



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Ellen Johanne Suendsbø		

Deltaker

Kandidatnr.: 671

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan ivareta tillit hos pårørende

Antall ord *: 8293

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvordan ivareta tillit hos pårørende

How to maintain next of kin's trust

Kandidatnummer: 671

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

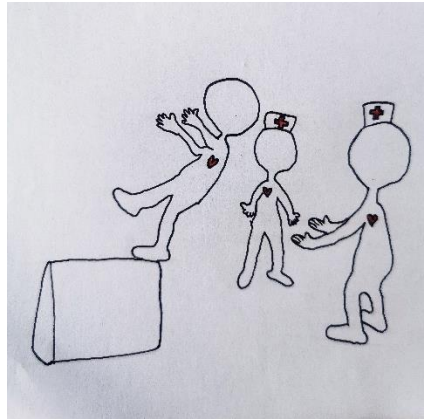
Veileder: Ellen Johanne Svendsbø

Innleveringsdato: 06.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Hvordan ivareta tillit hos pårørende



(Privat tegning)

Bachelor oppgave i sykepleie

HVL Campus Stord

Kull 2017

Innleveringsdato:

06.05.2020

Antall ord:

Antall sider:

Sammendrag:

Tittel: Hvordan ivareta tillit hos pårørende

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema er etter egne erfaringer i praksis (spesielt en situasjon), og lest litteratur. Temaet er et viktig område innen sykepleie, og spennende å finne mer utav.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleie ivareta tillit i relasjonen med pårørende til pasient i palliativ fase.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å vise hvordan sykepleie kan ivareta pårørende, når pasienten er i palliativ fase, og hva som kan bidra til å skape tillit i relasjonen mellom sykepleier og pårørende. Oppgaven vil da bidra til å oppnå kunnskap om den valgte problemstillingen.

Metode: Metoden som er blitt brukt i denne oppgaven er en systematisk litteraturoversikt, basert på 4 kvalitative artikler. Det har blitt brukt manuelt søk i form av lærebøker og referanselister, hvor den ene artikkelen ble funnet på sykepleien.no. Det er også brukt ulike databaser i søk etter artiklene, men de tre andre artiklene i oppgaven ble funnet på CINAHL. Oppgaven har fullt etiske retningslinjer og er anonymisert i form av etiske hensyn.

Resultat: Dagens forskning viser at pårørende kan oppleve at deres behov ikke blir dekket når pasienten er i den palliative fasen, og at informasjonen, og støtten som blir gitt er generell og ikke tilpasset den enkelte situasjon. Behovene til pårørende kan også stille store krav til sykepleier, og for å skape en tillitsrelasjon er det avgjørende å bruke seg selv terapeutisk gjennom fordeling av makt, vise empati og ha gode kommunikasjons ferdigheter.

Konklusjon: Det finnes sentrale utfordringer som kan komme i veien for å skape tillit til pårørende, og en må som sykepleier ha god kunnskap, tilrettelagt arbeidsforhold, og mer systematiske tilnærminger om hvordan en ivaretar de pårørende. Det er en gjensidig sårbarhet i den palliative fasen, og en må være bevisst på egne holdninger for at tillit som moralsk dimensjon, ikke skal stå i fare som svar på den gjensidige sårbarhet. Etske refleksjoner er nødvendig for å erkjenne hva som er bra, og hva som kan gjøres bedre i relasjonen med de pårørende.

Nøkkelord: Sykepleie, pårørende, palliativ fase, tillit, relasjon.

Summary

Title: How to maintain next of kins trust.

Contextual: The reasoning behind the chosen topic is based on own experience in practice (especially one situation), and reading literature. The theme is an important area in nursing, and exciting to find out more about.

Research topic: How can nursing maintain trust in the relationship with the relatives of the patient in the palliative phase.

Purpose: The purpose of this thesis is to show how nursing can take care of relatives, when the patient is in the palliative phase, and what can contribute to build trust in the relationship between nurse and relatives. The thesis will then help to gain knowledge about the chosen issue.

Method: The method used in this thesis is a systematic literature review based on 4 qualitative articles. Manual searches have been used in the form of textbooks and reference lists, where one article was found on sykepleien.no. Various databases were also used in the search for the articles, but the other three articles in the thesis were found on CINAHL. The thesis has followed ethical guidelines and is anonymized in the form of ethical considerations.

Result: Today research shows that relatives may find that their needs are not met when the patient is in the palliative phase, and that the information and support provided is general and not customized to the individual situation. The needs of relatives can also place great demands on nurses, and in order to create a trusting relationship, it is crucial to use oneself therapeutically through the distribution of power, show empathy and have good communication skills.

Conclusion: There are key challenges that can get in the way of building trust in relatives, and as a nurse you must have good knowledge, adapted working conditions, and more systematic approaches to how to care for the relatives. There is a mutual vulnerability in the palliative phase, and one must be aware of one's own attitudes in order that trust as a moral

dimension should not be jeopardized in response to the reciprocal vulnerability. Ethical reflections are necessary to recognize what is good and what can be done better in the relationship with the next of kin.

Keyword: Nursing, relatives, palliative phase, trust, relationship

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensninger og konkretisering	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori	3
2.1 Teoretiker Joyce Travelbee	3
2.2 Pårørende	5
2.3 Kommunikasjon og relasjon	6
2.4 Tillit	6
2.5 I krise og sorg	7
2.6 Sykepleiers verdier, holdninger og etikk.....	8
3.0 Metode	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Fremgangsmåte	10
3.3 Metodekritikk	12
3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave	12
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur	12
3.3.3 Etikk i oppgaveskriving	13
4.0 Resultat	14
4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler og kritisk vurdering av dem	14
4.2 Samlet analyse av resultatene	19
5.0 Drøfting	19
6.0 Avslutning	23
7.0 Referanseliste	24
8.0 Vedlegg	27

1.0 Innledning

Pårørende er den som står pasienten nærmest, og ivaretagelsen og samhandling med pårørende er del av sykepleiere sin hverdag. Ifølge Helsedirektoratet (2018, kap. 1) dør 31% av pasientene på sykehus og 48 % på sykehjem, noe som medfører at sykepleiere gjennom sitt yrke vil møte pårørende til pasienter i livets slutfase. Helsedirektoratet (2018, kap. 6.3) skriver i pårørendeveileder at helsepersonell plikter å vise omsorg, informerer, tilrettelegge og gi praktisk støtte til familien og pårørende når pasienten er i palliativ fase.

Pårørende må betraktes som en del av teamet rundt pasienten, fordi det er den pårørende som oftest kjenner pasienten best, og er derfor en viktig resurs. Det er likevel svært viktig å huske på å se pårørende som en person, som også har sine behov for å bli ivarettatt av helsepersonell. Rollen som sykepleier og de retningslinjer en plikter å følge, fører til forventninger om kunnskap, holdninger og egenskaper. Dette medfører som regel, at sykepleier i utgangspunktet blir møtt med tillit fra både pasient og pårørende (Eide & Eide, 2017, s. 26).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom lest litteratur, egne erfaringer og praksis, er ivaretagelse av pårørende sine behov blitt et gripende tema for meg, som jeg ønsker å utforske dypere. I tillegg har jeg observert og erfart hvor sårbare og redde de pårørende kan være når deres nærmeste ligger for døden. Det var etter en spesiell hendelse jeg virkelig fikk kjenne på at det ikke alltid er så enkelt å vinne tillit hos pårørende, som er i en veldig sårbar situasjon. En mann i 30 årene hadde hjernesvulst, og var innlagt for lindrende behandling i den palliative fasen. Foreldrene til pasienten var hos han hele døgnet, og stilte spørsmål, og passet på alt sykepleier gjorde. Hver gang vi skulle gi medisin til pasienten skulle de sjekke at vi gav sønnen deres riktige dose, og de hadde full kontroll på dette. Dette førte til at vi som sykepleiere (studenter) vegret oss for å gå inn til pasienten, og følte vi ikke hadde deres tillit. Når foreldrene var så urolige, og opptatt av det praktiske rundt sønnen, var mitt inntrykk at de kanskje ikke fikk den tillit, roen, og verdigheten de hadde trengt, til å sitte med sønnen den siste tiden han hadde igjen. Dette er derfor min motivasjon, til å trekke frem ivaretagelse av pårørende og deres behov for tillit i yrket som sykepleier.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å vise hvordan sykepleie kan ivareta pårørende, når pasienten er i palliativ fase, og hva som kan bidra til å skape tillit i relasjonen mellom sykepleier og pårørende. Oppgaven vil da bidra til å oppnå kunnskap om den valgte problemstillingen gjennom et systematisk litteraturstudie bygget på oppdatert kunnskap.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie ivareta tillit i relasjonen med pårørende til pasient i palliativ fase.

1.4 Avgrensning

Pårørende er voksne pårørende, som ifølge Helsedirektoratet (2018) vil si personer over 18 år. I oppgaven er det valgt å avgrense til at pasientene det er snakk om, er i palliativ fase, uavhengig av sykdom, og spesifikk diagnose. Pasienten er innlagt på sykehus. I oppgaven er fokuset på pårørende, og pasientens roller og egen opplevelse vil ikke bli vektlagt, fordi det ville gjort oppgaven for omfattende. Samtidig ser en på pårørende og pasient som et, og oppgaven vil trekke frem betydningen det vil ha for pasienten at pårørende blir ivaretatt.

1.5 Begrepsavklaring

Pårørende: Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (§1-3, 1999) er det pasienten selv som bestemmer hvem som er nærmeste pårørende. Det er viktig at helsetjenesten avklarer med pasienten hvem som er nærmeste pårørende. De nærmeste pårørende har rettigheter i forhold til informasjon, samtykke, journalinnsyn, og klage (Helsedirektoratet, 2018, kap. 3.1).

Tillit: Per Fugelli definisjon: «Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste.» (Per Fugelli, 2011).

Relasjon: Begrepet relasjon har sin opprinnelse fra det latinske ordet *relatio*, som betyr at noe står i forbindelse med noe annet. Innen helsefag brukes relasjon om forholdet mellom mennesker (Eide, 2017, s. 17).

Palliativ fase: Helsedirektoratet (2018, kap. 1) har oversatt WHO sin definisjon av begrepet palliasjon. Sett i lys av problemstilling presenteres utdrag:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig 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.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenteres teori som vil være med på å belyse problemstilling. Valgt sykepleieteoretiker er Joyce Travelbee's teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Hennes teori er relevant og vil bidra til å styrke oppgaven, da hun ser på hvert menneske som unikt og enestående. Travelbee inkluderer familien til den syke i sin definisjon av hva sykepleie er, og ser på pasient og pårørende som ett. Hun fokuserer ikke bare på relasjonen mellom sykepleier og pasient, men også pasientens familie. Videre presenteres relevant sykepleie-faglig litteratur, som vil bidra til å gi kunnskap om hvordan ivareta tillit hos pårørende.

2.1 Joyce Travelbee's omsorgsteori om mellommenneskelige forhold

Travelbee's definisjon på sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2001, s. 29).

Viktige begrep i Travelbee's sykepleietenkning, sett i lys av valgt problemstilling: Menneske, lidelse, håp, kommunikasjon, og menneske-til-menneske-forhold.

Menneske og lidelse:

Travelbee definerer menneske som unikt, enestående og uerstattelig. Menneske er et sosialt vesen som er i stand til å knytte seg til andre, men de er også i stand til å støte fra seg, mislike, mistro og hate andre. Selv om menneske er klar over at de en dag skal dø, klarer de ikke ta den kunnskapen innover seg, og døden forblir noe abstrakt og teoretisk. (Travelbee, 2001, s. 55). Fellesmenneskelige erfaringer, som for eksempel lidelse og tap, er en del av livet. Den enkeltes opplevelse av lidelse vil oppleves forskjellig og høyst personlig. Sykdom og lidelse gir derfor mennesket en anledning til personlig utvikling og vekst (Kristoffersen, 2011, s. 216). Travelbee (2001, s. 98-99) beskriver begrepet lidelse som en opplevelse av fysisk og psykisk smerte, og kan utløses ved tap av sine nærmeste. De fleste mennesker vil forsøke å

finne årsak til sykdommen eller lidelsen, og hvorfor nettopp de ble rammet og ikke andre (Travelbee, 2001, s. 103).

Håp:

Håp er alltid knyttet til forventninger om at andre vil hjelpe, særlig når ens indre ressurser ikke strekker til. Håp er fremtidsorientert, relatert til valg, ønsker, mot, og har nær sammenheng med tillit og utholdenhet. Utholdenhet er menneske sin evne til å prøve igjen og igjen, og ikke gi opp troen på en løsning (Travelbee, 2001, s. 118-119). I følge Travelbee (2001, s. 120) vil tillit vise seg når en tror på at andre vil hjelpe når en trenger det. Håpløshet beskrives som opplevelsen av at en har mistet troen på muligheten for forandring. En er overmannet av følelsen av at en ikke ser noen utvei, og mestring av problemet er nytteløst. Den som opplever håpløshet tror egentlig ikke at andre vil hjelpe, og har vondt for å tenke på fremtiden. Frustrasjonen kan føre til reaksjoner som pessimisme, apati, aggresjon, depresjon, og likegyldighet (Travelbee, 2001, s. 122).

Kommunikasjon

I følge Travelbee (2001, s.136) er kommunikasjon et viktig redskap i å skape et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er en gjensidig prosess der menneske formidler synspunkt, følelser og tanker. Prosessen drives av en dynamisk kraft som kan bidra til å trekke mennesker nærmere hverandre, men også støte bort, og såre. Kommunikasjonen kan være verbal, men også foregå nonverbalt gjennom holdning, ansiktsuttrykk, og oppførsel (Travelbee, 2001, s. 137-139). Gjennom kommunikasjon og innsikt kommer den andres verdier som et unikt menneskelig individ til uttrykk. Dette føre til at sykepleier kan planlegge og utføre sykepleie tilpasset den enkeltes behov (Kristoffersen, 2011, s. 221).

Å bruke seg selv terapeutisk er ifølge Travelbee evnen sykepleier har til å bevisst bruke sin egen personlighet i samhandlingen med menneske. For å klare dette må sykepleier ha kunnskap, dyp forståelse og innsikt i egen og andres adferd. Målet er å legge til rette for en ønsket forandring hos den syke, og denne endringen betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommende plager (Kristoffersen, 2011, s. 222).

Menneske-til-menneske-forhold

I følge Travelbee (2001, s. 171-172) kan et menneske-til-menneske-forhold ikke etableres mellom roller, men bare gjennom individer. Dette forholdet er et mål som oppnås etter at man har gått igjennom fire faser:

- Det innledende møtet
- Fremvekst av identiteter
- Empati og Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Det innledende møtet er det første møtet mellom sykepleier og pasienten (familien), og kjennetegnes av at personene ikke kjenner hverandre og har gjensidige forventninger. Det skapes et førsteinntrykk på bakgrunn av observasjoner av hverandres handlinger, væremåte og språk (Kristoffersen, 2011, s. 220).

Fremvekst av identitet er begynnelsen av å skape en personlig tilknytning, og verdsette hverandre som unike mennesker. Sykepleier ser pasienten som person, og begynner å forstå hvordan han opplever sin situasjon. Pasienten på sin side danner seg et bilde av sykepleieren, og hva som er unikt i forhold til andre (Kristoffersen, 2011, s. 220).

Empatifasen vil si at en evner å leve seg inn i den andre sin situasjon i et bestemt øyeblikk, med den forutsetning at en har erfart lignende situasjoner selv. En klarer å ta del i, og oppfatte den andre sin tilstand, uten at en går inn i den og vurderer den. Resultatet av empati er at en kan forutsi den andre sin handling. *Sympati og medfølelse* representerer ett skritt videre fra empati-prosessen. Dette vil si at en sitter seg inn i og forstår den andre sin situasjon, og har et ønske om å hjelpe den som lider og har det vondt (Travelbee, 2001, s. 193).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt er et resultat av det som har skjedd i de tidligere fasene. Personene vil betrakte hverandre som to unike individer, og det er blitt etablert et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 211). Sykepleier vil ha informasjon og kunnskap til å iverksette tiltak tilpasset pasienten sitt behov. Pasient får tillit til sykepleier, fordi hun viser at hun er til å stole på (Kristoffersen, 2011, s. 221).

2.2 Pårørende til pasient i den palliative fasen

Pårørende er pasientens nærmeste, og når mennesker har det vanskelig er det ingen som er viktigere for oss enn våre nære. Det er de pårørende sammen med pasienten som rammes hardest ved alvorlig sykdom. Det er viktig for pårørende at behandlingen av pasienten blir så

god som mulig, og de ønsker å møte helsepersonell som har gode holdninger, kunnskap, og gir nødvendig informasjon. De forventer også å bli møtt med omsorg, og at helsepersonell gir veiledning og støtte til de som står pasienten nær (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 15-17).

Pårørende kan bidra med nyttig informasjon om pasientens historie, og har ofte kunnskap om hvordan pasienten har reagert på tidligere behandlinger (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 23). Ved palliativ behandling er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende sentrale mål. Gjennom kartlegging og samtale bør det avklares hvor involverte de pårørende ønsker å være, få frem deres behov, og deres forventninger (Stensheim, Hjemstad, & Loge, 2016, s. 274).

2.3. Kommunikasjon og relasjoner

Kommunikasjon har sin opprinnelse fra det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, og ha forbindelse med en annen. Kommunikasjon i relasjon skjer ved utveksling av verbale og nonverbale tegn/signaler mellom personer (Eide, 2017, s. 17). Profesjonell kommunikasjon er knyttet til yrke og rollen som helsepersonell. Profesjonell helsefaglig kommunikasjon er alltid hjelpende for andre, og faglig velbegrunnet. Verdigrunnet for den profesjonelle kommunikasjonen i sykepleie bygger på målet om å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse, og å gjenopprette helse (Eide, 2017, s. 32-33). Personorientert kommunikasjon vil si at en ser og anerkjenner den andre som en unik person og lytter aktivt (Eide, 2017, s. 16).

Ifølge Bugge & Sandanger (2018, s. 97) kan kommunikasjon skape kontakt mellom mennesker, men også være ødeleggende og til hinder for å samhandle. Det er viktig å øve, og finne sin egen måte å kommunisere på som sykepleier. I profesjonsutdanningen undervises det i terapeutisk kommunikasjon, som vil si å sette den andre i fokus, lytte til det den andre formidler, og stille åpne spørsmål for å få frem den enkeltes ønsker og behov (Bugge et al, 2018, s. 97).

2.4 Tillit

I mellommenneskelig kommunikasjon er det å stole på, og vise tillit til den andre grunnleggende. Det medfører å gi fra seg makt og kontroll, ta en viss risiko, og våge seg inn i noe ubestemt sammen (Eide, 2017, s.26). Mennesker som er i krise eller sorg trenger en annen som kan vise vei fremover, og gi dem trygghet i at en vil det beste for dem. For å skape tillit må sykepleier gi god omsorg, overholde avtaler, være til stede, lytte og sørge for at pasienten

og pårørende får den hjelp og støtte de trenger (Røkholt, Bugge, Sandvik, & Sandanger, 2018, s.111). Tillit som blir gitt sykepleier kan føre til at pasienten og pårørende vil vise mer av sin sårbarhet. Dette representerer også en etisk fordring om ikke å misbruke makten som ligger i en slik tillitsrelasjon. (Eide, 2017, s. 26-27).

Fugelli (2011) mener at i det kliniske arbeidet blir tillit skapt av seks grunnelementer. Moralsk integritet vil si at du som person stoler på at hjelperen vil det beste for deg. Den personlige hjelper forsøker å finne den andres øyne, og skape et møte mellom et jeg og et du. Å dele makt vil si at den faglige ekspertten, erfarer at den som skal hjelpes er ekspertten i sitt liv, og er den som best kan formidle sin opplevelse, og sine behov. Å bry seg er en forutsetning for å ivareta tillit, og en må være oppriktig interessert i den andre, og vise medfølelse. Å ikke love for mye er avgjørende for det kan føre til at en ikke klarer å holde ord, og dermed bryter tilliten. Kyndighet er vesentlig for å fortjene tillit, hjelperen må ha forventet kompetanse innen sitt fag. (Fugelli, 2011).

2.5 I krise og sorg

Alvorlig sykdom eller død er en krisesituasjon for pasient og pårørende. En krise betegnes som en periode i livet med psykisk ubalanse hos en person som står overfor et problem, en ikke ser løsning på. Livet og verdiene trues, og hjernen prøver å finne løsninger for å håndtere situasjonen, ved at sansene skjerpes, hukommelsen endres, og en ligger mer merke til detaljer. Situasjonen preges av usikkerhet og kaos, og en kan kjenne på avmakt, fortvilelse, sinne og økt sårbarhet. (Bøckmann, & Kjellevoid, 2015, s. 109-111).

Sorg er når mennesker sørger over opplevelsen av et betydningsfullt tap. Sorg kan inneholde lengsel, dyp fortvilelse, sterkt savn, og håpløshet. Sorg handler om hva tapet gjør med oss, men også de tilpasningene en må gjøre for å mestre utfordringene som tapet fører med seg. Mennesker i krise og sorg skal ikke kjenne seg presset til å reagere på en bestemt måte, men bør få aksept for egne reaksjoner og følelser. Sykepleier bør støtte og veilede de pårørende, og må være bevist på at alle mennesker er ulike og vil reagere på forskjellige måter (Røkholt, Bugge, Sandvik, & Sandanger, 2018, s. 12-13).

Når sykdom har dødelig utgang, er dette svært krevende for pårørende. Mange sørger over tap som følge av sykdommen, slik som kontakt, relasjon, og fremtidshåp. Pårørende kan også oppleve redsel og usikkerhet om hva som vil skje med den syke, og bekymre seg og tenker mye på hvordan et liv uten den syke vil bli. «Ventesorg» blir brukt om den perioden en går gjennom, frem mot et ventet dødsfall, og er en intens periode i livet for de pårørende. Selv om

en venter på døden, betyr det ikke at en har godtatt det som skjer, og sorgprosessen kan også starte før den syke har gått bort (Sandvik, Røkholt, Bugge, & Sandanger 2018, s. 24-25).

Pårørende som blir møtt med respekt, omsorg, innlevelse og inkludering, vil reagere annerledes enn om helsehjelpen ikke er tilstrekkelig, og pårørende opplever å bli holdt utenfor. Både nåværende og tidligere erfaringer med helsetjenesten, vil også ligge til grunn for hvordan pårørende reagerer, og oppfører seg overfor helsepersonell (Bøckmann, & Kjellevold, 2015, s. 109-111).

2.7 Verdier, holdninger og etisk refleksjon.

Ifølge Bøckmann et al, (2015, s. 8) er grunnlaget for god praksis i arbeidet med pårørende lovverket som regulerer helsepersonellens, virksomhetens, pasientenes, og pårørendes plikter og rettigheter. I tillegg må god praksis baseres på hva helsepersonell vurderes som faglig og etisk riktig. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv, og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg, og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleier Forbund). Punkt 3 i de yrkesetiske retningslinjene til NSF trekker frem sykepleierens ansvar for å inkludere de pårørende, møte de med omtanke og vise respekt.

I møte med pårørende må sykepleier utøve et godt moralsk skjønn, og for å kunne gjøre det trenger en både faglig, erfaringsbasert og moralsk kunnskap. I tillegg må sykepleier vise følsomhet, ha god holdningskompetanse, og ta hensyn til den enkelte pårørendes opplevelse og situasjon, slik at pårørende opplever å bli møtt med respekt og verdighet (Nortvedt, 2014, s. 107-108).

Etisk refleksjon er systematisk tenkning om moralske utfordringer, og kan hjelpe sykepleier å se klarere, og oppdage hva det moralske ansvaret består i (Eide, 2017, s. 91). Etisk refleksjon starter ofte når en i praksis har bekymring om verdiene og holdningene som kommer til uttrykk er slik de bør være. Tanker som kommuniserer en godt nok med pasienten eller pårørende, føler de seg sett og hørt, tar en hensyn til hva som er viktig for den enkelte, og om en lever opp til de forventningene pasient og pårørende har. Dette er moralske spørsmål som er normale i kontinuerlig refleksjon og kvalitetsarbeid i jobben en gjør, og er nødvendig for å finne ut hva en bør gjøre bedre. De er også nødvendige for at en som sykepleier tar hensyn til pasient og pårørende slik at en forebygger problemer og kan løse dilemmaer på en god måte (Eide, 2017, s. 91-92).

3.0 Metode

Metode er et redskap i møte med noe en vil undersøke og den hjelper oss til å samle inn data (Dalland, 2017, s. 52). Vilhelm Aubert (1985, s. 196) skriver: «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 arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51). Kvantitativ metode vil si en måte som gir informasjon om et tema gjennom målbare enheter, og gjelder ofte store grupper. Tallene gir en oversikt over noe en lurer på og gir mulighet til å foreta regneoperasjoner. Den kvalitative metoden fanger opp meninger og opplevelser av et tema som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvalitativ metode som blir brukt i denne bacheloroppgaven, er med på å belyse mine spørsmål på en faglig måte og passer best til den valgte problemstillingen. Kjennetegnene ved kvalitativ metode er blant annet følsomhet, dybde, fleksibilitet, nærhet til feltet, helhet, forståelse, deltaker og et jeg-du-forhold (Dalland, 2017, s. 52-53).

3.1 Litteraturstudie

Forsberg & Engstrom, 2013 i (Thidemann, 2017, s. 81) beskriver at i litteraturstudie kan en skille mellom systematisk litteraturoversikt (systematic review), og allmän litteraturoversikt (overview). I allmän litteraturoversikt går en gjennom, og analyserer et bestemt antall artikler, oftest uten å gjennomføre et systematisk søk i utvelgelsen (Thidemann, 2017, s. 81). I denne bacheloroppgaven brukes systematisk litteraturoversikt, som går ut på at en systematisk tar for seg relevant forskning, og litteratur innen et spesifikt tema/område. En søker systematisk på litteratur som allerede finnes i ulike databaser, går kritisk gjennom, og analyserer litteraturen, før en til slutt sammenfatter resultatet (Thidemann, 2017, s. 80-81). Systematisk litteraturoversikt har som mål å gi oppdatert kunnskap og forståelse på det området problemstillingen etterspør, og i tillegg vise hvordan en har gått frem for å finne denne kunnskap (Thidemann, 2017, s. 82).

3.2 Fremgangsmåte

Manuelt søk:

Manuelt søk er når en finner litteratur som ikke er gjennom de tradisjonelle kanalene/databasene (Thidemann, 2017, s. 83). Manuelt søk har blitt brukt for å finne litteratur

til denne oppgaven. Søk i bibliotekets sine sider (Oria), er eksempel på manuelt søk, og har vært nyttig i leting etter pensumlitteratur, og annen litteratur. Sykepleien.no/forskning er også blant manuelt søk, og tar for seg forskning som er relatert til sykepleiefaget, og inneholder både forskningsartikler og fagartikler. På denne nettsiden fant jeg en av de 4 valgte artiklene i denne oppgaven, og søkehistorikken finner en i tabellen nedenfor, punkt 3.2.1.

Søk i database:

For å finne relevant litteratur og forskning aktuelt til denne oppgave, er fremgangsmåten å bruke ulike databaser i søk etter vitenskapelige artikler. Søkemotoren som er brukt til å finne artikler er CINAHL, Svemed +, og Medline. Bakgrunnen for valg av databasene er fordi de er medisinsk relaterte. Tre av de valgte artiklene, fant jeg i databasen CINAHL.

CINAHL er en engelsk database som blant annet dekker sykepleie relaterte fag. Den inneholder forskningsartikler, noen bøker og bokkapittel, og avhandlinger/konferanseabstrakter (Thidemann, 2017, s. 85). I søkeprosessen har det blitt brukt engelske ord, som vises i tabellene i punkt 3.2.1 Avgrensninger i søket var at det skulle være artikler, og at de ikke var mer enn 10 år gamle. Når jeg søkte ble det brukt AND og OR for å snevre søket mer inn mot min problemstilling. For å finne engelske søkeord og synonymer ble det brukt engelsk ordbok og google translate som hjelpemiddel.

Artiklene som er valgt i oppgaven er kvalitative. Dette for å få mangfold i undersøkelser i store grupper, som også gir nære opplevelser, og går i dybden. Det er valgt fire artikler, som jeg mener er med på å svare på min problemstilling. Det å belyse både sykepleier, og pårørende perspektiv er med på å gi en helhetlig forståelse.

3.2.1. Søkehistorikken for mine søk etter vitenskapelige studier:

Søk i CINAHL Dato: 30. 3. 2020					
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (Antall)	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Caregivers	Artikkel	47 389	0	0

		2010-2020			
2	Palliative Care	Artikkel 2010-2020	31 060	1	0
3	Caregivers AND Palliative Care	Artikkel 2010-2020	2634	2	0
4	Caregivers needing care	Artikkel 2010-2020	5	1	1

Etter søk nr 4 ble artikkelen: *Caregivers needing care: the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients.*

Søk i CINAHL Dato: 4. 3. 2020					
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (Antall)	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Next of kin	2010-2020	379	1	0
2	End of life care	2010-2020	22 498	0	0
3	Next of kin AND End of life care	2010-2020	56	1	1

Etter søk nr 3 ble artikkelen: *Between the patient and the next of kin in end-of-life care: A critical study based on feminist theory.*

Søk i Sykepleien.no Dato: 4. 3. 2020					
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (Antall)	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Tillit		749	0	0
2	Pårørende		1803	1	0
3	Tillit hos pårørende		164	1	1

Etter 3 søk ble artikkelen: *Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling.*

Søk i CINAHL Dato: 30. 3. 2020					
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (Antall)	Leste artikler	Artikler inkludert
1	Next of kin	Artikkel 2010-2020	485	0	0
2	Next of kin involvement	Artikkel 2010-2020	22	1	1

Etter søk nr 2 ble artikkelen: *Next-of-kin involvement in improving hospital cancer care quality and safety – a qualitative cross-case study as basis for theory development.*

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave

Oppgavens tema og problemstilling ble valgt før søk etter forskning og litteratur. Dette har vært med på å påvirke utvalget av forskningen og litteraturen i denne oppgaven. Det er bare valgt kvalitativ forskning, på grunn av oppgavens tema, og i søket etter forskningen kom det bare opp kvalitative studier. Dette kan skyldes valg av tema som tar for seg mellommenneskelige behov, hvor kvalitativ forskning gir gode resultater og går i dybden på temaet.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Kritisk vurdering er nødvendig i valg av artikler og litteratur. Dette fordi det gir en oversikt over om de er til å stole på, deres gyldighet, metodiske kvalitet, og om de følger retningslinjene for den faglige kritiske vurderingen. Dette gjøres for eksempel ved hjelp av sjekklister, som påpeker de ulike kravene artiklene bør inneholde (Helsebiblioteket, 2016, kap. 4).

Kildekritikk starter med at en finner den litteraturen som passer til problemstillingen og kan belyse den. En må sjekke om kildene er troverdig, og hvor spørsmål som hvem teksten er skrevet for, hva er formålet, hvorfor skriver forfatteren om dette, og når er teksten skrevet, er sentrale for å vurdere kildene kritisk (Dalland, 2017, s. 160).

Gjennom valg av artikler har jeg hatt et kritisk blikk, og vurdert dem utfra sjekklister. Alle artiklene er kvalitative, og det er derfor brukt kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket.no. IMRAD- prinsippet har også blitt vurdert om artiklene har fulgt. Dette på grunn av at de fleste vitenskapelige artikler er strukturert etter den. IMPRAD- prinsippet innebærer at artiklene har en struktur hvor det er introduksjon, hvorfor forfatteren ville gjøre studien, hvordan den ble gjennomført, hva fant forfatteren i studien, og hva mener forfatteren resultatene kom frem til. Dette står som oftest i et sammendrag øverst i artiklene, hvor en kan se hva artiklene handler om og metoden som er brukt. Da kan en raskt inkludere eller ekskludere artiklene (Dalland, 2017, s. 163-164).

Kritisk vurdering av hver artikkel velger jeg å ha under punktet resultat, punkt 4.1, hvor artiklene blir presentert. Dette for å gi en bedre flyt og sammenheng for leseren.

3.3.3 Etikk i oppgaveskriving

Etikk kjennetegnes som normer på hva som er riktig og galt. Forskningsetikk handler om planlegging og vurderinger av forskningen, hvor en tar hensyn til samfunnets normer og regler. Dette er alt ifra valg av problemstilling, hvilke metoder som skal brukes, og hvordan resultatene kan tenkes og rapporteres. Personvern er en viktig del av forskningsetikken, og handler om blant annet personvern for dem som er involverte i artikkelen. Det skal sikre at de som er med ikke blir påført skade, eller unødvendige belastninger av deltagelsen. Norsk senter for forskningsdata, personvernombudet for forskning, og den nasjonale forskningsetiske komiteen er eksempel på grupper som er med å sikre at de etiske normene blir fulgt innen utdanning og forskning (Dalland, 2017, s. 236).

I denne oppgaven er det blitt tatt hensyn til anonymitet i forhold til egne erfaringer. Jeg har også brukt APA- standard i oppgaveskrivingen for å sikre at referansene som er blitt brukt er riktige og ikke gir plagiat. Artiklene som er blitt brukt har jeg sjekket er godkjent med tanke på etiske hensyn.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av fire vitenskapelige artikler.

Artikkel 1

Caregivers needing care: the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients.

Forfattere: Maryam Hashemi, Alireza Irajpour, & Fariba Taleghani (2018).

Hensikt: Formålet med artikkelen er å identifisere de uoppfylte behovene til omsorgspersoner til kreftpasienter ved livets slutt.

Metode: Denne artikkelen har et kvalitativt beskrivende design. Metoden som ble brukt i artikkelen 18 semistrukturerte dybdeintervjuer med pårørende til kreftpasienter, i palliativ fase. Intervjuene ble spilt inn, overført og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Pårørende svarte på spørsmål som hva deres rolle i å ta vare på pasienten var, og hvilke problemer og behov de har, og som ikke blir oppfylt.

Resultat: Analysen av dataene førte til tre hovedkategorier som pårørende følte ikke blir oppfylt. Sosiale behov, kognitive behov og psykologiske behov. Den sosiale behovskategorien består av underkategoriene støtte til omsorg, effektiv kommunikasjon og økonomisk støtte. Den kognitive behovskategorien omfattet pedagogisk støtte og støtte i beslutninger. Den psykologiske behovskategorien besto av støtte for psykologiske traumer, forberedelse til å konfrontere virkeligheten om en kjæres død og støtte i sorg.

Konklusjon: Studien kommer frem til at pårørende er en uvurderlig del av pasientbehandlingen. Pårørende til pasienter i palliativ fase, har uoppfylt behov, og opplever at informasjonen ikke alltid er tilpasset den enkelte situasjon og familie. Dette kan gå utover pleien og omsorgen de gir pasienten. Sykepleier er nødt til å bruke seg selv terapeutisk, og bruke tid på å se den enkelte pårørendes og deres individuelle behov.

Kritisk vurdering: Alle som deltok i studien er anonymiserte, og de skrev under på et samtykkeskjema før intervjuene. IMRAD- prinsippet er fulgt, og funnene i artikkelen skal tolkes i lys av begrensningene. Begrensninger i studien er at de som ble intervjuet er pårørende til kreftpasienter i livets slutfase. Derfor kan den ikke generaliseres i alle behandlingsfaser, men prinsippene blir de samme. Flere som deltok var kvinner fra urbane områder, og derfor et kvinnelig synspunkt på omsorgsopplevelsen. Det at studien ble gjort på et sykehus i Iran har jeg også tatt i betraktning, i og med at det kan være kulturforskjeller, og andre måter å gjøre ting på i forhold til Norske sykehus. Jeg synes likevel artikkelen belyser pårørendes synspunkter på en god måte, og er med på å besvare problemstillingen min. Studien ble godkjent av Etikkomiteen ved Isfahan university of medical sciences.

Artikkel 2

Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling.

Forfattere: Ida Kristine strøm, Beate André, & Janna Halsetrønning (2020).

Hensikt: Hvordan helsepersonell kan bruke seg selv terapeutisk i møte med pasient og pårørende når pasienten er i livets slutfase. Den skal også belyse hvordan sykepleier kan bruke humor som en mestringsstrategi i møte med døende pasienter, og dies pårørende.

Metode: Studien er kvalitativ, og basert på litteraturstudie, og intervju hvor de samlet data gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer. Det var fire helsearbeidere fra begge kjønn, og ulike helseprofesjoner som lege, sykepleier, og helsefagarbeider som deltok i studien. De hadde fra 5 til 18 års erfaring med palliasjon. Det ble sendt ut samtykkeskjema med informasjon om prosjektet, og det var frivillig å delta, og en kunne trekke seg når som helst.

Resultat: Resultatet av intervjuene var at informantene fortalte om deres erfaringer med å arbeide med pasienter i livets slutfase. Funnene ble organisert i tre temaer og 8 undertemaer:

Tema 1: Eksterne faktorer. Undertema: Arbeidsmiljø og debrifing.

Tema 2: Bruke seg selv terapeutisk. Undertema: Refleksjon, kommunikasjon, og kunnskap.

Tema 3: Møte med mennesker. Undertema: Død, humor, og pårørende.

Konklusjon: I palliativ behandling er humor et viktig hjelpemiddel, både for pasient, pårørende, og helsepersonell. Humor er med på å skape en relasjon, og mestringsstrategi. Empati er avgjørende for helsepersonell å ha overfor pasienter i livets slutfase, og en må ha empatiske holdninger for å kunne bruke seg selv terapeutisk. Gode kommunikasjonsferdigheter er også nødvendige, og gjennom kommunikasjon legges grunnlaget for gode relasjoner. Relasjonen er avgjørende for å se pasienten og pårørende sine behov. For å bearbeide vanskelige følelser er debrifing viktig. En vesentlig betydning i fremtiden er at helsepersonell får hjelp og tid til refleksjon, og et støttende arbeidsmiljø og godt samhold blant kollegaer.

Kritisk vurdering: Dette er en kvalitativ studie som er basert på litteraturstudie og intervju. Det er med utvalg i studien, og at det ble sendt ut samtykkeskjema til de som deltok. De kunne også trekke seg når de ville. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata

(NSD), og intervjuene ble anonymisert. IMRAD- prinsippet er fulgt, hvor hensikt, metode, resultat, og konklusjon blir presentert. Svakheter med studien kan være at de fire informantene jobbet på samme avdeling. Det kan derfor være vanskelig å generalisere resultatene, men funnene støttes likevel av forskning og annen litteratur. Alle punkt og krav på sjekklisten for kvalitativ studie ble oppfylt.

Artikkel 3

Between the patient and the next of kin in end-of-life care: A critical study based on feminist theory.

Forfatter: Ellen Ramvi, & Venke Irene Ueland (2017).

Hensikt: Å utforske de etiske utfordringene sykepleiere møter i forholdet mellom sykepleier og pårørende når pasienten ligger for døden. Målet med studien var også å fremme diskusjon om hverdagslige møter og bekymringer i møte med pårørende.

Metode: Artikkelen er en kritisk kvalitativ studie, basert på fire fokusgruppeintervjuer med varighet på 30 minutter. Totalt deltok 22 sykepleiere på et onkologisk sykepleierspesialiseringsprogram med erfaringer om omsorg ved livets slutt fra ulike praksisområder. Aldersgruppen var mellom 36 til 50 år, og de hadde yrkeserfaring som sykepleier fra 6 til 15 år. Praksisområdene som ble representert var fra hjemmesykepleie, sykehjem, og sykehus hvor noen var spesialiserte innen palliasjon og kreftomsorg. Informasjon til deltakerne ble gitt ut på forhånd, og de skrev også under på et samtykkeskjema før fokusgruppene startet.

Resultat: Hovedtemaene som kom frem fra gruppeintervjuene var at sykepleierne noen ganger hadde en følelse av mistillit, tap av kontroll og avvisning i møte med pårørende når pasienten er i palliative fase. De følte på å være mellom håp og fornektelse av pårørende og pasientens ønske om å dø når tiden er ute. Følelsen av å bli hindret fra å gi helhetlig omsorg til den døende pasient på grunn av beskyttende pårørende kom også frem i diskusjonen. Sykepleierne understrekte også tydelig at pårørende hovedsakelig er en ressurs for pasient og helsepersonell, og at det er viktig å tenke på at situasjonen pårørende står i er utrolig vanskelig og krevende for dem.

Konklusjon: Konklusjonen er at sykepleiers moralske identitet kan bli truet av følelsen av at deres kompetanse ikke blir verdsatt hos pårørende og heller ikke anerkjent. Sykepleierne følte

i slike situasjoner at de ikke var i stand til å følge sine verdier og følte seg fratatt sin rolle som sykepleier hvor de må underkaste seg for pårørende. Dette konkluderer studien med som en moralsk nød, hvor sykepleiere opplever at de ikke kan vedta sine kjerneverdier, og helhetlig omsorg. Artikkelen konkluderte også med hvordan tillit som en moralsk dimensjon i forholdet, blir satt i fare som svar på gjensidig sårbarhet hos pårørende og sykepleier. Etske refleksjoner er også viktige for å erkjenne hva som spiller mellom sykepleier og pårørende.

Kritisk vurdering: Studien er en kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer, hvor intervjuenes varighet er beskrevet, hvor mange som deltok, hvor, og utvalget. Det er godt formulert hva formålet med studien er, og hvordan de gikk frem. Deltakerne er anonymisert, fikk info om studien på forhånd, og skrev under på et samtykkeskjema. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste i Bergen, og den internasjonale standarden for forfattere ble fulgt.

Det er også lagt frem noen svakheter i studien, hvor de påpeker at de ikke kan uttale seg om spesifikke omsorgsstillinger og kulturer påvirker møte med pårørende, og om mannlige sykepleiere har andre erfaringer siden det bare var kvinner med i studien.

Fokusgruppeintervjuene varte bare i 30 minutter og er en annen begrensning med studien.

Den fokuserte også på begrensninger i forholdet mellom pårørende i omsorg ved livets slutt, som betyr at mange andre dimensjoner i dette feltet ikke ble utforsket. Artikkelen oppfylte alle krav i sjekklisten for kvalitativ studie.

Artikkel 4

Next-of-kin involvement in improving hospital cancer care quality and safety – a qualitative cross-case study as basis for theory development.

Forfatter: Inger Johanne Bergerød, Bjørnar Gilje, Geir S. Braut, & Siri Wiig (2018).

Hensikt: Å utforske hvordan ledere og helsepersonell forstår rollen som pårørende i kreftomsorgen, og hvilke metoder de bruker for pårørende involvering.

Metode: Datainnsamlingen består av kvalitative intervjuer med ledere og helsepersonell fra to ulike sykehus I Norge. 32 semistrukturerte intervjuer ble gjennomført på fire måneder. Alle som ville kunne delta, så lenge de var helsepersonell eller ledere fra kreftavdelinger. Alle informantene fikk god informasjon om studien på forhånd, og signerte på et samtykkeskjema.

Resultat: Begge sykehusene som var med i studien har en strategi for å involvere de pårørende i behandling og omsorg til pasienten, men har ingen formell måte å gjøre det på. Lederne og helsepersonell på de to sykehusene opplyste i intervjuene ni områder der pårørende er viktige for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Dette var blant annet ernæring, observasjoner, smertebehandling, informasjon, og palliativ og terminal omsorg. Sentrale utfordringer i involveringen av pårørende er utilstrekkelige arbeidsforhold som romfasiliteter, ressurser, mangel på kontinuitet, og kunnskap om pårørendes roller.

Konklusjon: Studien kom frem til at sykehusansatte og ledere ser på pårørende som et sikkerhetsnett som ikke kan erstattes. Studien viser et nært samarbeid mellom pasient, pårørende og helsepersonell innen kreftomsorg. Det trengs likevel mer innsats om å iverksette mer systematiske tilnærminger for pårørende involvering i forbedring av kvalitet og sikkerhet. For eksempel en guide for ledere og helsepersonell om metoder og involveringsområder.

Kritisk vurdering: Studiens formål er klart formulert, og har med at det er blitt brukt kvalitativ metode for å få svar på problemstillingen. Det er også med at det er blitt brukt kvalitative intervjuer, hvor mange intervjuer som ble gjennomført, og at det pågikk gjennom 4 måneder. Utvalget for hvem som er med i studien er med, og at de fikk den informasjonen de trengte på forhånd, samtidig som de skrev under på et samtykkeskjema. Resultat og konklusjon er også godt formulert og virker troverdig utfra funnene.

De 2 norske sykehusene som ble valgt ut har samme ytre kontekst, er lik i struktur, og beliggenhet. Dette kan føre til at studien ikke får frem så store variasjoner, og en større studie med flere sykehus kunne ha gitt flere funn. Artikkelen påpeker også dette, og har med svakheter i studien. Pårørende er ikke inkludert i studien, men den belyser helsepersonell og ledes beskrivelse av pårørendes roller i kvalitet og sikkerhetsforbedring. Studien oppfyller alle krav for kvalitativ sjekklister, og er godkjent av Regional komite for medisin og helseforskningsetikk i Norge.

4.2 Samlet analyse av resultatene

Artiklene samlet viser at ivaretagelse av pårørende er sentralt i den palliative omsorgen. For at pårørende skal kunne gi støtte og omsorg til pasienten er det viktig at de blir ivaretatt, og får dekket sine behov for veiledning, støtte og omsorg. Studiene får frem ulike erfaringer og synspunkter, både fra pårørende sitt perspektiv, og sykepleier perspektiv. Som sykepleier er

det nødvendig å skape tillit og gode relasjoner til pårørende, ved å bruke seg selv terapeutisk gjennom blant annet, empati og god kommunikasjon. Pårørende opplever ofte veiledning, informasjon og omsorg som generell, og ikke tilpasset den enkeltes situasjon og individuelle behov. I relasjonen mellom pårørende og sykepleier kan det være en gjensidig sårbarhet, som kan være til hinder for ivaretagelsen av tillit. Sykepleier må derfor være bevisst på egne verdier og holdninger. Debriefing og etisk refleksjon er nødvendig for å få frem både det som er bra, og det som kan være utfordrende i møte med pårørende. Sykepleiere trekker frem betydningen av å ha et støttende arbeidsmiljø, godt samhold blant kollegaer.

I artiklene er det en del momenter som sykepleiere savner i forbedringen av ivaretagelse av pårørende. Eksempler på dette er utilstrekkelige arbeidsforhold som romfasiliteter, knappe ressurser, mangel på erfaring og kontinuitet, og usikkerhet rundt pårørendes rolle. Sykehus bør ha en mer systematiske kartlegginger, strategier, eller planer og retningslinjer på hvordan en involverer pårørende.

5.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleie ivareta tillit i relasjonen med pårørende til pasient i palliativ fase:

Ifølge studien til Hashemi, Irajpour, og Taleghani (2018) finnes det uoppfylte behov blant pårørende til pasienter i palliativ fase. En sentral del av pasientomsorgen er å ivareta pårørendes behov om den siste tiden til den døende skal bli så god som mulig. Gjør en noe godt for de pårørende, gjør en også noe godt for pasienten (Bøckmann et al, 2015, s. 186). Dataene i artikkelen til Hashemi et al (2018) viser til tre hovedkategorier som pårørende følte ikke ble oppfylt. Sosiale behov, kognitive behov, og psykologiske behov. Det største behovet blant pårørende var støttende og trøstende kommunikasjon fra sykepleiere, og de ønsket en mer tilpasset individuell informasjon og ivaretagelse (Hashemi et al, 2018). I mellommenneskelig kommunikasjon, er det å stole på, og vise tillit til andre grunnleggende. Mennesker som er i krise og sorg trenger en annen som kan vise vei fremover, og gi dem trygghet i at en vil det beste for dem (Fugelli, 2011). Kommunikasjon handler om å gi informasjon, lytte og stille spørsmål som går i dybden for å få frem den enkeltes ønske og behov. Den kan skape kontakt mellom mennesker, men også ødelegge og være til hinder for samarbeid og relasjon med de pårørende (Bugge et al, 2018, s. 97). På bakgrunn av dette er det viktig å tenke på at sykepleiere også er forskjellige, og noen er bedre i å kommunisere enn

andre. En må finne sin måte, og tilpasse den etter den enkelte situasjon og pårørende som person. Gode kommunikasjonsferdigheter krever øving, erfaring og refleksjon (Bugge et al, 2018, s. 97).

Fellesmenneskelige erfaringer, som for eksempel lidelse og tap er ifølge Travelbee en del av livet. Den enkeltes opplevelse av lidelse vil oppleves forskjellig og høyst personlig (Kristoffersen et al, 2011, s. 216). En må derfor som sykepleier tilpasse seg den enkeltes opplevelse og behov, slik at ivaretakelsen av de pårørende blir individuell. Studien til Hashemi et al (2018) får frem at pårørende opplevde at informasjon, opplæring, og veiledningen som blir gitt, ikke alltid er tilpasset den enkeltes situasjon og familie. Travelbee ser på hvert menneske som unikt og enestående, og at hvert individ er forskjellig. En utfordring for sykepleier kan være å se hvem pasienten eller pårørende er som person, og for at sykepleier skal klare å utvikle et menneske-til-menneske-forhold må en se på mennesket som unikt og ikke en stereotype som «pasient» og «pårørende» (Kristoffersen et al, 2011, s. 219).

En må bruke seg selv terapeutisk, vise empati, sympati, og bruke ferdighetene en har for å skape god kommunikasjon og relasjon til de pårørende. Ved å vise empati tar en del i og sitter seg inn i andres tanker og følelser, og hvor en dermed også kan forstå dem. Tross de mange ulike måtene pårørende kan reagere på i en slik situasjon, er det sykepleier som skal veilede dem og hjelpe dem på best mulig måte for at også pasienten skal få det bra. Travelbee ser på pasienten og familie som ett, og en har derfor ansvar å hjelpe dem som individuelle mennesker (Travelbee, 2001, s. 137-139).

Artikkelen til Strøm, André, & Halsetrønning (2020) mener empati er avgjørende for sykepleier å ha, overfor pårørende til pasienter i livets slutfase. En må ha empatiske holdninger for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Strøm et al, 2020). Travelbee (2001, s. 193) forteller om empatifasen, som er en del av å etablere et menneske-til-menneskeforhold. Empatifasen vil si evnen til å leve seg inn i andre sin situasjon i et bestemt øyeblikk, og at en klarer å ta del i og oppfatte andre sin tilstand. Å bruke seg selv terapeutisk er ifølge Travelbee (2001) evnen sykepleier har til å bevisst bruke sin egen personlighet i samhandling med mennesker. For å klare dette må en ha kunnskap, dyp forståelse og innsikt i egen og andre sin adferd (Kristoffersen, 2011, s. 222). Strøm et al (2020) beskriver også i sin studie at for å bearbeide vanskelige følelser er debrifing, og etisk refleksjon viktig. Helsepersonell må få hjelp og tid til refleksjon, hvor støttende arbeidsmiljø og godt samarbeid blant kollegaer er avgjørende. Når en etisk reflekterer, reflekterer en ofte best sammen med andre. Dette kan

være andre kollegaer, men også pasienten og pårørende. Det kan være til fordel for begge parter, slik at helsepersonell bedre kan forstå hvordan pasient og pårørende opplever situasjonen, og hva som er viktig for de. Pårørende kan bli tryggere på at helsepersonell bryr seg om deres opplevelse, og kjenne at de blir tatt hensyn til. Det å sette seg inn i situasjonen fra pasient og pårørende sitt perspektiv kan være med på å forstå hvilke verdier som står på spill i situasjonen. Som sykepleier viser en moral og etikk gjennom væremåte, det som blir sagt og gjort, og kroppsspråk. Mellommenneskelig relasjon er også en stor del for etikken, hvor en ser pasienten og pårørende behov, og som den de er (Eide, 2017, s. 93,102).

Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, og hvert individ trenger hjelp eller samarbeid fra andre mennesker. Pasienter eller pårørende som er lidende har et håp om hjelp, men er ofte noe en ikke vil be om. Det å måtte be om hjelp kan være sterkt opprivende for noen. En årsak til det kan være at de mangler tillit til den som skal hjelpe, eller tror at den andre ikke ønsker å hjelpe (Travelbee, 2001, s. 118-122). Pårørende vil ha ulike roller både i relasjon til pasienten og i relasjon til helsepersonell. Pårørende kan spille en viktig rolle for pasienten, og rollene den enkelte pårørende har, har betydning for hvor mye de bør involveres i behandlingen, utredningen og oppfølgingen av den som er syk. Pårørendes rolle stiller derfor forskjellige krav til helsepersonell. Det er også viktig å tenke på at pårørendes roller kan endre seg gjennom sykdomsforløpet og deres behov, medvirkning og tilstedeværelse er ulik. Helsepersonell bør derfor sammen med pasienten og pårørende avklare hvilke roller og behov de pårørende har, og hvilke som er hensiktsmessige. (Bøckmann et al, 2015, s. 52).

Personlige erfaringer pårørende har fra før med sykepleier og helsevesen kan ha betydning for hvordan de har tillit til sykepleier allerede før det første møtet (Bugge et al, 2018, s. 111).. Det er derfor nødvendig som Travelbee får frem i Kristoffersen et al (2011, s. 220), at sykepleier i det innledende møtet er bevisst på sine handlinger, holdninger, væremåte og språk. Bugge et al (2018, s. 111) trekker frem at måten personalet i sykehusavdelingen møter de pårørende kan være avgjørende for den videre tilliten. Det er viktig for pårørende at de blir sett, og føler seg velkommen (Bugge et al, 2018, s. 111).

Studien til Ramvi, & Ueland (2017) trekker frem hvordan tillit står i fare, som følge av gjensidig sårbarhet blant pårørende og sykepleier. Bugge et al (2018, s. 91) beskriver at pårørende som er i krise og sorg, er i en sårbar situasjon, og deler ofte mer med sykepleier enn hva en ville ha gjort med andre. Dette er et stort ansvar, og det kan være krevende for sykepleier å imøtekomme de forventningene pårørende har om at en skal ha ansvar for å støtte og hjelpe de Bugge et al (2018, s. 91). Når pårørende har tillit til sykepleier medfører det ofte

ifølge Fuggeli (2011) at de samtidig overfører makt til at en handler på deres vegne, og til deres beste. Tillit styrkes av personlig hjelp og maktfordeling. Som sykepleier, må en vise at en bryr seg, for dersom makt blir delt på en kunstig og kalkulert måte, vil tilliten svekkes (Fugelli, 2011). Eide et al (2017, s. 26-27) beskriver at tilliten som blir gitt sykepleier kan føre til at pårørende viser mer av sin sårbarhet, og at dette representerer en etisk fordring om å ikke misbruke den makten som ligger i en slik tillitsrelasjon. I møte med pårørende må sykepleier utøve et godt moralsk skjønn, og for å kunne gjøre det trenger en både faglig, erfaringsbasert og moralsk kunnskap. I tillegg må sykepleier vise følsomhet, ha god holdningskompetanse, og ta hensyn til den enkelte pårørendes opplevelse og situasjon, slik at pårørende opplever å bli møtt med respekt og verdighet (Nortvedt, 2014, s. 107-108).

Sykepleier har som menneske også sårbarhet i en situasjon hvor pasienten er i palliativ fase. De har sine egne personlige erfaringer og egenskaper med seg, og dersom de ikke er bevisst på dette kan det komme i veien for tillit i møte med pårørende. Sykepleier kan ubevisst trekke seg tilbake fordi de er redd for å si eller gjøre noe feil. Dette kan videre føre til misforståelser, hvor for eksempel pårørende føler seg avvist og tar seg nær av dette. Det er ikke uvanlig at de pårørende som står overfor en sårbar situasjon sine følelser, sinne og angst rettes mot sykepleier, og kan føre til usikkerhet (Bugge et al, 2018, s. 91-92).

Ramvi et al (2017) får frem sykepleiere sine opplevelser i møte med pårørende til pasienter i palliativ fase, og de beskriver at det å ivareta pårørende kan være krevende. Sykepleierne forteller at i noen tilfeller har de opplevd mistillit, tap av kontroll og avvisning. På en side er det tøft for de pårørende å være i en slik situasjon, men på en annen side, kan det også være utfordringer for sykepleiere i møte med pårørende (Ramvi et al, 2017). Å være mellom håp og fornektelse av de pårørende kan være en faktor som gjør det vanskeligere å ivareta tillit hos dem. Med dette kan også beskyttende pårørende være til hinder for at sykepleiere kan gi helhetlig omsorg til pasienten. Sykepleiers moralske identitet kan bli truet av at deres kompetanse ikke blir verdsatt og stolt på (Ramvi et al, 2017).

Bergerød, Gilje, Braut, & Wiig (2018) har i sin studie kommet frem til noen momenter som kan forbedres for å tilrettelegge og gjøre det lettere for sykepleiere i møte med pårørende. Dette kan være utilstrekkelige arbeidsforhold som romfasiliteter, ressurser, mangel på kontinuitet, og kunnskap om pårørendes roller. Det at det hele tiden er nye sykepleiere på vakt kan være krevende for de pårørende, for de må forholde seg til mange sykepleiere. Usikkerhet hos sykepleier om hvor dokumentere om pårørendes behov fører til at dette ikke blir gjort. Dette kan videre gå utover tillit, og de pårørende føler at de ikke blir lyttet til.

Hver sykepleier må også skape et menneske til menneske forhold og skape gode relasjoner med de pårørende (Travelbee, 2001). For å skape tillit må en ha kunnskap og det må derfor ligges til rette for at sykepleier har mulighet til å skape denne tilliten. Det er en del forutsetninger som må være til stede, og sykepleierne i studien opplevde at travelhet kan gjøre at pårørende ikke våger å gå ifra pasienten fordi de er redd sykepleiere ikke har tid til å gi god nok omsorg (Bergerød, et al, 2018). Travelbee (2001) bygger sin teori på det eksistensielle og at interaksjonen mellom sykepleier og pårørende/pasienten står sentralt. Sykepleier må være bevisst i sin relasjon til pasienten og deres pårørende for å oppnå optimal samhandling.

Bergerød, et al, 2018 fant ut i studien at pårørende opplever å bli møtt av sykepleier på ulike måter, og mangle på erfarne sykepleiere kan være til hinder for pårørende involveringen. Det mangler systematiske tilnærminger, strategier, eller planer på hvordan en involverer de pårørende. Den gode hjelper må forsøke å skape et møte mellom et jeg og et du i møte med pasient og pårørende. Sykepleier er nødt til å kunne sitt fag, og kunne formidle det videre til dem en hjelper (Fugelli, 2011).

6.0 Avslutning:

For å ivareta tillit hos pårørende må en som sykepleier se den enkelte pårørende som den de er som person, og finne en balansen om å se at pårørende også er en ressurs for pasienten.

Ivaretagelse av de pårørende er en stor del av den palliative omsorgen, og det derfor nødvendig for sykepleier å kunne klare å ivareta tillit i relasjonen med de pårørende. Å bruke seg selv terapeutisk, vise empati, og bruke gode kommunikasjonsferdigheter, er med på å ivareta tilliten hos de pårørende. I relasjonen med de pårørende er det en gjensidig sårbarhet, som gjør at sykepleier må være bevisst på sine egne holdninger og verdier, for at ikke tilliten skal stå i fare. Debriefing og etisk refleksjon sammen kollegaer er med på å finne ut av og få frem det som er bra og det som kan være utfordrende i møte med de pårørende, og det e kan gjøre annerledes for å ivareta tillit hos dem.

7.0 Kilder

Bergerød, I. J., Gilje, B., Braut, G. S., & Wiig, S. (2018). *Next-of-kin involvement in improving hospital cancer care quality and safety – a qualitative cross-case study as basis for theory development*. BMC Health services Research. DOI: 10.1186/s12913-018-3141-7

Bugge, K., & Sandanger, H. (2018) Å være en god hjelper. I: Røkholt, E. G., Bugge, K. Sandvik, O., & Sandanger, H. (Red). (2018). Sorg. Bergen: Fagbokforlaget

Bøckmann, k., & Kjellehold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, O. (2017). *Hva er metode?* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner -samhandling, konfliktløsning, og etikk*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fugelli, P. (2011). *Grunnstoffet tillit*. Sykepleien.no. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>

Hashemi, M., Irajpour, A., & Taleghani, F. (2017). *Caregivers needing care: The unmet needs of family caregivers of end-of-life cancer patients*. Springer-Verlag GmbH Germany. DOI: 10.1007/s00520-017-3886-2.

Helsebiblioteket. (2016). *Kritisk vurdering*. Kapittel 4. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Kapittel 1. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>

Helsedirektoratet. (2018). *Pårørendeveileder*. Kapittel 3.1. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/avklare-hvem-som-er-parorende-deres-rolle-og-fore-journal>

Helsedirektoratet. (2018). *Pårørendeveileder*. Kapittel 6.3. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-ved-livets-slutt>

Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier*. (2.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.A (Red) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleier forbund (NSF). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2014). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

(LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Ramvi, E., & Ueland, V. I. (2017). *Between the patient and the next of kin in end-of-life care: A critical study based on feminist theory*. Sage: Nursing ethics. Doi:

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733016688939>

Røkholt, E. G., Bugge, K. Sandvik, O., & Sandanger, H. (Red). (2018). *Sorgstøttetiltak. Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget

Sandvik, O., Røkholt, E. G., Bugge, K. E., & Sandanger, H. S. (2018). Tap, sorg og livet videre. I: Røkholt, E. G., Bugge, K. Sandvik, O., & Sandanger, H. (Red). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stensheim, H. S., Hjemstad, M. J., & Loge, J. H. (2016). Ivaretakelse av pårørende. I: Kaasa, S., & Loge, J. H. (Red.) (2016). *Palliasjon-Nordisk lærebok*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk

Strøm, I. K., André, B., & Halsetrønning, J. (2020). *Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling*. Sykepleien.no. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2020/01/humor-et-et-viktig-hjelpemiddel-i-palliativ-behandling>

Støren, I. (2013). *Bare søk*. (2. utg) Oslo: Cappelen Damm AS.

Thidemann, I.J., (2017). *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

8.0 Vedlegg

Funn/litteratur

Artikkel 1

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Hashemi, M., Irajpour, A., & Taleghani, F. (2017).</p> <p><i>Caregivers needing care: The unmet needs of family caregivers of end-of-life cancer patients.</i></p>	<p>Artikkelens hensikt er å identifisere behovene til pårørende når pasienten er døende.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Det ble utført 18 intervjuer med pårørende til kreftpasienter med en endelig levetid.</p> <p>Intervjueren brukte stikkord som utgangspunkt.</p> <p>Intervjuene ble spilt inn, overført og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse og varte i 20 til 60 minutter.</p>	<p>Forespørsel ble sendt til 2 henvisningssetre for kreftbehandling.</p> <p>Kriteriene for dem som skulle være med i studien var:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pårørende hadde for øyeblikket eller tidligere tatt vare på en voksen. 2. De var klar over at pasienten har kreft i avansert stadium. 3. Samtykke til å delta i studien. 4. Aktivt engasjement i pasientbehandling uten monetær kompensasjon. 	<p>Pårørende hadde flere uoppfylte behov som de føler er viktig blir ivaretatt.</p> <p>Sosiale behov.</p> <p>Støtte og omsorg</p> <p>God kommunikasjon med helsepersonell</p> <p>Støtte når det gjelder å ta beslutninger.</p> <p>Økonomisk støtte</p> <p>Fysiske og psykiske behov</p> <p>Støtte for psykologiske traumer</p> <p>Forberedelse til å konfrontere virkeligheten rundt en kjæres død.</p>	<p>Pårørende er en uvurderlig del av pasientbehandlingen. De er de første som gir støtte til en kreftpasient, og er permanente og uformelle omsorgspersoner.</p> <p>Studien gir et verdifullt innblikk i de uoppfylte behovene pårørende til kreftpasienter ved livets slutt har.</p> <p>Den tar for seg pårørendes unike opplevelser og kan brukes til planlegging av forbedringer når det gjelder å ivareta ikke bare pasientens behov, men også hans pårørende sine behov.</p>

Artikkel 2

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
----------	---------	--------	--------	----------	------------

<p>Strøm, I. K., André, B., & Halsetrønning, J. (2020).</p> <p><i>Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling.</i></p>	<p>Å belyse hvordan helsepersonell kan bruke seg selv terapeutisk i møte med pasient og pårørende når pasienten er i livets slutfase.</p> <p>Den skal også belyse hvordan sykepleier kan bruke humor som en mestringsstrategi i møte med døende pasienter, og dies pårørende.</p>	<p>Studien er kvalitativ, og basert på litteraturstudie, og intervju hvor de samlet data gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Fire helsearbeidere fra begge kjønn.</p> <p>Helseprofesjoner som lege, sykepleier, og helsefagarbeider deltok i studien.</p> <p>De hadde fra 5 til 18 års erfaring med palliasjon.</p> <p>Det var frivillig å delta, og en kunne trekke seg når som helst.</p>	<p>Informantene fortalte om deres erfaringer med å arbeide med pasienter i livets slutfase.</p> <p>Funnene ble organisert i tre temaer og 8 undertemaer:</p> <p>Tema: Eksterne faktorer. Undertema: Arbeidsmiljø og debrifing.</p> <p>Tema: Bruke seg selv terapeutisk. Undertema: Refleksjon, kommunikasjon, og kunnskap.</p> <p>Tema: Møte med mennesker. Undertema: Død, humor, og pårørende.</p>	<p>I palliativ behandling er humor et viktig hjelpemiddel, både for pasient, pårørende, og helsepersonell. Humor er med på å skape en relasjon, og mestringsstrategi.</p> <p>En må ha empatiske holdninger for å kunne bruke seg selv terapeutisk</p> <p>Gode kommunikasjonsferdigheter</p> <p>Relasjonen er avgjørende for å se pasienten og pårørende sine behov.</p> <p>For å bearbeide vanskelige følelser er debrifing viktig.</p>
---	---	---	---	--	---

Artikkel 3

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Ramvi, E., & Ueland, V. I. (2017).</p> <p><i>Between the patient and the next of kin in end-of-lofe care: A critical study base don feminist theory.</i></p>	<p>Å utforske de etiske utfordringene sykepleiere møter i forholdet mellom sykepleier og pårørende når pasienten ligger for døden.</p> <p>Målet med studien var også å fremme diskusjon om hverdagslige møter og bekymringer i møte med pårørende.</p>	<p>Kvalitativ studie, basert på 4 fokusgruppeintervjuer med varighet på 30 minutter.</p> <p>Det ble diskutert hvilke erfaringer sykepleierne hadde med pårørende når pasienten er i palliativ fase.</p>	<p>22 sykepleiere deltok med aldersgruppen fra 36 til 50 år.</p> <p>De hadde yrkeserfaring fra 6 til 15 år og lang erfaring med palliasjon.</p> <p>Praksisområdene som ble representert var hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus.</p>	<p>Sykepleier føler ofte mistillit, tap av kontroll og avvisning i møte med pårørende.</p> <p>De følte også i noen tilfeller å bli hindret fra å gi helhetlig omsorg til den døende pasienten. Dette på grunn av beskyttende pårørende.</p> <p>Pårørende er i hovedsak en ressurs for pasient og helsepersonell.</p>	<p>Sykepleiernes moralske identitet kan bli truet av følelsen av at deres kompetanse ikke blir verdsatt hos pårørende.</p> <p>Sykepleierne kunne kjenne på å bli fratatt sin rolle som sykepleier hvor en må underkaste seg for pårørende.</p> <p>Tillit blir satt i fare som svar på gjensidig sårbarhet hos helsepersonell og pårørende.</p> <p>Refleksjon over hva som skjer i slike situasjoner er avgjørende for å få forståelse.</p>

Artikkel 4

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Bergerød, I. J., Gilje, B., Braut, G. S., & Wiig, S. (2018).</p> <p><i>Next-of-kin involvement in improving hospital cancer care quality and safety – a qualitative cross-case study as basis for theory development.</i></p>	<p>Å utforske hvordan ledere og helsepersonell forstår rollen som pårørende, og hvilke metoder de bruker for pårørende involvering.</p>	<p>Kvalitativ studie, med intervjuer av helsepersonell og ledere fra 2 ulike sykehus i Norge.</p> <p>32 semistrukturerte intervjuer ble gjennomført på fire måneder.</p>	<p>Helsepersonell og ledere fra de 2 utvalgte sykehusene.</p> <p>Helsepersonellet og lederne jobbet på kreftavdelinger.</p>	<p>Begge sykehusene som var med i studien har en strategi for å involvere de pårørende i behandling og omsorg til pasienten, men har ingen formell måte å gjøre det på.</p> <p>Lederne og helsepersonell på de to sykehusene opplyste i intervjuene ni områder der pårørende er viktige for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p>Sentrale utfordringer i involveringen av pårørende er utilstrekkelige fysiske arbeidsforhold, romfasiliteter, og mangel på kontinuitet hos erfarne sykepleiere og ledere.</p>	<p>Studien kom frem til at sykehusansatte og ledere ser på pårørende som et sikkerhetsnett som ikke kan erstattes.</p> <p>Studien viser et nært samarbeid mellom pasient, pårørende og helsepersonell innen kreftomsorg.</p> <p>Det trengs likevel mer innsats om å iverksette mer systematiske tilnærminger for pårørende involvering i forbedring av kvalitet og sikkerhet.</p> <p>For eksempel en guide for ledere og helsepersonell om metoder og involveringsområder.</p>

