



VIDEREUTDANNING I PALLIATIV OMSORG

**FORDYPNINGSOPPGAVE**

**VANSKELIGE PÅRØRENDE?**

**-ELLER PÅRØRENDE SOM HAR DET  
VANSKELIG?**

MAY-LISS SÆTHER  
MARIT WIKER

11.05.15

# **INNHOLD**

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>s. 5</b>
<b>1.1 Temaets relevans for palliativ omsorg</b>	<b>s. 6</b>
<b>1.2 Bakgrunn</b>	<b>s. 7</b>
<b>1.2.1 Definisjon av palliasjon</b>	<b>s. 7</b>
<b>1.2.2 Kommunikasjon med pårørende</b>	<b>s. 7</b>
<b>1.2.3 Sykepleiers holdninger til pårørende</b>	<b>s. 7</b>
<b>1.2.4 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende</b>	<b>s. 8</b>
<b>1.2.5 Joyce Travelbee</b>	<b>s. 8</b>
<b>1.2.6 Nærhetsetikk-møtet mellom to mennesker</b>	<b>s. 9</b>
<b>1.3 Avgrensning</b>	<b>s. 9</b>
<b>2.0 METODE</b>	<b>s. 10</b>
<b>2.1 Søkehistorikk</b>	<b>s. 10</b>
<b>2.2 Hvordan litteraturen er valgt ut og vurdert</b>	<b>s. 12</b>
<b>3.0 SAMMENDRAG AV RESULTATER</b>	<b>s. 21</b>
<b>3.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende</b>	<b>s. 21</b>
<b>3.2 Sykepleiers holdning til pårørende</b>	<b>s. 21</b>
<b>3.3 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende</b>	<b>s. 22</b>
<b>4.0 DISKUSJON</b>	<b>s. 23</b>
<b>4.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende</b>	<b>s. 23</b>
<b>4.2 Sykepleiers holdninger til pårørende</b>	<b>s. 25</b>
<b>4.3 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende</b>	<b>s. 27</b>
<b>4.4 Kritisk vurdering av eget arbeid</b>	<b>s. 29</b>
<b>5.0 KONKLUSJON</b>	<b>s. 30</b>
<b>6.0 LITTERATUR</b>	<b>s. 31</b>

## SAMMENDRAG

Tittel:	«Vanskelige pårørende, - eller pårørende som har det vanskelig?»	Dato : 11.05.15
Deltaker(e)/	May-Liss Sæther Marit Wiker	
Veileder(e):	Marit Tømmerbakk	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykepleier, pårørende, relasjoner, vanskelige pårørende.	
Antall sider/ord:33/8328	Antall vedlegg:0	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):
Kort beskrivelse av oppgave:		
<p>Hensikten med oppgaven er å finne ut hvorfor pårørende av og til oppfattes som vanskelige og krevende av sykepleiere, og hvordan vi på en bedre måte kan takle disse situasjonene. Vi ønsket å finne ut noe om sykepleiers holdninger og tanker knyttet til dette temaet, det ble derfor til at vi valgte sykepleiers perspektiv i oppgaven.</p> <p>Oppgaven bygger på et litteraturstudie hvor vi har brukt forskning, faglitteratur og egne erfaringer for å komme fram til et svar på problemstillingen vår.</p> <p>Resultatene fra forskning har gitt oss tre temaer som vi har drøftet i oppgaven vår; kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende, sykepleiers holdninger til pårørende og relasjoner mellom sykepleier og pårørende.</p> <p>Vi har kommet fram til at det er flere grunner til at sykepleier oppfatter pårørende som vanskelige; ulike forventninger til hverandre og oppfatninger av pasientens situasjon, utydelig kommunikasjon, sykepleiers negative holdninger til pårørende og mangel på kunnskap, både hos sykepleier og pårørende.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	Difficult/challenging relatives? Or relatives facing difficulties/challenges?	<b>Date :</b> 11.05.15
<b>Participants/</b>	May- Liss Sæther	
	Marit Wiker	
<b>Supervisor(s)</b>	Marit Tømmerbakk	
<b>Employer:</b>		
<b>Keywords (3-5)</b>	Nurse, relatives, relations, difficult relatives, challenging relatives	
<b>Number of pages/words:</b> 33/8328	<b>Number of appendix:</b> 0	<b>Availability (open/confidential):</b>
<b>Short description</b>		
<p>The aim of this study is to find out why patient families sometimes are perceived as difficult and demanding of nurses and how we can handle these situations better. We wanted to find out something about the nurses` attitudes and thoughts related to this topic, it was therefore we chose nurses` perspective in the task.</p> <p>This study is based on a literature review where we have used research, literature and own experiences to come up with an answer to our problem.</p> <p>The results of the research have given us three topics that we have discussed; communication between nurses and the patient families, nurses attitudes to the family and relationships between nurses and the family.</p> <p>We have concluded that there are several reasons why nurses perceive a family as difficult; different expectations of each other and perceptions of the patients situation, communication issues, nurse's negative attitudes towards the family aswell as a lack of knowledge, both in nurses and the family.</p>		

## 1.0 INNLEDNING

I palliasjon er det viktig å gi god omsorg til både pasient og pårørende, og definisjonen for palliativ omsorg sier blant annet ” målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende” (Helsedirektoratet 2015). Vi opplever at omsorgen til pårørende ofte kan bli satt litt til side, men vi synes at de bør ivaretas like godt som pasienten selv, det er tross alt de pårørende som skal leve videre. Pårørende er ofte de som kjenner pasienten best og er nære personer som pasienten er trygg på. I henhold til Pasientrettighetsloven defineres pårørende som den pasienten oppgir som 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, men det skal tas utgangspunkt i en nærmere angitt rekkefølge av personer (2014). De nærmeste pårørende må inviteres inn til samtale så fort som mulig. Det er også viktig å ivareta de pårørendes egne behov. Dette er vesentlig både for å redusere belastningen i selve sykdomsperioden og med tanke på sorgprosessen og tiden etter dødsfallet (Helsedirektoratet 2015).

Yrkesetiske retningslinjer § 3 sier: « Sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende». Dette konkretiseres blant annet ved at «Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt, samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet» (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Pårørendeomsorg er en viktig del av vår jobb som sykepleiere, og kanskje spesielt som palliative sykepleiere. Noen møter, situasjoner og samtaler opplever vi som mer krevende enn andre. Vi synes dette kan være utfordrende situasjoner å stå i, og ønsker å lære mer om hvordan vi kan møte pårørende for å sammen kunne gå i takt mot et felles mål, at pasienten skal ha det best mulig.

Vi har brukt ”vanskelige” pårørende i tittelen vår, og selv om vi er litt usikre på hvorvidt det er akseptabelt å bruke dette ordet som en del av vår oppgave, men det er likevel noe mange i helsevesenet kan relatere til. Hvem er de vanskelige pårørende egentlig? Og hvorfor blir de oppfattet på denne måten? Vi lurer på hva som ligger til grunn for at dette er et eksisterende begrep, for er det så enkelt at noen faktisk bare er vanskelige? Vi spør kollegaer hva de legger i begrepet, og får til svar at man ofte kan oppleve det som vanskelig da man møter pårørende som er veldig engasjerte og ”på hugget” med spørsmål, og som vi opplever som kunnskapsrike. Vi kan føle oss truet. Er det for at vi er usikre på oss selv og vår egen

kunnskap? Er det virkelig så rart at pårørende har spørsmål om sine nærmeste i en slik situasjon? Vi har selv mange tanker rundt dette, og vi tenker at det må vel være en grunn for at vi oppfatter noen slik? Har det med sykepleiers holdninger å gjøre? Eller blir vi påvirket av hverandre? Vi tror selv at det ligger noe mer bak. Hvis man vet at man skal miste en av sine nærmeste, ønsker man ikke da at den siste tiden skal bli så god som mulig? Blir man kanskje da litt ekstra på hugget på personalet for at alt skal bli riktig og bra? Det er ikke alltid så lett å slippe taket, legge all kontroll over i hendene på noen andre, kanskje er det slik at man prøver å beholde kontrollen på noe av det man faktisk kan kontrollere? Vi som mennesker er sårbare, og i en ekstra sårbar situasjon handler man ikke alltid rasjonelt, man er frustrert og lei seg, kanskje litt desperat til og med, er det da så rart at man mister litt kontrollen over seg selv og lar frustrasjonen gå ut over de som er tilstedet, nemlig sykepleieren. Hva gjør ”ventesorgen” med oss som mennesker? Tiden vi går og venter på at en av våre nærmeste skal bli borte fra oss. Sammenlignet med ”vanlig” sorg kan man i ventesorgen se en større følelse av sinne, tap av følelsesk kontroll og atypisk sorg (Johansson og Grimby 2012). Kanskje er vi litt raske til å dømme? Hvordan ville du ha oppført deg i samme situasjon?

Dette var tanker vi hadde da vi startet prosessen med tema og arbeid mot en problemstilling. De første søkerundene etter litteratur gikk vi veldig vidt ut for å prøve å finne ut noe om hva som finnes av forskning og artikler fra før. Det vi fant ut i første omgang var at det var lite forskning på pårørende som tema, og mye var gammelt. Likevel dukket det opp enkelte refleksjoner og artikler fra blant annet sykepleiere som sa noe om hvordan de opplevde pårørende, og ordet ”vanskelig” dukket også opp her (Haugen 2014). Vi fant også forskning som sa noe om at pårørende følte de fikk for lite informasjon, og at kommunikasjon og relasjon mellom pårørende og sykepleiere var en utfordring (Fridriksdottir, Sigurdardottir og Gunnarsdottir 2006) (Thompson m.fl. 2012).

### **1.1 Temaets relevans for videreutdanning i palliativ omsorg**

I løpet av disse to årene på videreutdanning i palliativ omsorg har planene for hvert emne sagt noe om hva vi skal ha fokus på og lære. Temaet pårørende går igjen gjennom alle emneplanene. Dessuten legger og Helsedirektoratet (2015) vekt på ivaretagelse av pårørende innen palliasjon i Nasjonalt Handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.

## **1.2 Bakgrunn**

### **1.2.1 Definisjon av palliasjon**

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet» (WHO). I 2011 kom WHO med en definisjon av palliasjon, hvor det fremgår at prinsippene er anvendbare overfor alle pasienter med livstruende sykdom og også kan anvendes tidlig i sykdomsforløpet (Helsedirektoratet 2015).

### **1.2.2 Kommunikasjon med pårørende**

Kunsten i å kommunisere består blant annet i å oppfatte samspillet mellom det verbale og nonverbale, for så å kunne forholde seg til helheten og respondere på det sentrale i det den andre formidler. Tegn og signaler, enten de er verbale eller nonverbale, er ofte sammensatte og må fortolkes. Ord er sjeldent entydige. Avhengig av signaler og hvordan vi tolker disse kan møtet med den andre oppleves på svært ulike måter, som godt, ubehagelig, sårende, irriterende, inspirerende osv. Den andres signaler og vår fortolkning av disse skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillitt og mistillitt, samarbeid og konflikt. Kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre, ved å lytte aktivt, være åpen og samtidig direkte (Eide & Eide 2008).

### **1.2.3 Sykepleiers holdninger til pårørende**

Håkonsen (2008) definerer holdninger slik; ”En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser”. Holdninger består av tre komponenter; den følelsesmessige, den kognitive og den adferdsmessige. Disse komponentene sier noe om hva vi mener og tenker om noe, hva vi føler og hvordan vi oppfører oss (Håkonsen 2008). I følge Bauer (2003) har sykepleiere flere negative holdninger mot pårørende; som at de blir sett på som et problem og noe som trengs å ”håndteres” og kontrollert, at de kan være forstyrrende til rutinene og blir sett på som en kilde til trøbbel. Å flytte fokuset over på de ulike familiemedlemmene sine ressurser, ferdigheter og

kunnskaper kan være en stor ressurs i det palliative arbeidet, og kan hjelpe oss å endre holdningene fra problem over til relasjon (Schjødt m.fl. 2011).

#### **1.2.4 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende**

En relasjon oppstår ikke av seg selv, den er et resultat av samhandling mellom bruker og fagperson. En god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillitt, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Når samhandlingen fungerer slik, utvikles det en bærende relasjon. I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre, og når du forstår kan du også handle på en mer fruktbar måte ovenfor den andre. Når fagpersonens handlinger er forankret i det at hun forstår den andre, vil handlingene igjen virke positivt inn på relasjonen. Det å føle seg forstått skaper tillitt, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Å føle seg forstått er også viktig i seg selv for å skape endring (Røkenes & Hanssen 2012). Sykdom kan medføre en endring av roller, også for familien, og man kan føle opplevelse av hjelpsløshet og usikkerhet. Alle trenger støtte, og mange har et behov for veiledning for å ivareta seg selv og den syke best mulig (Schjødt m.fl. 2011). Støtte, samtaler med personalet og informasjon er i følge Herzberg, Ekman og Axelsson (2001) viktige behov for pårørende, og bidrar til å skape gode relasjoner.

#### **1.2.5 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee er en sykepleierteoretiker som ser mennesket som et unikt individ som er i vekst, endring og utvikling. Hun har også fokus på å skulle gi sykepleie til pasientens familie. Travelbee (2009) definerer sykepleiens mål og hensikt på følgende måte:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Kirkevold, s.113).

Travelbee sier at et menneske til menneske forhold er et mål som etableres etter flere gjennomgatte interaksjonsfaser. Hun stiller opp følgende faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt.

Et menneske til menneske forhold kan i følge Travelbee bare eksistere mellom konkrete mennesker og ikke mellom generelle og abstrakte roller, slik som rollene pasient og sykepleier (Kirkevold 2009).



### **1.2.6 Nærhetsetikk- møtet mellom to mennesker**

Nærhetsetikk er det som skjer i ett møte mellom to mennesker. Å møte den andre som likeverdig. Den andres opplevelser er sann for han/henne (Røkenes & Hanssen 2012). Det kan være flere ting som påvirker dette møtet, som f.eks. kjemi, tillit, holdninger, kommunikasjon og samhandling. Det er noe som ikke er planlagt, men noe som oppstår når vi møter hverandre med åpenhet og ikke er opptatt av hva som er rett og galt, men å være. Det er noe som står på spill i dette møtet, f.eks. tillit, som får oss til å gjøre som vi gjør og si som vi sier. (Eide m.fl. 2011).

Vi ble nysgjerrige, og kom etter hvert fram til at vår hensikt med dette litteraturstudiet skal være å finne ut hvorfor pårørende av og til oppfattes som vanskelige og krevende av sykepleiere, og hvordan vi på en bedre måte kan takle disse situasjonene. Vi ønsket å finne ut noe om sykepleiers holdninger og tanker knyttet til dette temaet, det ble derfor til at vi valgte sykepleiers perspektiv i oppgaven vår.

Ut i fra dette har vi kommet fram til følgende problemstilling:

***Hva er årsaken til at sykepleier oppfatter noen pårørende som vanskelige?***

### **1.3 Avgrensning**

I all sykepleie står pasienten i fokus i forhold til behandling, pleie og omsorg. I oppgaven forholder vi oss til pårørende, da vi mener en god relasjon mellom sykepleier og pårørende vil være til det beste for pasienten. Vi velger å avgrense oppgaven til å gjelde voksne pårørende over 18 år.

## **2.0 METODE**

Vilhelm Aubert beskriver metode slik; ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2014, s. 111). Fra skolen sin side er det lagt opp til at vi skal bruke litteraturstudie som metode. Det vil si at oppgaven skal baseres på analyse av skriftlige kilder på et bestemt tema, med innspill av personlige erfaringer (Dalland, 2014). Det finnes både fordeler og ulemper ved å bruke litteraturstudie som metode. Noen fordeler vil være at man får god oversikt over forskning og litteratur på et bestemt tema og dermed får mye data som kan gi et godt kunnskapsgrunnlag (Dalland 2014). Det vil også være en fordel at leseren kan gå tilbake og se på søkene som er gjort, slik at en vurdering av resultatene kan etterprøves (Østlie 2015). Ulemper ved et litteraturstudie kan være at det er veldig tidkrevende å gjennomføre systematiske litteratursøk, det kan også være en utfordring at det meste av forskning er skrevet på engelsk. Dessuten kan det at vi selv definerer utvalgskriteriene gjøre at vi mister mye data (Dalland 1014).

Formålet med en litteraturgjennomgang er å få oversikt over kunnskapen som allerede finnes om det temaet vi har valgt. Vi har gjort systematiske litteratursøk etter vitenskaplige artikler, og kritisk vurdert disse i forhold til vår problemstilling.

### **2.1 Søkehistorikk**

Da vi startet søket etter litteratur tok vi utgangspunkt sykepleien forskning hvor vi brukte søkeord som vanskelige pårørende og pårørende. Der fant vi en etisk refleksjon og en artikkel som ga oss en indikasjon på at tema vi hadde valgt var relevant. Vi utvidet søket til Ovid Nursing Database hvor vi brukte følgende søkeord: palliative care, extended family, caregivers, family needs, nurses og family nursing. Vi fikk mye treff, men da vi kombinerte palliative care og family needs fant vi en artikkel vi synes var relevant for bakgrunnen i oppgaven. Vi søkte videre i Ovid med anticipatory grieving og extended family som også ga oss en relevant artikkel. De andre artiklene vi har brukt i bakgrunn for valg av tema fant vi fra litteratur lister og tips fra blant annet lærer.

## Søking og resultater (26.01.15)

---

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1:Palliative care	Ovid Nursing Database		7719
2: Extended family			7530
3:		1+2	408
4: Caregivers			10477
5:		3+4	123
6: Family needs			250
7:		1+6	11
8: Nurses			86848
9:		1+2+8	32
10: Family nursing			1281
		1+10	20

## Søking og resultater (12.03.2015)

---

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1: Anticipatory grieving	Ovid Nursing		55
2: Extended family	Ovid Nursing		7768
		1+2	13

Prosessen med å finne gode og relevante artikler har vært vanskelig, og vi har brukt veldig mange søkeord som har gitt oss artikler som vi har lest og valgt bort. Disse søkeordene er blant annet demanding family, staff-family relationships, encounters, conflicts, family-nurse relation. Det var først da vi klarte å snevre inn fokuset vårt til sykepleiers perspektiv at vi fant de artikkelene vi var ute etter.

Kjerneartikkelene våre fant vi ved blant annet å søke på pårørende i sykepleien forskning, litteraturlister fra andre artikler og hovedoppgaver vi har lest. Vi søkte også her i Ovid Nursing Database med nurses`experience og extended family som ga oss en relevant artikkel.

## Søking og resultater (12.02.15)

---

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1: Dissatisfaction	Ovid Nursing		1351
2: Caregivers			10558
3:		1+2	41
4: Terminal care			17849
		3+4	3 Uaktuelle

## Søking og resultater (12.02.15)

---

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1: End of life care /terminal care	Ovid Nursing		1591
2: Relationship			33762
3: Nursing staff/ Nurses			34586
4: Extended family			7579
		1+2+3+4	1 uaktuell

## Søking og resultater (21.04.15)

---

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1: Nurses experience	Ovid Nursing		200
2: Extended family			7809
		1+2	10- 1 aktuell

### 2.2 Hvordan litteraturen er valgt ut og vurdert

Ved utvelgelse av artikler har vi sett etter artikler fra sykepleiers perspektiv. Vi har vært ute etter å vite noe om relasjon mellom sykepleier og pårørende, og har hovedsaklig valgt å forholde oss til pasienter i sykehjem da forskning i forhold til dette temaet relatert direkte til palliasjon har vært vanskelig å finne. Vi har også valgt artikler ut ifra om de er skrevet etter

IMRAD struktur, hvor de er publisert og vitenskapelig nivå, om artiklene har en tydelig hensikt, og troverdige resultater, og om resultatene kan overføres til egen sykepleierpraksis (Dalland 2014).

Dalland (2014) sier kildekritikk er «de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann» (s.67) Man må vurdere om kildene kan brukes. Vi har valgt å ta med en artikkel fra sykepleien forskning og et vitenskapelig essay som ikke følger IMRAD struktur, men vi vurderer dem som relevante likevel da de sier mye om sykepleiers erfaring med pårørende i sårbare situasjoner og viser at dette kan være utfordrende. Vi har valgt faglitteratur i utfra bakgrunnskunnskaper og relevans i forhold til palliativ omsorg, og vi er klar over at kvalitet på faglitteratur kan variere. I prosessen med å velge ut litteratur har vi prøvd å la være å ha en forutinntatt oppfatning av hva vi skulle finne. Dalland (2014) sier hensikten med kildekritikk er at leseren ser ulike refleksjoner forfatter har gjort, om litteraturen er relevant og gyldig i henhold til problemstillingen.

I prosessen med å vurdere litteraturen har vi brukt sjekklister for kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) og resultatene er sammenstilt i tabell for analyse av artikler fra Høgskolen i Gjøvik.

Vi valgt å lage en tabell med tematisk analyse for å sortere og trekke ut nøkkelordene fra artiklene.

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p><b>Solvoll, B. A, G. Ursin., B.S. Brinchmann og A. Lindseth</b></p> <p><b>«En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende og seg selv»</b></p> <p><b>I: <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> nr 1-2013, 9. årgang</b></p>	<p>Vise hvordan følelser innebygd i hendelser og erfaringer kan ha betydning for sykepleiepraksis.</p> <p>Gjennom dialoger og refleksjoner er det mulig å forholde seg aktivt til egne følelser og dermed avsløre viktig kunnskap om seg selv og andre.</p>	<p>Vitenskapelig essay, dialogisk og hermeneutisk metode</p>	<p>Man bør håndtere egne følelser ved å gå i dialog med seg selv, samt å tørre å forholde seg til egne følelser.</p> <p>Sykepleiere bør være bevisst sin posisjon i møte med andre mennesker. For å forstå den andre, må man først forstå seg selv.</p> <p>Utfordrende hendelser kan gi en større forståelse av personer som handler i praksis ved systematisk refleksjon over erfaringer.</p> <p>Systematisk undersøkelse av fortellinger bidrar til betydelig praktisk kunnskap.</p>	<p>Det er ikke oppgitt hvor mange deltagere det var ved utformingen av historien.</p> <p>Kun en rehabiliterings avdeling.</p> <p>Nivå 1, fagfelleverdert.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p><b>Bergland, Å, og M, Hestetun.</b></p> <p><b>«Samarbeid med pårørende i sykehjem»</b></p> <p><i>I: Sykepleien forskning 2009/03.</i></p>	<p>Bedre samhandling med pårørende i en korttidsavdeling.</p> <p>Kvalitetsutvikle sykehjemmets tjenestetilbud på en systematisk måte.</p>	<p>Litteraturstudie der 15 studier ble gjennomgått</p> <p>Kartleggings skjemaer for å beskrive noen kjennetegn ved vanskelige samtaler. Kun 5 skjemaer var levert.</p>	<p>Synliggjøring av problematiske og utfordrende prosesser.</p> <p>Informasjon er viktig for å oppnå god relasjon med pårørende.</p> <p>Kvalitetssikring og utvikling av pårørende informasjon.</p>	<p>Følger ikke IMRAD struktur.</p> <p>Nivå 1, fagfelleurdert.</p> <p>Lite antall utfylte skjemaer, og det sies noe om hvorfor.</p> <p>Sier ingenting om inklusjon/eksklusjons kriterier</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p><b>Hertzberg, A og S. L. Ekman.</b></p> <p><b>«We, not them and us?» Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes</b></p> <p><b>I: <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2000, 31(3), 614-622</b></p>	<p>Identifisere årsaker til dårlig samarbeid mellom ansatte og pårørende i en sykehjemsavdeling for demente, og finne løsninger for å bedre forholdet mellom disse.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>3 forskjellige grupper med 8 deltakere.</p> <p>1. forfatter deltok som observatør i alle gruppene.</p>	<p>Resultatene er basert på deltakernes fortellinger om erfaringer i samhandling med pårørende/ helsepersonell.</p> <p>Dårlig kommunikasjon er årsak til mistillit og begrenset påvirkningskraft for pårørende.</p> <p>Signifikant funn: ansatte og pårørende ga aldri, eller ble bedt om å gi tilbakemeldinger om hva de tenkte eller mente om hverandre.</p> <p>Resultatene ble delt i tre kategorier: Inflytelse og deltakelse, usikkerhet og mistro, og kommunikasjonsproblemer.</p>	<p>Deltakerne hadde gitt informert samtykke.</p> <p>Følger IMRAD struktur</p> <p>Fagfellevurdert, nivå 1.</p> <p>God beskrivelse av data analysen</p> <p>Klare inklusjons og eksklusjonskriterier.</p> <p>Sier ingenting om styrker og svakheter med studien.</p>



Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p><b>Hertzberg, A., S.L. Ekman og K. Axelsson</b></p> <p><b>«Relatives are a resource, but»: Registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes</b></p> <p><b>I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> 2003; 12: 431-441</b></p>	<p>Forklare og beskrive sykepleieres syn og erfaringer med pårørende til pasienter på sykehjem</p>	<p>Kvalitativ, utforskende, beskrivende design.</p> <p>Semistrukturerte intervjuer av 15 kvinner og 4 menn i alderen 27-61 år med ansinitet mellom 1 og 39 år.</p> <p>Datasamling pågikk i 4 mnd.</p>	<p>Satt opp 4 kategorier med underkategorier:</p> <p>1.Pårørende er en ressurs, men av og til en hindring</p> <p>2.Ivaretagelse av pårørende er en del av sykepleieroppgavene.</p> <p>3.Pårørende er til hjelp, men er av og til krevende.</p> <p>4.Pårørendes alder og kjønn.</p>	<p>Følger IMRAD struktur.</p> <p>Fagfellevurdert, nivå 1</p> <p>Etisk godkjent av regional forskningskomite ved Karolinska instituttet og av sykehjemslederene.</p> <p>Beskriver godt hvordan data analysen ble utført.</p> <p>Sier ingenting om egne styrker/ svakheter.</p> <p>Sier ingenting om inklusjons/eksklusjonskriterier.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p><b>Lindhardt, T., I.R. Hallberg, og I. Poulsen</b></p> <p>«Nurses' experience of collaboration with relatives of elderly patients in acute hospital wards: A quality study»</p> <p><i>I:International journal of Nursing Studies 45 (2008)668-681</i></p>	<p>Belyse sykepleieres opplevelse av samarbeid med pårørende av skrøpelige eldre pasienter i akutte sykehusavdelinger, og hva som hemmer og fremmer et godt samarbeid</p>	<p>Kvalitativ, intervjuer av 6 sykepleiere og 2 hjelpepleiere.</p> <p>Sykepleierne var alle kvinner mellom 28 og 66 år, og hadde praktisert som spl fra 3,5 - 42 år</p>	<p>Refleksjoner rundt praksis og klinisk veiledning kan hjelpe sykepleiere til å jobbe med sine holdninger på et bevisst nivå og forbedre deres kompetanse i å samarbeide med pårørende. Spesifikke standarder for samarbeid i praksis er nødvendig, samt opplæring og utdanning for å øke sykepleieres kommunikasjons evner. Dette, sammen med en kontinuitet vil bedre organiseringen av omsorgen og øke sykepleierens kunnskap om pasientene slik at de blir bedre forberedt på samarbeid med pårørende.</p>	<p>Godkjent av etisk komite i København</p> <p>Følger IMRAD struktur</p> <p>Nivå 2, fagfelleverdert</p> <p>Reflekterer over studiens styrker/ svakheter</p> <p>God beskrivelse av data analysen.</p>

<b>Referanse</b>	<b>Artikkel 1</b> (Solvoll m. fl 2013).  Nivå 1, fagfellevurdert	<b>Artikkel 2</b> (Bergland og Hestetun 2009 ).  Nivå 1, fagfellevurdert	<b>Artikkel 3</b> (Hertzberg og Ekman, 2000).  Nivå 1, fagfellevurdert	<b>Artikkel 4</b> (Hertzberg m.fl, 2003).  Nivå 1, fagfellevurdert	<b>Artikkel 5</b> (Lindhardt m. fl, 2008).  Nivå 2, fagfellevurdert
<b>Kommunikasjon</b>	Må framstå som ekte og sann i møte med pårørende. Å prøve og skjule egne følelser som sitter i kroppen er antakelig ikke mulig, og pårørende vil merke aversjon og avvisning.	Generelle tiltak som foreslås for å forbedre personalets kommunikasjon og samhandling med pårørende, er å øke den enkeltes kunnskap og gi muligheter for refleksjon. Kommunikasjonsproblemer kan føre til usikkerhet, mistillit og av og til konflikter.	Forskjellige aspekter av kommunikasjon f. eks informasjon, samtaler, meninger om dokumentasjon, forslag og spørsmål. Indirekte kommunikasjon fører til usikkerhet hos sykepleier og pårørende.	Pårørende er til hjelp, men av og til krevende. Pårørende kamuflerer kommunikasjonen og har vage spørsmål.	Ved å øke sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter kan man forsterke mulighetene for å etablere vellykket samarbeid med pårørende og bryte det negative reaksjonsmønsteret.
<b>Holdninger</b>	Et viktig utgangspunkt for å kunne være til hjelp for andre er sykepleierens egen evne til selvrefleksjon og selvavgrensning	Enkelte helsepersonell forsøker å unngå kontakt med pårørende da det er beskrevet situasjoner hvor pårørende har tatt ut sinne og frustrasjon overfor personalet. I stedet for å se slike rekasjoner fra pårørende som en mulighet til å forbedre tilbudet i avdelingen, oppleves det	Sykepleierne sa de var engstelige for å vise at pårørende stilte dumme eller lite adekvate spørsmål, noe de ikke alltid lyktes med, og pårørende fortalte om situasjoner der ansatte hadde gjort dem flau og fornedt. Sykepleiere ga sjeldent	Pårørende ble sett på som en sykepleier oppgave, selv om dette ikke ble prioritert. Samarbeid med pårørende ble opplevd som tidkrevende og komplisert	Sykepleiere syntes å bære to sett holdninger til pårørende og samarbeid med dem og tilsynelatende merket visse pårørende som vanskelige. Holdningene besto i ett sett ideelle holdninger i samsvar med profesjonens etikk og

		<p>som personlig kritikk. Det bør være enighet blant personalet om hva som er god praksis i forhold til å involvere pårørende.</p>	<p>pårørende tilbud om om å delta i praktiske gjøremål da det var lettere å sende dem hjem med en innstilling om at de var utslitte etter alt de hadde vært igjennom.</p>		<p>verdier, og ett sett som gjenspeiler sykepleierhverdagen med krav om effektivitet. Konflikten mellom praksisrelaterte holdninger ble spesielt tydelige når det ble snakket om vanskelige møter med pårørende.</p>
<b>Relasjoner</b>	<p>Når pasienten er dårlig og livet synes å gå mot slutten, er relasjonene mellom pårørende og sykepleier særlig sårbar.</p>	<p>Relasjonene mellom pårørende og personalet kan være preget av mangel på forståelse for den andre parts situasjon.</p>	<p>Relasjonene kan bedres ved planlagte møter, individuelle samtaler, og samarbeid om små praktiske oppgaver rundt pasienten.</p>	<p>At sykepleieren erkjente at pårørende er eksperter på pasienten, kunne skape mindre spenninger og bedre relasjoner dem i mellom.</p> <p>Dårlige relasjoner er vanskelig å reparere.</p>	<p>Sykepleiers kompetanse og erfaring pekte seg ut som en forutsetning for et godt samarbeid og en god relasjon til pårørende. Her viste det også mindre sprik mellom ideal og praksis.</p>

### **3.0 SAMMENDRAG AV RESULTATER**

#### **3.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende**

Mangel på kommunikasjon er en faktor som kommer tydelig fram i alle artiklene vi har valgt. Kommunikasjonsproblemer kan føre til usikkerhet, mistillit og konflikter, og personalet mister en informasjonskilde som kunne gitt pasienten forbedret pleie. Det er beskrevet at i mange situasjoner kan pårørende ta ut sinne og frustrasjon overfor personalet, og for enkelte kan dette bli den dominerende oppfatningen av pårørende. Dette kan føre til at enkelte kan forsøke å unngå kontakt med de pårørende (Bergland og Hestetun 2009). Det viste seg også at i møtene med pårørende som blir beskrevet som vanskelige, så kunne det så like godt være sykepleiers mangel på kunnskap og informasjon om en pasient, som kunne føre til dårlig kommunikasjon og konflikter. Idealet sier at å involvere pårørende på et tidlig tidspunkt gjør kommunikasjonen lettere og pårørende mer fornøyde, men praksisen samsvarer ikke med idealet. Sykepleiere forteller at de tilfører pårørende informasjon med en innstilling om at de skal holde dem fornøyde, og at en telefon om å oppdatere om en pasients tilstand ble brukt som en måte for å forebygge sinneutbrudd fra pårørende i ettertid. Sykepleiere innrømmer også at de bruker en avvisende måte å kommunisere på for å unngå samtaler med pårørende med en viss holdning (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008).

Både ansatte og pårørende sier at gitt informasjon ofte ikke ble mottatt som forutsatt. (Hertzberg og Ekman 2000). Sykepleiere sier pårørendes kommunikasjon ofte er vag eller diffus, og tror det kan komme av at pårørende trodde de ville bli dømt som vanskelige om de var direkte. (Hertzberg, Ekman og Axelsson 2003).

Spesifikke standarder for samarbeid i praksis er nødvendig, samt opplæring og utdanning for å øke sykepleieres kommunikasjons evner sier Lindhardt, Hallberg, og Poulsen (2008).

#### **3.2 Sykepleiers holdninger til pårørende**

Lindhardt, Hallberg, og Poulsen (2008) sier det er avvik mellom sykepleiers idealer og praksis, som fører til negative holdninger til pårørende. I følge profesjonelle verdier bør sykepleier fokus være på funksjonelle behov, relasjoner, samhandling, og pasientens og familiens psykososiale reaksjoner på sykdom. Mens sykepleiere stort sett utfører jobben sin i

en organisasjon der andre verdier og forutsetninger dominerer og har innflytelse på oppførsel og livssyn.

Sykepleiere bør være bevisst sin posisjon i møte med andre mennesker. For å forstå den andre, må man først forstå seg selv. Gjennom dialog og refleksjon er det mulig å forholde seg aktivt til våre egne følelser og dermed avsløre viktig kunnskap om seg selv og andre (Solvoll m.fl. 2013). Hertzberg, Ekman & Axelsson (2003) viser til at pårørende som oppfattes som for involverte blir sett på som så tidkrevende at sykepleier følte det gikk utover andre arbeidsoppgaver.

Sykepleiere skylder på mangel av tid til å snakke med pårørende, og de blir sett på som et tilleggsproblem som tar tid, men innrømmer at det er negative holdninger og dårlig prioritering som ligger bak. Det viste seg også at hvis sykepleier og pårørende ikke hadde samme inntrykk og oppfatning av pasientens situasjon, eller pårørende ikke møtte sykepleiers forventninger, ble de sett på som vanskelige og krevende. Refleksjoner rundt praksis og klinisk veiledning kan hjelpe sykepleiere til å jobbe med sine holdninger på et bevisst nivå og forbedre egen kompetanse i å samarbeide med pårørende (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008)

### **3.3 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende**

Det er viktig at relasjonen mellom sykepleier og pårørende oppfattes som en toveisprosess, og pårørende må ha kunnskap om hva sykehjemmet kan tilby, så det ikke skapes urealistiske forventninger. Hvordan kontakten mellom sykepleier og pårørende blir er avhengig av hvor aktive de pårørende er. Siden pårørende ser lite til personalet kan relasjonen oppleves som overfladisk (Bergland og Hestetun 2009).

Hertzberg og Ekman (2000), sier resultatene i deres forskningsprosjekt tyder på at erfaringene sykepleier og pårørende har til hverandre er knyttet til spørsmål om deltakelse, tillit, og tiltak for å unngå konflikter. Hvis sykepleier bruker mer tid på å bygge opp et tillitsforhold og en god relasjon til pårørende, vil de over tid bli mer tilfreds (Hertzberg, Ekman & Axelsson 2003). Det viste seg også at andre oppgaver ble prioritert over å involvere og bygge relasjoner til familien til pasientene, som videre gjorde det vanskelig for dem å samarbeide (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008).

## **4.0 DISKUSJON**

I dette kapitlet vil vi trekke inn faglitteratur, forskning og egne erfaringer i diskusjon for å prøve å komme fram til et svar på vår problemstilling.

### **4.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende**

En god kommunikasjon er grunnmuren i et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende, men kunsten å kommunisere er utfordrende og trenger trening. Hvordan vi oppfatter hverandre, tolker tegn og signaler kan være avgjørende for et godt møte og det å legge et godt utgangspunkt for å videre bygge opp en god relasjon. Så hvordan møter vi den andre? Har vi forutinntatte sannheter om hvordan dette møtet kommer til å gå? I så fall tror vi at dette vil ha store utfall for hvordan dette møtet vil gå. Vi blir noen ganger påvirket av hverandre, og hvis en kollega allerede har et inntrykk eller oppfatning av et familiemedlem, er det lett at vi drar det med oss i vårt første møte. Det er viktig å møte hverandre med åpenhet og å være bevisst på den non-verbale kommunikasjonen, dette påvirker hvordan vi tolker hverandre (Eide & Eide 2008). Er vi flinke nok til dette? Vi har selv opplevd ”faren” med å bli advart av kollegaer på vaktrommet, og hva dette gjør med oss da vi selv skal møte et familiemedlem noen allerede har oppfattet som vanskelig. Det er fort gjort å bli litt nervøs og usikker, og å grue seg litt for hva som kommer. Hvilke signaler sender vi ut? Og hvordan blir vi tolket? Da blir kanskje pårørende enda litt mer på ”hugget”, hvis de merker vår usikkerhet, og vi tror det videre bli vanskelig for dem å ha tillitt til oss. Dessuten viser det seg at det like godt er sykepleiers manglende kjennskap til pasienten som kan gjøre disse møtene vanskelige. I stedet for å erkjenne vår egen usikkerhet og manglene evne til å være oppdaterte om pasientens situasjon, så beskylder vi i stedet pårørende for å være vanskelige. Vi velger også en avvisende måte å kommunisere på for å unngå å snakke med pårørende, glemmer oss og gir inntrykk av at vi har dårlig tid, mens det egentlig handler om å slippe unna (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008). Vi er ikke tøffe nok til å stå i den type situasjoner, og velger unngåelse som beste utvei, selv om det viser seg at mange vet at det å heller involvere og informere pårørende på et tidlig stadium gjør kommunikasjon og samarbeid mye lettere i ettertid. Det gjør ting bedre også for pasienten, da vi som sykepleiere har en god dialog med pårørende. Da vi kan være enige om behandling, pleie og omsorg, vil den siste tiden bli bedre for pasienten. Lindhardt, Hallberg og Poulsen (2008) påpeker at vi som sykepleiere ser på pårørende som vanskelige hvis våre forventninger til dem ikke blir møtt. Altså, hvis vi har ulike forventninger og innstillinger til pasientens situasjon og tilstand legger vi skylda på

pårørende for å være vanskelige. Men hvem sitt ansvar er det at pårørende er informert? Det vi kan oppleve noen ganger er at informasjonen som blir gitt ofte ikke blir mottatt og forstått, misforståelser oppstår og kan føre til konflikter. Travelbee sier at det er umulig å vite nøyaktig hva en annen person erfarer, og tydelig kommunikasjon krever en konstant prosess av avklaring og validering. Begge personer som deltar i prosessen må være forpliktet til et ønske om å forstå og bli forstått om en melding er kommunisert på riktig måte (Hertzberg og Ekman 2000). Noen ganger synes kanskje pårørende at det er vanskelig å være direkte mot sykepleierene også, og spørre opp igjen og si ting som de virkelig mener, de kan være redde for å bli dømt som vanskelige (Hetzenberg, Ekman og Axelsson 2003). Vårt inntrykk er at pårørende ofte har stor respekt for sykepleieren, og da kan dette være vanskelig for mange. Og hva gjør at vi forventer forskjellige ting? Vi har i jobbsituasjon erfart at pårørende har blitt ”dømt” og sett på som vanskelige av helsepersonell for at de har ønsket væskebehandling for mor eller far i siste fase av livet. Men det er vel ikke allmennkunnskap å vite fordeler og ulemper ved dette? Da er det vår jobb å hjelpe dem til å forstå, å gi dem informasjon slik at de får den kunnskapen de trenger rundt det. Vi må snakke sammen, ofte gjenta, og gi støtte og anerkjennelse (Eide & Eide 2008). Det er kanskje litt lett å legge skylda på pårørende? Vi tenker at hvis vi involverer på et tidlig stadie, snakker sammen, jobber med kommunikasjonen, informerer om tilstand, så gjør jo også det noe med pårørende sine forventninger. Og det er heller kanskje ikke så enkelt at våre forventninger til situasjonen må være det rette? Vi blir skremt av pårørende sine ønsker og krav om behandling og utredning, og i stedet for å snakke om det og jobbe for å møte hverandre sine forventninger og ønsker, så dømmer vi dem i stedet. Det er vel kanskje den letteste og minst tidkrevende måten å gjøre det på, men det er absolutt ikke det beste for noen. Det fører til konflikter, og vi setter kanskje i gang behandling for pasientene som kan føre til mer plager enn lindring, ”bare” for at det er den letteste utveien. I en allerede sårbar situasjon kan dette skape problemer, og det er kanskje ikke så rart at pårørende kan ta ut frustrasjon og sinne på personalet, hvis de da føler seg usikre på oss som faktisk skal være der og ivareta deres nærmeste (Bergland og Hestetun 2009). Dette kan være en årsak til at pårørende kan oppfattes som vanskelige, disse ”angrepene” eller behovet for å ta ut frustrasjon, vi kan føle oss tråkket på og truet, men er det egentlig vår egen feil at disse situasjonene oppstår? Og er det så vanskelig for oss å stå i disse situasjonene, eller er det mer at vi føler at vi ikke fortjener det? Vi prøver jo så godt vi kan å ivareta pasientene, og familien, men det er kanskje ikke slik at vi ser de samme tingene?



Det å skape en god dialog, å snakke sammen, gjerne i uformelle settinger er vår erfaring at kan være et godt utgangspunkt. Det kan gjøre at det ikke oppleves så alvorlig for pårørende, de blir mer avslappet, og det kan da være lettere å ta opp tråden senere. Det innledende møtet og det å møte den andre som likeverdig, er det som ligger i bunnen da man skal opprette et menneske til menneske forhold og skape gode møter, som videre fører til en god kommunikasjon i mellom sykepleier og pårørende, og kommer pasienten til nytte (Kirkevold 2009) (Eide m.fl. 2011). Evnen til god kommunikasjon er en kunst, og som Lindhardt, Hallberg og Poulsen (2008) påpeker i sin studie tror også vi at opplæring og utdanning innen kommunikasjon vil være en nødvendighet for å øke sykepleiers kompetanse og kunnskap i forhold til å ivareta pårørende.

#### **4.2 Sykepleiers holdninger til pårørende**

En ikke uvanlig situasjon på et vaktrom er en sykepleier som kommer med utsagn om pårørende. Lindhardt, Hallberg og Poulsen (2008) sier pårørende ofte omtales som vanskelige, tidkrevende og utfordrende. Som sykepleiere vil vi da møte de pårørende med en forutinntatt holdning. Har vi fått beskjed om at personen vi skal møte er vanskelig, vil vi antakelig behandle personen som det.

Nærhetsetikken sier det er viktig å møte den andre som han er, for å skape gode forhold. Det kan være flere ting som påvirker dette møtet, som f.eks., tillit, holdninger, kommunikasjon kjemi og samhandling. Det er ingen planlagte handlinger, men noe som oppstår i situasjonen når vi møter den andre (Eide m.fl. 2011). Om vi som sykepleiere tillegger en person rollen som vanskelig og krevende er det er stor fare for ikke å se den andre som han er, hvis vi er forutinntatt.

I egen praksishverdag prøver vi å være opptatt av å ikke høre på andres synsing om personer vi skal møte for første gang. Vi vil heller gå inn i situasjonen uten å være farget av andres uttalelser og se den egentlige personen som han er. Det så fort gjort å snakke om pårørende på 318, eller dattera på 329, og tilegne dem egenskaper og kvaliteter vi ikke har grunnlag for å gi dem. Travelbee sier et menneske til menneske forhold bare kan eksistere mellom konkrete mennesker, og ikke mellom roller som sykepleier og vanskelig pårørende. Sykepleiere synes å ha to sett holdninger til pårørende. De ideelle holdningene samsvarer med sykepleiers profesjons etikk og verdier, og ett sett holdninger som gjenspeiler sykepleierhverdagens krav om effektivitet (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008). Men har vi det egentlig så travelt? Og

er vi flinke nok til å prioritere arbeidsoppgaver? Hva er det viktigste? Er ikke ivaretagelse av pårørende minst like viktige som andre sykepleier oppgaver? Vi vet selv fra egen arbeidshverdag at det er så lett å si at det var ting vi ikke rakk å gjøre, men det var kanskje like mye det at vi ikke hadde lyst til å gjøre disse oppgavene og prioriterte andre oppgaver som kanskje ikke var like viktige? Lindhardt, Hallberg og Poulsen (2008) viser til at sykepleiere skylder på mangel på tid til å snakke med pårørende, mens det egentlig handler om negative holdninger og dårlig prioritering. Vi undrer oss over om dette er noe som har med kultur og miljø på et arbeidssted å gjøre? Vi har begge erfart at på enkelte avdelinger eller arbeidssteder blir man lett påvirket av hverandre, de negative holdningene er ”smittsomme”. Andre steder kan vi møte holdninger om at negativ omtale om pårørende er uakseptabelt. Hvis man som sykepleier, eller helsepersonell generelt, har en innstilling om at pårørende er et tilleggspålegg og at de ikke skal brukes tid på, da er det nettopp slik det blir. Det skaper dårlig arbeidsmiljø for oss som kollegaer, men viktigst er at det absolutt ikke gagnar pasientens situasjon. Forskning viste også at hvis sykepleier og pårørende ikke hadde samme inntrykk og oppfatning av pasientens situasjon og tilstand, ble pårørende sett på som vanskelige og krevende (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008). Men hvordan kan man havne på samme side og sammen jobbe for at pasienten skal ha det best mulig, hvis man har en holdning som sier at det er noe som ikke skal brukes tid på?

I de fleste studiene vi har lest sier sykepleiere at de prøver å unngå pårørende som oppleves som vanskelige, og Hertzberg, Ekman og Axelsson (2003) sier det så sterkt som at hvis sykepleier ikke får til et samarbeid med vanskelige og krevende pårørende kan noen av dem henvises til for eksempel en sosialarbeider. De mener denne strategien kan være et godt alternativ for at sykepleier kan unngå de pårørende så mye som mulig og de pårørende slipper å føle seg oversett og tilsidesatt, og dermed ikke får støtte fra sykepleier. Omsorg for pårørende er en viktig sykepleier oppgave, og vi mener å henvise pårørende til andre vil være en dårlig løsning. Som sykepleiere må vi trosse denne følelsen av ubehag, og gå i møte med det vi synes er ubehagelig. For å forstå et annet menneske må vi forstå oss selv (Solvoll m.fl. 2013). At vi blir urolige, bekymret og irritert over noen pårørende vi opplever som vanskelige, kan fortelle oss at vi er engasjert og involvert i situasjonen. Det engasjerer oss og betyr noe for oss at de pårørende gjør som de gjør. Om vi er oppmerksomme på egne affektive reaksjoner kan vi forstå at de forteller oss noe om oss selv. Føler vi oss truet? Hvor gode sykepleiere er vi om vi føler noe truer vår faglige identitet? Solvoll m. fl. 2013 sier det er gjennom følelsene våre vi kan få tilgang til hva som er viktig for oss og hvilke verdier vi

bærer i oss. Derfor er følelser også kunnskap, som oppstår i praktiske situasjoner og forteller oss hvordan vi skal handle. Gjennom hele dette studiet er vi utfordret på egne kunnskaper, følelser og holdninger. Hvem er vi som sykepleier? hvordan påvirkes jeg av utfordrende situasjoner, og hva påvirker meg i møte med vanskelige pårørende? Et godt hjelpemiddel vil være etisk refleksjon. I refleksjonsgruppa vil det bli diskusjon mellom kolleger, og en felles leting etter hvordan en situasjon kan forstås. Sykepleier må være oppmerksom og granskende i forholdet hun har til pasient og pårørende, og skille mellom seg selv og de andre. Ved å se seg selv på en slik måte vil egen refleksjon gi en utvidet innsikt i situasjonen, og dermed også den profesjonelle utøvelsen av sykepleie.

### **4.3 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende**

Å skape gode relasjoner er viktig for å få til et godt samarbeid med pårørende. Travelbee sier at et menneske til menneske forhold er et mål som etableres etter flere gjennomgåtte interaksjonsfaser. Alt sykepleieren gjør i samhandling med pårørende, er med på å etablere forholdet. Hun stiller opp følgende faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Fasene kan bygges opp over ulik tid, og trenger ikke følge hverandre systematisk (Kirkevold 2009). Vi erfarer at det å bygge relasjoner er noe som kan ta tid, vi trenger flere møter og rom for å skape tillitt. Likevel er ikke dette noe vi alltid har mulighet til. Noen ganger kommer det inn pasienter som er døende og tiden er knapp for å få til de gode relasjonene. Hvordan klarer vi da likevel å få til noe bra? Vi tenker at i disse tilfellene bruker vi ekstra god tid på både pasient og pårørende hvor fokuset er å skape nettopp denne tilliten og tryggheten, og ofte får vi det også til. Kan det ha noe med pårørende sin inntilling til situasjonen også? At vi har en felles forståelse for at det er pasienten som er fokuset, og at vi alle ønsker det beste for han eller henne.

Dårlige relasjoner er vanskelig å reparere (Hertzberg, Ekman og Axelsson 2003), og dette er noe vi kjenner oss igjen i. Noen ganger har vi møtt pårørende som tydelig har hatt vonde og dårlige erfaringer med helsevesenet tidligere, og har gjort at de er ekstra ”på hugget” og mangler tillitt til oss som sykepleiere og det vi gjør. Det fører til at prosessen mot å skape en god relasjon kan være litt vanskelig. Det handler om å akseptere at situasjonen er som den er, vi kan ikke alltid reparere eller gjøre noe med det, heller ikke vite hva som er årsaken til det, men vi må klare å starte på nytt og gå videre.

Alle studiene vi har lest sier noe om relasjoner mellom sykepleiere og pårørende, og mangel på samarbeid mellom disse. Helsedirektoratet (2015) sier de nærmeste pårørende må inviteres inn til samtale så fort som mulig, for å bygge en god relasjon og skape et godt samarbeid mellom pårørende og sykepleier. Vi erfarer at inkomstsamtaler eller tidlige pårørendemøter, eventuelt sammen med pasienten, gir et godt grunnlag for å skape en god relasjon. Pårørende er ekspert på pasienten og kjenner pasientens historie. Dette er kunnskap sykepleieren kan ha god nytte av i den daglige omsorgen av pasienten. Det er viktig å avklare hvilke forventninger pårørende har til avdelingen, og hvordan de best mulig kan samarbeide til det beste for pasienten. Hertzberg og Ekman (2000), har i sin studie gjort signifikante funn som viser at sykepleiere og pårørende aldri ga eller ble bedt om å gi tilbakemelding om hva de tenkte eller mente om hverandre. Dette førte til mer eller mindre åpenbare misforståelser og frustrasjoner, og er sannsynligvis et stort hinder for et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende. Hertzberg, Ekman og Axelsson (2003) sier kontakten med pårørende kan bli mangelfull på grunn av stor turnover av sykepleiere, ferier, sykdom og turnusarbeid. Dette er noe vi selv erfarer også. Med mye utskiftning av arbeidskraft mister man kontinuiteten i pleien, og man må stadig starte på nytt for å bygge relasjoner til pårørende. Dette er forståelig at det kan bli frustrerende og slitsomt for pårørende, men også for pasienten, de må forholde seg til nye sykepleiere og gi den samme informasjonen om og om igjen. Det gjør det kanskje ikke så lett å etablere et godt tillitsforhold. Så langt det er mulig bør pasient og pårørende ha en kontaktsykepleier å forholde seg til. Dette gir bedre relasjoner, og minsker faren for misforståelser og mangelfull informasjon. Solvoll m. fl. (2013) sier måten helsepersonell møter pårørende på er betydningsfull. Kjenner pårørende seg ivaretatt, eller avvist? Måten pårørende møtes på har betydning for tilliten de opplever som grunnleggende i relasjoner med helsepersonell. Et godt møte gjør at pårørende føler de blir sett og tatt på alvor, og får betydning for hvordan de involverer seg og er til støtte for pasienten. Sykepleier skal være ydmyk i møtet, og må være klar over at holdninger og væremåte vil avspeiles i hvordan vi oppfører oss. Solvoll m. fl. (2013) sier det er viktig å ha ærlighet i relasjonen for ikke å krenke og avvise pårørende. For å få bedre relasjoner mellom sykepleiere og pårørende er det viktig at sykepleier er tilstede og tilgjengelige for pårørende. Egne erfaringer er at personalet oppholder seg mye på vaktrommet eller er opptatt med andre arbeidsoppgaver. Hvilke signaler sender vi ut da? Vi er bak en lukket dør og vil ikke forstyrres? Hertzberg og Ekman (2000) sier at for å få bedre relasjoner mellom sykepleiere og pårørende må personalet være mer synlige og tilstede i avdelingen. Det er viktig å ha formelle møter med pårørende, men

like viktig er den uformelle småpratene når pårørende er på besøk. I møte med pårørende må sykepleier skille mellom nærhet og avstand, og mellom å være profesjonell og privat på en balanser måte. Av og til kan det være vanskelig å ikke involvere seg for mye, mens andre ganger skjer det noe med relasjonene og samhandling blir vanskelig. Vi tror også det er viktig med en tydelig rollefordeling for å legge grunnlaget for en god relasjon. Vi opplever at rollefordelingen innen familien kan endre seg i situasjoner hvor for eksempel mor eller far skal dø. Hvem skal nå ta ansvaret i familien, passe på og ordne opp? Vi kan se at dette kan føre til usikkerhet og hjelpsløshet, og at det videre kan føre til at sønn eller datter føler de må ta ansvar for også det medisinske. Hva slags medisiner skal gis, og når. Sykepleier og lege bør være tydelige på at det er de som har det medisinske ansvaret for pasienten, de bør også vise trygghet i sin rolle, det vil videre føre til at pårørende klarer å slappe av litt og overlate kontrollen og ansvaret til dem. Vi erfarer at dette vil gi et godt grunnlag for å skape gode relasjoner og være til støtte for pårørende (Schjødt m.fl. 2011).

Solvoll m.fl. (2013) sier den beste omsorgen for pårørende er ikke nødvendigvis å holde rundt dem, trøste dem, eller gjøre andre ting for dem, men den beste omsorgen kan være når de ser at vi gjør vårt ytterste for den døende.

#### **4.4 Kritisk vurdering av eget arbeid**

Oppgaveteksten sier vi skal gjøre systematiske litteratursøk, noe vi har hatt problemer med å få til. Vi fikk lite relevante treff på søkeordene våre, og brukte isteden Google Scholar og litteraturlister på artikler vi fant som var relevante i forhold til vårt forskningsspørsmål. På den måten ble det lite systematikk, men vi fant tilslutt artikler vi kunne bruke som bakgrunnskunnskap for oppgaven. Vi mener selv at vi kanskje skapte litt problemer for oss selv allerede da vi valgte vanskelige pårørende som tittel og tema på oppgaven, da dette er et lite håndfast begrep som i grunn ikke bør eksistere. Siden vi er studenter på videreutdanning er vår kunnskap om forskningsprosessen relativt fersk. Våre engelske kunnskaper setter en begrensning i forståelsen av utenlandsk litteratur, og vi kan ha misforstått nyanser i språket. Alle de fem artiklene vi har inkludert i oppgaven er nordiske, noe vi ser som en styrke i forhold til overførbarhet til egen praksis. Siden kommunikasjon, holdninger og relasjoner henger sammen, vil noe av innholdet i kapitlene i diskusjonen gå igjen.

## 5.0 KONKLUSJON

I innledningen presenterte vi følgende problemstilling:

### *Hva er årsaken til at sykepleier oppfatter noen pårørende som vanskelige?*

Vi har kommet fram til at det er flere grunner til at sykepleier oppfatter pårørende som vanskelige; ulike forventninger til hverandre og oppfatninger av pasientens situasjon, utydelig kommunikasjon, sykepleiers negative holdninger til pårørende og mangel på kunnskap, både hos sykepleier og pårørende.

Vi ønsket å finne ut hvordan vi kunne takle de vanskelige situasjonene med pårørende på en bedre måte, og her har vi kommet fram til flere tiltak. Vi mener at etisk refleksjon og økt kompetanse gjør oss tryggere i egen sykepleierrolle som videre gir trygghet til pårørende. Det å tidlig invitere til samtale med pasient og pårørende, og avklare roller og forventninger er noe vi ser på som viktig for å bedre kunne samarbeide og skape gode relasjoner med pårørende, som videre har en positiv innvirkning på pasienten.

Vi sitter igjen med tanker om at det er sykepleiers holdninger som ligger til grunn for at begrepet vanskelige pårørende faktisk eksisterer. Hvis vi hadde klart å snu de negative holdningene, og heller hatt en innstilling om at pårørende er en ressurs og møte dem som de er, hadde da de vanskelige pårørende blitt borte?

## 6.0 LITTERATUR

Bauer, M. (2003) Family and staff partnerships in long-term care. I: *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (10), s.46.

Bergland, Å, og M, Hestetun. (2009). Samarbeid med pårørende i sykehjem I: *Sykepleien forskning 2009/03*.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, S.B. m.fl. () *Fordi vi er mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fridriksdottir, N., V. Sigurdardottir, og S. Gunnarsdottir. (2006). Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs. I: *Palliative Medicine*, 2006; 20: 425- 432.

Haugen, K (2014). En vanskelig pårørende? I: *Sykepleien* nr. 9, 2914

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. [online] URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Hertzberg, A., S.L. Ekman og K. Axelsson. (2003) "Relatives are a resource, but..": Registered Nurses` views and experiences of relatives og residents in nursing homes. I: *Journal of Clinical Nursing* 12: 431-441.

Hertzberg, A., S.L. Ekman og K. Axelsson. (2001). Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes I: *Journal of Clinical Nursing* 10: 380-388

Hertzberg, A., og S.L. Ekman. (2000). «We, not them and us?» Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. I: *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 614-622

Håkonsen, K.M. (2008). *Innføring I psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johansson, Å. K., og A. Grimby. (2012). Anticipatory grief among close relatives of patients in hospice and palliative wards I: *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 29(2) 134-138 2012.

Kirkevold, M. (2009) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindhardt, T., I.R. Hallberg og I. Poulsen. (2008). Nurses` experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. I: *International Journal of Nursing Studies* 45; 668-681.

Pasientretteighetsloven (2014) Lov om pasient- og brukerrettigheter [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O. H. & P. H. Hanssen. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen,

Schjødt, B. m.fl. (2011) Familien. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.89-114.

Solvoll, B. m.fl. (2013). En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende og seg selv I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr 1- 2013, 9. årgang.



Thompson, G. N. m. fl. (2012). Understanding Bereaved Family Members' Dissatisfaction with End-of- life Care in Nursing Homes. I: *Journal of Gerontological Nursing*, vol 38, no. 10, 2012.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (1953) [online] URL:

[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Østlie, I.L. (2015) *Forelesning tittel: Litteraturstudie som metode – power point slides*. Høgskolen i Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.