

BACHELOROPPGAVE

Samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem.

av
Tveit, Elisabeth
Kandidatnummer: 68

Cooperation between health personnel and next of kin of patients in nursing homes.

Bachelor i vernepleie
BSV5-300 Bacheloroppgave

Mai 2015



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

68 Tveit, Elisabeth

JA NEI

kandidatnummer og navn

JA NEI

kandidatnummer og navn

JA NEI

Innhold

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Avgrensninger og Problemstilling	5
1.4 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Metode	7
2.1 Kildekritikk	8
3.0 Hva vil samarbeidet med pårørende til pasienter i sykehjem innebære?	9
4.0 Kommunikasjons- og relasjonskompetanse i møtet med pårørende	10
4.1 Hvordan kan fagpersoners relasjons- og kommunikasjonskompetanse bidra til et godt samarbeid?	11
5.0 utfordringer ved samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell	13
5.1 Hvilke forhold virker positivt innpå samarbeidet?	15
5.2 Rammebetingelser og ressurser på sykehjem	16
6.0 Hvordan få til et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem, som møter de pårørendes behov?	18
6.1 Pårørendes behov	18
6.2 Helsepersonellens kommunikasjons- og relasjonskompetanse	21
6.3 Rammer og ressurser på sykehjemmet som påvirker samarbeidet	23
Konklusjon	24
Vedlegg 1	27
Søkelogg	27

1.0 Innledning

I denne oppgaven vil jeg ha fokus på pårørende til pasienter i sykehjem. Jeg ønsker å undersøke hvordan pårørende opplever det å samarbeide med helsepersonell på sykehjem, ved å gjennomføre et litteraturstudium. «Samarbeid med pårørende» er et tema jeg har mindre kunnskaper om, og som jeg kunne tenke meg å lære mer om. Det finnes flere eksempler på at samarbeidet med pårørende i sykehjem kan bli bedre. I forskningen finner vi tilfeller hvor pårørende har opplevd lite og forvirrende støtte fra helsepersonell når pasienter på sykehjem nærmet seg/ eller var i terminal tilstand (Eika, Espnes, Söderhamn & Hvalvik, 2013). I noen tilfeller kan det være behov for endring av holdninger hos helsepersonell for at pårørendesamarbeid og involvering skal kunne integreres i deres praksis (Norheim & Sommerseth, 2014). Også i studier der pårørende stort sett er fornøyde med samarbeidet, ser vi at det også der finnes rom for forbedring. Eines & Lykkeslet (2008) har studert et sykehjem hvor pårørendes opplevelse av samarbeidet var mer positivt i forhold til hva annen forskning viser. Samarbeidet her hadde også et lite forbedringspotensial, ettersom de pårørende hadde et ønske om hyppigere pårørendesamtaler i rolige omgivelser.

På det politiske plan kan vi se at det er planlagt en kvalitetsforbedring av samarbeidet med pårørende. I «morgendagens omsorg» kan vi blant annet lese at det er behov for økt pårørendestøtte, og at samarbeidet med pårørende står ovenfor en kvalitetsforbedring for å kunne gi økt trygghet i omsorgssituasjonen og å forebygge helseskader;

Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og brukerne og deres pårørende. Som del av en aktiv og tydelig pårørendepolitikk, skal det legges til rette for et mer omforent samspill mellom tjenesteapparatet, pårørende og tjenestemottaker, hvor ansatte og pårørende kjenner innhold, muligheter og grenser for sin og de andre partenes rolle, behov og innsats (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 62).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som vernepleier vil jeg mest sannsynlig møte på mange pårørende. For eksempel er det vanlig at det er pårørende som har ansvar for blant annet fritidsaktiviteter, kjøp av klær, tilbehør og lignende, både på sykehjem og i boliger for utviklingshemmede. I sykehjem ser vi også at pårørende kjenner pasienten på en annen måte enn vi som helsepersonell gjør. Mens vi kjenner den eldre pasienten som et menneske med behov for pleie og omsorg, er det de

pårørende som kjenner dem som de menneskene de var før de ble pasienter på sykehjem. Dette må vi som helsepersonell ta høyde for i møtet med pårørende. Pårørende kan være en god ressurs når pasienten har mistet sin samtykkekompetanse, eller bare ikke klarer å uttrykke sine egne ønsker. I tillegg vil ofte de pårørende være i en sårbar situasjon, og vil dermed ha behov for å møte på et samarbeidsvillig helsepersonell, som kan hjelpe dem med deres bekymringer. En kan jo tenke seg til hvor tungt det må være når for eksempel ens kone gjennom førti år, plutselig ikke klarer å ta vare på seg selv lenger. Det vil da være min jobb som vernepleier å kunne gi den støtten som den pårørende måtte trenge, og ikke gi dem ytterligere påkjenninger ved å ikke ta hensyn til de pårørende. En vernepleiers kompetanse vil blandt annet innebære en kompetanse til å samarbeide som en del av deres kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Det vil si at en blandt annet skal kunne fremme kommunikasjon, vise empati og kunne danne bærende relasjoner (Røkenes & Hanssen, 2012).

Gjennom arbeidslivet og i praksis har jeg noen ganger opplevd det som vanskelig å møte pårørende. De har gjerne blitt omtalt som vanskelige, noe som tyder på at samarbeidet ikke fungerer som en skulle ønske. Dette har ført til at jeg noen ganger har følt meg usikker på hvordan jeg skal møte pårørende, og hvordan de selv ønsker å bli møtt av meg, som omsorgsgiver for deres familiemedlem. Det er dette som har gitt meg motivasjon til å skrive om nettopp dette temaet.

1.3 Avgrensninger og Problemstilling

Det er mange fagfelt jeg kan ta for meg når «samarbeid med pårørende» er emne. Men for at jeg selv skal kunne undersøke et tema, ser jeg på det som en fordel å undersøke innen et felt jeg har erfaringer fra i praksis. Jeg velger derfor å ha fokus på samarbeid med *pårørende til pasienter i et sykehjem*. Når jeg skal skrive om dette temaet, vil jeg se på hvilke behov de pårørende har, og hvordan man kan få til et samarbeid som de pårørende er fornøyd med.

Dalland (2012) sier at når man skal utarbeide en problemstilling vil det være hensiktsmessig å svare på spørreordene; hva, hvem, hvor, hvordan, når og hvorfor. Dette tvinger en til å tenke igjennom de ulike sidene ved temaet en har valgt. I dette kapitlet vil jeg svare på noen av disse spørreordene slik at avgrensninger som er gjort blir klare, i tillegg vil leser få innsikt i hvordan jeg har tenkt å arbeide med dette temaet.

Hva vil jeg undersøke? Jeg ønsker å undersøke samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem. Jeg håper å få svar på hvordan vi som helsepersonell kan bidra til et godt samarbeid. Samarbeidet jeg vil fokusere på, er samarbeidet med helsepersonell på sykehjemmet, med helsepersonell menes ulike fagpersoner som arbeider på sykehjem, også vernepleiere. Denne tilnærmingen har jeg valgt fordi det i et sykehjem vil arbeide helsepersonell med ulike fagbakgrunner. Fra tidligere tider har vi sett at sykepleiere og helsefagarbeidere har dominert på slike arbeidsplasser. I senere tider har det også kommet flere arbeidere på sykehjem med en mer miljøfaglig bakgrunn, slik som miljøarbeidere og vernepleiere. Hvilket helsepersonell som arbeider på sykehjem vil derfor være varierende, og jeg bruker derfor betegnelsen «helsepersonell» i denne oppgaven. De pårørende vil også sitte igjen med erfaringer fra samarbeid med fagpersoner som har ulike fagbakgrunner. Jeg ser også at det i forskningen ofte refereres til personalgruppen, i studier gjort om dette temaet.

Hvem ønsker jeg å vite noe om? Samarbeidspartene i denne sammenhengen er både de pårørende og de ansatte på sykehjem. Men i denne oppgaven vil jeg ha fokus på de pårørende. Jeg ønsker å få svar på hva de ønsker ut av samarbeidet, ved blant annet å se på hvilke positive og negative erfaringer de pårørende har fra samarbeid med helsepersonell. Med andre ord er det de pårørendes perspektiv som vil være i fokus i denne oppgaven.

Hvorfor undersøker jeg dette temaet? Ved å skrive denne oppgaven håper jeg på å få kunnskap om hvordan man kan skape et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i et sykehjem. Pårørende er ofte de som kjenner pasienten best, og vi som helsepersonell kan dra nytte ut av samarbeidet med dem. Det er derfor interessant for meg å vite mer om hva de pårørende ønsker ut av samarbeidet, slik at jeg kan være en god samarbeidspartner for dem senere i arbeidslivet. Videre håper jeg på at denne oppgaven skal hjelpe meg med å forstå samarbeidet ut i fra et pårørendeperspektiv, slik at jeg vet hva de forventer av meg og personalgruppen, og at jeg skal ha kunnskap til å kunne møte deres behov. Jeg tror også at en del konflikter med pårørende kan unngås, dersom man er klar over hva de forventer og hvilke behov som trenger å bli møtt av oss som er helsepersonell.

Jeg har kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan få til et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem, som møter de pårørendes behov?»

Kort fortalt ønsker jeg å finne svaret på hvilke behov de pårørende har, og hvordan helsepersonell bør arbeide for å møte disse behovene. Funn fra studier som belyser pårørendes erfaringer av samarbeidet med sykehjem vil være i fokus når jeg skal svare på problemstillingen.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg har valgt å presentere litteraturen jeg har brukt ved å dele det opp i tema jeg ser på som relevante for å belyse oppgavens problemstilling.

I kapitlet om metode kan en lese om hvilken metode jeg har brukt for å kunne svare på valgt problemstilling. Videre begynner teoridelen med en introduksjon til hva et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i et sykehjem innebærer. Resten av teorien er delt i to hovedtema: 1. Helsepersonellens kommunikasjons- og relasjonskompetanse og 2. Fremstilling av funn fra forskningsartiklene. Under kapitler om kommunikasjons- og relasjonskompetanse ønsker jeg å vise til hva denne kompetansen innebærer, og hvorfor det er viktig for helsepersonell å ta i bruk denne kompetansen når en skal samarbeide med andre mennesker. Funn fra forskningsartiklene blir fremstilt når jeg tar for meg temaene; utfordringer for samarbeidet, hva som fremmer samarbeidet og rammer- og ressurser som påvirker samarbeidet. Til slutt kommer det en drøftedel, hvor jeg prøver å svare på min problemstilling ved hjelp av teorien som blir fremstilt i oppgaven. Oppgaven avsluttes med en konklusjon om hva jeg kom frem til i drøftingen.

2.0 Metode

For å få svar på min problemstilling, vil jeg gjennomføre et litteraturstudium. Jeg har valgt å bruke litteraturstudium som metode grunnet jeg har sett at det finnes nyere forskningsartikler som enten er knytt til min problemstilling, eller som har en overføringsverdi til den.

Problemstillingen min er; «*Hvordan få til et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem, som møter de pårørendes behov?*». For å kunne svare på dette, vil jeg lete etter faglitteratur om samarbeid. Samarbeidet påvirkes av kommunikasjon og relasjoner, og jeg har derfor valgt å lete etter litteratur om disse to emnene for å finne teori som kan knyttes til samarbeidet som omtales i min problemstilling. Videre ønsker jeg å finne både faglitteratur og forskningsartikler som belyser pårørendes opplevelser av samarbeidet.

Jeg har brukt databasene «oria» og «academic search premier» for å finne frem relevant litteratur. Jeg har også kikket i bibliotekhyllene for å finne faglitteratur, jeg har da brukt bibliotekets hyllesystem for å finne frem den litteraturen jeg søker etter. Det vil si at jeg har sett hvilke bøker som var tilgjengelige under emneknagger som for eksempel; eldreomsorg, kommunikasjon og relasjon, og geriatri. Søkeord som er blitt brukt er blant annet: samarbeid* OR cooperation OR cooperate AND pårørend* OR next of kin* OR informal carer* AND nursing home* OR sykehjem. I begynnelsen av søkeperioden brukte jeg ganske få ord i mine søk, og jeg fikk dermed problemer med å finne relevant litteratur for min problemstilling. Ved å bruke *ordnett.no* fant jeg frem flere ord jeg kunne bruke i søkeprosessen. I tillegg brukte jeg nøkkelord fra artikler med samme tema som denne oppgaven. Jeg har lagt ved en søkelogg i «vedlegg 1», hvor en kan se hvordan jeg søkte for å finne artikler som er blitt brukt i oppgaven.

2.1 Kildekritikk

Søkeordene har gitt mange treff, men jeg har avgrenset treffene ved å luke bort eldre litteratur og ved å avgrense og/eller ekskludere emner. Jeg har også valgt å bruke forskningsartikler på både norsk og engelsk, hvor seks av de syv studiene var gjennomført i Norge. Dette begrunner jeg med at studier gjort i utlandet viste til problemstillinger som ikke var fullt så relevant i Norge. For eksempel hadde samarbeidet andre utfordringer som var kommet frem på grunn av lave lønninger, politikken i det gjeldende landet og at personal og pårørende kom fra ulike kulturer og dermed hadde ulike verdigrunnlag. Jeg har allikevel valgt å ta med en forskningsartikkel hvor studien er gjennomført i utlandet. I denne artikkelen ser forskerne på kommunikasjonen mellom pårørende og sykehjemmets helsepersonell (Majerovitz, Mollott & Rudder, 2009), funn som ikke lignet funn i de norske studiene, er ikke tatt med i oppgaven.

Forskningsartiklene jeg har brukt viser til hvordan pårørende har opplevd samarbeidet med et sykehjem. De fleste artiklene er skrevet av fagfolk som har forsket på lignende tema tidligere. Forfatterne av forskningsartiklene har brukt enten spørreundersøkelse eller kvalitativt forskningsintervju som metode for å belyse tema om samarbeidet med pårørende. Det vil si at de enten har: «benyttet strukturerte spørreskjemaer med klare svaralternativer (Dalland, 2012, s. 140)» eller «forsøkt å se verden ut i fra intervjupersonenes side (Dalland, 2013, s. 140)».

Funnene som blir vist i artiklene viser noen felles trekk ved behov og erfaringer pårørende har fra samarbeidet. Disse funnene vil bli drøftet senere i oppgaven.

Jeg har også brukt faglitteratur for å belyse de ulike temaene knyttet til min problemstilling. Faglitteraturen som er brukt, har hatt et innhold som kunne relateres til min problemstilling. Et tema jeg vil skrive om er helsepersonellens kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Til dette temaet bruker jeg stort sett Røkenes & Hanssen (2012) sin bok «Bære eller breste-kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker», dette er en bok som greier ut om fagpersoners kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Andre bøker som er blitt mye brukt er Bøckmann & Kjellevolds (2015) «Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring». Denne boken retter oppmerksomheten mot pårørendes roller, reaksjoner og behov, i tillegg blir det gjort rede for rettigheter og muligheter som pårørende er gitt gjennom helselovgivning. Garsjø (2003) sin bok «Institusjon som hjem og arbeidsplass: Et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse» blir også brukt en del. Garsjø bruker ordet institusjon som en samlebetegnelse for ulike helse- og sosialinstitusjoner, som for eksempel sykehjem. I denne boken kaster han lys over formelle og uformelle sider ved institusjoner, og skriver blant annet om hva pårørende mener er en god institusjon.

3.0 Hva vil samarbeidet med pårørende til pasienter i sykehjem innebære?

Før jeg skal begynne å svare på min problemstilling, ønsker jeg å fortelle litt generelt om hva en sykehjemsplass vil bety for pårørende. I tillegg en kort forklaring på hva samarbeidet med pårørende vil innebære. Garsjø (2003) omtaler sykehjem som en institusjon, og sier videre at en institusjon vil fungere som en avlastning for nærmeste pårørende, hvor den omsorgstrengende får dekket sine behov for mat, stell, pleie og omsorg. Det skal dermed kunne gi pårørende trygghet når deres nærmeste bor på sykehjem, ved at de vet at deres nærmeste får den omsorg og/eller behandling som de selv ikke er i stand til å gi. Det skal også gi avlastning ved at pårørende skal slippe mye engstelse og får større frihet, altså de får avlastning for noe som kan ha vært en stor belastning.

For helsepersonell kan det være utfordrende å finne den beste løsningen for pårørendeinvolvering. En må ofte forholde seg til ulike verdier og hensyn når en skal vurdere

type og omfang av pårørendeinvolvering. En pasient som har mistet sin samtykkekompetanse kan for eksempel få ivaretatt sine interesser på en best mulig måte når pårørende gis mulighet til å involvere seg. I andre tilfeller kan pasienten ha ønsker om at pårørende ikke skal involveres, og det vil derfor være uetisk og kanskje ulovlig å involvere de pårørende (Bøckmann & Kjellevoid, 2015). Men helsepersonell har altså noen oppgaver i forhold til hvordan de skal samarbeide med de pårørende. Helsepersonell skal gi informasjon til de pårørende. Det kan være informasjon om årsak, symptomer og prognose, eller rutiner på behandlingsenheten, informasjon om hvilke tilbud for pårørendestøtte som finnes, lovverket og lignende. I mange situasjoner vil også helsepersonell være pliktige til å gi pårørende informasjon. Videre skal helsepersonell avklare hva pårørende kan bidra med, hva de ønsker å bidra med, og hvilke forventninger og ønsker de har til helsetjenesten. I tillegg kan helsepersonell også ha som oppgave å veilede de pårørende. Dette kan for eksempel være å veilede dem til hvordan de kan håndtere stress, samhandle med den som er syk eller håndtere følelser (Bøckmann & Kjellevoid, 2015).

4.0 Kommunikasjons- og relasjonskompetanse i møtet med pårørende

Samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell vil være påvirket av hvordan partene kommuniserer med hverandre. Faglitteraturen forteller oss at hvordan fagpersoner kommuniserer, vil påvirke om samarbeidet fungerer godt eller dårlig. Når vi kommuniserer ønsker vi ofte både å formidle budskap og ivareta andre verdier i samhandlingen. God kommunikasjon handler i stor grad om å få denne formidlingen av budskap og ivaretagelsen av andre verdier til å gå hånd i hånd. Det vil som regel være lettere å utveksle informasjon og forstå hverandres meninger dersom vi har kommunisert slik at vi har bygget opp en bærende kommunikasjon, preget av tillit, trygghet og en følelse av kontakt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241 -242).

Videre vil relasjonskompetanse hos fagpersonen være en viktig del av den faglige kompetansen, i arbeid med mennesker. Fagpersonen bør bidra til at pasienten forstår det som blir formidlet, og at fagpersonen forstår pasienten. Dette skjer gjennom en kontinuerlig prosess der fagpersonen er opptatt av å forstå det pasienten forstår, og å dele sin egen forståelse i en gjensidig dialog. På denne måten skapes det et meningsfullt samhandlingsrom mellom dem (Røkenes & Hanssen, 2012). Vi ser altså at hvordan fagpersonen kommuniserer

med «den andre» har betydning for hvilken relasjon det blir imellom dem, noe som har betydning for hvordan de samarbeider.

Relasjonskompetansen vil på samme måte være viktig i møte med pårørende, for eksempel hvis en pasient ikke har samtykkekompetanse, vil det ofte være en nær pårørende som fagpersonen deler informasjon med. Som jeg har nevnt tidligere, har pårørende behov i møtet med fagpersoner når deres nærmeste er blitt en pasient på et sykehjem. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. sies det at «dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes» og videre «er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2».

Når pasienten på et sykehjem har mistet sin samtykkekompetanse, skal pårørende få den informasjonen som personalet ville gitt til pasienten dersom samtykkekompetanse var til stedet. På et sykehjem bor det ofte pasienter uten samtykkekompetanse. Blant eldre pasienter finner vi mange med demenssykdommer eller andre med fysiske eller psykiske forstyrrelser som kan påvirke samtykkekompetansen. For eksempel ser vi at forekomsten av delirium (akutt hjernesvikt) er på om lag 25 % blandt personer med demens, pasienter i sykehjem og klienter i hjemmesykepleien (Engedal, 2012, s. 281). I tillegg så beregnes det å dukke opp mellom 9000 og 10 000 nye tilfeller av demens hvert år (Ulstein, 2012, s. 296). Personalet på et sykehjem må derfor ofte forholde seg til pasientens nærmeste pårørende når informasjon skal gis, eller avgjørelser skal tas på vegne av hva pasienten ville ønsket. Sett i lys av dette vil det være hensiktsmessig for fagpersonen å ta i bruk sin relasjonskompetanse i møtet med pårørende.

4. 1 Hvordan kan fagpersoners relasjons- og kommunikasjonskompetanse bidra til et godt samarbeid?

En del av institusjonsarbeiderens kompetanse innebærer at en har evne til å samarbeide. Det vil si at personalet «må være lett å samarbeide med og ha evne til å kunne omstille seg, være flink til å forklare, forstå, spørre og lytte (Garsjø, 2003, s. 68)». Videre sier Garsjø at det er

fagpersonens kunnskap om samarbeidspartnere og samarbeid som gjør tilrettelegging og gjennomføring av helhetlige tiltak mulig.

Som tidligere nevnt vil det være hensiktsmessig om vi allerede har bygd opp en bærende relasjon preget av tillit, trygghet og en følelse av kontakt. Dette kan gjøre det lettere å utveksle informasjon og å forstå hverandres meninger. En bærende relasjon utvikles ved at det foregår en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Det er tre forhold som er vesentlige for å kunne skape en slik god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Jeg vil nå kort presentere disse tre forholdene, for å vise hvordan disse kan bidra til at helsepersonell klarer å etablere gode relasjoner.

Vår væremåte og stil kan enten være til hinder for eller fremme en god relasjonsutvikling. Klienter vurderer oss fagpersoner, og de legger blant annet vekt på om; klærne og utseende vårt er «passende», om kroppsspråket vårt signaliserer trygghet og imøtekommenhet eller travelhet og uro og om vi er avslappet, snakker tydelig, forståelig og flytende (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180-181).

Hvorvidt fagpersonen er *empatisk* eller ikke vil også ha betydning for relasjonsutviklingen. Empati handler om å forstå det den andre forstår. Ved hjelp av empati kan fagpersonen få tilgang til den andres erfaringer, opplevelser, følelser og måter å tenke på. I samtalen innebærer empati at fagpersoner kan lytte, forstå og være anerkjennende for den andre. Å lytte empatisk vil si at en setter sine egne forståelsesformer til side, og har fokus på innholdet i den andres opplevelser som for eksempel deres meninger, behov og affekter. Videre skal klienten bli *forstått* og sett av fagpersonen fra sitt eget perspektiv. En fagperson vil kunne vite om hun har klart å *forstå* klienten ved å formidle tilbake hva hun har forstått, deretter vil den andre kunne bekrefte, nyansere eller korrigere denne forståelsen. Målet her er at fagpersonen skal forstå den andre fullt og helt (Røkenes & Hanssen, 2012).

Det siste forholdet som er vesentlig for relasjonsutviklingen er hvorvidt fagpersonen er *anerkjennende*. Å føle seg bekreftet, anerkjent og respektert kan være en viktig forutsetning for at den andre skal dele det som han måtte ha behov for å dele med fagpersonen. En anerkjennende holdning hos fagpersonen kjennetegnes blant annet ved at; den andres opplevelser stadfestes og bekreftes, forskjeller blir tolerert og at fagpersonen har et rimelig åpent og aksepterende forhold til seg selv, og har evne til både å være nær og ha distanse til andre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190- 191). En fagperson kan for eksempel være

bekreftende ved å gi verbalt følge til den han samtaler med. Verbalt følge gis ved at egne fortolkende og vurderende tanker blir satt til side, og man toner seg inn på den andres stemning og språk. Videre vil en bare følge med gjennom korte, bekreftende tilbakemeldinger som for eksempel «ja», «jeg forstår» eller «så fint!». Videre kan fagpersonen gi anerkjennelse (bekrefte at den andre har gjort noe godt eller viktig) i form av korte og støttende utrop (verbalt følge) som for eksempel «bra» og «flott». Dette vil normalt virke sterkt støttende og bekreftende og gi et umiddelbart løft for selvfølelsen (Eide & Eide, 2005).

5.0 utfordringer ved samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell

I forskningslitteraturen viser det seg ulike utfordringer som samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell på sykehjem står ovenfor. Samarbeidet kan se ut til å mangle en systematisk tilnærming, og kommunikasjonen mellom pårørende og helsepersonell ser ut til å være tilfeldig (Dreyer, Forde & Nortvedt, 2009). Jeg ser at det går igjen tre sentrale behov knyttet til samarbeid i forskningen, som fremstår som viktige for hvordan samarbeidet fungerer. De pårørende ser ut til å være opptatt av å;

1. Få klar og fullstendig informasjon til rett tid (Majerovitz, Mollott & Rudder, 2009),
2. Oppleve seg selv som et synlig og respektert menneske i møtet med helsepersonell (Hanssen & Sommerseth, 2014),
3. Oppleve at helsepersonellet har kompetanse til å gi god omsorg og pleie (Eines & Lykkeslet, 2008).

Hvordan helsepersonell møter disse behovene kan gjenspeile seg i hvordan samarbeidet fungerer. I Majerovitz et al. (2009) sin studie viste det seg at informasjon om hva som var pårørendes ansvar og hva som var sykehjemmets ansvar ikke ble delt med de pårørende. Dette førte til forvirring og at pårørende noen ganger var misfornøyde med tilbudet. Videre viser Eines & Lykkeslet (2008) til at det å bli kontaktet hvis endringer er gjort, bidrar til at pårørende føler seg informert og delaktig. Opplevelsen av «ikke å vite noe», påvirket tilliten til helsepersonell negativt. Hvorvidt pårørende får den informasjonen de skulle ha hatt eller ikke, kan også påvirke helsepersonellens handlinger på sykehjemmet. Dreyer et al. (2009) fant

i sin undersøkelse at ingen av sykehjemmene de undersøkte hadde prosedyrer for å diskutere med pasienter eller pårørende vedrørende tillatelse eller retningslinjer for å inkludere pårørende i beslutningstaking prosesser. De fant også at flere av de pårørende ikke hadde forstått situasjonen når pasienten nærmet seg terminal tilstand. Dette førte til at pårørende satt igjen med ubesvarte spørsmål vedrørende behandlingen som var gitt. I disse studiene ser vi at det finnes rom for forbedring vedrørende informasjonsdeling med pårørende. Samarbeidet ser ut til å bli utfordrende når det ikke er lagt til rette med prosedyrer for informasjonsdeling mellom sykehjemmet og pårørende. En ser for eksempel at pårørende ofte må etterlyse informasjonen de har behov for på egenhånd, for å få tilgang til denne informasjonen (Hanssen & Sommerseth, 2014).

Et annet moment som kan påvirke samarbeidet med pårørende, er *hvordan de pårørende blir møtt av helsepersonell*. Hanssen & Sommerseth (2014) fant at flere pårørende var opptatt av å få oppleve respekt og gjensidighet i møtet med helsepersonell (og helsetjenesten). For dem innebærte det at de ble møtt med vennlighet, omtanke og interesse, at de ble lyttet til og informert, om avtaler ble holdt og fulgt opp, og at innspill og uenighet ble møtt uten å føre til konflikt. Flere av deres informanter opplevde at disse behovene ikke ble møtt, og at de som en følge av dette følte at situasjonen de var i ble oversett av helsepersonell. I Norheim & Sommerseth (2014) sin studie, viste det seg at pårørende valgte seg ut pleiere de foretrakk å ha kontakt med, og som de uttrykte hadde «personlig egnethet». I relasjonen med disse utvalgte pleierne opplevde de en gjensidighet hvor de følte seg respektert og verdsatt.

Majerovitz et al. (2009) fant at de pårørende hadde et ønske om å forbli involvert i pasientens liv etter at de hadde flyttet inn på sykehjem. Men de syntes det var vanskelig ettersom de opplevde at personalet ikke hadde tid til å snakke med dem. I tillegg opplevde de at det overordnede personal, som for eksempel avdelingsleder, ikke kunne møte de pårørende i beleilige tider. Det ble derfor vanskelig for de pårørende å få pratet med de ansatte. Eika et al. (2013) sine informanter uttrykte at de ønsket å få en kopp kaffe når de var å besøke pasientene. Om de fikk denne kaffekoppen eller ikke var tilfeldig. Denne kaffekoppen hadde betydning for de pårørende i forhold til følelsen av å bli inkludert.

I forskningen ser jeg også at de pårørende er opptatt av helsepersonellens faglige kompetanse. Norheim & Sommerseth (2014) sine informanter fortalte at de savnet et mer faglig samarbeid, dette kunne for eksempel være i forhold til medikamenter som ble forordnet til pasienten. Videre var de bekymret over at sykehjemmene hadde stor utskifting av personell. Dette førte

til mangel på kontinuitet på tilbudet, og at oppfølgingen av pasientene ble tilfeldig. Helgesen, Larsson & Athlin (2012) fant i sin studie at pårørende anså det som en nødvendighet at de tok på seg en mer aktiv pårørenderolle når pasienten fikk en forverret helsetilstand, dette for å sikre pasientens velvære. Grunnen til at dette skjedde, var fordi pårørende anså personalets kompetanse som begrenset i slike situasjoner, og som en følge fikk de svekket tillit til personalet. Hanssen & Sommerseth (2014) gjorde også lignende funn. Hvor informantene kunne fortelle om hendelser der helsepersonell hadde handlet «lettvint» eller feil. Dette førte til at de som var pårørende anså det som nødvendig å ta på seg en mer kontrollerende rolle.

Vi ser at informasjonsflyt og helsepersonellens holdninger og kompetanse, i stor grad, påvirker hvordan samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell formes. I faglitteraturen kan vi også se at når noen en står nær blir alvorlig syk, vil disse faktorene oppfattes som viktige i møtet med helsepersonell. Når man er pårørende ønsker man å møte erfarent helsepersonell som har gode holdninger og oppdaterte kunnskaper. I tillegg ønsker de at helsepersonellet gir god informasjon og veiledning (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 16).

5.1 Hvilke forhold virker positivt innpå samarbeidet?

Jeg har fortalt om hvilke utfordringer samarbeidet har, og vil også vise til funn i artikler hvor pårørende opplevde at samarbeidet fungerte på en god måte. Garsjø ser på hva de pårørende legger i begrepet; en god institusjon (herunder sykehjem). Her forteller han at de pårørende mener en god institusjon kjennetegnes av «tilbakemeldingsordninger som fungerer bra, imøtekommenhet, tilgjengelighet, ordnede forhold, at de pårørende trekkes med i behandlingen, og gode relasjoner til personalet» (Garsjø, 2003, s. 435). Disse «kriteriene» for å kunne bli kalt en god institusjon (sykehjem) er gjenkjennbare i forskningsartiklene jeg har sett på.

I forrige kapittel kunne vi se at utfordringene knyttet til samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell i sykehjem var knyttet til tre sentrale faktorer: deling av informasjon, fagpersoners kompetanse og det å føle seg synlig og respektert (helsepersonellens holdninger). Det var ikke alle funn knyttet til disse faktorene som var negative. Jeg vil derfor skrive litt om de positive funnene, og vise til hvordan enkelte rutiner eller hendelser virket til å fremme samarbeidet. Eines & Lykkeslet (2008) sine informanter kunne fortelle at de sjeldent måtte innhente informasjon kun fra pasientens primærpleier. Deres erfaringer var at personalet

hadde god oversikt over alle pasientene. Når pleierne var usikre på hvordan de kunne svare på de pårørendes henvendelser, hentet de assistanse hos kollegaer eller slo opp i sykepleiejournalen. De hadde også positive erfaringer knyttet til personalets kompetanse. De opplevde at pleierne ønsket å utøve god pleie som dekket pasientens behov, også ut over deres grunnleggende behov. De opplevde også at helsepersonell var flinke til å observere endringer, og sette i gang tiltak deretter. Dette var med på å gi pårørende trygghet i at deres familiemedlem hadde det godt, noe som gav dem anledning til å slappe av. Videre kunne informantene fortelle om positive opplevelser de hadde knyttet til helsepersonellens holdninger. Hvor alle informantene fortalte at de alltid ble møtt med et smil når de kom på besøk. Dette bidro til at de ofte pratet med ansatte når de møttes i korridoren eller inne på stua. De opplevde også at personalet respekterte deres meninger og imøtekom disse under pårørende-samtaler.

Med utgangspunkt i denne studien konkluderer Eines & Lykkeslet (2008) med at deres funn viser til at pårørendesamtalen kan gi et godt grunnlag for tillitsfulle relasjoner og et godt samarbeid. Det opplevdes som positivt av de pårørende å kunne sitte noen få sammen å prate i rolige omgivelser. Det bunner i at de pårørende hadde ønske om å få fremme sine opplevelser og synspunkter.

Norheim & Sommerseths (2014) informanter mente de ansatte syntes å mangle faglig kompetanse på hvordan de kunne involvere pårørende. Til tross for dette kunne de fortelle at de «ble sett» som personer av de ansatte, og at det hadde stor betydning for dem å bli møtt med medmenneskelighet. Majerovitz et al. (2009) sine informanter fortalte at de ansatte hadde hjulpet dem med å håndtere pasientens nye bosituasjon ved å gi dem bekreftelse på at en sykehjemsplassering var den rette avgjørelsen å ta. Eika et al. (2013) sine informanter fortalte også at de opplevde å få støtte fra helsepersonell når avgjørelsen om å flytte familiemedlemmet sitt inn på sykehjem skulle tas, men her fortalte de at de følte seg forlatt til seg selv etter avgjørelsen var tatt.

5.2 Rammebetingelser og ressurser på sykehjem

Mange av oss har gjerne et syn på sykehjem som en travel plass. Hvor personalet har mange rutiner som skal gjennomføres, men liten tid til å gjennomføre dem. I tillegg er det ikke uvanlig med høy turnover blant personalet. Jeg ønsker her å ta for meg hvordan ressurser og

rammebetingelser påvirker samarbeidet mellom de pårørende og helsepersonellet. Hvorvidt pårørende blir involvert kan ha sammenheng med de ressurser som er tilgjengelig. Involvering av pårørende kan for eksempel innebære at helsepersonell får ytterligere en arbeidsoppgave, uten at det blir tildelt mer ressurser. Et annet utfall kan være at forbedrede rutiner fører til at arbeidet med pårørende oppleves som mindre arbeidskrevende, og som en følge vil arbeidets helhet oppleves mer tilfredsstillende (Bøckmann & Kjellebold, 2015, s. 360). Garsjø (2003) viser til at ressursmangler på sykehjem, kan føre til at en lettere møter på etiske konflikter, som følge av dårlig bemanning. Videre påpeker han at institusjoner er storforbrukere av samfunnets ressurser, og at de som en følge møter økende krav om effektivisering og innsparing.

Norheim & Sommerseth (2014) fant i sin studie at pårørende var bekymret over situasjonen angående sykehjemets ressurser. De så at helsepersonell opplevde både tidspress og stress i sin arbeidshverdag, og at de dermed hadde problemer med å få nok tid til den enkelte pasient. I Eika et al. (2013) sin studie fant de også at samarbeidet var påvirket av manglende ressurser. Flere av informantene kunne fortelle at de hadde opplevd å være på besøk hos pasienten, uten at personalet hadde registrert det og heller ikke sjekket innom rommet til pasienten under besøket. Som en følge av dette følte de seg oversett av personalet, i tillegg førte dette til usikkerhet om hvor godt deres familiemedlemmer ble tatt vare på. De opplevde også å kvie seg for å ta kontakt med personalet, særlig på kvelden, grunnet de følte de forstyrret personalets rutiner. De fant også at rammene rundt sykehjemmet skapte en distanse mellom pårørende og helsepersonell. Informantene kunne fortelle om opplevelser hvor deres familiemedlem hadde oppholdt seg på dobbeltrom over lengre tid, noe som skapte stress for pasienten som måtte bo med en fremmed før hun eller han fikk et rom for seg selv. Dette førte til at de pårørende følte seg maktesløse i forhold til rammene rundt sykehjemmet, og dette avskrekket dem fra å investere noe i et personal som uansett ikke kom til å arbeide der lenge. Majerovitz et al. (2009) fant at kommunikasjonen på sykehjemmet manglet en form for struktur. For å bedre kommunikasjonen sa de at en billig løsning for sykehjemmet kan være å organisere personalet slik at det blir lagt til rette for samarbeid og en åpen kommunikasjon.

Eines & Lykkeslet (2008) hadde mer positive funn i sin studie, hvor personalet prioriterte å bruke tid sammen med pasientene og de pårørende. De pårørende opplevde personalet som svært synlige inne på avdelingen. Personalet møtte de pårørende med et smil, og videre kunne de kommentere at dette bidro til at de ofte pratet sammen med de pårørende enten i korridoren eller inne på stua. Selv i travle perioder, tok personalet seg tid til en kort prat. De opplevde

ikke primærpleieren som kontinuerlig tilgjengelig, men dette så de på som uproblematisk ettersom personalet som helhet hadde god oversikt over alle pasientene.

6.0 Hvordan få til et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem, som møter de pårørendes behov?

Jeg vil nå prøve å svare på min problemstilling ved hjelp av teorien som jeg har presentert. Min problemstilling var: «*Hvordan få til et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem, som møter de pårørendes behov?*» Jeg velger derfor først å se på hvilke behov de pårørende har, og hvordan helsepersonell kunne møte deres behov. Videre vil jeg se på hvordan helsepersonell brukte sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse i samarbeidet med de pårørende. Før jeg til slutt ser på hvordan rammene og ressursene på sykehjemmet påvirket samarbeidet.

6.1 Pårørendes behov

I forskningsartiklene gav de pårørende uttrykk for hvilke behov de hadde i et samarbeid med de ansatte på et sykehjem. De pårørende kunne fortelle at de ønsket å få klar og fullstendig informasjon til rett tid (Majerovitz et al., 2009), videre ønsket de å oppleve seg selv som et synlig og respektert menneske i møtet med personalet (Hanssen & Sommerseth, 2014). Til slutt var de opptatt av å kunne ha tillit til personalets kompetanse når det gjaldt å gi pleie og omsorg til pasientene (Eines & Lykkeslet, 2008). Jeg vil nå ta for meg en gjennomgang av disse tre momentene hvor jeg viser til hva helsepersonell kan eller skal gjøre for å møte disse behovene.

Når det kommer til *informasjon som skal videreføres fra helsepersonell til pårørende*, vil jeg først nevne hvilken informasjon helsepersonell skal gi til de pårørende, og så videre vise til når og hvordan helsepersonell skal gi denne informasjonen. Bøckmann & Kjellevold (2015) sier at med mindre pasienten ikke ønsker det, skal pårørende få informasjon om årsak, symptomer og prognose, eller rutiner på behandlingsenheten, informasjon om hvilke tilbud for pårørendestøtte som finnes, lovverket og lignende. Videre skal helsepersonell avklare hva

pårørende kan bidra med, hva de ønsker å bidra med, og hvilke forventninger og ønsker de har til helsetjenesten. I forskningsartiklene så vi tilfeller hvor slik informasjon ikke ble gitt (Majerovitz et al. 2009; Dreyer et al. 2009; Hanssen & Sommerseth, 2014). Dette førte til negative opplevelser hos de pårørende. Vi så for eksempel at mangel på informasjon førte til forvirring og noen ganger misnøye med tilbudet (Majerovitz et al., 2009) eller at pårørende ble sittende igjen med ubesvarte spørsmål angående behandlingen som var gitt (Dreyer et al. 2009). Det kan dermed se ut som at manglende informasjon kan gi et dårlig utgangspunkt for det videre samarbeidet. Når en ovenfor ser hvilken informasjon som skal gis de pårørende, så vil en kanskje kunne forklare slike avvik ved at sykehjemmet har mangelfulle rutiner i forhold til informasjonsdeling? Majerovitz et al. (2009) sier at en billig løsning for sykehjemmet kan være å organisere personalet slik at det blir lagt til rette for samarbeid og en åpen kommunikasjon. Det kan se ut som at sykehjemmet i Eines & Lykkeslet (2008) sin studie hadde tatt i bruk en slik løsning. Her hadde de fokus på blant annet samarbeid med pårørende i sin faglige ideologi, og de pårørende opplevde at personalet som en helhet hadde god oversikt over alle pasientene, i tillegg søkte de informasjon fra sine kollegaer når de fikk spørsmål de selv ikke kunne svare på. Forslaget til Majerovitz et al. (2009) er noe jeg selv kan relatere til. Jeg har arbeidet på et sykehjem hvor alle ansatte jobbet langvaktsturnuser. Det opplevdes at denne arbeidsformen fremmet kontinuitet i arbeidet; pårørende kjente godt til personalet, og personalet hadde god oversikt over pasientene som en følge av at de var med pasientene fra morgen til kveld.

Videre hadde de pårørende *behov for å oppleve seg selv som et synlig og respektert menneske i møtet med personalet*. På ulike vis viste studier til at dette behovet ikke ble møtt av helsepersonell. Hanssen & Sommerseth (2014) sine informanter fortalte at de følte situasjonen de var i ble oversett av helsepersonell. Lignende funn fant også Majerovitz et al. (2009) hvor informantene opplevde at personalet ikke hadde tid til å prate med dem. I tillegg ble ikke pårørendesamtaler satt opp på beleilige tider for de pårørende. I Norheim & Sommerseth (2014) fant de at pårørende valgte seg ut personal som de uttrykte hadde «personlig egnethet», det var i disse relasjonene de kunne føle gjensidighet og respekt. Det ser dermed ut som at helsepersonell i mange tilfeller ikke har klart å bygge opp en bærende relasjon med de pårørende, altså en relasjon som skal være preget av tillit, trygghet og en følelse av kontakt (Røkenes & Hanssen, 2012).

I Eines & Lykkeslet (2008) sin artikkel fant de at små grep hadde mye å si for relasjonen mellom helsepersonell og pårørende. Det at personalet møtte pårørende med et smil, tok seg

tid til korte «korridorsamtaler» og respekterte pårørendes meninger under pårørendesamtaler opplevdes som svært positivt av de pårørende. Dette så vi også i Eika et al.(2013) sin studie hvor pårørendes følelse av å bli inkludert kunne påvirkes av om de fikk tilbudt/servert kaffe eller ikke. For meg ser det dermed ut som at det ikke krever stor innsats fra helsepersonell for å møte de pårørendes behov i forhold til *å føle seg som et synlig og respektert menneske i møtet med personalet*. Små grep som å møte de pårørende med et smil, ta seg tid til korte samtaler, tilby en kopp kaffe (og faktisk servere den) og til slutt vise respekt ovenfor de pårørende under pårørendesamtaler, ser ut til å kunne føre til en bedre relasjon med de pårørende. Det ble observert at slike små grep ble gjennomført på tidligere nevnte sykehjem hvor personalet fulgte en langvaktsturnus. Personalet tok seg tid til å prate sammen med pårørende og å tilby dem en kopp kaffe, dette virket som å bidra til at pårørende og helsepersonell ofte pratet sammen.

Et annet behov de pårørende hadde, var å kunne føle tillit til *personalets kompetanse i forhold til å gi god pleie og omsorg*. Flere pårørende gav uttrykk for at de ikke hadde tillit til personalets faglige kompetanse. Vi så for eksempel at pårørende tok på seg en mer aktiv pårørenderolle når pasientens helsetilstand ble forverret, fordi pårørende så på personalets kompetanse som begrenset (Helgesen et al., 2012). Eller hendelser hvor helsepersonell hadde handlet «lettvint» eller feil, som førte til at pårørende følte det var nødvendig at de tok på seg en mer kontrollerende rolle (Hanssen & Sommerseth, 2014). Eines & Lykkeslet (2008) sine funn viste det stikk motsatte. Deres informanter hadde tillit til personalet på sykehjemmet. De fortalte blant annet at de ikke hadde problemer med å få informasjon fra personalet, de observerte at personalet samarbeidet med hverandre, og at personalet var opptatt av å utøve god pleie også utover pasientens grunnleggende behov. I tillegg var det viktig for dem at de fikk fremmet sine opplevelser og synspunkter i pårørendesamtaler. For meg ser det ut som at sistnevnte sykehjem var flinkere på å inkludere de pårørende, slik at de pårørende igjen kunne føle seg trygg på personalets kompetanse. Det var nettopp denne inkluderingen informantene i Norheim & Sommerseth (2014) sin studie savnet. Informantene her uttrykte et ønske om et mer faglig samarbeid, i forhold til for eksempel medikamenter som ble utdelt til pasientene.

6.2 Helsepersonellens kommunikasjons- og relasjonskompetanse

En bærende relasjon utvikles ved at det foregår en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Det er tre forhold som er vesentlige for å kunne skape en slik god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2012). Jeg vil nå prøve se på disse tre forholdene i forhold til hvordan samarbeidet mellom pårørende og personalet fungerte.

Det første forholdet som er vesentlig for å kunne skape en god relasjon er fagpersonens *væremåte*. «Klienten» vurderer oss fagpersoner ut i fra; om klærne og utseendet vårt er «passende», om kroppsspråket vårt signaliserer trygghet og imøtekommenhet eller travelhet og uro, og om vi er avslappet, snakker tydelig, forståelig og flytende (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180-181). I forskningsartiklene ser jeg at når det kommer til væremåte, er det noen opplevelser som kan ha sammenheng med helsepersonellens kroppsspråk. I forskningen så vi tilfeller hvor pårørende kviet seg for å ta kontakt med personalet og var bekymret over hvor god omsorgen til pasientene var på grunn av helsepersonell som gav uttrykk for å oppleve tidspress (Norheim & Sommerseth, 2014; Eika et al. 2013). Eines & Lykkeslet (2008) sine informanter kunne fortelle om et personal som tok seg tid til en kort prat med de pårørende selv i travle perioder. Hvordan kan det ha seg at pårørende opplevde personalets tidspress på to så ulike måter?

I Eines & Lykkeslet (2008) gav de pårørende uttrykk for å ha etablert en bærende relasjon med personalet. Kan det da være personalets kroppsspråk som gjorde at pårørende ikke bekymret seg over tidspresset? Etersom fagpersoner blir vurdert i forhold til om kroppsspråket signaliserer trygghet og imøtekommenhet eller travelhet og uro, og om de er avslappet, kan en også tenke seg til at kroppsspråket var med på å avgjøre hvordan pårørende forholdt seg til personalet under travle perioder. Ut i fra dette kan det se ut til å være hensiktsmessig for personalet om kroppsspråket deres signaliserer trygghet, ro og imøtekommenhet, slik at pårørende ikke kvier seg for å ta kontakt med dem.

Et annet forhold som er vesentlig for å skape en god relasjon er; *empati*. Empati handler om å forstå det den andre forstår. I samtalen innebærer empati at fagpersoner kan lytte, forstå og være anerkjennende for den andre (Røkenes & Hanssen, 2012). Norheim & Sommerseth (2014) informanter kunne de fortelle at de «ble sett» av de ansatte, og at det hadde stor betydning for dem å bli møtt med medmenneskelighet. I Eika et al. (2013) sin studie fant de at

pårørende opplevde lite og forvirrende støtte fra helsepersonell når pasienter på sykehjem nærmet seg/ eller var i terminal tilstand. Det viste seg også at noen pårørende fikk mer støtte enn andre. Med bakgrunn i disse opplevelsene ser det ut som at pårørende var opptatt av å møte helsepersonell som viste empati i samarbeidet. Eika et al. (2013) sier at strukturen rundt sykehjemmet burde endres og at helsepersonell trenger mer kunnskap om mulige kritiske moment for pårørende angående overgangsprosessen til sykehjem, slik at en klarer å sørge for at pårørende får den støtten de har behov for. Selv har jeg observert hvor viktig det er for pårørende å møte et empatisk helsepersonell. På sykehjemmet møtte en gjerne pårørende som satt inne med mange spørsmål og som ønsket å prate med et personal. Når de da fikk samtale med et helsepersonell i rolige omgivelser, kunne en etterpå møte pårørende som gav uttrykk for glede og takknemlighet over at personalet hadde tatt seg tid til å prate med dem.

Et siste moment som er vesentlig for å skape en god relasjon er hvorvidt fagpersonen oppleves som *anerkjennende*. En anerkjennende holdning hos fagpersonen kjennetegnes blant annet ved at; den andres opplevelser stadfestes og bekreftes, forskjeller blir tolerert og at fagpersonen har et rimelig åpent og aksepterende forhold til seg selv, og har evne til både å være nær og ha distanse til andre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190-191). I forskningen kunne pårørende fortelle at det å få bekreftelse fra helsepersonell hjalp dem med å godta at deres familiemedlem skulle flytte inn på et sykehjem (Majerovitz et al., 2009; Eika et al., 2013). Men det var ikke alltid at helsepersonell vedlikeholdt denne anerkjennende holdningen etter at avgjørelsen om å flytte inn på sykehjem var tatt (Eika et al., 2013). Her kan det se ut som at helsepersonell hadde kunnskap om hvordan man opptrer anerkjennende, men at de ikke har vært helt klar over (eller ikke har tenkt over) hva opplevelsen av anerkjennelse vil bety for pårørende. Eide & Eide (2005) forklarer at ved å gi tett verbalt følge, vil en styrke relasjonen og grunnlaget for videre samarbeid. Når man videre gir verbalt følge i form av anerkjennelse vil det normalt virke sterkt støttende og bekreftende, samtidig gi et umiddelbart løft for selvfølelsen. For meg ser det ut som at prinsippet ved å gi verbalt følge og å opptre anerkjennende er enkelt å forstå og å ta i bruk. Det kan derfor se ut som at helsepersonell av og til kan trenge en påminnelse om viktigheten av god kommunikasjon, og hvordan deres måte å kommunisere på kan oppleves av de pårørende.

6.3 Rammer og ressurser på sykehjemmet som påvirker samarbeidet

Tidligere viste jeg til hvordan ressurser og rammenebetingelser påvirket samarbeidet med de pårørende. Pårørende hadde negative opplevelser som var knyttet til helsepersonell som opplevdes som travle på grunn av deres hektiske arbeidsdag (Norheim & Sommerseth, 2014; Eika et al. 2013). Pårørende kunne også fortelle at de ikke var interessert i å investere noe i et personal som ikke kom til å arbeide der lenge, altså gav høy utskiftning blant personalet en dårlig forutsetning for relasjonsbygging mellom pårørende og helsepersonell (Eika et al., 2013). Allikevel kan det se ut som rutiner og arbeidsmiljøet på arbeidsplassen påvirket hvordan pårørende opplevde et travelt personal. Lykkeslet & Eines (2008) fant at pårørende kunne oppleve personalet som travle, men at personalet likevel tok seg tid til korte korridoramtaler, dette opplevdes som positivt av de pårørende. Vi ser at pårørende har opplevd å møte travle helsepersonell, men på et sykehjem ble ikke dette opplevd som negativt av personalet. Det kan se ut som det har sammenheng med hvordan helsepersonell velger å håndtere travle tider og hvor godt personalet samarbeider. Noen pårørende følte seg oversett av personalet på grunn av at de hadde det travelt (Eika et al., 2013), andre var bekymret over at personalet skulle få tid til den enkelte pasient (Norheim & sommerseth, 2014).

Lykkeslet og Eines (2008) fant ingen slike funn, sett bort i fra de pårørendes ønske om flere pårørendesamtaler. Her fant de også at personalet var flinke til å samarbeide med hverandre. Denne situasjonen kjenner jeg meg selv igjen i. Når jeg jobbet som sommervikar på et sykehjem, opplevde jeg arbeidsdagen som mindre travel når jeg arbeidet med kollegaer som kjente hverandre, pasientene og pårørende godt og som samarbeidet med hverandre. I motsetning til når jeg arbeidet med flere vikarer, da opplevdes arbeidsdagen som travel. Tryggheten til personalet som kjente til pasientene, pårørende og sine kollegaer var ikke til stede når vi var mange vikarer. I artiklene gir de pårørende uttrykk for å bli negativt påvirket av slike situasjoner. Jeg vil derfor tro at et personal som kjenner hverandre godt, samarbeider bedre og klarer derfor å takle stress uten at andre som for eksempel pårørende blir påvirket av det. De ansatte på sykehjemmet jeg forteller om, jobbet i faste team hvor de stort sett forholdt seg til de samme kollegaene. Det så ut til å være en god løsning, som virket stressforebyggende for de ansatte, noe som igjen kan ha en positiv virkning på samarbeidet med pårørende.

Dreyer et al. (2009) fant i sin undersøkelse at ingen av sykehjemmene de undersøkte hadde prosedyrer for å diskutere med pasienter eller pårørende vedrørende tillatelse eller

retningslinjer for å inkludere pårørende i beslutningstaking prosesser. Videre fant de at informasjonen som ble gitt til pårørende, og samhandlingen mellom pårørende og helsepersonell, var tilfeldig. Dette kan tyde på at ved å integrere flere prosedyrer i forhold til pårørendesamarbeid, i norske sykehjem, vil en kunne få positive resultat i form av et bedre samarbeid med pårørende.

Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å svare på dette spørsmålet: *«Hvordan få til et samarbeid mellom helsepersonell og pårørende til pasienter i sykehjem, som møter de pårørendes behov?»*

De pårørende hadde behov for å få klar og fullstendig informasjon til rett tid, oppleve seg selv som et synlig og respektert menneske i møtet med helsepersonell og å oppleve at helsepersonellet hadde kompetanse til å gi god omsorg og pleie. For at de pårørende skulle få møtt sine behov i forhold til informasjon, så det ut til at gode rutiner på sykehjemmet i forhold til pårørendeinvolvering, og at helsepersonell søkte etter informasjon når de ikke kunne svare på spørsmål, var til god hjelp for å møte dette behovet. Et synlig personal som møtte pårørende med medmenneskelighet (viste empati) så ut til å være en forutsetning for at pårørende skulle oppleve seg selv som et synlig og respektert menneske i møtet med helsepersonell. I tillegg vil et helsepersonell med et avslappet og imøtekommende kroppspråk, som gir anerkjennelse (og verbalt følge) til pårørende, oppleves som positivt av de pårørende.

Et siste behov som jeg har tatt for meg er helsepersonellens kompetanse til å gi god omsorg og pleie. De pårørende så ut til å ha tillit til helsepersonellens kompetanse når personalet inkluderte de pårørende i behandlingen, da fikk de pårørende opplevelsen av å ha et faglig samarbeid med personalet, noe flere sa de ønsket.

Rammer og ressurser påvirket også samarbeidet med de pårørende. For å få til et godt samarbeid til tross for dårlige rammer, ser det ut til å være hensiktsmessig å organisere personalet slik at det bli lagt til rette for samarbeid og en åpen kommunikasjon. Det ser også ut som å ha et personal som kjenner hverandre godt, kan gi en god forutsetning for et godt samarbeid.

Litteraturliste

- Bøckmann, K., & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: En klinisk og juridisk innføring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dreyer, E., Forde, R. & Nortvedt, P. Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes- relatives' role in the decision-making process. (2009). *Journal of Medical Ethics*, 35(11.), 672-676. ISSN: 0306-6800
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O., & Hvalvik, S. (2013). Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2186-2195. doi: 10.1111/jocn.12491
- Eines, T. & Lykkeslet, E. (2008). Hvilke forhold kan bidra til opplevelse av tillit i relasjon mellom helsepersonell og pårørende? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, Volum 4(1), 65-77. ISSN: 1504-3614
- Engedal, K. (2012). *Delirium*. Nygaard, H., & Bondevik, M. (Red). (2012). *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass: Et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hanssen, H. & Sommerseth, R. (2014). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Vol 10(2), 62-75. Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3323>
- Helgesen, A. K., Larsson, M., & Athlin, E. (2013). How do relatives of persons with dementia experience their role in the patient participation process in special care units?. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(11/12), 1672-1681. doi:10.1111/jocn.12028

Majerovitz, S., Mollott, R., & Rudder, C. (2009). We're on the Same Side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. *Health Communication, 24*(1), 12-20. doi: 10.1080/10410230802606950

Meld. St. 29. *Morgendagens omsorg* (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.

Norheim, A., & Sommerseth, R. (2014). *Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. Vard i Norden, 34*(3), 9-13. doi: 10.1177/010740831403400303

Røkenes, O., Tolstad, Ole, & Hanssen, Per-Halvard. (2006). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Ulstein, I. (2012). *Demens*. Nygaard, H., & Bondevik, M. (Red). (2012). *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1

Søkelogg

Her viser jeg hvordan jeg har søkt for å finne frem fem av artiklene jeg har brukt. Artiklene av Lykkeslet & Eines (2008) og Norheim & Sommerseth (2014) fant jeg ved å studere litteraturlistene til artiklene jeg hadde funnet.

Dato	Database/Søkemotor	Søkeord/Søkekombinasjonar	Evt. avgrensningar (fagfelleverdert, peer reviewed, språk, år...)	Tal treff	Kommentarar
15/4-2015	Academic Search Premier	Geriatric care OR elderly care OR eldercare OR care of the elderly OR welfare services for the elderly AND next of kin OR relative*	Peer reviewed, artikler nyere enn 2005, Geografi: studier fra Norge, Tema: Nursing care facilities	11	Jeg valgte meg ut 3 artikler som var relevante for min problemstilling. 1. Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O., & Hvalvik, S.: <i>Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home.</i> 2. Dreyer, E., Forde, R., & Nortvedt, P.: <i>Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes—relatives' role in the decision-making process.</i> 3. Helgesen, A. K., Larsson, M., & Athlin, E.: <i>How do relatives of persons with dementia experience their role in the patient participation process in special care units?</i>
16/4-2015	Oria	samarbeid* OR samspill* OR relasjon* OG Helsetjeneste* OR helsepersonell* OG pårørend*	Emne: pårørende	19	Denne vitenskapelige artikkelen passet min problemstilling. 1. Hanssen, H. & Sommerseth, R.: <i>Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten.</i>
24/4-2015	Oria	Samarbeid* OR cooperation OR cooperate OR co-operate OG pårørend* OR next of kin* OR informal carer* OG nursing home* OR sykehjem	Fagfelleverdert tidsskrift, nyere enn 2005, emne: nursing homes, avgrensinger etter valgt emne: family, communication, elderly og nursing.	28	Valgte meg ut en artikkel som var relevant for min problemstilling: 1. Majerovitz, S., Mollott, R., & Rudder, C.: <i>We're on the Same Side: Improving Communication Between Nursing Home and Family.</i>