

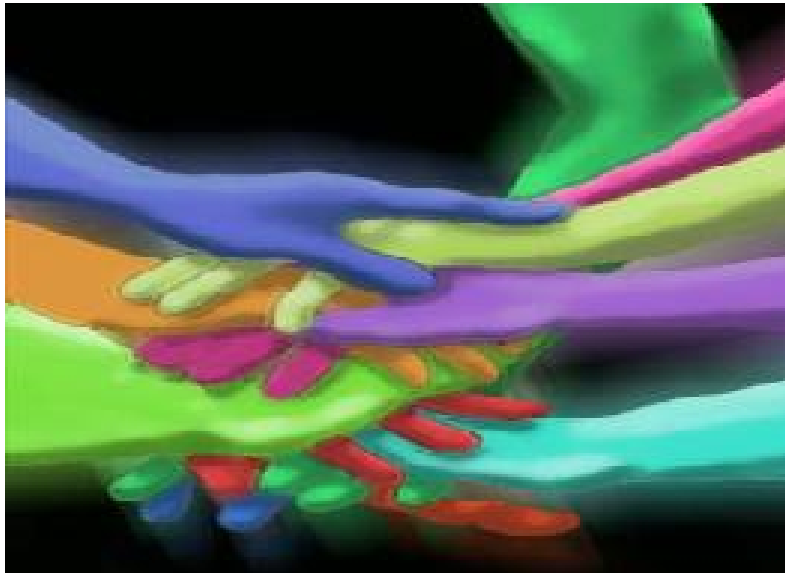


HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Bacheloroppgave

Pårørende i krise



Kandidat nr 28

Kull 2006

Antall ord 7669

Abstract

Primary caregivers in crisis

Purpose:

Primary caregiver to patients with mental illness is a role that most people enter without direct experience. Caregiver reports a high rate of burden; they worry extensively for the mental disordered family member and they find the situation stressful and unpredictable. It is crucial for nurses and other professionals to identify those caregivers emotional stressful situation is placing them at high risk of illness and reduced quality of life.

Objectives:

The purpose of this study is to investigate how nurses can support caregivers that experience crisis when they meet psychiatric support systems for the first time.

Method:

The literature search conducted for this study was aimed at identifying published studies and scientific based articles that address caregivers practical, psychological and social stress and caregivers coping strategies. Keyword search was conducted in the database: BISBYS. Combinations of keyword used were: coping, family, suffering, relatives, nursing, information and caregivers. In addition two norwegian words were used: krise (crisis) and akutt (acute). Data was also conducted from related scientific based books.

Results:

The results from this study identifies early contact, active listening and sharing experience as the most crucial elements for the caregivers in the acute phase of the crisis they are facing. This study also documents that a healthy process from crisis to recovery is related to a close cooperation between caregivers and professionals. Caregivers that lack support from professionals is facing the danger of being in the stage of crisis for a long periode of time. In contradiction, caregivers who had close contact with psychiatric professionals managed the crisis and gained control of the situation they were facing.

Nurses in their first contact with new caregivers should be aware of the crisis the caregivers experience and the very first contact and communication with caregivers should be grounded on this knowledge.

Sammendrag

Pårørende i krise.

Formål

Å være pårørende til mennesker med psykiske lidelser er en rolle de fleste møter uten erfaring. Pårørende viser til bekymring for den syke og at situasjonen er ny, skremmende og uforutsigbar. De utsettes for omfattende stress og store følelsesmessige belastninger, helsepersonell må være oppmerksom på at pårørende er i risikogruppen for å utvikle egen helsesvikt.

Hensikten med studien er å finne ut hvordan sykepleier kan støtte pårørende i krise, i første møte med psykiatrien.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier støtte pårørende i krise, i første møte med psykiatrien?

Valg av metode:

Det er benyttet en kvalitativ metode i oppgaven, en litteraturstudie. Bakgrunnsdata er hentet fra pensumlitteratur, fagbøker og vitenskaplige artikler ved å søke i BISBYS. Søkeordene som er benyttet i studien er: coping, family, suffering, relatives, nursing, information, krise, akutt og caregivers i ulike kombinasjoner.

Resultater

Resultatene viser til at tidlig kontakt, lytte og dele erfaringer var viktig for pårørende i den akutte krisen, og at prosessen fra krise til bedring hadde sammenheng med samarbeidet pårørende hadde med helsepersonell. Pårørende som ikke hadde kontakt med helsepersonell fortsatte å være i krise over år, mens de pårørende som hadde kontakt med helsepersonell så

ut til å mestre krisen og få kontroll over situasjonen. Sykepleiere i første møte med pårørende bør være forberedt på den krisen pårørende er i, og tilrettelegge samtalen etter dette.



*Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje.
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.*

Olav H. Hauge 1966

INNHold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.4 Oppgavens oppbygning og disposisjon	2
2.0 METODE	3
2.1 Hva er metode?.....	3
2.2 Litteraturstudie.....	3
2.3 Litteratursøk.....	4
2.4 Kildekritikk.....	5
2.5 Etske aspekter	5
3.0 TEORI	7
3.1 Pårørende	7
3.2 Krise.....	8
3.2.1 Stress	10
3.2.2 Mestring av krise.....	10
3.3 Sykepleie i møte med pårørende	11
3.4 Sykepleiers kommunikasjon med pårørende	13
3.5 Kommunikasjon av håp	14
4.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTING	15
4.1 Om å være tilstede	15
4.1.1 Fase 1 - Å opprette et tillitsfullt forhold	17
4.1.2 Fase 2- Informasjon	18
4.1.3 Fase 3 – Samarbeid	20
4.1.4 Sykepleiers kunnskap.....	21
4.2 Formidle håp	22
5.0 AVSLUTNING	24

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å skrive om støtte til pårørende i første møte med psykiatrien. Pårørende til mennesker med psykiske lidelser møter mange og vanskelige utfordringer (Engmark, Holte & Alfstadsæther 2006). De utsettes for omfattende stress og store følelsesmessige belastninger, sykepleiere må være oppmerksom på at disse pårørende er i risikogruppen til å utvikle egen helsesvikt (Risstubben et al. 2005).

Jeg ønsker mer kunnskap om pårørendes erfaring i møte med psykiatrien og hva de opplever som god støttende sykepleie.

Helsepersonelloven stiller krav om forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norge, MEDLEX norsk helseinformasjon & Norge 2007). Pasientrettighetsloven stiller krav om medbestemmelse og kvalitet i den hjelpen som gis (Norge 2007).

Sosial- og helsedirektoratet gav i 2006 ut mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse. Et av målene i opptrappingsplanen er å ivareta pårørendes behov ved å skape gode møter der pårørende opplever trygghet, forståelse og likeverd. Helsepersonell skal være imøtekommende, bruke tid, lytte og ta dem på alvor (Larsen, Nordal & Aasheim 2006).

Pårørende er opptatt av at det i mange tilfeller ikke er mulig å finne den rette oppskriften på optimal behandling, men fremhever betydningen av å bli møtt som medmenneske (Andersen, Larsen 2001). Pårørende savner fagpersoner som er sympatisk tilstede, lyttende, og anerkjenner dem i forhold til erfaringer de hadde tilegnet seg.

”Hvis du føler deg fullstendig opprørt og helt hjelpeløs og griner og vet ikke hvor du skal henvende deg, og du vender deg dit hvor du trodde du skulle få hjelp, så vet de jo ikke hva du snakker om. Det er min opplevelse med sykehuset. Jeg trodde vi skulle få hjelp, men så føler jeg meg bare til bry.” Pårørende (Andersen, Larsen 2001).

Temaet er også valgt med bakgrunn i praksis der jeg observerte sterke møter mellom sykepleier og pårørende. Jeg så hvor stor innflytelse sykepleierne hadde på pårørendes opplevelse, reaksjoner og håndtering av situasjonen. Videre er min opplevelse at en bruker mye tid på pasienten, noe som er viktig, men at det blir liten tid igjen til pårørende. Dette har ført til et ønske om økt kunnskap på området, slik at jeg kan øke min forståelse og bedre min evne til å være en støtte for pårørende. Ved å sette fokus på tema kan det medvirke til økt kunnskap i hvordan en kan tilrettelegge for god støttende sykepleie i møte med pårørende.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Pårørende til mennesker med psykiske lidelser møter mange og vanskelige utfordringer (Engmark, Holte & Alfstadsæther 2006). De utsettes for omfattende stress og store følelsesmessige belastninger, helsepersonell må være oppmerksom på at pårørende er i risikogruppen for å utvikle egen helsesvikt. Jeg ønsker med min problemstilling å få kunnskap om hvordan sykepleiere kan møte pårørende i krise og bidra til at pårørende har mulighet til å være den ressurspersonen de ønsker å være for sine nærmeste. Problemstillingen jeg har valgt for å belyse tema er:

Hvordan kan sykepleier støtte pårørende i krise, i første møte med psykiatrien?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense til pårørende som opplever hjelpeapparatet for første gang. Jeg går ikke inn på informasjon om behandling og rollen legen har. Videre utelukker jeg de forskjellige diagnosene. Dette er generelt pårørende i første møte, uavhengig av diagnoser. Utgangspunktet er også at pasienten har samtykket i at pårørende skal ha informasjon.

1.4 Oppgavens oppbygning og disposisjon

Jeg vil i neste kapittel beskrive hva metode er, og hvordan jeg har gått fram for å finne aktuell litteratur. Videre vil jeg presentere formålet til studiene jeg har valgt for å finne svar på min

problemstilling. I kapittel 3 vil jeg presentere teori om tema, videre kommer presentasjon av funn og drøfting og til slutt en avslutning.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

(Dalland 2007) viser til Vilhelm Aubert sin definisjon av metode:

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (s.81)

Metoden vi bruker er vårt redskap i møte med noe vi vil undersøke, den skal beskrive hvordan vi finner frem til kunnskap, og hvordan den kan kontrolleres. En vitenskaplig metode er en systematisk framgangsmåte som kan eksplisiteres slik at leseren har mulighet til å følge undersøkelsen og nå fram til samme resultat på de premissene som presenteres, og er beskrevet (Rienecker et al. 2006).

2.2 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en kvalitativ metode (Dalland 2007). Den tar utgangspunkt i problemstillingen som besvares ved å identifisere, analysere og vurdere relevant forskning. Resultatene fra forskningsartiklene brukes til å svare på problemstillingen, og knytte dette opp mot faglitteratur.

Formålet med en litteraturstudie er å gjøre en beskrivende bakgrunn som motiverer til å gjøre en studie, og som beskriver kunnskapsgrunnlaget på et visst område (Forsberg, Wengström 2008).

I en litteraturstudie er litteraturen innsamlingsdata eller bakgrunnsdata, den beskrives i teoridelen. Litteraturdata fra resultatredgjørelsen hentes fra vitenskaplige artikler eller andre vitenskaplige rapporter. I drøftingsdelen setter man innsamlingsdata fra vitenskaplige

artikler i dialog med bakgrunns litteraturen og drøfter formål og spørsmålstillingen (Olsson, Sörensen 2003).

Antall forskningsartikler som brukes i en studie er avhengig av hvor mye som er forsket på rundt tema, tilgjengelige artikler, og om forskningen er pålitelig (Olsson, Sörensen 2003).

Kilder som brukes for å belyse problemstillingen bør velges ut fra data som er valide og reliable (Hellevik 2002).

2.3 Litteratursøk

I forkant av oppgaven har jeg brukt HSH sitt bibliotek i søk etter relevant faglitteratur. Jeg har også vært i kontakt med Mental helse, pårørende foreninger, helsedirektoratet og TIPS Rogaland.

I litteratursøkeprosessen startet jeg med lærebøker og fagbøker. Videre måtte jeg innom skjønnlitteraturen der pårørende selv skriver om egne erfaringer i det å være pårørende. Dette har gitt meg inspirasjon og perspektiv til oppgaven.

For å finne pensumlitteratur og faglitteratur om tema, har jeg søkt i HSH sin bibliotekbase. Jeg benyttet samme søkeordene som ved artikkelsøk, men jeg la til håp, kommunikasjon og mestring. Litteraturen svarer ikke helt til å få svar på problemstillingen, men omhandler temaet på måter som gjør det relevant for oppgaven.

Jeg har i denne kvalitative litteraturstudien funnet fram til forskningsartikler ved hjelp av søkemotorene på HSH sin bibliotekside. Jeg har benyttet databasene ProQuest, Sve Med+ og Medline, i tillegg til sykepleien.no. Søkeordene jeg brukte var coping, family, suffering, relatives, nursing, information, krise, psykiatri, akutt og caregivers i ulike kombinasjoner. Jeg merket av for review/peer review godkjent artikler. Noen artikler var ikke i full tekst, disse ble bestilt gjennom BISBYS. Jeg ekskluderte artikler som ikke omhandlet støtte til pårørende, og som dermed ikke var relevant for min problemstilling.

Jeg har også foretatt et manuelt søk ved å lete aktuelle forskningsartikler som er benyttet i referansene oppført i forskningsartikler og fagbøker.

Etter at artikler og referanser er blitt gjennomgått satt jeg igjen med 3 engelskspråklige forskningsartikler, 1 norsk forskningsrapport og 1 norsk forskningsartikkel som jeg vil bruke i drøftingen for å få svar på oppgavens problemstilling.

(Shankar, Muthuswamy 2007) studie hadde som formål å undersøke erfaringer og behov pårørende hadde i forhold til hjelpeapparatet.

I (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) sin studie var formålet å utvikle en modell for helsepersonell basert på pårørendes behov for støtte i den akutte krisen.

(Jeon, Brodaty & Chesterson 2005) studie hadde til formål å finne fram til hva som var viktig for sykepleiere i omsorgen for pårørende i krise.

(Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) studie hadde som hovedmål å bygge opp et tilbud, basert på vitenskaplig kunnskap og praksisbasert evidens, som pårørende til unge med psykisk sykdom opplever møter deres behov og ønsker.

(Kletthagen & Smeby 2007) studie hadde som formål å beskrive og forstå hvilken informasjon pårørende til førstegangsinnlagte har mottatt.

2.4 Kildekritikk

(Dalland 2007) viser til at kildekritikk er å vurdere og analysere den litteraturen man velger å bruke. Han presiserer at forskning innen mange fagfelt vokser svært raskt, og at en derfor skal være kritisk til hvor aktuell litteraturen er. Å finne forskningsbasert litteratur på min problemstilling har vært en utfordring. Det er mye som er skrevet om pårørende, men lite i forhold til første møte med hjelpeapparatet.

Jeg har valgt å bruke forskningsartikler som ikke er eldre en 5 år. En svakhet med oppgaven er at det er benyttet sekundær litteratur, dette vil gjøre den mer utsatt da den nok inneholder tolkninger av primærlitteraturen.

Styrken til en litteraturstudie som metode er at leseren kan gå tilbake og kontrollere litteraturen som anvendes i oppgaven.

2.5 Etiske aspekter

Forskningsetikk innebærer de elementære moralnormene for vitenskaplig arbeid og har å gjøre med forholdet til opphavsmennene (Olsson, Sørensen 2003). Plagiering er noe som bryter med forskningsetikken. Den vanligste formen for plagiering er mangel på dokumenterte kilder i form av referanser. Etske normer er relevant for alt forskningsarbeid og bygger på tradisjon og internasjonalt vedtatte forordninger om etisk handlemåte (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003). Retningslinjene omfatter blant annet, ikke skade prinsippet, velgjørendhetsprinsippet, gi omsorg uansett nasjonalitet, religion og sosial status, og ivaretagelsen av konfidensialitet.

(Dalland 2007) påpeker at man gjennom hele prosessen må tenke gjennom de etiske sidene av hva en gjør. Han hevder at hvordan en bruker og gjengir forskningsresultater er et av de største forskningsetiske problemene. Jeg har i oppgaven brukt HSH sine retningslinjer for kildebruk og litteraturliste. Jeg har også benyttet RefWorks sitt referanseprogram.

3.0 TEORI

3.1 Pårørende

Pårørende er den pasienten oppgir (Syse et al. 2006), også i psykiatrien. Pasienten velger fritt hvem som skal være pårørende og nærmeste pårørende (Helsedirektoratet 2008). Videre at nærmeste pårørende gjerne vil være personer med familiær tilknytning, men at det også kan være en god venn. Det er da ikke pårørende generelt, men den som oppgis som nærmeste pårørende som har rettigheter og oppgaver etter helselovgivningen, og som helsepersonell da har plikter overfor.

Å være pårørende til mennesker med psykisk lidelse er en rolle de fleste møter uten erfaring (Kletthagen et al. 2007). Pårørende er også ofte bindeleddet til det alminnelige og gode livet for personer med psykiske lidelser, og ofte står de pårørende igjen som eneste og siste havn som kan gi bekreftelse, omsorg og kjærlighet til den syke (Helsedirektoratet 2008).

Konsekvensene av de hendelsene i livet som gjør en til pårørende, kan melde seg på flere plan (Paulsen, Paulsen & Psykiatrisk opplysning 2006). Det inter personlige som handler om vårt forhold til nære andre, hvordan tap og sorg innebærer en forandring og hva denne forandringen innebærer.

Videre kommer det som kalles det intra psykiske, det som skjer med hver enkelt i følelsesliv, kropp og tanker, som fortvilelse, redsel, sinne, skyld og skam. Tanker om mening og meningsløshet, tro og tvil. Den sosiale dimensjonen som alle er en del av trer også inn, den dreier seg om de forandringene i sosiale roller som en fyller, oppgaver en må skjøtte og ikke minst nye ferdigheter de som er pårørende må lære (Paulsen, Paulsen & Psykiatrisk opplysning 2006).

Pasient og pårørende er gitt rettigheter i helseover som regulerer de psykiske helsetjenestene (Helsedirektoratet 2008).

Utgangspunktet for denne rettslige reguleringen er at pårørende skal være med å bidra til å ivareta pasientens interesser i kontakten med helsetjenesten. For at pårørende skal kunne gjøre bruk av disse rettighetene og utføre sine oppgaver, er de avhengig av tilstrekkelig informasjon. Dette gjelder pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som gis, samt hvilke rettigheter og muligheter loven gir den som er oppført av pasienten som pårørende. Videre har helsepersonell et ansvar for at informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og den skal gis på en hensynsfull måte.

3.2 Krise

Krisebegrepet kan forklare noe av pårørendes situasjon i møte med en rolle de ikke har erfaring med. Som sykepleier kan det vær av stor betydning å kjenne til reaksjoner som kan inntreffe i kriser, og hvordan sykepleier kan bidra med støtte i slike situasjoner (Sand 2001) viser til at pårørende har til felles, bekymring for den syke, og at det er deres egen vurdering som blir grunnlag for hvordan de makter å leve med de endringene som sykdommen fører med seg i familien. Forfatteren viser også til at mange pårørende kan virke tilsynelatende rolige og fattet utad, men kan ha totalt innvendig kaos. Dette stemmer også med undersøkelsen til (Nordby, Kjøsberg & Hummelvoll 2008) som vise til at de aller fleste er bekymret og fortvilet, mange er nærmest i krise. De viser også til at situasjonen er ny, skremmende og uforutsigbar. Pårørende beskriver at de ikke vet hvordan de skal begripe eller mestre situasjonen.

(Cullberg 2007) sier krise er når vi kommer inn i en livssituasjon hvor tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen. Den traumatiske krise definerer han som *”individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse som er av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og grunnleggende livsmuligheter er truet”*. (s.15).

Å bli innlagt på en psykiatrisk avdeling vil for de fleste mennesker oppleves som en traumatisk krise. Dette kan også gjelde for pårørende. For den som lever sammen med andre, vil en hver krise være en felles opplevelse (Hummelvoll et al. 2004).

(Cullberg 2007) viser til Caplan(1964;70) som graderer styrken i krisen inn i fire; i den laveste graden er det tilstrekkelig med personens vanlige evne til problemløsning I neste grad

vil ikke dette være tilstrekkelig, personen vil her rammes av ineffektivitet. I tredje grad må indre og ytre ressurser aktiveres for å oppnå en viss grad av funksjon, i siste grad vil personen oppleve tap av kontroll og sammenbrudd.

Caplan (1964;70) i Cullberg (2007) deler også den traumatiske krisen inn i fire faser; sjokkfasen som kan vare fra korte øyeblikk til flere døgn. I denne fasen må en som sykepleier være klar over at den kriserammede ofte ikke er i stand til å motta og bearbeide informasjon. Noen kan gi uttrykk for sterke følelser mens andre kan bli apatiske. Sjokk, benekting, indre kaos og en uvirkelighetsfølelse er ikke uvanlig.

Reaksjonsfasen starter når den rammede tar inn over seg det som har skjedd. Angst, frykt, sorg, sinne, hjelpeløshet og fortvilelse kan dominere denne fasen. Disse to fasene beskrives som akutte faser.

Bearbeidingsfasen starter når de akutte fasene er over. I denne fasen starter den rammede å bli mer fremtidsrettet igjen. Perioden er preget av å godta situasjonen, reaksjoner som rammet i de første fasene begynner å forsvinne og personen blir mer åpen for nye erfaringer. (Cullberg 2007) viser samtidig til at denne perioden er kritisk, forvanskningen av virkeligheten må være minimal for at personen skal klare å komme videre.

Nyorienteringsfasen er den siste fasen, som ikke har en avslutning. I denne fasen lever personen med minner som ikke forsvinner men de hindrer ikke personen i vanlige livskontakter. Den sviktende selvfølelsen er gjenopprettet, og de uoppfylte håpene er bearbeidet. Alt dette forutsetter at personen har klart å komme igjennom krisen.

(Hummelvoll et al. 2004) hevder at når mennesker opplever at livet ikke lenger er håndterbart, trekker en veksler både mellom egne mestringsmåter, men også på støtten en får fra omgivelsene for å finne veien tilbake slik at livsproblemene kommer på plass. Hvordan disse tilpasningene skal bli er avhengig av det løsningsmønsteret som tegnes i første kritiske fase. Det er derfor viktig at hjelp får komme i gang så tidlig som mulig slik at en kan bidra til en heldig bearbeidet løsning av krisen.

En god løsning av krisen vil best kunne finne sted om oppfatningen av hendelsen er realistisk, at andre kan yte hjelp i den vanskelige situasjonen, og at personen selv har måter å mestre problemet på som letter angst og uttrygghet.

3.2.1 Stress

Kriser utløser stress (Bunkholdt 2002). Enhver ytre hendelse som individet ikke har erfaring med utløser stressreaksjoner. (Bunkholdt 2002) hevder at stress og stressreaksjoner også kan omtales som kriser og krisereaksjoner. Når det gjelder graden av stress som utløses viser forfatteren til at dette er avhengig av både situasjonsmessige og individuelle kjennetegn, men at kontroll og forutsigbarhet for individet kan redusere stressnivået. Med forutsigbarhet trekker hun fram det å vite på forhånd hva som kommer til å skje mens kontroll vil være å ha en oversikt over forløpet i en stressutløsende hendelse.

Mestring er det begrepet som brukes for å beskrive individets aktivitet for blant annet å finne løsning på stressfylte situasjoner (Bunkholdt 2002). Når mennesker opplever kriser utfordres evnen til mestring, disse to fenomenene er dermed relatert til hverandre.

Begrepet mestring vil derfor bli utdypet.

3.2.2 Mestring av krise

Det er lagt vekt på følelsesfokusert, vurderingsfokusert og problemfokusert mestring for å vise ulike faser pårørende kan være i, når de forsøker å mestre kriser.

(Heggen, Ekeland 2007) definerer mestring som *"Stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre/og eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene som personen rår over"*(s 65).

Følelsesfokusert mestring har som hensikt å bearbeide følelser og reaksjoner på det som har skjedd, og om mulig på de følelsesmessige ettervirkningene(Bunkholdt 2002).

Vurderingsfokusert mestring har den hensikt at den skal endre den kognitive forståelsen av situasjonen slik at situasjonen oppleves mer hensiktsmessig og dermed kan danne grunnlaget

for konstruktiv handling. Personen vil analysere og vurdere situasjonen og dermed forberede seg mentalt på ulike handlinger og eventuelle konsekvenser av dem.

Problemfokustert mestring har den hensikt å løse eller tilpasse seg via handling og adferd det problemet som har utløst stressreaksjonen. Dette handler mye om å tilegne seg nye ferdigheter, gå nye veier for å finne en tilfredsstillende måte å leve videre på.

Problemfokusterte strategier omhandler blant annet å definere problemene, søke informasjon og støtte, finne alternative løsninger, vurdere fordeler og ulemper, identifisere mål, beslutningstaking og direkte handling (Bunkholdt 2002).

Begrepet emosjonell støtte vil da være viktig å ta med. I emosjonell støtte ligger tilfredsstillelsen av behovet for varme, vennskap, kjærlighet, forståelse, respekt, sympati, beundring, oppmuntring, anerkjennelse, tillit og akseptering av følelsesmessig tilstand (Bunkholdt 2002). Emosjonell støtte skjer ved verbal og non- verbal kommunikasjon (Eide, Eide 2004).

3.3 Sykepleie i møte med pårørende

Travelbee`s teori har vært viktig når det gjelder pårørende. Hun tar med pårørende i sin definisjon av hva sykepleie er. (Travelbee 2001) hevder at når et medlem av familien blir syk, rammer dette hele familien.

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

”Et menneske- til- menneske- forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller familien hans får sine behov ivaretatt” (Travelbee 2001) (s 177).

Et menneske til menneske forhold vil da være opplevelser og erfaringer som deles i møtet mellom sykepleieren og den som har behov for sykepleierens tjeneste. For at sykepleierbehovet skal bli ivaretatt er det viktig at pårørende møter en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, kombinert med evnen til å bruke seg

selv terapeutisk. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke kunnskap på en hensiktsmessig måte, i tillegg til å bruke fornuft og intelligens (Travelbee 2001).

Et menneske- til -menneske forhold utvikles gjennom en interaksjonsmodell (Travelbee 2001).

Det innledende møtet som er preget av at individene ikke kjenner hverandre og bygger sine oppfatninger på stereotypier og generalisering. Individet, som i denne oppgaven er pårørende ser på sykepleieren ut i fra sin før forståelse av sykepleiere, og sykepleier ser på pårørende som en hvilke som helst annen pårørende. Begge parter vil observere hverandre for på den måten å få et glimt av hvem den andre er, men kan ikke i denne fasen se hverandre som unike personer. Sykepleier i dette møtet må være klar over sin funksjon og søke å lære den andre å kjenne som person, for på den måten å bidra til fremvekst av identiteter.

Det som karakteriserer denne fasen er evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ. Framveksten av identitet vil tre fram etter hvert som interaksjonen mellom pårørende og sykepleier utvikler seg og rolleoppfatningene avtar. De vil da kunne danne et gjensidig forhold der de ser hverandre som særegne personer. Sykepleier begynner å fange opp hvordan pårørende føler, tenker og oppfatter situasjonen.

Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Empati er evnen til å sette seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand. Det er en prosess som skal gjøre sykepleier i stand til å se forbi ytre atferd og på den måten kunne fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt. En kan da si at empati ikke er å føle det samme som den andre, men å stå utenfor og se inn til den andre. Der empati finner sted oppleves nærhet og kontakt, og et ønske om å forstå den andre.

(Travelbee 2001) hevder at gjennom sympati og medfølelse blir sykepleier i stand til å forstå den andres plager, hun vil bevegges og gripes av den andre. Varmen i sympati og medfølelse som en omsorgsegenskap blir ofte kommunisert verbalt, men også non-verbalt. Sykepleiers væremåte eller atferd er det som sterkest formidler medfølelse og sympati, eller fravær av dette. Sympati er da en holdning, eller en måte å tenke på som sykepleieren formidler til pårørende. *”Ved at sykepleier formidler at hun er engasjert og at hun bryr seg om hvordan pårørende har det, kan dette bidra til å vekke til en nødvendig viljeshandling når den følelsesmessige støtten blir anvendt riktig av sykepleieren”*(Travelbee 2001)(s 201).

Sympati og medfølelse er ikke nok."Den medfølende sykepleieren må ikke bare ønske å hjelpe, hun må også vite hva hun kan gjøre, og ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen"

Gjensidig forståelse og kontakt, et menneske-til-menneske forhold er opprettet etter disse fasene om handlingen sykepleier utfører har vært til hjelp og støtte for pårørende. Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess, en hendelse eller flere erfaringer som gjennomgås samtidig av sykepleier og pårørende. Den består i tanker, følelser og holdninger som formidles eller kommuniseres fra den ene til den andre. (Travelbee 2001) beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskap når det gjelder å etablere et virkelig menneske til menneske forhold til pårørende.

3.4 Sykepleiers kommunikasjon med pårørende

"Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjør en annen i, ha forbindelse med" (Eide, Eide 2004)(s17).

(Travelbee 2001) går utenom roller men legger mer vekt på mennesker i møte der kommunikasjon er en gjensidig prosess der et menneske formidler tanker og følelser til et annet menneske, der hensikten er å bli kjent med personen for å kunne imøtekomme dennes behov.

(Eide, Eide 2004) legger vekt på at sykepleier i møte med pårørende ikke har rolle som privatperson, men som profesjonell fagperson. Denne rollen innebærer en forpliktelse til å gjøre vårt beste i å oppfylle profesjonens yrkesetiske mål om å støtte og møte menneskers behov, fremme likeverd og respekt, og bidra til at andre får bruke sine ressurser bedre.

Profesjonell kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag og er kommunikasjon som er egnet til å ivareta pårørende på en god måte. Som profesjonsutøver innehar dette en rolle som innebærer å fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av sykepleiers faglige kompetanse og posisjon. God kommunikasjon er hjelpende hvis sykepleier har kommunikasjonsferdigheter som fremmer god kontakt.

Hjelpende kommunikasjon innebærer at sykepleier har evnen til å se den andre og til å styre samtalen ut fra det pårørende har behov for.

De viser også til at det å forholde seg sentralt til det pårørende uttrykker, og gjør dette på måter som får pårørende til å føle seg sett, forstått og ivaretatt er en kommunikativ kunst som sykepleiere må trene på (Eide, Eide 2004).

3.5 Kommunikasjon av håp

”Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige”(Travelbee 2001)(s 117).

Et menneske som ikke lenger har håp, ser ikke muligheten til forandringer og forbedringer i sin livssituasjon (Travelbee 2001). Hun hevder at mennesket da har mistet den troen på at problemer kan løses eller at der finnes en vei ut av de vanskeligheter som har oppstått. (Travelbee 2001) støtter seg til E. H Erikson (1971) i det at håpets kjerne består i menneskers grunnleggende tillit til omverdenen. Med dette viser hun til at mennesket bevarer tillit og håp dersom omgivelsene imøtekommer behovet for hjelp når dette er påkrevd. Grunnlaget ligger da i at for å bevare eller utvikle håpet hos mennesker vil det være knyttet til trygghet om at en vil motta hjelp fra andre når en trenger det.

”Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe pårørende til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet og til å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp”(Travelbee 2001) (s 123).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTING

Jeg ønsker å drøfte teori, forskning, pårørendes erfaring og egne tolkninger som kan gi svar på min problemstilling.

Jeg har valgt å drøfte det grunnleggende i det å være tilstede for pårørende, videre går jeg inn på de ulike fasene i møte, for deretter å avslutte med håpets betydning og formidling av dette til pårørende.

”Hvordan kan sykepleier støtte pårørende i krise, i første møte med psykiatrien”

4.1 Om å være tilstede

Studien til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) viser til at tidlig kontakt, lytte og dele erfaringer var viktig for pårørende i den akutte krisen. Studien er basert på pårørendes kontakt med helsepersonell fra krise til bedring. Prosessen fra krise til bedring hadde sammenheng med samarbeidet pårørende hadde med helsepersonell. Pårørende som ikke hadde jevnlig kontakt med helsepersonell fortsatte å være i krise over år, mens de pårørende som hadde kontakt med helsepersonell så ut til å mestre krisen og få kontroll over situasjonen. Pårørende fornemmet og mer stress hvis de ble ekskludert fra kontakt og mindre stress hvis de ble inkludert. Studien til både (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) og (Jeon, Brodaty & Chesterson 2005) understøtter funnene til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006).

Studien til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) fant at å være tilstede for pårørende innbefatter tidlig kontakt. Funnene derimot peker på at denne kontakten kan være noe tilfeldig og at det kunne gå flere dager før pårørende ble kontaktet, på en annen side viser funnene til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) at ikke alle pårørende hadde styrke til å ta kontakt, de følte seg skamfulle. (Shankar, Muthuswamy 2007) fant at enkelte pårørende hadde så mange negative følelser at de selv sto i fare for å utvikle egen sykdom.

Dette viser at sykepleier i møte med pårørende, bør være oppmerksom på at de som uttrykker negative og vanskelige følelser kan ha behov for annen kvalifisert hjelp. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 3.3 om sykepleien og profesjonen står det: *Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner*”(Norsk sykepleierforbund 2007) s8.

Sykepleier bør også ta kontakt med pårørende umiddelbart for å avtale et møte med dem. I samtalen bør sykepleier legge vekt på at hensikten med møtet er å opprette et samarbeidsforhold til pårørende og at en ser pårørende som viktige ressurspersoner til den syke.

Å være tilstede innbefatter også pårørendes behov for emosjonell støtte. (Jeon, Brodaty & Chesterson 2005) funn viser at spesielt sykepleier kan bidra til god emosjonell støtte til pårørende. I likehet med (Bunkholdt 2002) viser både studien til Gavois (2007) og Shankar (2007) at pårørende har behov for forståelse, sympati, tillit og akseptering av følelsesmessig tilstand. Sykepleier kan ved å lytte og bekrefte bidra til økt emosjonell likevekt som igjen kan føre til økt mestring av situasjonen. Ved å vise forståelse, gi oppmuntring og respektere pårørendes behov for informasjon og støtte kan sykepleier også bidra til å redusere stressituasjonen.

Studien til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) fant at å lytte er å vurdere pårørendes byrde, gi hjelpende kontakt og det hadde en emosjonell ingrediens i bekreftelse.

Å gi best mulig støttende sykepleie til pårørende som i de fleste tilfeller er i en krise krever forståelse og kunnskaper. Sykepleier må være oppmerksom på at pårørende utad kan virke rolige, men at de kan ha et indre kaos av følelser. Ved at sykepleier er en aktiv lytter og viser hundre prosent tilstedeværelse vil mest sannsynlig dette medføre at pårørende opplever at sykepleier har en empatisk medfølelse for dem. Ved å ha en lyttende holdning kan sykepleier finne pårørende der de er og begynne der. Har sykepleier denne innstillingen er det sannsynlig at pårørende opplever å bli møtt med respekt og likeverd. En sykepleier som forstår pårørendes psykiske tilstand og legger til rette sykepleie etter dette mener (Travelbee 2001) er ferdigheter og kunnskaper som er nødvendig i sykepleieprosessen.

Sykepleier bør også kjenne til prinsippene i krisesituasjoner (Retterstøl, Ilnér).

Aksepter at sterke følelser kan komme fram, den som er i krise må få anledning til å vise disse følelsene og møte en sykepleier som er forståelsesfull, medfølende og som kan gi nærhet, trygghet og medmenneskelighet. Aksepter symptomene men uten å vise unødvendig grad av medlidenhet ved å bruke uttrykk som ”ta deg sammen” og ”stakkars deg”. Finn frem til positive krefter ved å være en aktiv lytter. Gi raskt støtte og råd ved å kartlegge og bekrefte ressurser og aktiviteter som kommer fram i samtalen. Ikke skjul vanskelighetene som kan oppstå, snakk om stress, angst, smerte og redsel for det ukjente. Dette kan redusere vanskene

de pårørende opplever. Gi hjelp og oppmuntring og legg til rette for en optimistisk holdning slik at pårørende opplever og forstår at hjelp og støtte vil bli gitt. Når pårørende tar imot hjelp, er det en hensiktsmessig reaksjon som sykepleiere må ivareta på en god måte (Retterstøl, Illner).

4.1.1 Fase 1 - Å opprette et tillitsfullt forhold

For å støtte pårørendes behov for forståelse, sympati, tillit og akseptering av følelsesmessig tilstand vil det være viktig at sykepleier først evner å opprette et tillitsfullt forhold. (Travelbee 2001) viser til at sykepleier bør opprette et menneske til menneske forhold og understreker dette i sin teori. Møtet er preget av at sykepleier og pårørende er fremmede for hverandre og må danne seg et inntrykk av hverandre. Dette kan bli et stereotyp inntrykk om ikke sykepleier har evnen til å bryte ut og se det unike i pårørende. Har sykepleier stereotyp væremåte indikerer det at en ikke ser det særegne i pårørende. En sykepleier som har denne væremåten vil få konsekvenser for begge parter ved at pårørende intuitivt vil forstå at ikke sykepleier ønsker å lytte til deres tanker og følelser og vil dermed beholde disse for seg selv (Eide, Eide 2004).

Pårørende viser til usikkerhet i forhold til hva de skal spørre om og hvilke forventninger de kan ha til sykepleier (Kletthagen et al. 2007). (Travelbee 2001) hevder at pårørende skal møte en sykepleier som besitter og anvender en intellektuell tilnæringsmåte og evner å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleier bør i denne situasjonen avklare denne usikkerheten med en gang ved aktivt lytte og signalisere at de ser pårørende som sentrale ressurspersoner for den som er syk. *”Jeg tror det er noe grunnleggende i det å prøve å fremstå vennlig, og velvillig på en eller annen måte. Ting som ikke nødvendigvis er verbale. Få de pårørende til føle seg velkommen og respektert. Til de grader å gå inn for å utstråle velvilje”*(Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) (s76).

Tillit står sentralt i hvordan vi møter pårørende. Tillit danner grunnlaget for god kommunikasjon. Tillit er ikke noe en automatisk har i kraft av sin profesjon, tillit er noe en skaper og som må fornyes hele tiden (Håkonsen 2006). God kommunikasjon viser seg å være avgjørende i møte med pårørende.

”Jeg ble veldig gledelig overrasket og det var veldig positivt med samtalene som har vært her og måten vi ble møtt på og måten vi ble hørt på.” Pårørende i (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008)s 76.

Å tilrettelegge for et godt førstemøte krever at sykepleiere er forberedt på forhånd. Sette av møterom som innbyr til samarbeid og at en har tid til pårørende.

Pårørende har behov for noe håndfast å forholde seg til, ved at sykepleier presenterer seg med tittel og navn og samtidig bærer navneskilt kan dette bidra til trygghet for pårørende. Å ha kaffe klar vil vise pårørende at de er ventet og at en ønsker at de skal føle seg velkommen.

Hvordan pårørende blir møtt og involvert i det første møtet har stor betydning for den videre kontakten, og samarbeidet mellom sykepleier og pårørende.

4.1.2 Fase 2- Informasjon

Å være tilstede for pårørende handler om informasjon (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006). Tidlig informasjon peker pårørende på som viktig i forhold til å forstå situasjonen. Pårørende ønsker også informasjon fordi de vil være til hjelp for pasienten og ikke for opplysningens skyld (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008). Sykepleier bør derfor være oppmerksom på og vurdere i hvilken fase pårørende er i og legge til rette informasjonen etter dette. Funn viser at pårørende ofte hadde spørsmål etter at pasienten var utskrevet (Kletthagen et al. 2007). Dette kan tyde på at informasjonen ikke var gitt ut fra pårørendes situasjon i øyeblikket. På en annen side kan informasjon være gitt, men at pårørende ikke var i stand til å motta denne på grunn av krisen de var i. I sjokkfasen kan den kriserammede ha vanskeligheter med å motta og bearbeide informasjon (Cullberg 2007). Sykepleier bør i slike tilfeller formidle informasjonen, om nødvendig gjenta den både skriftlig og muntlig. Ved å akseptere pårørendes tilstand og legge til rette for forutsigbarhet ved at informasjon vil bli gjentatt. Kan dette bidra til økt emosjonell likevekt som igjen kan føre til kontroll, mestring og trygghet i situasjonen.

Opplevelsen av å føle seg verdsatt og forstått av en annen person er viktig. Ved at sykepleier ved å lytte, formidle informasjon, støtte og gi omsorg kan sykepleier bidra til en økt emosjonell likevekt som igjen kan bidra til økt mestring (Eide, Eide 2004).

Sykepleiere skal også tilpasse informasjonen ut ifra pårørendes behov og forutsetninger og gis på en hensynsfull måte (Norge, MEDLEX norsk helseinformasjon & Norge 2007).

Når pasienten samtykker til at pårørende skal ha informasjon, bør informasjonen inneholde de opplysningene som gir pårørende grunnlag for medvirkning og valg (Helsedirektoratet 2008). Sykepleier bør i møtet med pårørende tilpasse informasjonen ut ifra pårørendes forutsetninger og bruke et enkelt språk. Informasjonen bør gis både skriftlig og muntlig. En sakliste bør sykepleier ha klarlagt på forhånd. Her kan det være viktig med en telefon til pårørende i forkant for å høre om det er spørsmål de ønsker svar på. Sykepleier kan på den måten være forberedt og kunne gi et svar. Sykepleier bør skrive et referat fra møtet med pårørende både for å kvalitetssikre tjenesten men også for å skriftliggjøre pårørendes behov og samtidig få fram pårørendes ressurser. Da kan informasjonen bearbeides og nye spørsmål kan dukke opp til neste møte.

Pårørende viser også til at de har behov for å gi informasjon *”jeg ønsker å formidle at de må se hvem personen det er og ikke bare se ham som syk”* (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) (s 77). Dette stemmer også med funnene til (Kletthagen et al. 2007). *”Jeg følte at jeg som mor ble helt overkjørt de første ukene. Jeg følte jeg måtte fighte og at jeg måtte bli sint for å bli hørt ”.*

Sykepleiere bør derfor være oppmerksom på dette og se de pårørende som eksperter på sine nærmeste og formidle dette til pårørende. Dette kan styrkes ved at de kan være delaktige fra første stund. Alene er ikke dette nok, sykepleiere må både i holdning og handling vise at de mener at samarbeid med pårørende er viktig.

Empati i kommunikasjon vil da være viktig for sykepleier. Empati i kommunikasjon kan da innebære at en lytter nøye og kommuniserer tilbake sin forståelse av det pårørende forteller. Sykepleier vil da formidle et budskap som forteller pårørende at vi er med deg, vi ønsker å forstå ditt behov og ta deg på alvor. Dette kan bidra til at pårørende opplever at kontakten med sykepleier er hjelpende og at de får bekreftelse på seg selv som viktig samarbeidspartner. En sykepleier som i møtet med pårørende anvender og benytter en disiplinert tilnæringsmåte, kombinert med å bruke seg selv terapeutisk ved å verdsette den andres erfaring, og samtidig forstå pårørendes behov. Vil være en sykepleier som har evnen til å etablere et menneske til menneske forhold (Travelbee 2001).

4.1.3 Fase 3 – Samarbeid

Studien til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) fant at samarbeid var viktig for å opprette et tillits forhold for få tak i pårørendes behov.

Samarbeid innebærer koordinering, åpen kommunikasjon og trygghet. Pårørende har i det første møte behov for forutsigbarhet (Helsedirektoratet 2008). De har også behov for et begrenset antall sykepleiere å forholde seg til. Disse behovene vil være sentrale og bør oppfylles i første møte med pårørende. At den syke får tildelt primærsykepleier er nok vanlig, men pårørende bør også få informasjon om at primærkontakten også er der for dem.

Resultatene viser at pårørende ønsket å vite hvem de kunne kontakte, og når det var mulig å nå sykepleier (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006). Pårørende ønsket tilgjengelighet og forutsigbarhet, at de kunne ringe om de hadde spørsmål og hvem de skulle spør etter. En primærsykepleier kan da skape tillit og trygghet for pårørende og gjør det lettere å stille spørsmål. Samtidig kan de slippe å fortelle sin historie til mange forskjellige, noe pårørende kan oppleve som slitsomt.

Pårørende ønsket også å vite hvem de kunne kontakte hvis det skulle oppstå en ny krise ved en annen anledning. Relasjonen til pårørende er avhengig av at de kan stole på sykepleier. Ved at sykepleier overholder avtaler, setter av tid, er tilgjengelig på faste tidspunkt kan dette bidra til trygghet og forutsigbarhet for pårørende. Å være på tilbudssiden i forhold til når pårørende ønsker å møte sykepleier igjen og sette av tid og sted for dette kan også bidra til å opprettholde en god relasjon til pårørende.

I det første møte bør sykepleier inngå klare skriftlige og muntlige avtaler om videre informasjonsutveksling (Sosial- og helsedirektoratet 2006). I tillegg bør sykepleier spør om pårørendes egen situasjon, og hvilken hjelp og støtte de har behov for. Koordinering av oppfølging og videre samarbeid er oppgaver en sykepleier har ansvar for (Jakobsen 2005).

Å samarbeide med pårørende innebærer å dele kunnskap og erfaring. Koordinering, åpen kommunikasjon og trygghet vil oppmuntre og lette pårørendes byrde (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006). Ved å dele kunnskap, erfaring og planlegge videre i samarbeid med pårørende kan dette bidra til å fremme pårørendes ressurser. Funn fra studiene viser til at pårørende ønsker å være en ressurs for sine nærmeste. I tillegg kan pårørende oppleve økt

motivasjon når de blir møtt av sykepleiere som signaliserer og viser i ord og handling at de vil støtte. (Travelbee 2001) viser til at en sykepleier som verdsetter den andre som et unikt menneskelig individ og evner å fange opp pårørendes behov, og tilrettelegge sykepleien etter dette, vil oppnå et godt samarbeid med pårørende.

I studien til (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) kom det fram følgende uttalelse fra pårørende;

”Hva skjer etter utskrivning, vi ønsker en krisepakke og en ansvarsgruppe som fungerer. Vi ønsker en mulighet til å ta kontakt. De hadde et håp om at det skulle være noen der hvis hun ble veldig dårlig igjen. Håpet de hadde var livskvaliteten hun skulle få” (s.78).

I samarbeid med pårørende kan ansvar, frykt og smerte bli delt (Berg 2008). Den som er nysgjerrig på pårørendes fortellinger kan også oppleve å forstå mer av pasienten og dennes situasjon. En annen erfaring pårørende har er at kontakt med andre i tilsvarende situasjon medfører at pårørende også selv kan hjelpe og støtte hverandre gjennom å utveksle likheter og forskjeller i sine historier (Austrem 2006).

Avslutningsvis bør sykepleier repetere det som er blitt tatt opp på møtet, og informere om at pårørende kan få en skriftlig oppsummering av samtalen. Her bør også tilgjengelige ressurser komme fram, ny avtale med pårørende, telefonnummer til avdeling og navnet på primærkontakt og behandlende lege.

4.1.4 Sykepleiers kunnskap

Studien til (Gavois, Paulsson & Fridlund 2006) viste til at sykepleiere bør vite så mye som mulig om pårørendes behov og samtidig kjenne til tilgjengelige ressurser som pårørende kan ha stor nytte av. Pårørende og brukerforeninger vil da være viktig for pårørende å ha kjennskap til. Disse funnene finner en også igjen i (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) undersøkelse. Ved at sykepleier gir informasjon om ulike pårørende sentre innen psykisk helse kan dette bidra til at pårørende opplever å finne viktige støttespillere.

I tillegg kan pårørende ha behov for psykoedukasjon, også kalt kunnskapsbasert familiearbeid. Dette er å gi systematisk opplæring om symptomer og behandling for å støtte og undervise familien.

Sykepleiere kan være viktige aktører i denne sammenheng. Helheten rundt pasient/ pårørende bør ivaretas på en god måte. I denne sammenheng kan det være viktig å samle tjenesteytere som er involvert rundt pasient og pårørende, som psykiater, lege, familie eller andre familiemedlemmer. Undersøkelsene viser til funn der god sosial støtte bidrar til mindre opplevelse av stress, lavere omsorgsbelastninger, mer velvære og økt mestringsevne.

At sykepleier har fokus på pårørendes mestringsevne vil alltid være sentralt i møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for (Nortvedt 2008). Han viser til at det vil være umulig å yte god sykepleie til pårørende i kriser uten å ha kjennskap til psykologiske teorier om kriser, mestring og strategier for å arbeide seg gjennom krisen. Sykepleier må derfor hele tiden være oppdatert på nyere forskning på området.

I psykiatireformen står brukerperspektivet sentralt. En skal tillegge brukerperspektivet stor vekt når en utformer tilbudet til mennesker med psykisk lidelse. Sykepleiere skal ikke bare benytte erfaringer til pårørende, men også deres kunnskaper og innsikt (Norge 2007).

I samarbeidet med pårørende er sykepleier pliktig til å informere pårørende om pasientrettighetene og de rettigheter som følger i loven om psykisk helsevern. Pårørende må også få generell informasjon om psykiske lidelser. Ønsker pårørende ytterligere informasjon og kunnskap om sykdommen bør sykepleier gi opplysninger både om aktuell litteratur men også gi råd om at det er god informasjon på emnebiblioteket til www.pasienthandboka.no www.helsebiblioteket.no og <http://www.pkompetanse.no/xp/pub/venstre/hovedside>

4.2 Formidle håp

(Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) sine funn viser at håp er et av de viktigste behovene for pårørende. Pårørende har et håp om at pasienten skal bli frisk, og noen blir det, men ikke alle. (Travelbee 2001) mener at mennesker som ikke har håp, ser ikke mulighet til forandring, de har vanskeligheter med å tro at problemer kan løses. Det ligger styrke i håpet, håp er knyttet til valg, ønsker og tillit. Dette kommer til uttrykk i troen på at andre vil hjelpe når det trengs. En sykepleier som møter pårørende bør være klar over viktigheten i å formidle håp. Sykepleier kan opprettholde håpet ved at de formidler til pårørende at de vil gjøre alt de kan for pasienten. (Travelbee 2001) sier at man ikke kan gi noen håp, men en kan tilrettelegge for opplevelser som styrker håpet. Informasjonen sykepleier gir kan da påvirke vurderingen

og håpet kan endres ved riktig tilpasset informasjon. En pårørende sier: ”*Det må være en åpning for håp der hele tiden, for ellers orker du ikke som foreldre å stå på sånn som du gjør heller*” (Nordby, Kjønnsberg & Hummelvoll 2008) s78.

Sykepleiere kan ikke fremme håp uten å være villig til å ha samtale om det som er viktig for den enkelte, og kjenne problemene slik pårørende oppfatter dem. Ved å være tilgjengelig lytte, informere og samarbeide med pårørende kan sykepleier bidra til økt trygghet og tillit samt bidra til å styrke pårørende i troen på at sykepleier vil hjelpe.

Følelsen av å være verdsatt er medvirkende i det å fremme håp hos pårørende. Å vite at den syke trenger sine nærmeste for å opprettholde håp kan også bidra til å styrke pårørendes håp.

Håp er også knyttet til kunnskap. Sykepleier bør formidle adekvat kunnskap tilpasset pårørendes situasjon. Informasjonen bør tilpasses deres behov. Ved å gi adekvat kunnskap og informasjon kan dette bidra til å fremme håp. Undervisning og opplæring av pårørende kan være en intervensjon som fremmer håp hos pårørende. Dette kan også bidra til at de ser muligheter i den vanskelige situasjonen.

5.0 AVSLUTNING

I oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan sykepleier kan støtte pårørende i krise i første møte med psykiatrien. Jeg har prøvd å belyse det ut fra et pårørende perspektiv. Å møte pårørende i krise krever at sykepleier har kunnskaper om krise og krisereaksjoner. I tillegg bør det første møte inneholde tema som omhandler det å gi pårørende trygghet, bekreftelse, informasjon og håp. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven ser jeg at å møte pårørende krever forberedelser og god planlegging. Konteksten rundt møtet bør være rolig og avslappende, uten forstyrrelser.

Sykepleier bør i første fase av møtet gi informasjon om hvordan en ønsker å legge opp samtalen. Dette kan bidra til forutsigbarhet og kan bidra til mindre stress hos pårørende. I første fase vil tidlig informasjon om rutiner på avdelingen og hvordan pasienten blir fulgt opp være viktig. Videre vil det å lytte til det pårørende sier og gi bekreftelse på dem som viktige ressurspersoner for den syke, og for sykepleier være viktig å komme tidlig inn på.

Den andre fasen og tredje fasen i møtet er informasjonsutveksling og å opprette et godt samarbeidsklima viktig. Dette kan opprettes om sykepleier evner å være en aktiv lytter og dermed få fram pårørendes ressurser, behov og ønsker. Samtidig som utveksling av informasjon, erfaring og kunnskap kan bidra til at pårørende kan oppleve å få kontroll over situasjonen.

Har pårørende gjennom disse fasene opplevelse av å føle seg verdsatt, ved at de blir hørt og sett, kan dette medvirke til å fremme håp hos pårørende.

Til slutt ønsker jeg å få fram hvor viktig vår non verbale kommunikasjon er i møtet med pårørende. Jeg håper at alle sykepleiere kan lære at hvordan alt vi gjør, og ikke minst måten vi gjør det på kan påvirke pårørendes kriseforløp. At sykepleier våger å være nær og delaktig i pårørendes opplevelse, vil kunne bidra til mestring hos pårørende.

Arbeidet med oppgaven har vært svært lærerik men både utfordrende og tidkrevende. En prosess som har øket min bevissthet på viktigheten av å ivareta pårørende på en profesjonell og medmenneskelig måte.

6.0 LITTERATURLISTE

- Andersen, A.,JW" & Larsen, I.,Beate 2001, "La alle stemmer bli hørt", 6, vol. Psykisk helsetjeneste, no. Sykepleien.
- Austrem, L.M. 2006, *Hør, jeg har noe å fortelle! : om psykisk helsevern*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Berg, N.B.J. 2008, *Blåmann : ung psykisk lidelse - familiens smerte*, Rev. utg edn, Hertervig forlag, Stavanger.
- Bunkholdt, V. 2002, *Psykologi : en innføring for helse- og sosialarbeidere*, 2. utg edn, Universitetsforl., Oslo.
- Cullberg, J. 2007, *Mennesker i krise og utvikling : en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*, 3. utg., 3. oppl. [i.e. Ny utg. edn, Universitetsforl., Oslo.
- Dalland, O. 2007, *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Eide, T. & Eide, H. 2004, *Kommunikasjon i praksis*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Engmark, L., Holte, A. & Alfstadsæther, B. 2006, *Diagnose schizofreni : foreldres erfaring*, Folkehelseinstituttet, Oslo.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2. utg edn, Natur och kultur, Stockholm.
- Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. 2006, "Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model", *Nordic college of caring science*, vol. 20, pp. 102-109. Tilgjengelig fra: Medline [lest 17.01.09]
- Håkonsen, K.M. 2006, *Mestring og relasjon : psykologi med eksempler fra sykepleie*, Pensumtjeneste, Oslo.
- Heggen, K. & Ekeland, T. 2007, *Meistring og myndiggjering : - reform eller retorikk?* Gyldendal akademisk, Oslo.

- Hellevik, O. 2002, *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, 7. utg edn, Universitetsforl., Oslo.
- Helsedirektoratet 2008, *Pårørende - en ressurs : veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*, Helsedirektoratet, Oslo.
- Hummelvoll, J.K., Dahl, T.E., Jensen, P. & Olsen, P. 2004, *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 6. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Jakobsen, R. 2005, *Klar for fremtiden? : om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*, 2. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Jeon, Y., Brodaty, H. & Chesterson, J. 2005, "Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review", *Journal of advanced nursing*, vol. 49, no. 3, pp. 297-306. Tilgjengelig fra: ProQuest [lest 03.01.09]
- Kletthagen, Hege, S., Aarhus & Nina 2007, "Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien", *Sykepleien Forskning*, , no. 01, pp. 19-24. [lest 05.12.08]
- Larsen, E., Nordal, A. & Aasheim, F. 2006, *Plan for brukermedvirkning : mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Nordby, K., Kjønnsberg, K. & Hummelvoll, J.K. 2008, *Samarbeid mellom ansatte og pårørende til personer med en nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse*, Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- Norge 2007, *Lov av 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) : med endringer, sist ved lov av 30.juni 2006 nr. 45 (i kraft 1. januar 2007)*, Cappelen akademisk forl., Oslo.
- Norge, MEDLEX norsk helseinformasjon & Norge 2007, *Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven : med forskrifter : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr. 64 : lov om pasientrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr. 63*, MEDLEX norsk helseinformasjon, Oslo.
- Norsk sykepleierforbund 2007, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*, Rev. utg. edn, Norsk sykepleierforbund, Oslo.

- Nortvedt, P. 2008, *Sykepleiens grunnlag : historie, fag og etikk*, 2. utg edn, Universitetsforl., Oslo.
- Olsson, H. & Sörensen, S. 2003, *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Paulsen, M.H., Paulsen, L.J. & Psykiatrisk opplysning, S. 2006, *Pårørende i sorg og krise*, 2. utg edn, Stiftelsen psykiatrisk opplysning, Stavanger.
- Pedersen, K.L. 2007, "Med sarkasme som motmakt og avmakt", vol. Etikk, no. Sykepleien.
- Retterstøl, N. & Ilnér, S.O. *Mestring av livsvansker : om kriser og psykisk helse*, , Oslo.
- Rienecker, L., Hedelund, L., Hegelund, S., Kock, C. & Stray Jørgensen, P. 2006, *Den gode oppgaven : håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*, Fagbokforl., Bergen.
- Risstubben, E., Gjørnum, A.K., ADHD-foreningen, Voksene for Barn, Mental helse Norge, Sosial- og helsedirektoratet, Landsforbundet mot stoffmisbruk & Landsforeningen for pårørende innen psykiatri 2005, *Tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser*, Landsforeningen for pårørende inne psykiatri, Oslo.
- Sand, A., Marit 2001, "Se også meg - om å være pårørende til en syk" in *Klinisk sykepleie*, ed. H. Almås, 3. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo, pp. 31-47.
- Shankar, J. & Muthuswamy, S.S. 2007, "Support Needs of Family Caregivers of People Who Experience Mental Illness and the Role of Mental Health Services", *Families in Society*, vol. 88, no. 2, pp. 302. [lest 03.01.09]
- Sosial- og helsedirektoratet 2006, *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006-2008*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003, *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*, Revidert utg edn, Sykepleiernes Samarbeid i Norden, Oslo.
- Syse, A., Kaasen, K., Lødrup, P., Tjomsland, S. & Norge 2006, *Pasientrettighetsloven 2. juli 1999 nr. 63*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Travelbee, J. 2001, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Gyldendal akademisk, Oslo.