



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnr: 333

Antall ord: 7667

Veileder: Anita Skorpen



Høgskulen
på Vestlandet

«Når ord ikke er tilstrekkelig»

**Hvordan kan sykepleier bidra til god kommunikasjon med pårørende i palliativ
kreftbehandling på sykehus?**

Bacheloroppgave i sykepleie, HVL Stord

År 2017

Kull 2014

Antall ord:

7667

Sammendrag

Tittel: Når ord ikke er tilstrekkelig.

Bakgrunn for valg av tema: Bakgrunnen for valgt problemstilling er egen erfaring som pårørende, og fra sykehuspraksis hvor jeg var utplassert på lungeavdelingen. I løpet av min praksisperiode fikk jeg samhandle og arbeide nært sammen med pårørende for palliativ kreftbehandling. Dette var en ukjent situasjon derfor ønsket jeg å tilegne mer kunnskap om arbeidet mot pårørende, og spesielt i forhold til kommunikasjon.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til god kommunikasjon med pårørende i palliativ kreftbehandling på sykehus?

Oppgavens hensikt: Er å tilegne mer kunnskap og bevissthet for hvordan jeg som sykepleier kan bidra til god kommunikasjon til pårørende ved palliativ kreftbehandling i sykehus. Ved kommunikasjon mener jeg at det er viktig å ha fokus på områder som menneske til menneske forhold, relasjon, etikk, non-verbal og verbal kommunikasjon, behov og reaksjoner.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Søkeordene som ble brukt: «caregiver», «palliation», «knowledge», «nurse», «relation», «communication», «experience», «palliative caregiving», «family», «career», «information». Søkeordene ble brukt i søkebasene; CINAHL og PubMed. Jeg har inkludert fem artikler i denne oppgaven.

Resultat: Alle forskningsartiklene viste viktigheten av at sykepleieren hadde kommunikasjon som fokus området og som er en stor del i arbeidet for å ivareta de pårørende. Det å skape et menneske til menneske forhold til pårørende blir eksistensielt for at sykepleieren skal kunne yte god sykepleie og dermed kunne bidra til god kommunikasjon. Også faktorer som bør ligge til grunne er etikk, relasjon, kunnskap om behov og reaksjoner, det er elementer som også kan påvirke forholdet mellom sykepleieren og pårørende.

Nøkkelord: Kommunikasjon, pårørende, palliativ, menneske-til-menneske forhold.

Abstract

Title: When words aren't enough

Background: The background for the title is among other reasons because of my experience as a relative, and from hospital practice where I was deployed at the lung department. During my practice period I was able to interact and work closely with relatives for palliative cancer treatment. This was an unknown situation, and therefore, I wanted to acquire more knowledge of the work towards relatives, and especially in relation to communication.

Research question: How can nurses contribute to good communication with relatives in palliative cancer treatment in hospitals?

Aim: To acquire more knowledge and awareness of how me as a nurse can contribute to good communication with relatives in palliative cancer treatment in hospitals. In communication I think it is important to focus on areas such as human relationships, ethics, nonverbal and verbal communication, personal needs and responses.

Method: This assignment is a literature study. Search terms used: «caregiver», «palliation», «knowledge», «nurse», «relationship», «communication», «experience», «palliative caregiving», «family», «carer» and «information». The keywords were used in the search bases; CINAHL and PubMed. I have included five articles in this assignment.

Findings: All the research articles showed the importance of the nurse having communication as a focus area, which is a major part of the work to care for the relatives. Creating a human to human relationship with relatives becomes essential for the nurse to provide good nursing and to contribute to good communication. Also factors that should be found are ethics, relationships, knowledge of personal needs and reactions. There are elements that can also affect the relationship between the nurse and relatives.

Keywords: Communication, relatives, palliative, human-to-human relationship

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	1
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensning og presisering (av problemstilling)	2
1.5	Oppgavens oppbygging.....	2
1.6	Begrep.....	2
1.6.1	Pårørende.....	2
1.6.2	Kreft	2
1.6.3	Palliativ kreftbehandling	3
2	Teori	4
2.1	Joyce Travelbee`s sykepleieteori.....	4
2.1.1	Menneske-til-menneske forhold	4
2.2	Kommunikasjon.....	6
2.3	Smertebehandling – generelle prinsipper	6
2.4	Pårørendes behov og reaksjoner	7
3	Metode	9
3.1	Litteraturstudie	9
3.2	Fremgangsmåte.....	10
3.2.1	Tabell 1 – PubMed	11
3.2.2	Tabell 2 – PubMed	11
3.2.3	Tabell 3 – PubMed	12
3.2.4	Tabell 4 – CINAHL.....	12
3.3	Metodekritikk.....	13
3.4	Kritisk vurdering av forskningartikler	13
3.5	Forskningsetikk.....	13
4	Resultat.....	14
4.1	Oppsummering av hovedfunn.....	14
4.2	Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review	14
4.3	Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family career experiences.....	15
4.4	Cancer communication and family caregiver quality of life	15

4.5	Individual difficulties and resources – a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives.....	16
4.6	End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions	16
5	Drøfting	17
5.1	Hvordan danne et godt forhold mellom sykepleier og pårørende?.....	17
5.2	Hvordan kan holdningene påvirke sykepleieres utøvelse?.....	18
5.3	Hvordan bruke kommunikasjon for å dekke pårørendes behov og reaksjoner?.....	20
6	Avslutning.....	24
	Litteraturliste	26

1 Innledning

Innledningsvis vil jeg presentere bakgrunnen for valg av tema, oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans, problemstilling, og avgrensninger. Jeg definerer sentrale begrep og gir en kort oversikt over oppgavens innhold.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valgt problemstilling er blant annet egen erfaring fra sykehuspraksis, hvor jeg var utplassert på lungeavdelingen. I løpet av min praksisperiode fikk jeg samhandle og arbeide nært sammen med pårørende for palliativ kreftbehandling. Dette var en ukjent situasjon derfor ønsket jeg å tilegne mer kunnskap om arbeidet mot pårørende, og spesielt i forhold til kommunikasjon. Pårørende har ofte mange spørsmål, et behov for å snakke, og reflektere over situasjonen og følelser som kan forekomme (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 57).

Jeg har også egen erfaring som pårørende, i 2015 mistet jeg en nær omsorgsperson til bukspyttkjertel kreft. Jeg synes det kan være vanskelig å jobbe så nært pårørende grunnet sårbarheten deres, men også ens egen det er fordi som sykepleier gir en av seg selv og tar del i pasients siste tid, er delaktig i behandlingen samt også i arbeidet for familien, og deres vei videre. Sykepleiere vil møte på utfordringer som kan både være krevende, men også berikende.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

I 2008 ble det diagnostisert ca. 26 000 nye krefttilfeller i Norge, som utgjorde 14 000 menn og 12 000 kvinner (Lorentsen & Grov, 2008, s. 404). Det er ikke bare pasientene som vil møte på utfordringer som vil kreve styrke, omsorg, tålmodighet og støtte, men også deres pårørende. Sykepleier skal ifølge yrkesetiske retningslinjer vise respekt og omsorg for pårørende (Molven, 2014, s. 68). Hensikten med oppgaven er å tilegne mer kunnskap og bevissthet for hvordan sykepleier kan bidra til god kommunikasjon til pårørende ved palliativ kreftbehandling. Sykepleieren kan møte pasientgruppen på flere arenaer, som f.eks. sykehus, hjemmesykepleie, sykehjem og det er derfor veldig relevant kunnskap å ha med seg uavhengig av arbeidsplass, og jeg kan bruke tilegnet kunnskap fra oppgaven videre ved å dele den med fremtidige kollegaer.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til god kommunikasjon med pårørende i palliativ kreftbehandling på sykehus?

1.4 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke avgrensninger på bakgrunn av praksis. Pårørende er over 18 år, og som den personen pasienten selv har valgt (Pasient- og brukerrettighetsloven §3). Pasienten er middelaldrende, har norsk etnisk bakgrunn og er innlagt ved palliativ kreft avdeling på sykehus. Den kurative behandlingen er avsluttet og sykepleien er rettet mot å ivareta pasienten, og pårørende ved livets slutt. Sykepleieren har en bachelor grad i sykepleie.

1.5 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven er fordelt over seks kapitler og det medfølger en litteraturliste. I første kapittel fokusert på innholdet i oppgaven. I andre kapittel blir sykepleiefaglig litteratur og teori presentert. I tredje kapittel blir metoden som er anvendt forklart. I fjerde kapittel gis en kort oppsummering av artiklene. I kapittel fem drøftes problemstillingen ved hjelp av å belyse forskningartikler og sykepleiefaglig litteratur fra ulike vinkler. I sjette kapittel er det skrevet en oppsummering.

1.6 Begrepsforklaring

Jeg har valgt Travelbees definisjon på **sykepleie**: «Er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie praktikerer hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29)

1.6.1 Pårørende

I pasient og brukerrettighetsloven blir pasientens nærmeste pårørende beskrevet som den personen pasienten selv ønsker å oppgi (Pasient- og brukerrettighetsloven§3).

1.6.2 Kreft

Kreft starter i en enkelt celle hvor det er oppstått genskader, genskade er endringer i dens struktur som kalles mutasjon. Mutasjoner gjør at cellene deler seg ukontrollert. Det vil skje en opphopning av kreftceller i organet hvor veksten startet, hvor det etter hvert vil danne en kreftsvulst (Ørn, 2012, s. 127). Når en blir rammet av en kreftsykdom påvirker det hele mennesket både kroppslig, psykisk sosialt og eksistensielt. Sykdommen og behandlingen gir følger for arbeidssituasjon, familie og økonomi (Lorentsen & Grov, 2010, s. 401).

1.6.3 Palliativ kreftbehandling

Palliativ fase er når det ikke lenger er nytte for pasienten å få helbredende behandling som resulterer i at sykepleiers mål endres og blir rettet mot livsforlengelse, symptomlindring, og å fremme best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende i livets slutfase (Bertelsen, Hornslien, & Thorsen, 2016. s. 401).

2 Teori

I dette kapitlet skal jeg presentere relevant litteratur i forhold til min problemstilling. Jeg skal først starte med å presentere sykepleieteoretiker Joyce Travelbees tenkning om menneske-til-menneske forhold, og kommunikasjon. Deretter teori om smertelindring, pårørendes behov og reaksjon.

2.1 Joyce Travelbee`s sykepleieteori

I sykepleierens møte med mennesker med en kronisk, invalidiserende eller terminal sykdom er sykepleierens mål å hjelpe pasienten og familien til å mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i erfaringene som medfølger, hun beskriver også lidelse som en del av livet og selv om det er en erfaring mange har vil den enkeltes persons opplevelse av lidelsen være egen og personlig (Travelbee, 2001, s. 37). Travelbee definerer et menneske som «et unikt og uerstattelig individ - en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve» (Travelbee, 1999, s. 54). Travelbee skriver også «at mennesket har en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møte med sykdom, lidelse og smerte» (Travelbee, 1999, s. 54).

Travelbee mener det er sentralt å etablere et menneske til menneske forhold for å kunne yte god sykepleie (Travelbee, 1999, s. 54).

2.1.1 Menneske-til-menneske forhold

For at sykepleier skal oppnå et mål med hensikt må det etableres et menneske til menneske forhold til pasienten og pårørende. Et slikt forhold kjennetegnes når sykepleieren og pårørende oppfatter hverandre som unike individer og ikke under roller som “sykepleier”, ”pasient” eller ”pårørende”. For at sykepleier og pårørende skal skape et slik forhold uavhengig av rollen sin vil det kreve tid. Sykepleieren bør ved hvert møte sammen med pårørende være bevisst over å ha ønsket om å lære, å finne, kjenne og ivareta behovene deres (Travelbee, 1999, s. 172). Hvis sykepleieren etablerer et menneske til menneske forhold kan det brukes som et redskap for å vise omsorg. Det kan skapes gjennom flere interaksjons faser:

Det innledende møtet: Ved sykepleierens og pårørendes første møte vil en bygge opp antakelser om hverandre, gjøre observasjoner og danne meninger. Det vil vanligvis fra begge parter dannes kategoriseringer og stereotypiseringer. Med rollene “sykepleier” og ”pårørende” og ikke som individer ved det første møte. Sykepleierens oppgave er å bryte kategoriseringen for å danne muligheten til å se mennesket, og når pårørende responderer tilbake vil det skape

muligheten for å danne et forhold. Sykepleieren vil begynne å se mennesket som gir mulighet for å utvikle identiteter, som er neste fase (Travelbee, 1999, s. 186-188).

Fremvekst av identiteter: Sykepleier og pårørendes identiteter begynner å tre frem, og en skaper evnen til å kunne verdsette hverandre som et individ. Sykepleieren og pårørende vil også få evnen til å kunne skape en tilknytning til hverandre. Det er fordi sykepleier nå oppfatter den pårørende som ulik fra andre, det vil også pårørende oppfatte ut fra sykepleierens handlinger. Det vil nå være grunnlag for empati som er evnen til å se likheter og ulikheter ved hverandre og situasjonen. Det gir mulighet for sykepleier og pårørende å skape relasjon (Travelbee, 1999, s. 188-192).

Empati handler om erfaring og hvis sykepleier har egen erfaring vil det bidra til å forstå den andres opplevelse og skape mulighet til innlevelse for hva den andre opplever og føler. Det vil bidra til at sykepleieren kommer nærmere pårørende (Travelbee, 1999, s. 193-195).

Sykepleieren kan ved hjelp av å forstå og forutsi den andres atferd fra egen personlige bakgrunn. Det er ikke alltid sykepleier har denne evnen til å kunne forstå hva andre gjennomgår men Travelbee (1999, s. 193-195) poengterer likevel at det er mulighet for sykepleieren å utvide sitt empatiske område. Ved sympati og medfølelse har sykepleieren ikke bare evnen til å forutsi og forstå andres atferd som ved empati men også en trang eller et grunnleggende ønske om å kunne f.eks. lindre plager, og en har omtanke og bekymring for pasienten og pårørende (Travelbee, 1999, s. 200). I denne fasen må sykepleieren anvende medfølelsen sin gjennom konstruktive sykepleiehandlinger. Det behøves tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter om hvilke sykepleiebehov pasienten og pårørende har for å tilrettelegge tiltak for sykepleieprosessen (Travelbee, 1999, s. 210).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt er hovedmålet i all sykepleie og er et resultat av interaksjonsfasene som tidligere er gjennomført. Det vil være et resultat over sykepleiers evne til å vise forståelse, ønske om å hjelpe, om tanker og holdninger for å hjelpe pårørende.

Erfaringene begge nå har dannet vil være meningsfull for dem grunnet av at sykepleieren har vist ønske om å være lindrende, og hjelpende som pårørende har fått erfare og oppleve. Det er tidkrevende å etablere et menneske-til-menneske forhold men det vil være betydningsfullt for begge parter (Travelbee, 1999, s. 211).

2.2 Kommunikasjon

Det vil ved ethvert møte mellom to eller flere mennesker foregå en kommunikasjon, via en samtale eller ved stillhet, om en er bevisst på det eller ikke. Dette skjer via utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester (Travelbee, 1999, s. 135). Travelbee hevder at sykepleierens oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med den syke og pårørende som bidrar til at sykepleiers mål blir med hensikt (Travelbee, 1999, s. 135). Når sykepleieren og pårørende kommuniserer observerer de hverandre, det utveksles tanker, følelser og holdninger. For at en skal ha et ønske om å dele meningsfulle tanker og følelser må personen som deler være sikker på at det som blir sagt blir møtt med respekt, ikke ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort. Sykepleieren bruker kommunikasjon som en metode for å formidle omsorg både til den syke og pårørende, som også deretter kommunisere oppfatningen av sykepleieren. Å formidle omsorg utøves oftest non-verbalt via blick eller gjennom måten en oppfører seg på (Travelbee, 1999, s. 137). Verbalt vil si å uttrykke noe via ord, enten skriftlig eller muntlig. Non-verbalt kan være via gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Som for eks gråt eller skriking. Det kan også utøves gjennom berøring, lukt, bilder, musikk, dans og miming (Travelbee, 1999, s. 138). Travelbee (1999, s. 150) beskriver ulike kommunikasjonsferdigheter sykepleieren bør ha som evnen til å observere og tolke situasjoner, tilrettelegge og styre interaksjonen for å nå ønskelige mål. Sykepleier bør ha kunnskap til å se om kommunikasjonen når frem, forstå og vurdere innholdet som blir overført i den mellommenneskelige prosessen. Å vite når en bør snakke og ikke, og ha evne til å evaluere egen deltakelse i interaksjonen (Travelbee, 1999, s. 150).

2.3 Smertebehandling – generelle prinsipper

Smerte er et sammensatt fenomen, en opplevelse som blir påvirket av psykiske, somatiske, og sosiale faktorer. I medisinsk sammenheng vil vevsskade ofte være grunnleggende ved smerte. En kronisk smerte vil påvirke atferd hos pasienten, samt atferden hos pårørende (Kaasa & Loge, 2016, s. 402). Sykepleieren skal alltid vurdere om det er andre tiltak en kan fremme for å lindre smerte i tillegg til eller istedenfor analgetika. Til fysisk smerte er det også en tilleggsdiagnose som «psykisk smerte» (Kaasa & Loge, 2016, s. 405). Det er ulike måter å administrere analgetika som peroralt, rektalt, subkutant, transdermalt, spinal/epiduralt, buktalt og nasalt. Langtidsvirkende perorale dosering er foretrukket som for eksempel hurtigvirkende morfin. Målet innen all medikamentell smertebehandling er å oppnå analgetisk effekt med minst mulig bivirkninger (Kaasa & Loge, 2016, s. 407).

2.4 Pårørendes behov og reaksjoner

De fleste mennesker vil i løpet av livet erfare å miste noen fra en alvorlig sykdom. Det er en situasjon som er preget av følelsesmessige belastninger, noen pårørende vil tilpasse og mestre sin rolle mens andre vil oppleve det vanskelig (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 49). Det fremmes ulike reaksjoner ut fra våre ulike livsbetingelser og forutsetninger som også vil påvirke behovene våre (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 49). Krise har en fellesbetegnelse når det oppstår alvorlige og vanskelige livshendelser, hvor behov for støtte og medmenneskelig kontakt blir viktig. Ved at sykepleieren fremmer god kommunikasjon kan det hjelpe pårørende i å håndtere krise for å være hjelpende til å bearbeide reaksjoner og skape forståelse. En av sykepleiers viktigste kommunikative utfordring blir å gi pårørende god og tilstrekkelig informasjon (Eide & Eide, 2007, s.170-171). Pårørende vil i den palliative fasen ha behov for omsorg og støtte som sykepleieren kan fremme ved å informere, veilede og gi råd som kan bidra til å redusere den psykiske påkjenningen. Det kan utøves gjennom samtaler eller gjennom konkrete sykepleiehandlinger hvor en viser den palliative kreftpasienten og pårørende omsorgsfull hjelp (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 49).

Pårørende har kunnskaper, ferdigheter og ofte et ønske om å kunne være til hjelp. Det kan være en ressurs i den palliative behandlingen. De har kunnskap om pasientens livshistorie og symptomutforming, effekten på ulike behandlingstiltak for hva som har fungert bra eller dårlig (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 53). Sykepleier må vurdere hvor stor grad av informasjon en etterspør av pårørende, men informasjonen kan bidra til en mer faglig forsvarlig behandling (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 54). Sykepleieren skal i følge yrkesetiske retningslinjer samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (Norsk sykepleierforbund, 2015).

Det er viktig at sykepleieren forteller og gir råd om funksjonen som pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 53). Sykepleieren er ansvarlig for å gi generell informasjon, omfanget avhenger av hva de ønsker å vite, og for hvilke situasjon den bør gis. Det skal gis med hensyn og det skal forsikres om at det er forstått, være tilpasset den individuelle erfaring, alder, språklig og kulturell bakgrunn (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 47-48). Sykepleieren skal vise respekt overfor pårørende, det er mange som opplever redsel og er slitne etter lange perioder med sykdom. Det vil prege deres evne til å motta informasjon, det er derfor viktig å porsjonere, gi den muntlig samt skriftlig. Det er viktig også viktig å tilrettelegge tid og sted, og gi uttrykk for at pårørende i ettertid kan stille spørsmål (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.

47-48). En av arbeidsoppgavene til sykepleieren handler også om å veilede, en skal hjelpe pårørende i å reflektere over løsninger, håndtere stress, følelser, hvordan samhandle med den palliative pasienten og ivareta familien som en helhet (Bøckmann & Kjellevold, s. 48). Gi opplæring til pasienten og pårørende står i spesialisthelsetjenesteloven§3-8 (Lovdata, 2016).

3 Metode

Jeg har valgt litteraturstudie som metode, og i dette kapitlet skal jeg gjøre rede for metoden samt beskrive hvilke databaser som er benyttet i søket etter forskningartikler og litteratur. Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver en metode som «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i utvalget av metoder» (Dalland, 2012, s. 111). Når en skal bestemme metode velger en den metoden som fremmer problemstillingen en ønsker svar på og som gir gode data, som belyser den på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012, s. 111).

I denne oppgaven er kun kvalitative studier brukt. Det er grunnet av at meninger og opplevelser beskrives, det er fordi egenerfaringer ofte ikke lar seg måles eller tallfestes som i kvantitative studier. Ved bruk av kvalitative studier vil en dermed få bredere forståelse for hvordan mennesker samhandler, om handlingene våre, institusjoner og grupper (Dalland, 2012, s.112).

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en metode hvor en systematisk søker, kritisk vurderer og gransker ulike kilder. Jeg har valgt en problemstilling, funnet teori og forskning, og en sykepleieteoretiker som anvendes i oppgaven. Litteraturen brukes for å se problemstillingen i forskjellig lys ved hjelp av å drøfte. Det er også en avslutning og litteratur liste (Forberg og Wengstrøm, 2008, s. 34). Når en skal utføre en litteratur studie inneholder det flere trinn, som beskrevet av Forberg og Wengstrøm (2008, s.34)

Trinnene i en litteraturstudie:

- Formulere en avgrenset og presis problemstilling.
- Forberede litteratursøk
- Gjennomføre litteratursøk
- Vurdere kvaliteten på artiklene
- Analysere og tolke resultater/funn fra artiklene
- Sammenfatte resultatene

3.2 Fremgangsmåte

I søket mitt anvendte jeg Høgskolen sine helsefaglige databaser for å finne relevant sykepleiefaglig litteratur. Jeg har også ledd etter relevant teori, brukt sider som helsedirektoratet, lovdata også sett på tidligere undervisning knyttet til temaet. Jeg har forsøkt å kun velge primærlitteratur som Travelbee, Bøckmann & Kjellevoll, men også anvendt sekundærlitteratur som artiklene, og Helsedirektoratet.

Jeg bestemte meg tidlig for tema og problemstilling. Jeg ønsket å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori og skrive om menneske til menneske forholdet mellom sykepleier og pårørende, for betydningen av at sykepleieren skal bidra til god kommunikasjon. Med dette vil jeg understreke at jeg ser Travelbees relevans for oppgavens tema grunnet hun beskriver godt hva et slik forhold innebærer for begge parter for å danne identiteter, relasjon, empati, sympati og medfølelse samt etablere forståelse og kontakt som er nødvendig i en vanskelig tid som i en palliativ fase.

I prosessen for å søke etter forskningartikler var ikke være så lett, det var ikke et så stort omfang av artikler omhandlende pårørendes opplevelse av kommunikasjon eller for måter sykepleieren kan bidra for god kommunikasjon. I søkeprosessen opplevde jeg at det var mest fokus på pasientenes opplevelse. Jeg brukte databasene PUBMED og CINAHL i oppgaven som begge er gode og sykepleiefaglig relevante. Jeg valgte å bruke engelske søkeord grunnet av at omfanget av artikler var større. Søkeord jeg brukte var «caregiver», «palliasjon», «knowledge», «nurse», «relation», «communication», «experience», «palliativ caregiving», «family», «cancer», «information».

Jeg fikk mange treff og begynte å sette sammen ulike kombinasjoner av søkeord for å spesifisere søkene. Til tross for at jeg fikk mange treff var det vanskelig å finne artikler som hadde direkte relevans til min problemstilling. De fem artiklene fant jeg slik:

3.2.1 Tabell 1 – PubMed

Søk i pubmed 03.01.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Palliativ caregiving		280
2	family carer		10685
3	Expirience		50587
4	1 and 2		142
5	3 and 4		40
6	3 and 4	10 years	10

I PubMed ble søk S6 brukt hvor jeg valgte artikkel nr 7. «*Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences*» (Janze & Henriksson, 2014).

3.2.2 Tabell 2 – PubMed

Søk i PUBMEB 20.03.2017			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nurse		189308
S2	Communication		431457
S3	Caregiver		50596
S4	Realtion		1220900
S5	Family		882747
S6	Cancer		2461319
S7	S1 and S2 and S3		984
S8	S1 and S2 and S3 and S4 and S5		467
S9	S1 and S2 and S3 and S4 and S5 and S6		97

Fra søk S9 valgte jeg to artikler:

Nr 1, «*Cancer Communication and Family Caregiver Quality of Life*» (Wittenberg, Borneman, Koczywas, Del Ferraro & Ferrell, 2017).

Nr.14 «*End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions*» (Kaarbø, 2009).

3.2.3 Tabell 3 – PubMed

Søk i PUBMED Database 22.01.2017			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nurse		338271
S2	Communication		616164
S3	Cancer		3465712
S4	Family		1055048
S5	S1-S2-S3-S4		99
S6	S5	-5years	44

Søk S6 ble artikkel nr 3 valgt «*Individual difficulties and resources - a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives*» (Sparla, Flach-Vorgang, Villalobos, Krug, Kamradt, Coulibaly, Szecsenyi, Thomas, Gusset-Bährer, Ose, 2016).

3.2.4 Tabell 4 – CINAHL

Søk i CINAHL 18.01.2017			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Knowlege		53587
S2	Information		83703
S3	Palliativ care		7999
S4	Caregivers		18489
S5	S1 AND S2		11,620
S6	S1 AND S2 AND S3		236
S7	S1 AND S2 AND S3	Human, PDF file, English languac	140

Fra søk S7 ble artikkel nr. 6 valgt «*Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review*» (Docherty, Mohsen, Roland, Williams & Carter, 2008).

3.3 Metodekritikk

Å skrive en litteraturstudie er en lærerik prosess, men ved å velge en slik metode kan det ha negative sider grunnet det er sekundærkilde som vil si at forfatterens fremstilling kan påvirke leseren syn grunnet fagstoffet allerede er analysert og anvendt fra før (Dalland, 2012, s.85). En hovedregel er at en bør bruke primærlitteratur så sant det er mulig, da sikrer en seg mot å brukes andres fortolkninger og unøyaktigheter (Dalland, 2012, s. 87).

3.4 Kritisk vurdering av forskningartikler

Jeg har anvendt kritisk vurdering av de ulike artiklene i oppgaven, det er brukt sjekklister for å se gyldigheten av hver artikkel og regner de som god (Kunnskapssenteret, 2016).

Vitenskapelig artikler skal ha fast og gjennomtenkt struktur og ved litteraturstudier brukes IMRad strukturen som går ut på at artikkelen må svare på forskjellige spørsmål for å kunne bli godkjent som en vitenskapelig artikkel som innledning, teoretisk perspektiv, metode, resultatdel og diskusjon (Støren, 2013, s. 15). De andre artiklene ble ekskludert fordi de ikke var vitenskapelig fremstilt eller relevant for min problemstilling som omhandlet spesifiserte tema som demens, barn, psykiatrisk sykepleie etc. Artiklene jeg har anvendt i oppgaven er relevante i forhold til min problemstilling. Jeg har stilt kritisk til to av artiklene, det er fordi den ene er fra et sykehjem, men jeg valgte å ta den med grunnet den omhandler kommunikasjon. Jeg har også valgt å ha med en review grunnet relevansen for oppgaven.

3.5 Forskningsetikk

Når jeg har valgt artikler har jeg sett hva artiklene har kommet frem til som hensikt, problemstillingen, metode og på konklusjonene, samt forfatterne og hvem som har utgitt artikkelen (Dalland, 2016, s. 84). Jeg har også anvendt forskningsetikk ved å se på at pasientenes og pårørendes personvern blir ivaretatt og at forskningsresultatene er troverdige (Dalland, 2012, s. 96). Gyldigheten til hver av artiklene er vurdert som gode og relevante, det er grunnet av at det er valgt ut personer til intervju med erfaringer, og spørsmålene som er blitt stilt bidrar til å belyse problemstillingen for artikkelen (Dalland, 2012, s. 120).

4 Resultat

I dette kapitlet kommer en kort presentasjon av artiklene som skal være med videre i drøftingsdelen.

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Alle artiklene som er tatt med i oppgaven har fokus på erfaringer hver enkelte pårørende den palliative fasen, og hvilke behov de har fra helsevesenet. I studiene kommer det fram at informantene opplever tiden som vanskelig og opplever følelser som frykt og redsel, og det blir beskrevet om erfaringene deres i forhold til døden både før og etter at deres nærmeste har gått bort, om mestringsstrategier, mangel på tilstrekkelig informasjon fra helsepersonellet samt følelsen av å ikke bli sett. Det beskrives også positive opplevelser som hvilken innvirkning kommunikasjonen hadde for pårørendes opplevelse av ivaretagelse, hvilke konsekvenser kommunikasjonen hadde for pårørende, om ansvaret, sårbarheten deres og viktigheten av å danne et personlig forhold til helsepersonellet, og om omsorg.

4.2 Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review

Artikkelen er skrevet av Docherty, Mohsen, Roland, Williams og Carter (2008). Artikkelen omhandler 34 studier som er blitt utført i åtte forskjellige land som omhandler kommunikasjon og informasjon mellom pasient, pårørende, og sykepleier. Hensikten var å finne ut hva som var viktig i forhold til smertelindring, kunnskapen, og for kommunikasjonen mellom dem. Konklusjonen studien fremmet var ved at sykepleier skapte relasjon og et personlig forhold til dem, gjorde at mottak av informasjon og mulighet for å kunne tilegne seg kunnskap gjorde det enklere for dem og forstå og var en viktig del i arbeidet for pasienten og pårørende. For eksempel i forhold til tilstrekkelig smertebehandling følte pårørende at de manglet kunnskap om selve smertebehandlingen, vite hvor mye de skulle gi og om pasienten var smertepåvirket. De mente derfor at det var viktig for dem som pårørende og for pasientens del at sykepleier informerte og underviste om hvordan en kunne lese om en var smertepåvirket eller ikke, hva som var vanlig og hvordan de pårørende kunne administrere smertestillende for å kunne gi tilstrekkelig smertelindring.

4.3 Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family career experiences

Artikkelen er skrevet av Janze og Henriksson. Den er publisert i Palliative Research Centre, Stockholm (2014). Studien beskriver hvordan familier, ektefeller, og partnere forberedte seg på døden, hva endringer denne fasen kunne bringe og hvordan de forberedte seg på at et nært familiemedlem skulle gå bort. De kom frem til at pårørende forberedte seg på døden på to ulike måter: Ene metoden var å fokusere på nåtiden sammen med pasienten, men at de levde i svært usikkerhet hele tiden for når partneren skulle gå bort. Metode to beskrev at noen pårørende mente det var viktig å fokusere på tiden etter pasienten hadde gått bort for å kunne forberede seg på fremtiden, som ble svært viktig for noen å fokusere på, at det kom et liv etter. Konklusjonen de kom frem til var at frivillig eller ufrivillig ville det å miste en av sine nærmeste påvirke dem om de forberedt seg eller ikke.

4.4 Cancer communication and family caregiver quality of life

Denne artikkelen er skrevet av Wittenberg, Borneman, Koczywas, Del Ferraro og Ferrell (2017). Artikkelen belyser hvilke ansvar pårørende har i forhold til kommunikasjonen. De pårørende blir tildelt oppgaven av å måtte gi informasjon til andre om sykdomsforløpet til pasienten, og de må ta beslutninger sammen. Det er lite forskning angående hvordan kommunikasjonen kan bli en byrde, hvilke ansvar og hva det kan medføre for de pårørende. De utførte en pilotstudie hvor det ble dokumentert avvik for kompetansebygging hos sykepleier om kommunikasjonsferdigheter, bruk av omsorg og mestring. Funnene de gjorde viste viktigheten av sykepleierens vurdering og oppmerksomhet på pårørendes byrde i forhold til kommunikasjonen innenfor kreftomsorgen. Hvis sykepleier har forståelse for denne byrden, kan det hjelpe pårørende ved at de får lære kommunikasjonstiltak som potensielt kan øke pårørendes livskvalitet, redusere bekymring og stress.

4.5 Individual difficulties and resources – a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives

Det er lite forskning som er gjort for å identifisere vanskeligheter og ressurser pasienter med avansert lungekreft og deres pårørende har, og får. Derfor ønsket de å finne ut spesifikke problemer pasienten og pårørende følte på et personlig nivå. Hensikten var å utforske, sammenligne individuelle vansker og ressurser for lungekreftpasienter, og pårørende innenfor palliativ kreftomsorg. De identifiserte fire hovedproblemer. Generelt vanskeligheter knyttet til mellommenneskelige relasjoner, virkningen av cellegift, familie, helsepersonellet, i forhold til det sosiale liv ressurser, og støtte til både pasienter og pårørende. Resultatene tyder på at pasienter synes å slite med frykt som å være alene, svakhet, humørsvingninger, økonomi, unngåelse av å snakke om sykdommen eller død etc. Pårørende synes å oppleve hjelpeløshet om partnerens fornektelse, usikkerhet om omsorgen til døende, mange ønsket ikke å høre om andres opplevelser og råd, det syntes de var slitsomt og vanskelig. Konklusjonen av studien var at de håpte funnene kunne bidra til viktig informasjon om den enkeltes pasient og pårørendes opplevelse i den palliative kreftbehandlingen, fra det mellommenneskelige forholdet, behandling og valg av lege etc. (Sparla, Flach-Vorgang, Villalobos, Krug, Kamradt, Coulibaly, Szecsenyi, Thomas, Gusset-Bährer, Ose, 2016).

4.6 End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions

Elsa Kaarbø skriver i artikkelen om en studie som ble gjennomført for å finne ut om erfaringene pårørende som hadde vært tilstede både før og etter et familiemedlem var gått bort følte seg ivaretatt. Det er aldri blitt utført en studie av sitt slag i Norge tidligere hvor slektninger av den avdøde har kunne kommet med perspektiver på hvordan det var å være tilstede sammen med den døende. Konklusjonen studien gjorde var at pleien og ivaretakelsen av den døende ofte var god og faglig forsvarlig. Det var god kommunikasjon og relasjon til sykepleierne men at det var viktigheten med mer tydelighet i pleien som gis. Det beskrives også at det trengs bredere kompetanse og sikker ivaretakelse ovenfor pårørende ved at sykepleier har kommunikasjon som fokus området som også vil gjenspeile omsorg overfor pasienten og pårørende (Kaarbø, 2009).

5 Drøfting

I denne delen skal jeg drøfte problemstillingen opp mot sykepleiefaglig litteratur, egen erfaring, ulik teori og forskning.

Problemstilling: *«Hvordan kan sykepleier bidra til god kommunikasjon med pårørende i palliativ kreftbehandling på sykehus?»*

5.1 Hvordan danne et godt forhold mellom sykepleier og pårørende?

I Travelbees (1999, s. 186-188) sykepleieteori beskrives viktigheten av at sykepleier danner et menneske-til-menneske forhold til pårørende. Dette er første fase i å skape et personlig forhold til hverandre. Det er viktig at sykepleier bruker god tid og viser tålmodighet for å danne en relasjon til pårørende (Travelbee, 1999, s. 186-188).

Som pårørende erfarte jeg at sykepleieren viste interesse overfor meg og mine følelser og behov, bidro det til at jeg satt pris på hennes nærvær. Jeg fikk et ønske om å bli kjent med henne. Sykepleieren må være opptatt av å ha et ønske om å lære, kjenne, ivareta og finne frem til pårørendes behov (Travelbee, 1999, s. 186-188). Docherty et al. (2008) skriver, som Travelbee, at sykepleieren lettere skaper en relasjon til de pårørende ved å tilegne seg kunnskap og forståelse for situasjonen. Sparla et al. (2016) sin studie underbygger også dette. Som sykepleier mener jeg å ha grunnlag for å påstå at pasienten og deres pårørendes viktigste ressurs i en palliativ fase er støtte og omsorg fra helsepersonell. Hvis relasjonsbygging ikke er et ønske fra sykepleiers side vil det skape en barriere og dermed bli vanskelig å samhandle med pårørende (Travelbee, 1999, s. 186-188).

I praksis erfarte jeg at pårørende var svært mottakelige for å danne et personlig forhold. Jeg oppfattet dem som åpen og med et ønske om å bli kjent med meg, ikke bare ut fra min rolle som sykepleierstudent, men som menneske. Inntrykket jeg fikk ved mitt første møtet, også kalt det innledende møte (Travelbees, 1999, s. 186-188), var at jeg ble møtt med gode holdninger. Det ble gjort hyppige observasjoner og antakelser. Min oppfattelse av pårørende gjorde at jeg fikk et ønske om å lære å kjenne, og gjør en ekstra innsats. Sykepleieren må bidra til å skape trygghet og tillit for å kunne bryte ut av kategoriseringen, og se på hverandre som individer i en tidlig fase (Travelbee, 1999, s. 186-188). Sykepleier vil, etter å ha brutt ut av kategoriseringen og stereotypisering, kunne se likheter og ulikheter med hverandre, som vil kunne skape grunnlag for empati. Dette bidrar også til å skape relasjon. Travelbee (1999, s.

188-192) trekker dette frem som et vesentlig grunnlag for god kommunikasjon. Jeg opplevde å skape større trygghet ved å gjøre meg kjent med og erkjenne pårørendes behov og følelser. Ved å vise følelser og ydmykhet gjennom handlinger og kommunikasjon, var det enklere å bli kjent med pårørende. I artikkelen til Docherty et al. (2008) fremmes også viktigheten av å skape et personlig forhold mellom sykepleier og pårørende. Det blir beskrevet som en avgjørende prosess for å danne en relasjon samt at de skulle føle seg ivaretatt. Det var essensielt fordi det bidro til at informantene følte de fikk mulighet til å kunne tilegne seg nødvendig kunnskap og trygghet til å stille spørsmål. Sykepleier kan, ved å gi av seg selv, vise omsorg og empati samt å dele egne erfaringer og synspunkter. Dette er noe som kan bidra til at pårørende føler seg ivaretatt.

Ved sympati og medfølelse har en ikke bare evnen til å kunne forstå og forutsi andres atferd. Sykepleieren vil også ha et ønske om f.eks. å lindre plager, hvor en kan vise bekymring og omtanke. Dette gjør sykepleieren ved å bruke medfølelse i de konstruktive sykepleiehandlingene (Travelbee, 1999, s. 200). Det krever kunnskap, sikkerhet og ferdigheter om behov pasienten og pårørende har for å kunne tilrettelegge tiltak (Travelbee, 1999, s. 210). Om sykepleieren ikke har nok kompetanse om palliativ pleie kan dette gjøre at pasienten og pårørende ikke føler seg sett og ivaretatt, som igjen vil redusere kvaliteten på pleien som gis. Målet for at sykepleieren skal bidra til god kommunikasjon blir vanskelig å nå. Gjennom min praksis erfarte jeg at pasientene og pårørende satt pris på at en tok de i hånden, strøk dem over skulderen eller at jeg spurte hvordan det gikk. Dette var med på å fremme omtanke og medfølelse. Det er ikke gitt at berøring er en passende form for å vise god omsorg i alle tilfeller, og det er her igjen viktig at sykepleier må ha kjennskap til pasientene og pårørende. I en palliativ fase hvor pårørende er i ferd med å miste et familiemedlem er det viktig at sykepleier viser skjønn og ydmykhet (Travelbee, 1999, s. 200). Ifølge Travelbee (2001, s. 172) tar det tid å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

5.2 Hvordan kan holdningene påvirke sykepleieres utøvelse?

Når sykepleieren skal kommunisere med pårørende vil det ikke bare være ordene en uttrykker som vil ha betydning for kommunikasjonen, men også holdningen sykepleier viser overfor pårørende. Hvordan sykepleieren bruker og anvender kroppsspråk, som ved bruk av hender og ansiktsuttrykk, vil det bidra til hvordan kommunikasjonen oppfattes og utfallet for

utøvelsen på sykepleien blir. Det vil i hvert møte mellom to eller flere mennesker foregå en kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 135). Kommunikasjon kan foregå i forskjellige former.

I en palliativ fase vil sykepleierens i stor grad observeres av pårørende. Kroppsspråk kan lett misforstås og feiltolkes, og en må være oppmerksom på sine verbale og nonverbale kommunikasjonsevner.

Det er derfor viktig at sykepleieren bruker seg selv som et godt verktøy i kommunikasjonen ved å være hyggelig, omgjengelig og vise omsorg. Kommunikasjonen blir en metode for sykepleieren å formidle omsorg overfor den palliative kreftpasienten og pårørende ved bruk av kroppsspråket. Nonverbal kommunikasjon vises gjennom blick, hvordan vi opptrer og oppførselen vår. Kroppsspråket vårt fremmer og avslører om sykepleieren ikke har empati, medfølelse eller interesse overfor den døende, eller pårørende fordi det vil gjenspeiles gjennom handlingene og hvordan en uttrykker seg (Travelbee, 1999, s. 137). Verbal kommunikasjon er når sykepleieren uttrykker seg via ord, enten om det er skriftlig eller muntlig.

I artikkelen til Sparla et al. (2016) beskriver en studie som er gjennomført med hensikt å gå i dybden på ulike erfaringer lungekreftpasienter, og deres pårørende opplevelse i palliativ fase. De fant blant annet ut at informantene syntes det var slitsomt og vanskelig å høre om andres opplevelser og råd. Derfor må sykepleieren erkjenne og vise respekt for deres avgjørelse om å ikke delta på dette. Sykepleieren kan fange det opp gjennom pårørendes non-verbale kommunikasjon ved å observere holdningen deres. Pasientene kan uttrykke misnøye gjennom en grimase, bli lei seg eller velger å trekke seg unna. Her kan sykepleieren legge merke til og bruke informasjonen en har tolket for å tilpasse behov og ønsker.

Travelbee (1999, s. 54) beskriver ulike kommunikasjonsferdigheter sykepleieren bør ha som evnen til å kunne observere og tolke situasjoner, tilrettelegge, styre interaksjonen mellom seg selv og pårørende for å nå ønskelig mål. Hvis sykepleieren ikke har god nok kompetanse vil det medføre at det kan bli misforståelser og usikkerhet hos pårørende, som igjen bidra til redsel og unødvendig bekymring. Jeg mener det er viktig at sykepleier vet når en bør gi rom, trekke seg unna eller når det er behov for at en skal gripe inn i en spesifikk situasjon. En av sykepleierens oppgaver er å reflektere over egne holdninger, bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon. Om sykepleieren viser omsorg, kan dette bidra til sikker og hjelpende sykepleie (Travelbee, 1999, s. 138).

5.3 Hvordan bruke kommunikasjon for å dekke pårørendes behov og reaksjoner?

Forskningen til Kaarbø (2010) viser at pårørende var fornøyd med ivaretagelse etter pasientens død. En av grunnene til at de følte seg ivaretatt, var god kommunikasjon og relasjon med sykepleierne. Kaarbø (2010) beskriver videre at sykepleiere som har fokus på kommunikasjon med både pasient og pårørende, vil gjenspeiles i relasjonen mellom dem. Wittenberg, Borneman, Koczywas, Del Ferraro og Ferrell (2017) beskriver i sin forskning at sykepleieren må være bevisst på at de pårørende kan føle på en byrde, og gode kommunikative evner kan i flere tilfeller være avgjørende for pårørendes livskvalitet. Ifølge Kaarbø (2009) er kommunikasjon og relasjon mellom pasienter, pårørende og pleier sentralt i pleie av pasienter med kreft. I studien kom hun frem til at deltakerne følte seg godt ivaretatt, og hovedgrunnen var god kommunikasjon. Dette er enda et eksempel på at kommunikasjon er avgjørende i samhandling med pårørende. Samtidig skal en ikke glemme at pårørende sitter igjen etter den palliative fasen er over. Det er sykepleierens oppgave å forberede dem på tiden etter døden. I artikkelen til Janze og Henrikssen (2014) beskrives ulike forberedelser pårørende gjorde for å prøve å forberede seg på døden. En av sykepleierens oppgaver er å snakke med både pasienten og deres pårørende om tiden etter. For at dette skal kunne gjøres på en god og naturlig måte er man avhengig av et godt forhold til de pårørende. Det er tidligere i oppgaven beskrevet som et menneske-til-menneske forhold. Janze & Henrikssen (2014) trekker frem nye roller og en ny hverdag for de pårørende. Denne tiden krever at de pårørende erkjenner og på en god måte håndterer en ny livssituasjon. Nye roller og holdninger må få tid til å vokse frem.

Studien viste ulike måter å forberede seg på en sorgprosess. For noen pårørende ble situasjonen lettere å håndtere ved å ha fokus på positiv tankegang og å se fremover på et liv uten pasienten, mens for andre var vanskelig å ta avstand fra situasjonen (Janze & Henrikssen, 2014). Mennesker oppfatter og reagerer ulikt i forskjellige situasjoner. Dette kommer tydelig fram i en krisesituasjon. I rollen som sykepleier må man derfor tillate at ulike reaksjoner kommer til overflaten. Det er aldri et fasitsvar på hva som er riktig og galt i en slik fase. På denne måten mener jeg at sorgprosessen vil bli enklere å håndtere, dersom de pårørende erkjenner og aksepterer livssituasjonen de er kommet overfor.

Docherty et al. (2008) skriver i sin forskning at informasjon om sykdommen og dens løp var viktig for de pårørende. De viser i sin forskning at når pårørende får informasjon om f.eks smertelindring fra sykepleiere var dette med på å øke tryggheten for medisadministrering. Docherty et al. (2008) fokuserer også på at når sykepleiere skaper relasjon med de pårørende er det lettere for dem å åpne opp seg om vanskelige problemer og spørsmål. Wittenberg et al. (2017) påpeker i sin forskning at det ble dokumentert avvik hos sykepleiere i forhold til kompetanse innenfor kommunikasjonsferdigheter, omsorg og mestring i den palliative fasen. På den andre siden viser forskningen til Kaarbø (2009) at de aller fleste var fornøyd med hvordan de ble møtt av helsepersonell. Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 47) beskriver at det er viktig for sykepleieren å tilpasse seg situasjonen. En må gjenkjenne og ha forståelse for pårørende om hvilke reaksjoner som kan forekomme. Her er det ofte nok å bare være tilstede, tåle pårørendes smerte og å være medmenneskelig som vil vise at sykepleieren ønsker å yte omsorgsfull hjelp. Hvis sykepleieren ikke klarer å bidra til god kommunikasjon til pårørende i krise kan det påvirke deres evne til bearbeidelse og følelse av trygghet. Dette kan bidra til at deres situasjon blir enda tøffere å håndtere (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 47). I den palliative fasen vil pårørende oppleve følelser som sorg, stress, depresjon, benektelse, fortvilelse samt andre følelsesmessige belastninger (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.119). Sykepleier blir dermed en viktig støttespiller, hvor et godt, tillitsfullt bånd er viktig og kan bidra til å redusere deres psykiske påkjenning (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 119).

I artikkelen til Wittenberg et al. (2017) belyses pårørendes ansvar i forhold til kommunikasjon når det kommer til den døende, men også til helsepersonellet, og andre involverte. Pårørende har en viktig oppgave å gi informasjon videre til andre i pasientens omkrets. Studien beskriver hvilke byrde og psykisk påkjenning dette kan medføre og hvilke utfordringer kommunikasjon kan gi. De fremmet derfor viktigheten av sykepleierens vurdering og oppmerksomhet på pårørendes påkjenning i forhold til kommunikasjonen innenfor det palliative arbeidet. Det er derfor viktig at sykepleieren erkjenner denne påkjenningen, og tilbyr hjelp og kommunikasjonstiltak. Sykepleieren kan legge til rette for pårørende kommer med bekymring til helsepersonell og hyppig stiller spørsmål til pårørende om deres hverdag. Dette for å forsterke dialog og redusere bekymringer og stress (Wittenberg et al., 2017) Pårørende har kunnskaper, ferdigheter og ofte et ønske om å kunne være til hjelp, og kan være en ressurs i den palliative behandlingen. De har kunnskap om pasientens livshistorie og symptomutforming, effekt på ulike behandlingstiltak og hva som har fungert bra eller dårlig (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 53). Som pårørende vil en som regel det som er best for

sine kjære. Noen ganger kan det være vanskelig å innse at livet går mot slutten, og at det ikke lenger er fokus på å få pasienten frisk, men heller å gi en verdifull lindrende behandling. Fra praksis erfarte jeg at noen pasienter gjerne ville gi beskjed selv om hva som er bra eller dårlig for dem, mens andre vil forsøke å gjøre det som gjorde sykepleierne eller de pårørende fornøyd. I et slikt tilfelle hvor sykepleieren og de pårørende ikke har samme forståelsen må sykepleieren aktivt forsøke å formidle kunnskapene sine slik at det foreligger en felles forståelse for hva som er pasientens beste.

Docherty et al. (2008) beskriver i sin forskning at hvis sykepleieren ikke har kunnskap om hva pårørende trenger av informasjon, veiledning, undervisning og støtte kan det bidra til at de ikke føler seg tilstrekkelig ivaretatt, hvor følelser og behov ikke blir sett, og tatt stilling til. Som også beskrives i artikkelen skrevet av Kaarbø (2009) hvor pårørende ofte hadde følt at informasjonen som ble gitt av sykepleieren ofte følt som tilfeldig, ikke tilstrekkelig, og at virket som at det ikke hadde blitt planlagt på forhånd av en samtale hva som skulle sies, innholdet og når. Kaarbø (2009) fremmer videre viktigheten av informasjons delingen ved å fremme tiltak ved at sykepleier gir litt og litt slik at det ikke blir overveldende for den pårørende. Sykepleieren skal bidra til god og hjelpende kommunikasjon, og tilrettelegge for at pårørende skal kunne få tid til å forberede seg på forhånd. Jeg mener også det er viktig som Kaarbø (2009) beskriver at sykepleier forsikrer seg om at det som er blitt fortalt er forstått og hva informasjonen innebærer slik at det ikke oppstår misforståelser. Det vil tilsi som jeg har erfart i praksis at det er behov for å gjenta informasjonen flere ganger. Begrensninger i forhold til kommunikasjonen kan en møte på sykehuset. Eksempler på dette er at sykepleiere har dårlig tid, og blir "tvunget" å bruke den tiden de har til rådighet til å formidle mye informasjon på kort tid. Eller at pårørende ser at sykepleieren har mye annet å gjøre og dermed unngår de pårørende å stille spørsmål for ikke å hefte sykepleieren mer. Sparing i økonomien kan være en årsak til at sykepleierne har en hektisk arbeidsdag, som bidrar til at informasjonen ikke alltid er like tilstrekkelig. Som jeg nevner tidligere er det viktig at sykepleieren ser pasienten og pårørendes behov, og god tilrettelegging både før og underveis tenker jeg det kan være viktig for at kommunikasjonsprosessen mellom sykepleier og pårørende skaper rom for relasjoner, tillit og respekt. Det kan noen ganger være nødvendig å prate med de pårørende uten at pasienten er tilstede. Kanskje det kan være at de pårørende ønsker å formidle noe som de ikke mener pasienten trenger å høre, og da må sykepleieren respektere dette. Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 47) beskriver også pårørendes behov for

veiledning hvor det er viktig at pårørende får reflektere og at sykepleieren bidrar med råd om hvordan en kan håndtere stress, følelser og hvordan de kan samhandle sammen med pasienten på best mulig måte. Det står i Spesialisthelsetjenesteloven §3-8 at sykepleier er pliktig til å gi opplæring til pasienten og pårørende (Lovdata, 2016). Ved å gi veiledning eller undervise vil det gjøre det lettere for pårørende i spesifikke situasjoner, Som ved smertelindring eller i andre sammenhenger kan sykepleieren bistå til å redusere bekymring eller engstelse hos pårørende ved å forklare hvilke effekt smertebehandlingen har, tegn de kan se etter for om pasienten uttrykker smerte og undervise om de ulike medikamentene. Docherty et al. (2008) påpeker også viktigheten av å gi informasjon både skriftlig og muntlig om hvilke virkning legemidlene har, bivirkninger samt også administrering. Det er også noen pårørende som synes det er vanskelig å vise omsorg i den siste tiden. Dermed kan sykepleieren tilrettelegge for hvordan de kan være omsorgsfull i den palliative fasen som vil resultere i at de blir mer sikker og trygg (Bøckmann & Kjellebold, 2015, s. 47). Sykepleieren skal ifølge Helsepersonelloven opptre med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig (Lovdata, 2016). Hvis sykepleieren har ønske om å se pårørendes behov, tilrettelegge tiltak, bidra til god og hjelpende kommunikasjon vil det bedre den palliative fasen. Avslutningsvis vil jeg også dra frem at sykepleieren skal ifølge yrkesetiske retningslinjer samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (Norsk sykepleierforbund, 2015). Dette betyr at sykepleieren er taushetsbelagt og må behandle all informasjon med forsiktighet.

6 Avslutning

Det er vanskelig å komme med en entydig konklusjon for hvordan sykepleieren kan bidra til god kommunikasjon, jeg skal derfor oppsummere eksempler for hva som er viktig for å danne grunnlaget og hva en bør fokusere på. Dette gjøres med utgangspunkt i problemstillingen.

I spørsmålet *hvordan sykepleier kan danne et godt forhold til pårørende?* kan det dannes ved å skape et menneske-til-menneske forhold til pårørende som Travelbee mener er et godt verktøy for å yte god sykepleie (Travelbee, 1999, s. 54). Det underbygges også av Docherty et al. (2008) og Sparla et al. (2016). Et slikt forhold kan dannes ved at sykepleieren jobber seg gjennom fire faser. Som beskrevet i drøftingen er det tidkrevende, det er derfor viktig at sykepleieren tilrettelegger tid og viser tålmodighet som vil bidra til å oppnå ønskelig mål (Travelbee, 1999, s. 54).

Hvordan kan holdningene påvirke sykepleiers utøvelse?

Sykepleierens holdning og kroppsspråk er faktorer for pårørendes oppfattelse av sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 137). Det er derfor viktig at sykepleier har et ønske, er bevisst, non-verbalt og verbalt utøver sykepleie på best mulig måte ved å fremme gode holdninger, og anvende seg selv til å bli en positiv, hensynsfull og omsorgsfull støttespiller til pårørende. Det er også sentralt at sykepleieren er bevisst på egne holdninger og at hun har kunnskap om døden, hvis sykepleier synes det er ubehagelig å snakke om døden blir det viktig å reflektere sammen med kollegaer over sine følelser og tanker.

Hvordan bruke kommunikasjonen for å dekke pårørendes behov og reaksjon?

Et samarbeid mellom pårørende og sykepleieren blir grunnleggende for dem begge, samt for den palliative kreftpasienten. Det er fordi de sammen kan bli en aktiv ressurs i arbeidet for pasienten som vil resultere i en sikrere og mer forsvarlig sykepleie (Eide & Eide, 2007, s.170-171). Det beskrives ulike måter å håndtere situasjonen, Janze og Henrikssen (2014) beskriver mestringsstrategier og at det er essensielt at sykepleieren bidrar til dette ved bruk av kommunikasjonen og tilrettelegge deres behov, som også underbygges av Kaarbø (2009) som beskriver at det er viktig med tydelighet i pleien som gis. Wittenberg et al. (2017) skriver i sin forskning at for å kunne forsterke dialog og redusere stress må sykepleieren legge til rette for at de pårørende kan uttrykke sin bekymring.

Det har av stor betydning som sykepleiestudent å få muligheten til å arbeide med pasienter og pårørende i palliativfase, det er svært lærerikt men også givende. Det var til tider vanskelig fordi en får sterke inntrykk, blir berørt på mange områder, men det resulterte i at jeg fikk ønske og interesse av å jobbe innenfor området. Jeg håper lærdommen fra å skrive en bacheloroppgaven vil pårørende oppleve meg som en trygg, omsorgsfull og jeg skal ta kunnskapen med videre i min fremtidige sykepleie karriere.

Litteraturliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling*. (2.utg, s. 125-149). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende: I helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Docherty, A., Mohsen, A., Roland, P., Williams, J., & Carter, H. (2008) Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *SAGE Publications, Los Angeles, London, New Delhi and Singapore*. doi: 10.1177/0269216307085343
- Helsedirektoratet. (2012). *Beslutningsprosesser ved begrensing av livsforlengende behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Høgskolen i Bergen (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
- Janze, A og Henriksson, A. (2014). Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences. *Palliative Research Centre, Stockholm*. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.10.494.
- Kaarbø, E. (2010). End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions. *Journal of clinical nursing*
- Kaasa, S. (2016) *Smertediagnostikk*. S. Kaasa (Red.), Palliasjon. (2. utg., s. 402-409). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Leonard, P. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional—patient communication issues. *Supportive Care in Cancer*, 25(1), 7-9.

- Lovdata. (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 23. mars 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund. (2013) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet 1. mars 2017 fra https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sparla, A., Flach-Vorgang, S., Villalobos, M., Krug, K., Kamradt, M., Coulibaly, K., ... & Ose, D. (2016). Individual difficulties and resources—a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives. *Patient preference and adherence*, 10, 2021.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wittenberg, E., Borneman, T., Koczywas, M., Del Ferraro, C., & Ferrell, B. (2017). Cancer Communication and Family Caregiver Quality of Life. *Behavioral Sciences*, 7(1),12.

Vedlegg 1 - Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
«Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review»	- Finne ut hva som var viktig i forhold til kommunikasjonen mellom sykepleier og de pårørende.	- Review - Kvalitativ - Omhandler 34 studier som ble gjort og som foregikk i 8 forskjellige land.	Syv elektroniske databaser ble søkt fra perioden januar 1994 til november 2006: Medline, CINAHL, PsychINFO, Embase, Ovid, Zetoc og Pubmed bruke en meta-søkemotor (Metalib).	-Pårørende trengte informasjon og undervisning om smertelindring, for å kunne administrere. - Viktig med informasjon. - Relasjon mellom sykepleier og pårørende. - Få tilstrekkelig informasjon - Personlig forhold til sykepleieren.
«Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences».	- Var å finne ut om hvordan familie og partner/ektefelle forbereder seg for å kunne gi omsorg til den palliative pasienten. Hvilke kunnskap de hadde om døden, og deres erfaringer før og etter pasientens død inntraff.	-Kvalitativ - intervju	Utvalget var mellom 40-83 år. 3 pensjonister, 2 heltids ansatte, og en tok vare for pasienten på fulltid. Til sammen 6 informant	-Studien kom frem til at pårørende forberedet seg på døden, på to ulike måter. -1 metoden var å fokusere på nåtiden sammen med pasienten, men at de levde i svært usikkerhet hele tiden for når partneren skulle gå bort. -2 metode mente

			er.	noen pårørende at det var viktig å fokusere på tiden etter pasienten hadde gått bort, for å kunne forberede seg på fremtiden ble svært viktig for noen å fokusere på.
«Cancer Communication and Family Caregiver Quality of Life»	Artikkelen belyser hvilke ansvar pårørende har i forhold til kommunikasjonen, både til den døende men også til helsepersonellet. De pårørende blir tildelt oppgaven av å måtte gi informasjon til andre om diagnosen men det er lite forskning ang hvordan kommunikasjonen kan bli en byrde, hva ansvaret kan medføre og hvilke utfordringer dette kan påføre de pårørende.	-Kvalitativ - Intervju med pårørende, spørsmål som: Hvem er mest utfordrende å snakke om kreft? Når du tenker på å snakke om kreft, og du vet at det vil være utfordrende, hvordan påvirker dette deg fysisk? - Over 18 år. - Engelsk talende.	- 20 pårørende for lungekreft pasienter ble intervjuet.	- Viktigheten av sykepleierens vurdering og oppmerksomhet på pårørendes byrde i forhold til kommunikasjon innenfor kreftomsorgen. - Spl har forståelse for denne byrden, kan det hjelpe pårørende ved at de får lære kommunikasjonsstiltak. - Potensielt øke pårørendes livskvalitet, redusere bekymring og stress.
«End-of-life care	Hensikten med studien	-Kvalitativ	50	Forberede

<p>in two Norwegian nursing homes: family perceptions»</p>	<p>var å kunne motta konstruktiv tilbake melding for å kunne forberede kvaliteten på sykepleien som gis i den palliative behandlingen. Det er aldri blitt utført en studie av sitt slag i Norge tidligere hvor slektninger av den avdøde har kunne kommet med perspektiver på hvordan det var å være til stedet sammen med den døende.</p>		<p>pårørende ble intervjuet.</p>	<p>kommunikasjon - Planlegge informasjon, tilstrekkelig og er forstått.</p>
<p>«Individual difficulties and resources - a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives»</p>	<p>Var å finne ut spesifikke problemer pasienten og pårørende følte på et personlig nivå.</p>	<p>Kvalitativ Spørreskjema Intervju Innholdsanalyse</p>	<p>18 deltakere - 9 pasienter og 9 pårørende .</p>	<p>Pasientene slet med: Frykt, svakhet, humør svingninger, økonomi, unngåelse av å snakke om sykdommen eller død etc. Pårørende opplevde: Hjelpeløshet om partnerens fornektelse, usikkerhet om omsorgen til døende, Ikke ønske om å høre andres opplevelser og råd.</p>