket. Sekundærlitteratur kan også være gunstig for å få tolkninger gjort av andre og man får ulike synsvinkler. Vi har også valgt å bruke litteratur som er oversatt fra engelsk til norsk, og er klar over at dette også kan være med på å gi en noe ulik fremstilling av teksten.

I forhold til forskning har vi prioritert kvalitativ forskning som gir et innblikk i pasient – og brukererfaringer, noe som kan bygge opp under vårt tema som er sentrert rundt subjektive opplevelser og eksistensialisme. Dette kan gi oss en bredere refleksjon og tolkning av subjektive opplevelser hos pårørende. Vi har også vurdert artiklene ut i fra hvor mange som er med i undersøkelsen. Jo flere som er med i undersøkelsen, jo mer troverdig er resultatene. Troverdigheten øker også hvis forskningen supplerer med kvantitative metoder.

I studien fra Mossin og Landmark (2010) var det bare åtte personer som deltok. Alle disse var damer. Som forfatterne skriver så er det en relativt liten studie, og en viss fare for at bredden er for liten da det også bare var damer som ble intervjuet. Damer har som kjent i lange tider vært familiens omsorgsperson og setter familien før seg selv (ibid.). Vi har allikevel valgt å ha den med fordi vi mener den gir et godt bilde av pårørendesituasjonen.

3.0 Å være pårørende

Her vil vi si noe om det å være pårørende. Vi ønsker å få en forståelse av hvordan det kan oppleves å være pårørende og hvilke ønsker og utfordringer de har. For å få frem pårørendes subjektive opplevelse har vi valgt å bruke erfaring, pårørendehistorier og forskning om emnet. I tillegg til dette vil vi se relasjonen i forhold til håp, krise og mestring.

3.1 Hvordan har pårørende det?

Gjennom erfaring og historier fra pårørende ser vi at det å stå i en situasjon der en som står deg nær skal dø, er en stor påkjenning. Den siste tiden sammen er verdifull, men samtidig veldig tyngende. Mange opplever det som et følelsesmessig kaos, hvor de spiser og sover dårlig, og mister kontakt med hverdagen. Noen opplever at de blir minnet på sin egen dødelighet og hvor skjørt livet er. Dagene tilbringes på sykehuset og de føler at de «lever i en boble» (Ronge, 1998).

Sykepleierne har en viktig oppgave i å finne ut hva pårørende trenger og ønsker. Det er derfor viktig å se de pårørende som personer med individuelle behov, men også se familien som en enhet, med ulike kulturer. Innen en familie er det ulike normer og regler. Noen har en stor familie, andre en liten. Nettverk og relasjoner har stor betydning for hvordan pårørende håndterer situasjonen ifølge Grov (2010). Vi tenker da at dette gjelder både i tiden på sykehuset og i tiden etter. For pårørende skal også en dag videre etter at ektefellen er død. Av pårørendehistoriene ser vi at flere sliter med å finne sin plass i hverdagen igjen. De har brukt mye tid på sykehuset, og mange føler plutselig at de er helt alene, og ikke vet hva de skal gjøre (Ronge, 1998).

3.2 Håp

Håp er et av menneskets livsfenomen, det er noe som er grunnleggende hos en person, som har det hele tiden uten at man kanskje tenker over det til hverdags. Da de derimot møter motstand i livet, i dette tilfellet motgang og sorg, blir håpets betydning gjeldende (Lohne, 2010).

Ved helhetlig sykepleie vil et av punktene være å inspirere pårørende til å bevare, styrke eller gjenvinne håp. Håpet kan gjøre at pårørende bevarer sitt livsmot og vilje til leve eller se fremover i livet. I motsatt tilfelle, der de opplever håpløshet vil de være utsatt for depresjon.

Håpløshet kan være like ille som sykdom (Lohne, 2010). Håpet er i konstant forandring, man vet ikke hva som venter i framtiden. Erfaringer fra fortiden påvirker ens oppfattelse av nået og hva som venter. Håpet kan veksle mellom glede og fortvilelse, forventinger og skuffelser (ibid.).

Lohne (2010) sier at håpet må være sannsynlig, ikke bare en fantasi. I vårt tilfelle vil ikke håpet om overlevelse være sannsynlig, håpet vil da heller kunne være i form av smertefrihet for pasienten eller en fredelig død.

3.2 Krise og mestring

Pårørende opplever en traumatisk krise ved tapet av en ektefelle. Cullberg definerer en traumatisk krise som «individets psykiske reaksjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet» (Cullberg, 2010). Vi ser av erfaring og pårørendehistoriene at pårørende opplever at de mister kontrollen over situasjonen, de er fortvilet, redde og kan miste grepet om virkeligheten (Rong, 1998). Kriseforløpet kan deles i fire faser i følge Cullberg (2010).

Sjokkfasen startet når pårørende fikk beskjed om situasjonen. Det kan være et sjokk når ektefellen fikk diagnosen kreft, og når de fikk beskjed om at det ikke var mer å gjøre for pasienten. Det er normalt at mennesker i sjokk reagerer med apati eller sinne. Det blir vanskelig å ta til seg hva som har skjedd, og mange har problemer med å huske ting som blir sagt. Sjokkfasen varer oftest bare en kort stund, fra minutter til opptil en dag. Når de begynner å innse hva som er situasjonen, og prøver å finne en mening med dette, er de i *reaksjonsfasen*. «Hvorfor», blir ofte gjentatt. «Hvorfor meg? Hvorfor min mann?» Reaksjonsfasen er viktig for å kunne ha mulighet til å komme seg i videre i sorgprosessen (ibid.).

Sjokkfasen og bearbeidingsfasen kalles den *akutte krisen*. I den akutte krisen kan pårørende oppleve indre kaos og meningsløshet med nedsatt søvnkvalitet og dårlige matvaner. Dette kan gi utslag i ulike stress-symptomer fordi kroppen stadig er i «alarm-beredskap». Disse psykosomatiske symptomene kan være magebesvær, hodepine og hjertebank (ibid.).

I vårt tilfelle vil pårørende være i en akutt krise inntil pasienten er død. De kan veksle mellom sjokk og reaksjon, men ettersom pårørende er forberedt på det som vil skje kan det være at reaksjonene ikke blir like store som hvis pasienten hadde gått bort helt plutselig. Først når pasienten er død vil pårørende kunne komme videre i sorgprosessen. Det er normalt å ha en

reaksjon etter døden har inntruffet, men etter hvert starter *bearbeidingsfasen*, og den kjennetegnes ved at vedkommende begynner å se fremover og tar del i livet igjen. Etter en lengre periode inne på sykehuset skal de begynne å leve i hverdagen igjen. Denne fasen kan vare lenge. Etter hvert vil de tilpasse seg det som har skjedd, og klare å leve som før igjen. Dette kalles *nyorienteringsfasen*. Krisen vil dog alltid være en del av livet, med minner på godt og vondt. Vi tenker ut ifra våre erfaringer at pårørende kan ha vært i ulike faser i krisen på grunn av måten de oppførte seg på.

Mestring er i følge Eide & Eide (2011) «å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne følelser». Ved krise og motgang, kan følelsen av kontroll og mestring bli svakere, og man bruker forsvarsmekanismer som isolering og regresjon for å håndtere situasjonen (Cullberg, 2010).

Reitan (2010) sier at man må bruke sine ressurser i belastende livssituasjoner, i stedet for å skyve problemene unna med forsvarsmekanismer. Mestringsstrategien vil være å finne mening og opprettholde kontroll av indre og ytre krav som personen står ovenfor.

Sykepleierens oppgave blir å hjelpe pårørende med å minske stress og med å utvikle kontroll. Dette kan gjøres gjennom tre strategier innen mestring. Emosjonsorientert mestring vil si å fokusere på å bearbeide følelser og reaksjoner. Kognitivt orientert mestring fokuserer på å styrke og sortere tankene til pårørende slik at de føler kontroll. Og problemorientert mestring der vi veileder pårørende til å ta del i situasjonen, blant annet ved å lære pårørende å ta del i stell og andre aktiviteter. Disse tre strategiene sees ikke separat, men fungerer i et samspill (ibid.).

4.0 Sykepleieteori i forhold til omsorg

I dette kapitlet vil vi ta for oss omsorg ut i fra Kari Martinsen og Arne Johan Vetlesens teori. Vi har valgt å ha med begge for å få bredde i temaet. I tillegg har vi valgt å ha med om krenkende omsorg og urørlighetssoner da dette kan gi sykepleieren utfordringer i møte med pårørende.

4.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi bygger på at omsorg er «grunnleggende for alt menneskelig liv» (Kirkevold, 1992). For å kunne utøve god sykepleie må man se bort fra instrumenter og diagnoser, og heller se pasienten som en helhet i et større mellommenneskelig perspektiv.

Omsorg bygger på tre aspekter i følge Martinsen. Det relasjonelle - møtet mellom to mennesker som bygger på nærhet og forståelse. Det praktiske - handlinger som er til den andres beste. Og det moralske – ansvaret for den som er svak og avhengig av andre. Disse tre aspektene ved omsorg kan være med å skape et forhold eller en relasjon til pårørende i følge Martinsen (ibid.).

Martinsen (1993) sier at barmhjertighet er gode handlinger vi gjør og som ikke trenger å begrunnes. Å vise barmhjertighet er ikke noe vi bestemmer oss for, men noe som ligger i oss, og vi krever ikke noe tilbake. Barmhjertighet er kjærligheten og omsorgens uttrykksformer. Det er dette som knytter mennesker sammen gjennom spontanitet som gjør oss medmenneskelige, som igjen gjør at vi ser hele mennesket og ikke bare en diagnose (ibid.). Man kan forstå barmhjertighet som sykepleierens ønske om å hjelpe den andre. I møte med mennesker som trenger hjelp vekkes omsorgen i sykepleieren. Disse følelsene opplever vi ble vekt i oss i møte med pårørende i praksis, vi hadde et ekte ønske om å gi hjelp og støtte.

Martinsen har ikke en spesiell metode eller retning i sykepleieutøvelsen, slik som andre teoretikere har. Målet og metoden er omsorg i seg selv, som kommer av sykepleierens holdninger, kunnskaper og handlinger (Kirkevold, 1992).

I vårt møte med pårørende vil holdninger gjenspeiles i måten vi møter pårørende på. Våre holdninger gjenspeiles av vår persepsjon eller førforståelse. Dette baserer seg på hva vi tidligere har opplevd, det kan for eksempel være tidligere lignende situasjoner. Men som Martinsen da mener er det viktig å se pårørendes individuelle behov og meninger, fordi ingen mennesker er like.

4.2 Arne Johan Vetlesens omsorgsteori

Vetlesen (2005) sier at omsorg forklares som et fundament i et menneskes liv. Fra fødselen er man avhengig av omsorg for å overleve, mest fysisk sett. Først når man blir eldre blir de psykiske og emosjonelle behovene mer gjeldende. Behovet for omsorg er noe som følger en hele livet ut og er ikke noe man kan velge bort. Vetlesen (2005) mener også at omsorgen bygger på menneskets svakheter, ved ikke-valgte fenomener i livet: avhengighet, sårbarhet og dødelighet. Med dette kan man forstå at mennesket ikke kan velge å ha behov for omsorg, det er en del av livet, fordi mennesket settes på ulike prøver gjennom livet, mennesket er ikke uovervinnelig. Døden er en del av livet. I vår oppgave vil pårørende ha behov for omsorg, kanskje uten å vite det, fordi det ligger grunnleggende i oss. Pårørende har også en stor omsorg for sin kjære som ligger for døden. Når pårørende gir omsorg til sin kjære, dekker de også et behov for å gi omsorg. Når et menneske møter motstand, og liv og helse blir truet, møter de sine ikke-valgte livsfenomener, som sin avhengighet, sårbarhet og dødelighet. Når pårørende er så tett inn på døden som i våres eksempel blir de minnet på sin egen dødelighet, noe som kan være vanskelig å håndtere. Omsorg vil da bli et behov for pårørende, for å kunne komme i balanse eller uavhengighet igjen.

4.3 Krenkende omsorg

Når sykepleieren viser omsorg er det viktig å være observant på ikke å krysse den andre personens usynlige grense. Selv om handlingen er godt ment fra sykepleierens side, er det pårørendes subjektive opplevelse som bestemmer når grensene blir krysset, og de opplever omsorgen som krenkende. Den krenkende omsorgen vil si å krenke en persons menneskeverd, og kan gi opplevelse av skjødesløshet, ydmykelse, vold eller mobbing (Lillestø, 2010). Det kan være at vi tar oss til rette, hvordan vi bruker kroppsspråk og rører noen fysisk, misbruk av tid og at vi ikke tar hensyn til personens kunnskaper og handlingsevne. Om den pårørende føler seg krenket er en subjektiv opplevelse (Lillestø, 2010). Den krenkende omsorgen kan oppstå hvis sykepleieren trår over pårørendes urørlighetssoner.

Urørlighetssonen er grunnlaget for en persons sosiale vesen og utvekslingen av kommunikasjon og informasjon både verbalt og nonverbalt. Den beskytter, gir trygghet og kontroll, og beskytter privatliv og privat sfære. Urørlighetssonene kan sees i fire områder: *hjemmet, kroppen, tid og personlig integritet* (Lillestø, 2010).

Hjemmet definerer tilhørighet, status og rettigheter. Dette er alle personers private sfære og den kan ingen inntrede uten tillatelse eller invitasjon (ibid.). De pårørende oppholder seg mye på sykehuset og rommet til pasienten. Dette kan ha overføringsverdi til hjemmet, og sykepleieren må respektere grensene og privatlivet for pasient og pårørende, ved for eksempel å banke på før vi går inn.

Kroppen forbindes med to sider, den ene med glede og lyst, den andre med skam og forlegenhet. Her har alle mennesker en toleransegrense i forhold til å slippe andre innpå seg. Dette er en intim og privat sfære (ibid.). I møtet med de pårørende betyr det at vi respekterer de pårørendes fysiske grenser med nærhet og avstand, ved for eksempel å gi en klem eller ikke.

Tiden forbindes med autonomi i forhold til å ha makt til å bestemme selv når ting skal skje (ibid.). For de pårørende er tiden viktig fordi det styrer mye av hverdagen. Av erfaring er det ofte mye venting på sykehuset. Å måtte vente på hjelp og informasjon gjør at de pårørende får liten kontroll og makt over egen situasjon.

Personlig integritet er selvbilde, identitet og selvoppfatning. Alle har et usynlig skall, hvor ingen slipper inn. Å bli sett, hørt og vist respekt er viktig for den personlige integriteten (ibid.). I forholdet til pårørende er respekt for mennesket det viktigste, samt deres autonomi.

Vetlesen (2005) skriver også om krenkende omsorg og urørlighetssoner og hvordan sykepleieren «trår over grenser» når hun gir omsorg. Bare det å være pårørende og være i den posisjonen hvor de mottar omsorg kan virke som krenkende, fordi de ikke har valgt det selv. Det kan oppleves som truende og nedsettende for pårørende at de ikke har styrke eller kunnskaper til å ta vare på seg selv eller pasienten. Sykepleieren trår over pårørendes private sfære, som de egentlig ønsker å beholde privat.

5.0. Sykepleieteori i forhold til kommunikasjon

Interaksjonsteoriene baserer seg på samhandling mellom sykepleier og pasient for å fremme helse, velvære og utvikling. I vår oppgave vil det være samhandling mellom sykepleier og pårørende som er aktuelt. Kommunikasjon er en viktig faktor i samhandlingen, slik at sykepleier og pårørende kan dele meninger og opplevelser, for så å skape et mellommenneskelig forhold basert på gjensidig tillit og forståelse (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). Innenfor interaksjonsteori har vi valgt å presentere Joyce Travelbee. Videre tar vi for oss teori om kommunikasjon og de begrepene vi syntes er de mest relevante for vår problemstilling.

5.1. Joyce Travelbees interaksjonsteori

Travelbee's teorier om sykepleie baserer seg på det mellom-menneskelige aspektet, og at alle mennesker er likeverdige og unike individer. Hun var sterkt i mot roller og stigmatisering innen sykepleier – pasientfelleskapet. Å se forbi rollene var viktig for å kunne utøve god sykepleie. På denne måten kunne man se hva som var unikt hos den enkelte, hva som ga pasienten mening og mestring i livet når man opplevde sykdom, lidelse eller tap. Hvordan den enkelte opplevde dette la grunnlaget for sykepleien (Travelbee, 2011).

Familien var også sentral i teorien til Travelbee. Ved å hjelpe familien hjalp man også pasienten. Pårørende har også behov for sykepleie i en krise fordi de trenger omsorg og hjelp til å mestre situasjonen (ibid.). I vår oppgave er det forholdet til pårørende som er viktig og som vi ønsker å skape en relasjon til, og vi vil heretter rette Travelbee's teori mot pårørende.

Travelbee mente at for å kunne oppnå et menneske-til-menneskeforhold måtte man komme forbi rollene man har som sykepleier og pasient gjennom en prosess hun kalte interaksjonsprosessen (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). Denne prosessen har flere faser og starter med *det innledende møtet*. Her er førsteinntrykk viktig. Både sykepleier og pårørende har sin persepsjon som er bygget på tidligere erfaringer. Og man lager seg et bilde av den andre ut i fra den andres språk, væremåte og handlinger. Etter hvert vil man se det som er virkelig hos den andre. Det er en *fremvekst av identiteter*. Rollene blir svakere og man utvikler en kontakt. *Empati* og *sympati* er viktige punkter i interaksjonsprosessen. Empati er å sette seg inn i, og ta del i den andres følelser, for så å gå ut av det igjen. Vi bruker tidligere erfaringer for å prøve å forstå hvordan den andre har det. Når pårørende opplever empatisk

forståelse, kommer vi nærmere pårørende, og utvikler et bånd. Men fordi vi har ulike erfaringer i livet, kan vi heller ikke alltid føle empati med andre i følge Travelbee (ibid.). Sympati er empati sammen med ønsket om å gjøre noe for andre. Når dette formidles vil pårørende oppleve at sykepleieren bryr seg, noe som gjør at de lettere kan mestre situasjonen. *Etablering av gjensidig forståelse og kontakt* vil være et resultat av de andre fasene og er bygget på sykepleierens ønske og handlinger for å hjelpe pårørende. Tilliten er ofte ganske stor til sykepleier, og det er viktig at sykepleieren ivaretar denne (ibid.).

Travelbee er kjent for uttrykket «å bruke seg selv terapeutisk» innen sykepleie (Travelbee, 2011). Med det forstår vi at sykepleieren bruker seg selv som et instrument i møtet med pårørende, og at det er selve kjernen i menneske-til-menneskeforholdet, det å kommunisere med den andre. Kommunikasjonen er sentral i Travelbee's teori, både verbal og non-verbal (ibid.). Kommunikasjonen blir ikke bare måte å bli kjent med pårørende på, men sykepleieren bruker en målrettet intellektuell tilnærming. Sykepleieren har et mål med det man ønsker å vite og det som pårørende formidler, enten direkte eller mellom linjene. Vi forstår det som en sykepleieprosess, der man kartlegger hva som er pårørendes behov. Vi ser hvilke tiltak som kan settes i gang, og evaluerer underveis. Disse behovene er, som Travelbee mener, det som er viktig for den enkelte. Det som er viktig og gir mening for den ene, trenger ikke å være riktig for en annen.

5.2. Kommunikasjon

Det er ulike måter og kommunisere på. For sykepleieren hører profesjonell hjelpende kommunikasjon yrket til.

Profesjonell hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål i følge Eide & Eide (2011). Det innebærer «å fremme helse, forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» (ibid.). Dette forstår vi som om at sykepleieren har et mål med kommunikasjonen, med bakgrunn i kunnskaper. Det kan for eksempel være å veilede, informere og støtte pårørende, slik at de føler tillitt og trygghet.

Gjennom god kommunikasjon kommer verdier som å beskytte, styrke og hjelpe pårørende til å ivareta sin egen helse og bruke sine ressurser slik at de opplever mestring. De pårørende er autonome personer. Dette gjør at vi må vise respekt og oppmuntre de til å ta valg som

omhandler deres liv. Det er dette som er empowerment, å ta del i valg og bestemme over sitt liv. Dette begrunnes i de etiske prinsippene «respekt, autonomi, likeverd og hensynet til mottakers beste» (Eide & Eide, 2011).

Aktiv lytting er den viktigste formen for hjelpende kommunikasjon i følge Eide & Eide (2011). Å være en aktiv lytter vises ved å være oppmerksom på den som snakker. Ved å gi nonverbale tilbakemeldinger som nikk og blikk eller små verbale tilbakemeldinger viser vi den pårørende som snakker at oppmerksomheten er der. Ved å gjengi det som har blitt fortalt eller ved å stille spørsmål underveis gjør at vi forsikrer oss om at vi har forstått riktig. Ved å speile følelsene til den pårørende som forteller viser vi at vi forstår følelsene og viser empati. Disse tilbakemeldingene ved aktiv lytting kan deles inn i to kategorier, verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2011).

Den verbale kommunikasjonen er ordene vi sier, mens den nonverbale er det vi viser gjennom kroppsspråk. Dette kan være holdning, stemmeleie, ansiktsuttrykk, å nikke eller riste på hodet og små ikke-ord som "mm". Berøring kan brukes om den pårørende ønsker, og kan trøste eller støtte. Å være stille kan gi tid til å forstå og bearbeide det som har blitt fortalt. Den nonverbale kommunikasjonen sier mye om forholdet mellom oss og den pårørende. Tillit, trygghet og motivasjon vises gjennom hvordan vi kommuniserer med hverandre og kan gjøre at vi bygger en god relasjon. Den nonverbale kommunikasjonen bekrefter og gjør det vi formidler til den pårørende troverdig (Eide & Eide, 2011).

Å stille den pårørende åpne spørsmål gjør at vi får svar som er mer beskrevet med tanker og følelser. Å stille spørsmål på denne måten gjør at vi får den subjektive opplevelsen og meningen og det gjør at den pårørende kan snakke om det han har på hjertet. Dette gir ikke alltid svar på noe konkret, men vi kan få svar på mye underveis som vi slipper å spørre om (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren må også lytte etter det som blir sagt «mellom linjene».

Lukkede spørsmål avklarer raskt og enkelt hvis sykepleieren lurer på noe konkret og er derfor fordelaktige å bruke hvis vi ønsker spesifikk informasjon. For å avslutte en samtale kan vi bruke et lukket spørsmål som for eksempel, «er det noe annet du lurer på?». For mange lukkede spørsmål kan gjøre noe med maktbalansen i kommunikasjonen da det kan bli som et intervju, så dette bør ikke brukes hvis formålet er å bygge en god relasjon eller å skape trygghet (Eide & Eide, 2011).

5.3 Informasjon

Sykepleieren har en veiledende og pedagogisk funksjon i møte med pårørende. Det kalles den undervisende funksjon og er de vurderinger, gjøremål og handlinger som legger til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos den pårørende (Tveiten, 2002).

Sykepleiekompetansen deles inn i tre deler, *det kognitive aspektet*, *det affektive aspektet* og *handlingsaspektet*. Det kognitive er kunnskapen sykepleieren har tilegnet seg gjennom utdanning. Det affektive er sykepleiernes verdigrunnlag i form av etikk, moralsk og emosjonell bevissthet. Handlingsaspektet er ferdigheter som problemløsning og beslutningsevne. Sykepleierens pedagogiske funksjon er i tillegg til det teoretiske, kompetansen til å kommunisere og bruke kunnskapen i forhold til hvert enkelt tilfelle (Tveiten, 2002).

Å gi informasjon blir en del av den pedagogiske funksjonen til sykepleieren. Det som er viktig å tenke på da vi skal informere pårørende er at det skjer i dialog og at vi forsikrer oss om at de har forstått budskapet. Det er derfor viktig med et språk som den pårørende forstår og ikke bruke mye faguttrykk. Ved å informere gir man den pårørende følelse av forutsigbarhet, økt kontroll og de kan mestre situasjonen bedre.

Det er viktig at vi som helsepersonell finner ut hva pårørende trenger å få vite, skaffe informasjonen og formidle den på en god måte. Informasjonen vi gir skal være relevant og ikke for mye, da blir ikke hensikten nådd. En del informasjon kan gjerne gis skriftlig (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren kan forberede seg før man skal informere pårørende. For eksempel ved dårlige nyheter, kan det være av betydning at sykepleieren vet noe om krise og krisereaksjoner, samt at sykepleieren er tilstede da legen informerer og har tid til eventuelle spørsmål pårørende måtte ha i etterkant. Når pårørende er i sjokk klarer de kanskje ikke å ta inn for mye informasjon, så det kan også være at vi ikke bør gi for mye informasjon på en gang.

Det kan gjøre det lettere for den pårørende at vi ser løsninger i en situasjon som blir veldig stresset, og hvor han kan være ute av stand til å se løsninger selv. Samtalen kan trenge en avslutning hvor avtaler bekreftes og hvor vi forsikrer oss om at informasjonen som er gitt er oppfattet riktig og at det ikke er noen misforståelser. Dette kan være beroligende for den pårørende, å få en ekstra bekreftelse (Eide & Eide, 2011).

5.4 Makt og symmetri

I kommunikasjonssammenheng er det viktig å være klar over hvordan makt og symmetri kan påvirke relasjonen og kommunikasjonen. Symmetrisk relasjon brukes som begrep da det er to parter som står imot hverandre og som kan speile hverandre. For at en dialog skal være symmetrisk, må begge parter være likestilt. Åpne spørsmål skaper god symmetri da ingen av partene har makten (Eide & Eide, 2011). I vårt tilfelle der vi snakker om relasjonen mellom sykepleier og pårørende er det viktig at vi kommuniserer med pårørende på lik linje og at vi ikke hever oss over dem. For eksempel da vi gir informasjon at vi bruker et språk de pårørende forstår. Det er også viktig å tenke over kroppsspråk, som at vi sitter på samme høydenivå og på denne måten vise at vi er likeverdige.

Selv om vi ønsker at forholdet mellom sykepleier og pårørende skal være symmetrisk og likeverdig, kan man se at makten i forholdet allikevel ikke er jevnt fordelt. Som sykepleiere har vi makt i form av vår profesjon, og fordi vi sitter med kunnskap om situasjonen som ikke de pårørende har. Av makt er følelsen de pårørende får av å være i en situasjon de føler de ikke kan gjøre noe med (Storaker, 2010).

Slettebø(2009) sier at vi har tre former for makt, den faglige, den sosiale og den karismatiske. Den faglige makten sees ut ifra sykepleierens utdanning og kunnskaper. Den sosiale er den vi har på grunn av rolle og status som sykepleiere, mens karismatisk er fordi sykepleieren har en «sjarmerende og overbevisende personlighet» (ibid). Slettebø mener også at makt er et nøytralt begrep og at det er den som utøver makten som bestemmer om den er brukt forsvarlig og til pasientens beste.

Den pårørende kan vise motmakt ved å snu en situasjon og ta egne beslutninger. Dermed får de innflytelse på hva som er viktig i sitt liv. Da kan maktbalansen forandres og gjøre at den pårørende får mer kontroll (Askheim, 2010).

Sykepleieren kan også vise motmakt på vegne av den pårørende. Hvis sykepleieren vurderer en situasjon forskjellig fra legen kan hun ta rollen som den pårørendes talsperson og finne en løsning som passer den pårørende bedre. Dette kan snu situasjonen og ta kontroll på pårørendes vegne. (Stang, 1998).

6.0 Drøfting og refleksive vurderinger

I tillegg til noe drøfting i teoridelen, vil vi her drøfte teori opp mot forskning og erfaringer, samt vise våre reflektive vurderinger. Vi vil også forsøke å besvare spørsmålene vi stilte oss selv innledningsvis.

6.1 Å skape en god relasjon gjennom omsorg

Omsorg er i følge Martinsen og Vetlesen noe som er grunnleggende hos alle mennesker. Det er et behov for å både gi og ta i mot omsorg. Pårørende gir mye omsorg til den som skal dø. De gir omtanke, tid og støtte. I tillegg er de i en krise, og vil ha behov for omsorg i mer eller mindre grad. Pårørendes behov for omsorg har vi opplevd kan være ulikt. Grunnen til dette mener vi kan være ut ifra hvilke erfaringer pårørende har fra, eller ikke har, fra tidligere. Det kan påvirkes av personlighet og styrke, og om de har et nettverk rundt seg. Studien fra Mossin og Landmark (2010) sier at pårørende ønsker og trenger støtte både fra familien og fra sykepleierne. Sykepleierne kommer inn i dette nettverket, fordi man som pårørende oftest tilbringer mye tid på sykehuset, og at sykepleieren blir primærpersonen i møte med helsepersonell. Dette nettverket og relasjonen til støttespillerne kan påvirke hvordan pårørende håndterer situasjonen i følge Grov (2010).

Når pårørende har et behov for omsorg vil de også i følge Vetlesen (2005) møte sin egen avhengighet, sårbarhet og dødelighet. Disse tre fenomenene kan sees opp i mot opplevelsen av krise der pårørende kan oppleve sårbarhet og avhengighet fordi de ikke klarer å håndtere situasjonen hensiktsmessig. Her ser vi at behovet for omsorg kan sees hos pårørende som opplever en krise. Spørsmålet om sin egen dødelighet vil være aktuell fordi døden blir en del av hverdagen og sjokket over at en kjær skal dø. I tillegg til den andres dødelighet, ser man sin egen, noe som kan sette ens egen eksistens i fare. Dette kan oppleves som en krise i seg selv. For sykepleieren blir det viktig å se hvilke utfordringer pårørende har i forhold til sin egen opplevelse av situasjonen. Ved at sykepleieren er empatisk og forstår pårørendes følelser i denne krisen vil man som pårørende kunne godta følelsen av avhengighet, sårbarhet og dødelighet som en normal prosess, og gjøre at de mestrer situasjonen bedre.

I våre situasjoner opplevde vi pårørende som veldig ulike i forhold til behovet for omsorg. Den ene familien var rolige og tilbaketrukne, og var opptatt av å ikke forstyrre oss. Mens den andre familien hadde masse spørsmål og ville nesten ikke slippe sykepleieren ut av syne. Våre

kunnskaper om krise og krisereaksjoner gjorde at vi kunne møte pårørende der de var i sin opplevelse. Vi hadde ikke mye erfaring, og vi ønsket å lære av denne situasjonen, noe som gjorde av vi som studenter også var avhengige av dem.

Pårørende kan ha ulike måter å takle den akutte krisen på, de kalles *forsvarsmekanismer*. Dette skjer ofte ubevisst og er en måte å beskytte seg selv mot det som føles vanskelig (Cullberg, 2010). Pårørende kan oppleve regresjon der de oppfører seg umodent med sinneutbrudd og avhengighet av andre. De kan fornekte det hele og late som ingenting, eller bli sinte og legge skylden på andre, for eksempel legen. Dette kalles projeksjon. Noen tillater seg ikke å føle noe som helst og isolerer følelsene sine eller undertrykker de bevisst for å virke sterk og upåvirket. Både isolasjon og undertrykkelse kan forlenge sorgprosessen og den akutte krisen, fordi man ikke får utløp for sine følelser. Dette kan gi store angst – og stressproblemer (Cullberg, 2010). Vi kan se at pårørende i den ene situasjonen kan ha isolert sine følelser, for ikke bry oss sykepleiere, eller de ønsket å være sterke for pasienten og hverandre. I den andre situasjonen kan pårørende ha vist regresjon ved å være avhengige og klamret seg til sykepleierne. Det kan også være at pårørende var i ulike faser i krisebearbeidingen, der den ene familien hadde begynt å ta inn over seg hva som skulle skje og tok dette med fatning, mens den andre fortsatt var i reaksjonsfasen og ikke ville ta innover seg virkeligheten. Selv om den første familien tok det med fatning i den terminale fasen, kan det være at de ville få et nytt sjokk når pasienten døde.

Hvis sykepleieren ser at pårørende er i forsvar må man hjelpe med å bryte dette mønsteret slik at de kan komme videre i prosessen, samt å ta vare på seg selv (Lohne, 2010). På den andre siden kan det være at pårørende bruker forsvarsmekanismene fordi de ikke klarer å ta situasjonen innover seg, og at de trenger noen dager på å håndtere situasjonen (ibid.). Her kommer også håpets betydning for pårørende inn.

Håpet kan sees som et grunnleggende behov hos pårørende i følge Lohne (2010). Vi tenker ikke over det til hverdags, man har det hele tiden. Når pårørende møter motgang blir behovet for håp gjeldende. De trenger omsorg for å føle seg verdifulle, de trenger også håpet for å kunne bevare livsmotet og å se fremover i livet (Lohne, 2010) Pårørende opplever en krise og møter motgang, de vet ikke hvordan livet vil bli uten ektefellen tilstede. De skal etter hvert leve i en rolle de ikke er kjent med, det å være etterlatt, eller enke. Håpet forandrer seg kontinuerlig i følge Lohne (2010), og det kan vi se ut ifra at pårørende nå vil møte flere forandringer. Håpet må være sannsynlig og ikke en fantasi (ibid.) Håpet i denne settingen vil

da kunne dreie seg om at pasienten får en fredelig død uten smerter. Sykepleieren kan hjelpe pårørende å finne eller bevare dette håpet. Dette kan hjelpe pårørende å finne mening, styrke og mot, som igjen gir økt mestring og håndterbarhet.

Å bevare håp er noe som må jobbes kontinuerlig med siden det stadig er i forandring, man må tenke på og reflektere over det. Sykepleieren kan være med i denne prosessen. På den måten kan håpet gi pårørende følelsen av å utrette noe, at man er aktiv i prosessen og gjør noe for seg selv, eller for andre. Pårørende og pasient kan dele håpet. Sykepleieren kan også være en del av dette fellesskapet, man har en felles forståelse av håpet, et felles mål man kan jobbe sammen mot.

Samtidig skriver Lohne (2010) at noen mennesker velger å benekte eller fraskrive seg det som er realiteten, som en forsvarsmekanisme for å lindre smerten. Håpet sier noe fremtiden, og den klarer de kanskje ikke å ta inn over seg. Noen ganger kan det være ok for sykepleieren å ikke realitetsorientere pårørende, men la dem få litt tid på seg, slik at man ikke tar ifra dem alt håp, og resultatet blir håpløshet og dyp fortvilelse (Lohne, 2010). I etterkant ser vi at pårørende som vi møtte i praksis kan ha hatt ulike håp, og at det kan ha gjort situasjonen mer håndterbar for den ene familien, mens den andre familien opplevde håpløshet og dermed var mer trengende.

Sykepleierens handlinger kan også hjelpe pårørende å gjøre håpet til virkelighet, eller i hvert fall øke sannsynligheten for å oppnå håpet. Hvis håpet dreier seg om at pasienten får en fredelig død kan sykepleieren se til at pasienten er godt smertelindret. Selv om håpet ikke har vært nevnt spesielt i studiene i vår oppgave, kan man lese i teksten at de håpet på en fredelig og smertefri død, samt at de ikke skulle lide for lenge (Boucher et al.,2010).

Man ser at håp kan sees opp mot Antonovskys sence of coherence (SOC), som kan oversettes til følelse av mening eller sammenheng (Reitan, 2010). Det kan være vanskelig for pårørende å se en mening med at de skal miste en kjær person. Hvordan skal det kunne gi mening? Mange opplever det som urettferdig at dette skal skje akkurat deres familie. For at pårørende skal kunne oppleve SOC, kan man for eksempel minnes tiden de har hatt sammen, finne gode historier som kan ligge som gode minner i tiden etter tapet. Å hjelpe pårørende til å forberede seg til det som skal skje kan gi følelse av forutsigbarhet og forståelighet. For mange er døden tabu. Det snakkes ikke om, det er bare noe som er vondt og uforståelig. Empirien sier «pasienten er ikke redd for døden, men for å være alene». Dette ser vi at stemmer overens med forskning i studien til Mossin & Landmark (2010). Ved at pårørende og pasient snakker

sammen om døden, kan det virke mindre skremmende og uforståelig. Sykepleieren kan bidra i denne samtalen, eller man kan eventuelt samarbeide med en prest. Noen ønsker å snakke med en prest i møte med døden, selv om de ikke er troende (Hjort, 2008). Disse metodene eller handlingene tenker vi kan være med på å styrke pårørendes meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet, noe som igjen kan føre til økt mestring og empowerment.

Behovet for omsorg gjør at pårørende står i et avhengighetsforhold til sykepleieren i følge Vetlesen (2005). Når en person er avhengig av en annen vil det oppstå en skjev maktbalanse i følge Martinsen (ibid.). Sykepleieren har et moralsk ansvar for de som er svake og avhengige, og vil i følge disse utsagnene ha makten i forholdet fordi pårørende er avhengig av hjelp og omsorg. Dette kan være med å påvirke symmetrien og relasjonen mellom sykepleier og pårørende fordi man ikke ser på hverandre som likeverdige individer. I følge studien til Frivold & Dale (2013) var det å ha et gjensidig avhengighetsforhold viktig i relasjonen til pårørende. For å kunne utligne denne maktbalansen kan sykepleieren inkludere pårørende, og gjøre at de følte seg sett og hørt. De kjenner pasienten best. De har mye informasjon om hva som er viktig for pasienten og hvilken kultur den enkelte familien har. Dette støttes også i studien til Boucher et al.(2010), Mossin og Landmark (2010) og Gjerberg, (2010).

Sykepleieren kan inkludere pårørende både i form av kommunikasjon og handlinger. Hvis pårørende ønsker kan de for eksempel lære munnstell eller andre praktiske ting ved pleien. Dette kan føre til at pårørende føler seg delaktige, og som viktige personer i pasientens liv. Det kan også gi dem følelsen av å ha makt og medbestemmelse. Dette kan føre til økt følelse av autonomi, mestring og empowerment. Når makten og avhengigheten oppleves som gjensidig vil man kunne få symmetri i relasjonen, og dette vil være grunnleggende for å kunne utvikle et menneske-til-menneskeforhold basert på likeverd og tillitt. Pårørende oppholder seg av erfaring mye på sykehuset, så vi tenker at sykepleieren her også er avhengig av pårørende for å gi pasienten en fredelig død uten å være alene, samt at pårørende har mye informasjon om pasienten som er nyttig for sykepleieren.

Studier viser at det er viktig for pårørende å være tilstede så mye som mulig (Frivold & dale, 2013; Mossin & Landmark (2010); Boucher et al (2010). Det er viktig for pårørende å være tilstede for å vite hva som skjer, og å kunne være der i det øyeblikket døden inntreffer (Mossin & Landmark, 2010., Boucher et al., 2010). Pårørende opplevde også at pasienten ønsket at de skulle være der mest mulig. Dette stemmer overens det vi nevnte tidligere om empirien og forskningen til Mossin & Landmark (2010). Man ønsker ikke at pasienten skal dø alene. Det er nærmest som en norm og allmenn moral. Det å være tilstede gir en trygghet for

både pasient og pårørende. Det gir dem muligheten til å ta farvel. Sykepleieren bør her legge til rette for at pårørende kan være tilstede. Det kan være at pårørende kan sove over, at de får mat og drikke og at sykepleieren viser respekt, slik at de ikke føler at de er i veien. Å være tilstede kan også være en hjelp i sorgen, og få lov å ta farvel, samt å se at døden kommer med ro for pasienten.

Dog kan det være at ikke alle er komfortable med å være alene med pasienten denne siste stunden. De kan være usikre på hva som venter. De ønsker å ha noen til stede. Her kan sykepleieren komme i et dilemma. Det er ofte mye å gjøre på avdelingen, og ikke alle steder setter inn fastvakt hos døende pasienter. Sykepleieren har ansvaret for mange pasienter på en avdeling. Skal da noen få mindre tid av sykepleieren, fordi andre trenger det mer? Hvem bestemmer hvem som trenger omsorg og pleie mest? Dette er spørsmål som går på avdelingens organisering. Av erfaring er de fleste sykepleiere klar over hva som er det riktige for pasientene, men mange våger ikke å stå i sin faglighet. Her kan man for eksempel vise til forskningen som et argument for fastvakter, for å kunne endre avdelingens rutiner.

På den andre siden bør sykepleieren se at pårørende håndterer det å være på sykehuset så mye. Studiene sier at pårørende kan bli veldig slitne og at dette går utover deres fysiske og psykiske helse (Boucher et al., 2010; Mossin & Landmark, 2010). Sykepleieren kan da formidle til pårørende at de for eksempel kan bytte på å litt å være i rommet, og at man ringer med en gang hvis det skjer forandringer. På denne måten viser sykepleieren omsorg for pårørende. Dog må sykepleieren vise respekt for pårørendes ønske hvis de ønsker å være der hele tiden.

Tidsperspektivet er et omstridt tema i helsesektoren. Tidsklemma, deltidsarbeid og organisering på avdelingene er av erfaring omdiskutert. Innunder dette kommer temaet kontinuitet opp, som er et viktig tema for både sykepleiere, pasienter og pårørende (Boucher et al, 2010; Frivold & Dale). I følge sykepleiere fra studien til Frivold og Dale (2013) var det lettere å etablere et godt forhold til pårørende der pasienten var innlagt over lengre tid, fordi man ble godt kjent og man utviklet et tillitsforhold. Som oftest er pasienter innlagt en kortere periode før de dør på sykehus. Det vil si at sykepleieren må opparbeide seg tillitt på kortere tid. For de pårørende var det viktig at det var de samme personene som kom tilbake dag etter dag, slik at man ikke måtte forholde seg til mange, ulike pleiere (Boucher et al., 2010). Man ser da at kontinuitet er viktig både for pårørende som ønsker å møte de samme sykepleierne, og for sykepleierne da dette gjør at det blir lettere å skape en god relasjon. Det kan også være ulemper med kontinuitet. Det er ikke sikkert at pårørende og sykepleier opplever noen god

kjemi, noe som vil påvirke relasjonen. Sykepleieren kan også oppleve det som tyngende hvis pårørende er som i det ene eksempelet vårt, at de krever mye av sykepleieren. Sykepleieren er også bare et menneske, dog skal man være profesjonell.

Det kan oppstå misforståelser da mange sykepleiere skal være i bildet og gi ulike beskjeder. Pårørende kan oppleve å få ulik info og ulike råd fra sykepleieren (Frivold & Dale, 2013). På sykehuset er døgnet fordelt over tre skift, så det vil bli til at pårørende møter flere ulike ansikter. Vi forstår da hvor viktig det er at en avdeling har prosedyrer og felles verdier slik at man har et likt grunnlag. Dette kan være med på å unngå at man gir ulike beskjeder og informasjon (Frivold & Dale, 2013).

Tidsklemma er som nevnt et kjent uttrykk for sykepleiere og det kan av erfaring være veldig mye å gjøre på en avdeling. Men selv om man har dårlig tid, er det viktig at pasienter og pårørende blir ivaretatt. Det betyr ikke nødvendigvis at man må bruke all sin tid inne på et pasientrom. Hvis sykepleieren har dårlig tid kan av erfaring det å sitte ned mens de snakker signalisere ro. Det å snakke rolig og ha øyekontakt, gir pårørende inntrykk av at sykepleieren bryr seg og tar seg tid, og man føler trygghet. Hvis sykepleieren derimot haster inn rommet, og gjør det som er nødvendig, snakker raskt, titter på klokka og haster seg videre kan det oppleves krenkende for pårørende.

Tiden er en av menneskets urørlighetssoner (Lillestø, 2010). Den kan forbindes både med hvordan sykepleieren bruker tiden med pårørende, eller ikke bruker tid på pårørende. Tiden er for pårørende det eneste de har, tiden sammen før deres kjære skal dø. Den er verdifull, og de kan aldri få den igjen. Det er her viktig for sykepleieren å bruke tiden riktig sammen med pårørende, vi må vise tilstedeværelse gjennom å lytte, ha øyekontakt, ha et kroppsspråk som er tilnærmende, ikke avvisende. Her kan vi også se noe av makten i forholdet, ved at sykepleieren bruker tiden til pårørende uten at det gagnar dem, og pårørende kan reagere med avmakt (Storaker, 2010). Det kan oppleves som skjødesløshet for pårørende, og gjøre at de mister tillitten til sykepleieren. Hvis sykepleieren ikke holder avtaler i forhold til tid, kan vi misbruke tillitten til pårørende. Det kan for eksempel være at vi sier at vi skal komme tilbake til et klokkeslett. Som sykepleiere vet vi at det kan være ting som dukker opp og som må tas der og da. Det kan derfor være uhensiktsmessig å lage avtaler vi kanskje ikke klarer å holde. Da er det bedre å ha noe å gå på i forhold til tid, også gir man beskjed om det skulle oppstå noe.

Det er også andre urørlighetssoner hos pårørende som sykepleieren må være klar over. Sykepleieren kan som nevnt krenke noen, selv om man i utgangspunktet mener det godt. I tillegg til tiden, nevner Lillestø (2010) også hjemmet, kroppen og personlig integritet som urørlighetssoner.

Selv om pårørende nå er på sykehuset, kan vi se at hjemmet på en måte flyttes til det rommet som pasienten har denne tiden. Som pårørende skriver i sin historie fra Rong (1998), ser man at de bruker veldig mye tid på sykehuset, de er mer der enn hjemme. Frivold & Dale (2013) skriver at det kan være til nytte for pasient og pårørende og ta med noen personlige ting til rommet som gjør det mer hjemlig, for eksempel bilder til å ha på nattbordet. Hvis hensikten er å skape et mer hjemlig miljø, vil det også være naturlig for sykepleieren å vise hensyn og ydmykhet rundt deres miljø på dette rommet. Det kan for eksempel være å banke på før vi går inn og å holde det ryddig og rent. På denne måten viser sykepleieren respekt for deres midlertidige hjem.

Hvordan man forholder seg til sin egen kropp og egen private sfære er av erfaring veldig individuelt. Noen liker nærhet både når man er trist og glad, andre er ikke komfortable med fysisk kontakt. Dette kan det være mange ulike grunner til, men det er allikevel opp til hver enkelt hva de trives med, og det må sykepleieren forholde seg til. Det er nevnt i studien til Mossin & Landmark (2010) at en klem følte godt og trøstende. I studien til Boucher et al. (2010) nevnes det at bare det at sykepleieren har et kroppsspråk som viser medfølelse også følte trøstende. Man kan tolke disse utsagnene som at bare det å vise at man er et menneske med følelser er med på å vise omsorg for pårørende. Sykepleieren må føle seg frem på hvor grensen til pårørende går, og om det er bekvemt med fysisk kontakt eller ikke.

Pårørendes personlige integritet er nevnt flere ganger tidligere i forhold til respekt til den enkelte og for pasienten. Viktigheten for pårørende at de blir sett, hørt og inkludert er viktige elementer i de studiene vi har funnet (Boucher et al., 2010; Landmark & Mossin, 2010; Gjerberg et al., 2010; Frivold & Dale, 2013). Her ser vi at samspillet mellom sykepleier og pårørende er veldig viktig for at pårørende skal føle seg respektert og ivaretatt, og at det skal oppstå en god relasjon.

Omsorgen blir til i møtet med pasienten, eller pårørende i vårt tilfelle, når man skaper en relasjon og nærhet basert på gjensidig forståelse i følge Martinsen (Kirkevold, 1992). Med dette utsagnet forstår vi hvordan omsorgen vekkes i sykepleieren i møte med noen som trenger hjelp. Innunder dette kommer møtet med den enkelte, det å se mennesket som et unikt

individ. Sykepleierens ønske om å hjelpe andre uten å kreve noe tilbake ser vi også i Martinsens teori om barmhjertighet. Man kan ikke bestemme seg for å være barmhjertig, det er noe som ligger i en (Martinsen, 1993). Vi tenker at barmhjertigheten er med på å gjøre sykepleieren til en dyktig sykepleier. Å ha et oppriktig ønske om å hjelpe andre, uten å kreve noe tilbake. På denne måten har man kjærlighet til sin profesjon og sin likemann.

6.2 Å skape en god relasjon gjennom kommunikasjon

Travelbee mener at man for å oppnå et menneske-til-menneskeforhold må igjennom en interaksjonsprosess (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). Denne prosessen kan forstås som tiden fra første møtet til man oppnår en relasjon. Fasene i denne prosessen blir påvirket av holdninger og handlinger hos den enkelte. Som for eksempel førsteinntrykk. Tidligere erfaringer hos både pårørende og sykepleier er med på å lage et bilde av den andre. Det trenger ikke nødvendigvis være positive erfaringer. Empirien sier at «førsteintrykket er viktigst». Men er det i realiteten så enkelt? Vi ser for oss at det ville skape utfordringer i relasjonsbygging. Førsteintrykket kan gå begge veier for begge parter tenker vi. Begge parter kan ha hatt en dårlig dag. Selv om man vil tenke at sykepleieren i utgangspunktet skal kunne opptre profesjonelt uansett om man er trøtt eller stressa.

Det er først når man blir kjent, og åpner seg, at man kan gjøre seg opp en mening om den andre. Og det er først da det er mulig å oppnå kontakt. Vi kan spør oss selv hvor lang tid en sånn prosess tar. Studien til Frivold & Dale (2013) sier at man får et bedre forhold over tid, enn når pasienten ligger inne bare for en kort periode. Nå vet ikke vi hva de mener med kort og lang periode, men det er verdt å merke seg. I og med vi har gått ut ifra at pasienten bare har en kort stund igjen å leve, kanskje en uke eller to, er det en relativt kort stund. Dog oppfattet vi fra våre erfaringer at det var mulig å oppnå en god relasjon på så kort tid. Så kanskje er det ikke viktig hvor lang perioden er, men hvordan vi bruker den tiden man har?

Travelbee sier at man som sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2011). For at sykepleieren skal kunne klare dette, antar vi at sykepleieren må ha kunnskaper om kommunikasjon og ikke minst mennesker og sykepleie. I prosessen for å skape en relasjon til pårørende, ser vi at sykepleieren må gi av seg selv for å gjøre denne prosessen lettere, og at vi på denne måten blir et «instrument». Sykepleieren har et mål om å skape en god relasjon. Her kommer den terapeutiske rollen inn, selv om Travelbee i utgangspunktet er i mot roller. Hvordan kan sykepleieren være et instrument uten å påta seg en rolle? På samme måte kan

man forstå at en målrettet intellektuell tilnærming, som Travelbee (2011) skriver om, også vil rette seg mot rollen og målet som sykepleieren har om å skape en relasjon eller hvordan sykepleieren pleier pasienten og utfører prosedyrer. Basert på erfaring vil man som sykepleier i møte med pasienter eller pårørende ikke snakke som man gjør til venner eller kollegaer. Med pasienter og pårørende kan vi forestille oss at man har en mer profesjonell tilnærming enn det man har til venner blant annet fordi man har et mål med sykepleien som bygger på sykepleierens kunnskaper og sykepleierens profesjonalitet. Den profesjonelle tilnærmingen påvirkes av sykepleierens holdninger, kunnskaper og ferdigheter tenker vi. Hvis sykepleieren har en iboende holdning om at alle mennesker er likeverdige og unike individer vil dette ikke bare være terapeutisk eller profesjonelt, men også noe som pårørende vil se da man blir kjent.

Travelbee (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005) snakker om empati og sympati i interaksjonsprosessen som viktige fenomener for å skape et menneske-til-menneskeforhold. Empati vil si å sette seg i den andres følelser en kort stund. Dette kan gi dem følelsen av å bli forstått. Sykepleieren kan relatere det til noe man har opplevd til tidligere. På den andre siden er det ikke alle som har erfaringer med å miste en nær person. Vi kan da se for oss at vi må finne andre situasjoner og sammenligne med, for eksempel en situasjon der man blir adskilt fra noen, eller føler tap og sorg. Sympati er empati sammen med et ekte ønske om å hjelpe den andre (ibid). Vi kan se dette i sammenheng med barmhjertighetsprinsippet til Martinsen (1993) som tidligere er nevnt, hvor man har et inderlig ønske om å hjelpe den andre, uten å kreve noe tilbake. Videre kan dette sees opp mot sykepleierens grunnleggende verdier og ønske om å hjelpe andre, i hvert fall sånn vi forstår sykepleieryrket. Slik vi tolker barmhjertighet så er det ikke bare en uselvisk handling til beste for den andre, men en iboende holdning og egenskap hos sykepleieren.

Både empati og sympati er nevnt i studier der man ser at pårørende ønsker å bli forstått, og at sykepleierne har medfølelse og at det vises både gjennom verbale og nonverbale signaler, samt handlinger til pårørendes og pasientens beste (Boucher et al., 2010; Mossin & Landmark, 2010). Av erfaring vet vi at det er lett å bli påvirket i triste situasjoner. Det er lett å bli trist når andre er triste. Men hvor mye følelser er det lov å vise? Vi tenker at det er lov å vise følelser inntil en viss grense, fordi vi viser medmenneskelighet til de andre. På den andre siden kan pårørende bli utilpass hvis vi viser for mye følelser.

Hvis følelsene tar overhånd eller man er usikker på reaksjonen overfor pårørende, kan det være viktig for sykepleieren å ha kunnskaper om reaksjoner i krise og sorg. På den måten kan

man kan forberede seg mentalt i møte med pårørende. Dette gjør at man føler seg tryggere mener sykepleiere i studien til Frivold & Dale (2013). Vi kan som sykepleiere også bli bevisst egne følelser og reaksjoner, på den måten kan de blir lettere å takle. Eide & Eide (2011) kaller dette affektbevissthet, hvor man er bevisst sine egne følelser. Affekttoleranse vil si å være i stand til å takle følelsene, om de er gode eller vonde (ibid.). Det å snakke med andre sykepleiere på avdelingen kan være med på å bli bevisst egne følelser, samt og debriefe situasjoner som kjennes vanskelig, som for eksempel døden.

Sykepleieren har en pedagogisk og veiledende rolle i møte med pårørende (Tveiten, 2002). Med dette kan man se at sykepleieren har ansvar for øke pårørendes kunnskap, samt å veilede. Dette kan også sees opp i mot Travelbees teori om at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2011). Ut i fra teorien vi har funnet kan disse rollene sees opp i mot det å informere pårørende og å veilede dem til å føle økt mestring.

Å veilede og støtte gjennom en krise kan hjelpe pårørende til å føle økt mestring. Vi ser at vi gjennom emosjonsorientert, kognitivorientert og problemorientert mestring kan hjelpe pårørende å håndtere en krise (Reitan, 2010). Ved emosjonsorientert mestring er fokuset for sykepleieren å hjelpe pårørende å bearbeide følelser og reaksjoner, bli kjent med egne følelser og lære hvordan å håndtere de, samt å håndtere forsvarsmekanismer (Reitan, 2010). Det kan vi oppnå ved at personen får snakke om det han opplever, og at sykepleieren bruker åpne spørsmål og aktiv lytting for å få frem pårørendes subjektive meninger. Men det er som nevnt ikke nødvendigvis et mål for sykepleieren å bryte forsvarsmekanismene, da dette kan føre til meningsløshet og gjøre situasjonen enda mer håpløs for pårørende (ibid.). Sykepleieren får en utfordring her, ved å se hvor grensen mellom et naturlig forsvar og et sykkelig forsvar går for pårørende.

Kognitivt orientert mestring fokuserer på å gjøre situasjonen håndterbar for pårørende, slik at de føler at de har kontroll (Reitan, 2010). Sykepleieren veileder pårørende til å vurdere de utfordringene som de venter, slik at de er forberedt. På denne måten blir situasjonen mer forutsigbar. Sammen kan vi se på mulige utfall. I vårt tilfelle ville sykepleier og pårørende kunne diskutere forløpet i den terminale fasen, og sykepleieren kan informere om hvilke tiltak som kan være aktuelle ved eventuelle utfordringer, for eksempel hvis pasienten opplever smerter. Når pårørende får økt kunnskap er det lettere å forstå prosessen og hva som kan forventes. På den andre siden kan som nevnt for mye informasjon og detaljer bli vanskelig å håndtere, og man må vurdere hva som er hensiktsmessig. Sykepleieren kan også oppmuntre

pårørende til å skaffe seg mer informasjon om emnet eller å ta kontakt med pårørende grupper (ibid.). På denne måten kan de få støtte av andre som er i samme situasjon, samtidig som de får mulighet til å være aktiv for sin egen helse.

Problemorientert mestring vil ha som mål at pårørende tilpasser seg problemet, eller situasjonen, gjennom handlinger og atferd (Reitan, 2010). Når pårørende tar en aktiv del i situasjonen, vil det kunne føre til følelse av kontroll og medbestemmelse, som igjen kan gi økt mestringsfølelse (ibid.). Sykepleieren kan for eksempel bruke sin pedagogiske rolle til å lære pårørende munnstell, slik at de kan ta del i pleien og føle seg delaktige og som viktige ressurspersoner. Pårørende trenger også veiledning i hvordan å ta vare på seg selv i denne perioden, for eksempel å ta pauser, slik at de får frisk luft og mat. Pårørende sier gjennom studier at de synes det var godt å kunne gjøre noe for sine kjære, at det ga følelsen av nærhet (Mossin & Landmark, 2010).

Et av de viktigste behovene til pårørende er i følge studier informasjon (Boucher et al., 2010; Frivold & Dale, 2013; Gjerberg et al., 2010; Mossin & Landmark, 2010). Dette er viktig fordi det gir pårørende følelse av forutsigbarhet, trygghet og kontroll. Dette faller under sykepleierens veiledende og pedagogiske rolle, samt prinsippet om profesjonell hjelpende kommunikasjon. Sykepleieren har et ansvar om at informasjon mottas og forstås av pårørende. Igjen må vi ta hensyn til at alle er forskjellige, og har ulike måter å ta inn i informasjon på. Det kommer også helt an på om hvor de er i kriseforløpet og hvordan de takler dette (Eide & Eide, 2011; Cullberg, 2010). I våre erfaringer var pårørende ulike i måten de søkte informasjon. Dette ser vi at kan skyldes flere ting. Det kan være at de er usikre på sin rolle på sykehuset. Som vi ser fra studien til Mossin & Landmark (2010) er noen pårørende usikre på sin «plass» på sykehuset og er redde for å bry sykepleierne som har mye å gjøre. Man vet også i forhold til krisereaksjoner at noen kan stenge seg inne og isolere følelsene sine, mens andre går tilbake i utvikling og blir avhengig av andre på en juvenil måte (Cullberg, 2010). Denne naive og «klengete» måten å reagere på kalles regresjon. Dette kan sees opp i mot behovet for å gjenvinne kontroll av situasjonen, eller at de overlater all kontroll til andre. De søker stadig bekreftelse eller avkreftelse på sine antagelser og bekymringer.

Når sykepleieren skal informere pårørende kan det være lurt å være forberedt på hvilke spørsmål og reaksjoner som kan komme fra pårørende. På den måten kan man skape ro og trygghet for pårørende. Hvis legen skal formidle dårlige nyheter kan man forberede pårørende ved å fortelle at legen ønsker å snakke med dem, samt at man finner et rom hvor de ikke blir

forstyrret. Mennesker i sjokk kan lett glemme hva som blir sagt (Eide & Eide, 2011).

Sykepleieren kan derfor med fordel være tilstede for å besvare spørsmål i etterkant, samt å gi støtte. Det er viktig at budskapene gis tydelig, slik at pårørende ikke misforstår.

Sykepleieren må som tidligere nevnt vurdere hvilken informasjon som blir gitt. Det kan være at pårørende ikke klarer å håndtere all informasjon, og situasjonen kan bli uoversiktlig og oppleves håpløs. Man opplever innimellom sykepleiere som bevisst eller ubevisst bruker faguttrykk. Vi spør oss selv om de gjør det for å skjule sin egen usikkerhet eller fordi liker å føle at de har makt? Uansett vil ikke dette være gunstig for pårørende som kanskje ikke aner hva vi snakker om. De kan føle seg «dumme» som ikke forstår, kanskje tørr de ikke å spørre. Dette kan føre til avmakt og at de resignerer. En resignasjon vil påvirke relasjonen negativt fordi de trekker seg unna sykepleieren.

Et annet eksempel på en situasjon der pårørende kan reagere med avmakt og resignasjon er der de ikke føler seg sett eller tatt på alvor av sykepleiere og leger. Det kan være at de føler at de ikke får nok informasjon, at informasjon de selv har om pasienten ikke blir tatt på alvor eller at ønsker de har for situasjonen ikke blir tatt hensyn til. Disse ønskene sees i studiene vi har funnet (Boucher et al., 2010; Frivold & Dale, 2013, Gjerberg et al., 2010; Mossin & Landmark, 2010)

Vi forstår at symmetri er viktig for å oppnå et menneske-til-menneskeforhold. Når sykepleieren informerer eller snakker med pårørende kan man sette seg ned sammen for å få lik symmetri. Da er vi i lik høyde, og får ikke en som står over den andre. I tillegg signaliserer vi at vi har tid. Hvis den ene har makten i forholdet vil det bli asymmetri, noe som kan føre til avmakt eller motmakt. Vi har tidligere sett at maktbalansen kan være skjev fordi pårørende er avhengig av hjelp. Vi forstår derav at pårørende er avhengige av informasjon for å bli uavhengige og føler mestring og håndterbarhet.

6.3 Hva var det som gjorde at vi fikk en god relasjon til pårørende?

Våre erfaringer med å bygge en relasjon til pårørende er både like og ulike. Utgangspunktet for begge situasjoner var like, mens hvordan de pårørende taklet situasjonene var ulike. Mens den ene pårørende var stille og ikke krevde så mye, hadde den andre pårørende et stort behov for kontakt. Dette kan være fordi det er forskjellige personer, eller at de ikke var på samme sted i sin krisesituasjon. Mens den ene pårørende kanskje var i reaksjonsfasen, hvor mange

spørsmål som ”hvorfors” og med et stort behov for informasjon, var kanskje den andre pårørende startet bearbeidingsfasen hvor hun aksepterte situasjonen på en annen måte. (Cullberg, 2010). Begge pårørende fikk stilt sine behov, for vi fikk begge gode tilbakemeldinger. At vi var studenter med god tid kan ha vært en av årsakene til det. Som student har vi muligheten til å velge oss en pasient som vi følger opp, og dette gir kontinuitet for både oss, pasient og pårørende. Å ha den ekstra tiden uten å ha flere pasienter som krever sitt gjorde at vi hadde tiden og muligheten for å følge opp pasienten og pårørende på en annen måte enn hvis vi hadde jobbet. Vi tørr å påstå at tiden og kontinuiteten gjorde at vi bygget en relasjon til de pårørende på en god måte. Lillestø (2010) sier at tiden er et av menneskers urørlighetssoner, ved å ha god tid til de pårørende slapp de å vente på oss og derfor kanskje følte at de ble sett og hørt på en god måte. Vi hadde god tid til å bli kjent uten å ha andre ting å stresse med og vi kunne engasjere oss mer i disse situasjonene. I tillegg til tiden, er interessen stor som student. Vi ser i etterkant at vi var genuint interessert i å bli kjent med pårørende, både fordi vi ønsket å hjelpe og fordi vi så at vi lærte mye av situasjonen. I den tiden vi ikke var på rommet til pasienten eller i samtale med pårørende kunne vi sette oss ned å lese mer om sykdommen og på denne måten gi de pårørende bedre svar på det de lurte på.

På grunn av at vi var studenter møtte vi også vår egen sårbarhet i disse situasjonene. Møtet med døden og noe som var ukjent for oss begge, tenker vi at gjorde oss sårbare og at vi åpnet oss og viste vår personlighet i møtet med de pårørende, som igjen gjorde at de så på oss som medmennesker med ekte følelser. Dette er noe som kan slå begge veier, av erfaring liker ikke alle liker å ha noen som er uerfarne og sårbare, det kan føre til at de pårørende blir usikre som igjen kan føre til at den pårørende kan bli sint og føle avmakt (Storaker, 2010).

Ettersom vi viste oss som sårbare ovenfor de pårørende ga dette oss kanskje symmetri i relasjonen, da ingen av partene hadde mer makt (Eide & Eide, 2011). Vi ble ikke en makt eller autoritet, men et medmenneske. De pårørende følte seg viktige og likeverdige, og dette gjorde at vi ble godt kjent med pasienten gjennom historier fra de pårørende, da pasienten var såpass syk at de ikke snakket så mye. At vi ikke var erfarne sykepleiere i møtet med de pårørende, tenker vi også kan gjøre at vi ikke hadde en rutinepreget tankegang rundt å være tilstede. Vi var åpne for å møte de pårørende og deres ønsker uten å være preget av hvordan det har blitt gjort «i alle år».

Måten vi møtte den syke pasienten og de pårørende på, var med omsorg og med et ønske om å være der for noen som er i en vanskelig situasjon. Dette sier Kari Martinsen (1993) handler

om barmhjertighet, ønsket om å hjelpe uten å ville ha noe tilbake. Vi tenker at de pårørende merker om vi er der på dette grunnlaget, og at denne tilstedeværelsen gjør oss til en trygg person for de pårørende.

6.4 Hvilke utfordringer kan sykepleieren møte når man skal skape en relasjon til pårørende?

Å vise omsorg kommer gjennom sykepleierens holdninger, kunnskaper og handlinger i følge Martinsen (Kirkevold, 1992). Å være bevisst sine egne holdninger og å være trygg på seg selv tenker vi er viktig for sykepleieren i møtet med pårørende. Våre holdninger gjenspeiles av vår persepsjon og sykepleieren må ha kunnskaper om dette for å for å være bevisst sine egne reaksjoner og handlinger ovenfor pårørende. Dette har vi nevnt tidligere i forhold til å være affektbevissthet og affekttoleranse (Eide & Eide, 2011). Når sykepleieren kan se den enkelte personen, med ulike behov dannes sykepleien i følge Travelbee (2011).

Sykepleieren har en plikt til å gi lik omsorg, men også et behov mener vi. Det er ofte det som gjør at sykepleiere vil jobbe med det de gjør – de vil gi omsorg til andre. Sykepleieren har dog ingen kjærlighet til pasienter og pårørende, slik som i familier og nære forhold. For sykepleieren blir omsorg en del av plikten i utøvelse av sin profesjon. Derfor må sykepleieren gi av seg selv for å kunne gi omsorg til en annen i følge Vetlesen (2005). På den andre siden forstår vi at sykepleieren har valgt denne profesjonen ut ifra en iboende omsorg for andre mennesker. Noen er lønnsinntakere, og gjør jobben for de må. Er vi sykepleiere fordi vi vil gi av oss selv uten å kreve noe tilbake? Eller gir det oss følelsen av å være verdt noe? Er vi sykepleiere for oss selv eller for pasientene/pårørende?

Sykepleieren har også en utfordring i forhold til maktbegrepet som vi har snakket om flere ganger tidligere i oppgaven. Martinsen mener det er makt i alle avhengighetssituasjoner, og vi vet at makt kan påvirke relasjonen negativt, med for eksempel avmakt og motmakt. Men vi tenker også at det er vanskelig å unngå maktbegrepet der man i følge Slettebø (2009) har makt i følge sin utdanning, rolle som sykepleier og karismatikken sykepleieren har. Hun mener også at makten begrunnes ut i fra hvordan den andre opplever den. På den måten må sykepleieren være observant på hvordan de pårørende reagerer tenker vi. Med dette ser vi kunnskap om hva som kan føre til makt og asymmetri er viktig for sykepleieren.

Vi har tidligere diskutert tidsklemma og hvordan dette kan påvirke relasjonen til pårørende. Vi ser at dette kan være en utfordring for sykepleierne både av egen erfaring og studiene til Frivold & Dale(2013) og Gjerberg (2010). Men som vi nevnte innledningsvis kan studiene være gode argumenter for å endre en praksis som ikke fungerer optimalt hverken for pasienter, pårørende eller sykepleierne. Dog vet vi også at det ikke er så enkelt. I store organisasjoner er det mange argumenter for og i mot. Vi tenker at det handler om holdninger, faglighet og forsvarlighet.

Våre erfaringer fra møte med pårørende ble en positiv opplevelse, og vi fikk gode tilbakemeldinger. Men det hadde ikke trengt å være sånn. Vi vet gjennom erfaringer og medier at ikke alle er like fornøyde med helsevesenet. Vi vet også at usikkerhet, redsel og sorg kan gjøre mennesker sinte. Det trenger ikke nødvendigvis være noe galt med sykepleieren, eller med behandlingen. Men dette er noe som vi kan møte i arbeid med mennesker, og noe som man bør ha reflektert over tenker vi. Slik at man kan være forberedt både på den andres og egne følelser som kan dukke opp. Studiene vi har funnet gir stort sett et godt bilde av pårørendes møte med helsevesenet.

7.0 Oppsummering og konklusjon

Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven økt vår kunnskap rundt relasjonsbygging. Det har vært veldig interessant å lese om pårørendehistorier og forskning om dette temaet. Det har gitt oss mye å reflektere over. Det har også vært en fin mulighet til å reflektere over erfaringene våre fra praksis.

Vi valgte tidlig i prosessen med denne oppgaven å se bort i fra pasienten fordi vi ønsket å ha fokus på pårørende. I realiteten ville vi jo også hatt ansvar for pasienten, og etter å ha jobbet med denne oppgaven ser vi at dette er en viktig faktor i relasjonen til pårørende. Dette fordi at ved å vise omsorg og god pleie for pasienten viser vi også omsorg for pårørende og vise versa. Dette gjør både at både pårørende og pasient føler seg tryggere og bedre ivaretatt. Ut i fra det vi har lest og forstått av litteratur og studier, samt egne og andres erfaringer, blir pasient og pårørende en helhet som vi som sykepleiere har ansvar for.

Et tema som har gitt oss mye å reflektere over er urørlighetssoner og krenkende omsorg. Vi vet at holdninger og væremåte kan krenke noen, men at urørlighetssonene var så komplekse var ikke noe vi var klar over. Dette forteller oss viktigheten av at sykepleieren har kunnskaper og at man reflekterer over det arbeidet man gjør i møte med mennesker.

Vi ser også at omsorg og kommunikasjon ikke kan sees separat for å skape en relasjon til pårørende, de fungerer dynamisk. For å oppnå et godt menneske-til-menneskeforhold vil man som sykepleier bruke sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger i omsorg og kommunikasjon med pårørende. Et viktig punkt er også det å se det enkelte mennesket med de behov og utfordringer det har. Det som gir mening for den ene, gir ikke nødvendigvis mening for den andre. Og det bringer oss til vår konklusjon. Det finnes ingen fasit til hvordan man kan skape en god relasjon til pårørende. Nettopp fordi vi alle er så ulike. Men denne oppgaven gir en rettesnor om hvordan det kan gjøres, så må man bruke det som er riktig for den enkelte.

Litteraturliste

- Askheim O.P. (2010) Empowerment – ulike tilnærminger. I E Askheim O.P. & Starrin, B. (red.) *Empowerment i teori og praksis*. (1. utg., s. 21-33) Oslo: Gyldendal Akademisk AS
- Boucher, J., Bova, C., Sullivan-Bolyai, S., Theroux, R., Klar, R., Terrien, J. & Kaufman, D. (2010) Next-of-Kin's Perspectives of End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(1) 41-55. <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181c76d53>
- Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Frivold, G. & Dale, B. (2013) Sykepleieres opplevelser av å være i interaksjon med pårørende i intensivavdeling. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(2) 90-104. Lokalisert på: http://www.idunn.no/ts/nsf/2013/02/sykepleieres_opplevelser_avaavaere_i_interaksjon_med_paaroeere
- Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010) Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social science & Medicine*. 71(4) 677-684. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>
- Grov, K. (2010) Om å være pårørende. I E Knutstad, U., (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 267-283) Oslo: Akribe AS
- Hjort, P.F. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. I E. Kirkevold, K, Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 447-455). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal A/S
- Kolbein, F. (1983) *Redningsforsøk*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug E. (2005) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup – om etikk og sanselighet i sykepleien.:* Tano AS

Mossin, H. & Landmark, B. Th. (2010) Being present in hospital when the patient is dying – A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5) 382-389. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.11.005>

Lohne, V. (2010) Håp og håpløshet. I E. Knutstad, U., (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 108-123) Oslo: Akribe AS

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 § 1-3. (2014)

Reitan, A.M. (2010) Mestring. I E. Knutstad, U., (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 74-107) Oslo: Akribe AS

Ronge, K. (1998) *Vi som blir igjen. Mennesker i møte med sorgen – og livet som går videre*. Oslo: Grøndahl og Dreyers Forlag AS

Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget

Storaker, J.M. (2010) Sykepleieren i møte med pasient og pårørende. I E Mekki T.E., (red.) *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. (3. utg., s. 161-189) Oslo: Akribe AS

Travelbee, J. (2011) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, S. (2002). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Vetlesen, A.J. (2005) Omsorg – mellom avhengighet og autonomi. I E Ruyter, K. W. & Vetlesen, A.J. (red.) *Omsorgens tvetydighet* (1. utg., s. 27-40) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1 - PICO-skjema

Fullstendig spørsmål:

Hvordan skape en god relasjon til pårørende gjennom omsorg og kommunikasjon når pasientens liv går mot slutten?

| P pasient/problem | I intervensjon/eksposisjon | C evt. sammenligning | O utfall |
|---|--|--------------------------------|--------------------|
| Cancer next-of-kin family | terminal care communication end-of-life care | | relation |