



BACHELOROPPGÅVE

”Kan du spørje korleis eg har det?”

Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon støtte pårørande til heimebuande pasientar med uhelbredeleg kreft

Av

Kandidatnummer 47
Åshild Heggdal

Can You ask me how I feel?

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2015

Antal ord: 6987

Rettleiar: Toril Fjørtoft

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

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar.

Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnr: 47, Åshild Heggdal

kandidatnummer og namn

JA NEI

Samandrag

Tittel: Kan du spørje korleis eg har det?

Bakgrunn for val av tema: Etter to praksisperiodar i heimesjukepleien, har eg møtt mange alvorleg kreftsjuke pasientar og deira næraste. Det har gitt meg forståing for at kreft ikkje berre rårkar pasienten, men òg pårørande. Det er ei krevjande oppgåve for pårørande å ta på seg ei pleie- og omsorgsoppgåve for ein alvorleg kreftsjuk pasient i heimen. Det kan føre til fysiske og psykiske påkjenningar for dei.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon støtte pårørande til heimebuande pasientar med uhelbredeleg kreft.

Framgangsmåte: Dette er ein litteraturstudie. Eg har brukt pensumlitteratur, og søkt etter henvisingar forfattarane der har brukt. Bøkene har eg bestilt gjennom det lokale biblioteket, og nokre har eg kjøpt. Eg har funne forskingsartiklar gjennom søk i Oria. Der har eg brukt Swemed+, Academic Search Premier og PubMed. Eg har brukt kreftregisteret.no, stortinget.no og folkehelseregisteret.no. I tillegg til egne erfaringar og observasjonar frå praksis.

Konklusjon: Sjukepleiar må ha mot til å spørje korleis pårørande har det. Ein må sjå, anerkjenne og verdsetje jobben dei gjer. Ein må vise at ein er interessert i dei, og deira oppleving. Ein må vise empati, og ha ei empatiske haldning i samtalen. Forsking viser òg viktigheita av informasjon, opplæring og å bevare håpet, for håpet har ei sterk motiverande kraft. Sjukepleiar må bruke seg sjølv terapeutisk, då brukar ein personlegheita og kunnskapen sin på ein god måte. Sjukepleiar må ha sjølvinnst, fornuft, empati og medkjensle. Gjennom god kommunikasjon kan sjukepleiar fremje meistring, håp og motivasjon hjå pårørande.

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Problemstilling med avgrensing.....	2
1.2 Bakgrunn for val av tema.....	2
1.3 Oppbygging av oppgåva.....	2
2 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode.....	3
2.2 Søkjeprosessen.....	3
2.3 Kjeldekritikk.....	4
3 Teori	5
3.1 Kreft og kreftsjuke i Noreg.....	5
3.2 Teoretiske perspektiv på sjukepleia.....	5
3.2.1 Joyce Travelbee, mellommenneskelege forhold.....	5
3.2.2 Kari Martinsen, omsorgsteori.....	5
3.3 Pårørande.....	6
3.4 Meistring.....	6
3.5 Håp.....	7
3.6 Sorg.....	7
3.7 Kommunikasjon.....	7
3.8 Relasjonskompetanse.....	8
3.9 Etikk.....	8
3.10 Forsking.....	9
4 Drøfting	11
4.1 Å gå ei tøff tid i møte.....	11
4.2 Å bruke seg sjølv terapeutisk.....	12
4.3 Kan du spørje korleis eg har det.....	13
5 Konklusjon	17
Bibliografi.....	18

1 Innleiing

I 2013 fekk 30 401 personar ein kreftdiagnose i Noreg, og talet på nordmenn som lever med kreft har auka kraftig dei siste åra. I følgje Folkehelse rapporten for 2014 vil dette talet stige i åra som kjem (Johnsen, 2015).

Forsking viser at den føretrekte plassen å motta hjelp for hjelpetrengande kreftpasientar, er i heimen (Epiphaniou, Hailton, Bridger, Robinson, Rob, Beynon, Higginson & Harding, 2012). Men alvorleg sjuke pasientar kan ikkje vere heime utan at dei har nære pårørande som kan eller ynskjer å stille opp som pleie- og omsorgspersonar, med den ekstra belastninga det kan medføre, både fysisk og psykisk. Pårørande har vore ei gruppe det har vore lite fokus på både i tradisjonelle og nyare sjukepleieteoriar, men dette er i ferd med å endre seg (Fjørtoft, 2012). I dei yrkesetiske retningslinjene står det at sjukepleiarane skal vise omtanke og respekt overfor pårørande (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2015). Pårørande er òg vektlagt i rammeplanen for sjukepleiarutdanninga (2008) (gjengitt i Fjørtoft, 2012). Der er eit av måla at studentane skal kunne møte pårørande sitt behov for undervisning, rettleiing og støtte etter fullført utdanning. Stortinget har nyleg utforma eit program som heiter "Pårørandepolitikk 2014 – 2020". Programmet skal bidra til at pårørande blir verdsett og synleggjort. Målet i pårørandepolitikken er blant anna å synleggjere, støtte og anerkjenne pårørande som står i krevjande omsorgsoppgåver (St.Meld.nr.29 2012 -2013).

I denne oppgåva ønskjer eg å ha fokus på pårørande. Eg vil drøfte korleis sjukepleiar gjennom kommunikasjon kan støtte pårørande til heimebuande pasientar med uhelbredeleg kreft. Eg har hatt to praksisperiodar i heimesjukepleien, og fekk då interesse for denne gruppa. Det å ha ansvar for eit alvorleg sjukt familiemedlem i heimen, er ei krevjande oppgåve. Fleire studiar viser at pårørande kan oppleve dette som svært stressande og belastande. Mange pårørande kjenner på angst og depresjon, og dei kan oppleve makteslausheit og føle at dei ikkje har kontroll over situasjonen (Kristoffersen, 2011a).

1.1 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon støtte pårørande til heimebuande pasientar med uhelbredeleg kreft?

”Pårørande” kan vere eit vidt begrep. Det kan omfamne både familie, slekt og vener, men i følge Pasient og Brukarrettighetslova (1999) er pårørande den personen pasienten oppgjer som sin næraste. I oppgåva mi ønskjer eg å fokusere på vaksne pårørande som er i en omsorgspleiesituasjon, og vel difor pårørande over 18 år, som ektefelle, partner eller sambuar.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Gjennom sjukepleiestudiet er ein innom mange ulike praksisplassar, og hovudfokuset i praksisperiodane, har naturleg nok vore på pasientane. Men dei færraste pasientane er åleine, dei fleste har ein nær pårørande, og eg har sett at skal ein utøve god sjukepleie for pasienten, er det like viktig å ivareta pårørande. Etter to praksisperiodar i heimesjukepleien, har eg treft ein del alvorleg kreftsjuke, og deira næraste. Det har gitt meg innblikk i at kreft ikkje berre råkar pasienten, men heile familien. Eg har sett at pårørande gjer ein flott, men krevjande jobb. Dei som pleiar sine kjære i heimen, sparar òg samfunnet for store summar, men korleis har dei pårørande det eigentleg? Det er eg interessert i og nysgjerrig etter å finne ut. Eg ynskjer å få fokus på at ein som sjukepleiar må våge å spørje korleis pårørande har det. Eg tenkjer at skal ein klare å ivareta dei, må ein starte der.

1.3 Oppbygging av oppgåva

For å belyse temaet, har eg valt litteraturstudie, og oppgåva er delt opp i fem delar. I første kapittel vil eg presentere problemstillinga og kvifor eg valte dette temaet. I kapittel 2 presenterer eg metoden. I kapittel 3 vil eg komme inn på teori og forskning som eg tykkjer omhandlar temaet på ein god måte. Eg vil kort seie litt om kreft og kreftsjuke i Noreg, og kome inn på to teoretiske perspektiv på sjukepleia. Deretter skriv eg om pårørande, og då vil det vere naturleg å komme inn på meistring, håp og sorg. Vidare skriv eg om kommunikasjon, relasjonskompetanse og etikk. I kapittel 4 drøftar eg problemstillinga opp mot teori og forskning. Eg vil òg bruke egne erfaringar og observasjonar frå praksis. Til slutt kjem eg med ein konklusjon i kapittel 5.

2 Metode

Når ein skal undersøke eller skaffe meir kunnskap om eit tema, må ein velje den metoden som ein meiner kan belyse spørsmålet på ein interessant måte (Dalland, 2014). Sosiologen Vilhelm Aubert, (1985), kjem med fylgjande definisjon av metode: *“Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.”* (Dalland, 2014, s 111). Som tidlegare nemnt, har eg valt litteraturstudie, og denne type studie, er stort sett bygd på skriftelege kjelder (Dalland, 2014). I ein litteraturstudie blir spørsmåla ein har, stilt til litteraturen, og ikkje til personar (Forsberg & Wengström, 2014). Eg vil òg bruke egne erfaringar og observasjonar frå praksis.

2.1 Litteraturstudie som metode

Når ein skal gjere systematiske litteraturstudiar, er det ein føresetnad at det tidlegare er gjort studiar om temaet av god kvalitet, og at der er ein del studiar å velje mellom. På den måten kan ein få eit godt grunnlag når ein skal vurdere problemstilling opp mot litteraturen (Forsberg & Wengström, 2014). I søkjeprosessen etter relevante forskingsartiklar, har eg for det meste funne kvalitative studiar. Kvalitativ metode blir brukt når svara ein ønskjer ikkje kan talfestast, som når ein ønskjer å fange opp opplevingar og meiningar om temaet ein har valt (Dalland, 2014). Sidan den kvalitative metoden rommar det temaet eg har valt, er dette etter mi meining metoden som passar best.

Eg starta med å leite etter aktuell litteratur i pensumbøker som eg har kjøpt gjennom studietida. Eg har brukt stikkordregistera, og leita etter orda, *kreft, pårørende* og *hjemmesykepleie*. Deretter las eg gjennom det eg fann, og såg etter kva henvisningar forfattarane hadde brukt. Desse bøkene bestilte eg gjennom det lokale biblioteket, og nokre av dei kjøpte eg. Eg har brukt bøker som er skrivne både for fagfolk, og for pårørende. Eg har søkt på internett for å finne aktuelt stoff å bruke. Eg har brukt både kreftregisteret.no, stortinget.no og folkehelseregisteret.no, for å finne oppdaterte registreringar og statistikk.

2.2 Søkjeprosessen

Eg har søkt etter forskingsartiklar gjennom Oria, som er ein søkjemotor på Høgskulen sine heimesider. Først søkte eg i Swemed+, for å finne gode engelske søkjeord. Eg prøvde med søkjeorda *pårørende, kreftsyk, hjemmeboende, sykepleier, familie, palliativ fase*. Resultata eg fekk var, *relatives, next in kin, family, caregivers, nurses and relatives, family caregivers, patients with cancer, palliative fase*. Så søkte eg i Academic Search Premier med søkjeordet *family caregivers* og avgrensa det med

årstal 2010 – 2015, sidan eg ønska å finne dei nyaste forskingsartiklane. Eg fekk då 14 262 resultat. Så prøvde eg søkjeordet cancer patients og fekk 183 072 resultat. Eg kombinerte så desse to med "AND" og fekk 438 resultat, når eg avgrensa søket frå 2010 – 2015. Eg har brukt søkjeorda nursing and caregivers, og det gav 1581 resultat. Eg har kombinert søkjeorda palliative care at home, family caregivers, cancer patients, nursing and family, caregivers og palliative care, avgrensa det til 2010 – 2015, det gav meg 10 treff, eg las alle abstracta i desse artiklane. Til slutt la eg til søkjeordet advanced cancer med dei føregåande søka, framleis med avgrensinga 2010 – 2015, og eg fekk 3 treff. Desse artiklane las eg, og eg tykte dei passa i mi oppgåve, den eine fann eg både i søk i Academic Search Premier, og i søk i Pubmed. Eg har googla orda kreft, pårørende, hjemmeboende pasienter, hjemmebasert omsorg, og søkt på sykepleien.no, og forskning.no, på disse sidene har eg sett etter aktuelle registreringar og statistikk.

2.3 Kjeldekritikk

Med kjeldekritikk viser ein at ein kan vurdere materialet ein har brukt på ein kritisk måte, ein skal òg kunne vise korleis ein har valt ut litteraturen, både med tanke på relevans og gyldigheit (Dalland, 2014). Eg har i hovudsak prøvd å finne den nyaste oppdaterte litteraturen innanfor temaet, men eg har òg brukt litteratur frå 2002 og 2003. Dette har eg gjort fordi eg tykte denne litteraturen belyste temaet på ein god måte som eg ynskte å få med i oppgåva. Det er i utgangspunktet ei svakheit, men det som kan styrke dette valet, er at denne litteraturen eg valte, er vist til i nyare litteratur frå 2012 og 2013. Eg har prøvd å vere bevisst på å bruke mest primærkjelder, men har òg brukt ein del sekundærkjelder. Dette kan vere ei svakheit, då litteraturen der blir tolka av andre. Viktige nyansar kan forsvinne. Eg har funne lite norske forskingsartiklar om temaet, og enda dermed på to engelske og ein norsk. Det å bruke engelske forskingsartiklar kan vere eit minus, sidan eg kan ha mistolka innhaldet i teksten, og gått glipp av nyansar i språket. Det kan òg vere at dei ikkje er så relevante i Noreg. Styrken i oppgåva er at eg har brukt ulike lærebøker som nærmar seg temaet på forskjellige måtar, og det kan vere med på å gi oppgåva breidde.

3 Teori

I dette kapittelet vil eg presentere litteraturen og forskingsartiklane eg har valt å bruke i oppgåva.

3.1 Kreft og kreftsjuke i Noreg

Malign tumor, eller kreft, er ei samling av celler som deler seg utan kontroll frå organismen, dei kan vekse inn i omkringliggende vev, og spre seg gjennom blodstraumen, lymfebaner eller kroppen sine holrom. Litt over 20 % av alle dødsfall i Noreg skuldast kreftsjukdom (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011). Som nemnt i innleiinga, fekk 30 401 personar i Noreg ein kreftdiagnose i 2013. I følge Folkehelse rapporten for 2014, vil dette talet auke kraftig i åra som kjem (Johnsen, 2015).

3.2 Teoretiske perspektiv på sjukepleia

Sjukepleieteoriane (grand-theories) er rammeverket for den faglege disiplinen, sjukepleieyrket. Dei identifiserar og omtalar sentrale sjukepleiefenomen. Dei omtalar sjukepleieverkelegheita på ein slik måte at ein lettare skal klare å tenkje, vurdere og handle som sjukepleiar i kliniske situasjonar (Kristoffersen, 2011b). Eg har valt to sjukepleieteoretikarar, Joyce Travelbee og Kari Martinsen.

3.2.1 Joyce Travelbee, mellommenneskelege forhold

Joyce Travelbee hadde først og fremst fokus på dei mellommenneskelege forholda i sjukepleia. Uttrykket "Å bruke seg sjølv terapeutisk", har ein sentral plass i hennar filosofi og sjukepleietenking. Det inneber at ein bruker si eiga personlegheit på ein hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten. Denne evna må utviklast hos sjukepleiarar, òg gjennom utdanninga, meiner Travelbee (gjengitt i Kristoffersen, 2011b). Travelbee er opptatt av å ha eit menneske-til-menneske-forhold i sjukepleia. Det inneber å ivareta individet, familien og samfunnet sitt sjukepleiebehov (Travelbee, 2014). Ho seier òg at fagpersonar må tore å vise at dei involverar seg, "get emotionally involved" og at dei er "willing to help". Ho snakkar om å vere fagperson med "hode, hender og hjerte", med det meiner ho at ein må ha kunnskap, medføling, forståing og evne til praktisk handling. Ho brukar uttrykk som "how to use knowledge" og "to be capable". Ein hjelper som har desse kvalitetane, er ein god hjelper, som er i stand til å vere tilgjengeleg og til å hjelpe (Sand, 2002).

3.2.2 Kari Martinsen, omsorgsteori

I følge Martinsen, er omsorg eit mål i seg sjølv, og ikkje eit underordna mål som helse og eigenomsorg. Sjukepleiaren si omsorg skal omfatte innleving, personleg engasjement, moralsk skjønn og fagleg vurdering (gjengitt i Kristoffersen, 2011b). Omsorg handlar om å anerkjenne den andre, utan nødvendigvis å vente noko tilbake. Ein skal vere hjå, og sørgje for den andre i hans situasjon, utan at ein verken undervurderar eller overvurderar hans evne til å vere sjølvhjelp (Martinsen,

2012). Å ha forståing for den andre sin situasjon, er sentralt i omsorg. Ein kan forstå den andre fordi ein kan finne like trekk ved kvarandre si verd, og på den måten kunne kjenne igjen situasjonen den andre er i (Martinsen, 2012).

3.3 Pårørande

I Pasient- og Brukarrettighetslova (1999), står det at pårørande er den pasienten oppgjev som pårørande. Det er pasienten som definerer kven som er hans næraste pårørande, og kven han ønskjer skal informerast og inkluderast i hans situasjon. Det kan vere pasienten sin ektefelle, sambuar eller partner, men òg born eller vener kan få status som pårørande. Tradisjonelt sett er pårørande blitt brukt synonymt med familie, men familien som institusjon seier lite om dei kjenslemessige relasjonane mellom personane. Pårørande er personar som betyr noko for kvarandre, dei har jamleg kontakt, og møtes både i sorg og glede. Pårørande kan dermed seiast å vere personar som ein har eit gjensidig avhengigheits- og kontaktforhold med. Ut frå dette uttrykket, ser ein at ordet pårørande dekkjer meir enn familie (Reitan, 2006c).

Dei fleste vil ein gong i løpet av livet bli pårørande, og det som rammar den sjuke, vil òg ramme dei. Ofte kan pårørande ha det verre enn den sjuke, for dei står på sida og ser på lidinga deira nære og kjære går gjennom. Fysisk, psykisk og økonomisk belastning over tid, uro for eiga framtid, og manglande støtte frå hjelpeapparatet, kan føre til at pårørande sjølv blir sjuke (Skagestad, 2008).

3.4 Meistring

Når situasjonen er alvorleg for pasienten, er det viktig å finne ut korleis pårørande klarar seg, og finne ut om dei treng hjelp eller råd. Ein må gje pårørande moglegheit til å fortelje om tankar og kjensler dei har (Faulkner & Maguire, 2009). Når diagnosen er eit faktum, er det viktig at familien utviklar ei kjensle av kompetanse og meistring i forhold til sjukdom og situasjon. Det er viktig at både pårørande og pasient får tiltru til behandlingsapparatet. Dei må oppleve å bli sett og høyrte, og det er ein viktig del av pasientomsorga at ein òg har omsorg for pårørande (Bugge, 2003b).

Lazarus og Folkmann seier at meistring er ein prosess. I denne prosessen er tankar, kjensler og handling avhengig av kvarandre, og verkar inn på kvarandre. Denne modellen er svært relevant for helsearbeidarar, sidan den dannar ei ramme for kva mekanismer som er aktive i pasienten si meistring av stressfaktorar (Renolen, 2010). I fylgje Lazarus og Folkmann (Bugge, 2003b), er der tre hovudtypar av meistringsstrategiar:

- Problemretta strategiar
- Kognitive eller vurderingsretta strategiar
- Kjenslerretta strategiar

3.5 Håp

Håp er den fundamentale kunnskapen og kjensla av at ting kan meistrast, og at det er ein veg ut av det vanskelege. Likeeins som pasienten, treng pårørande håp (Faulkner & Maguire, 2009). Det er viktig at hjelpearane er bevisst på å oppretthalde eit realistisk håp. Det kan vere håp om gode periodar eller håp om ei god livsavslutning (Bugge, 2003b). Ein grunn til at kreftsjukdom medfører liding, er at framtida er så usikker. Familie og vener er to av dei viktigaste kjeldene til å bevare håp for menneske med kreft (Rustøen, 2006). Sjukepleiar skal hjelpe personen med å finne meining, meistre og bære dei erfaringane som følgjer med alvorleg sjukdom. Målet er å kunne fremje livsmot hos den som lir (Fjørtoft, 2012). Faktorar som er knytt til håp, er evne til å klare, ha tillit og mot. Håp gir pågangsmot og glede, og håpet vil alltid ha ei sterk motiverande kraft i eit menneske sitt liv (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011).

3.6 Sorg

Tapsopplevingar og sorgreaksjonar kan førekome før eit dødsfall har skjedd, spesielt ved langvarig og alvorleg sjukdom med dødeleg utfall (Sandvik, 2003). Hjå mange pårørande til pasientar med ikkje kurerbar kreft, startar denne prosessen lenge før pasienten dør. Dei er ofte under sterkt press, dei skal vere ei støtte for pasienten, samstundes som dei går gjennom ulike sorgreaksjonar. Det er viktig at sjukepleiar tek vare på pårørande og gir dei moglegheit til å snakke om opplevingane sine. Sorg kan kome til uttrykk både i fysiske og psykiske symptom og reaksjonar, åtferdsmessige og sosiale forandringar (Sæteren, 2006).

3.7 Kommunikasjon

Mennesket har ei grunnleggande, medfødt evne til kommunikasjon. Denne kommunikasjonskompetansen utviklar vi i samhandling med andre menneske, først og fremst gjennom språkutvikling. Dette gir oss del i eit nyansert og verdifullt kommunikasjonsfelleskap. Det er den viktigaste ressursen ein har når ein skal arbeide med menneske. Å gjere ein god jobb, handlar i stor grad om å bruke det ein allereie kan, i kraft av å vere eit kommuniserande menneske (Røkenes & Hanssen, 2013). For å kunne utøve god sjukepleie, er samhandling og kommunikasjon med pårørande og pasient grunnleggande. Kommunikasjon er ein dynamisk prosess, og eit instrument i sjukepleiesituasjonar, i fylgje Travelbee (gjenfortalt i Reitan, 2006b).

I kommunikasjon og samhandling, er Fireperspektivmodellen grunnleggande (Røkenes & Hanssen, 2011).

- Eigenperspektivet (mi verd)
- Andreperspektivet (di verd)
- Det intersubjektive opplevingsfelleskapet (vår verd)
- Samhandlingsperspektivet

Det kan vere lett å gløyme at pårørande kan ha det vanskeleg når deira næraste blir alvorleg sjuke. Dei kan sjølv ha behov for profesjonell hjelp, og spesielt visst dei føler at dei ikkje har rett til å uttrykke problema sine, fordi pasienten står i fokus (Faulkner & Maguire, 2009). I samtalar bør sjukepleiar bruke kommunikasjonsteknikkar, slik at det er mogleg å få fram innhaldet i det personen kommuniserer. Ein kan då bruke teknikkar som, å stille opne, lukka, utdjupande, oppklarande, konkretiserande og gjentakande spørsmål. Sjukepleiar må følgje opp det dei observerer, med oppmuntring, støtte, spørsmål og kommentarar (Reitan, 2006b).

3.8 Relasjonskompetanse

Vi treng relasjonskompetanse for å kunne ivareta alle sidene ved yrkesutøvinga.

Relasjonskompetanse handlar om å kjenne seg sjølv, forstå den andre, forstå den andre sine opplevingar, og kva som skjer i samspel med andre. Det handlar om å kunne forstå og samhandle med dei menneska ein møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte. Fagpersonen må kunne gå inn i relasjonen og legge til rette for god kommunikasjon og oppføre seg slik at det som skjer, er til det beste for den andre. For å oppnå dette, må ein vise respekt for den andre sin integritet og rett til sjølvavgjer. Dette avhenger av at du møter den andre som et subjekt, altså eit sjølvstendig og handlande individ (Røkenes & Hanssen, 2013). Møter ein heile mennesket så er ein dyktige fagpersonar. Å kunne samhandle med andre på ein måte som skapar tryggleik, tillit, openheit, respekt og anerkjenning, er kjenneteikn på gode fagfolk. Ein må kunne fremje sjølvstende og medverknad. Ein må òg oppføre seg slik at den andre opplever seg høyrte, informert og inkludert. Ein dyktig fagperson må vere handlekraftig når det trengs (Røkenes & Hanssen, 2013).

3.9 Etikk

Etikk blir til i møte mellom menneske, og det er i samspel og relasjon at utgangspunktet for etikk oppstår. Det å vere oppmerksom på den andre, og kva situasjon han er i, er grunnleggande i nærleiketikken (Brinchmann, 2013). Å stå i nye situasjonar og vere nøydd til å handle, er det sjukepleie handlar om. Å handle rett, er viktig, men ein kan oppleve mange situasjonar der det er vanskeleg å vite kva som er rett handling. Det er då moral og etikk blir viktig (Slettebø, 2013). Sjukepleiarane sin yrkesetikk, byggjer på ein kristen humanistisk tradisjon. Den har ei holistisk tilnærming, der ein prøver å ta vare på mennesket i deira totale livssituasjon, og det er den behandlinga og omsorga pasienten treng i den aktuelle situasjonen som er avgjerande (Sørbye, 2006). Yrkesetikken handlar ikkje berre om å handle rett, eller velje rett handling i ein situasjon, men den vektlegg òg korleis ein utfører handlinga, som skal vere både fagleg og etisk velgrunna (Nortvedt, 2012).

3.10 Forsking

Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support.

Ein kvalitativ studie som blei publisert i "International Journal of Palliative Nursing" i 2012.

Deltakarane i studien var 20 tidlegare pårørande til heimebuande pasientar med ikkje kurerbar kreftsjukdom. For dei fleste hjelpetrengande pasientane med kreft, er heimen den føretrekte plassen å motta hjelp. Palliativ omsorg er assosiert med betydeleg risiko for psykisk og fysisk sjukdom blant pårørande. Likevel er det gjort lite grep for å møte deira behov. Målet med studien var å kartlegge meistringsstrategiar og støttemekanismar blant pårørande som var i ein omsorgs-pleiesituasjon, for å utvikle tiltak for å imøtekomme deira behov. Resultata av studien viser at pårørande sine strategiar for å klare å meistre situasjonen, er distraksjon, mental stimulering, emosjonell frigjerer, finne positive sider ved omsorgsrolla og å kunne frigjere seg frå stressfylte tankegongar. Dei fleste beskriv viktigeit av støtte frå familie og vener (Epiphaniou, Hamilton, Bridger, Robinson, Rob, Beynon, Higginson & Harding, 2012).

Early support visits by district nurses to cancer patients at home.

Ein kvalitativ studie som blei publisert i "Palliative Medicine", 2012. Deltakarane i studien, var 58 distriktssjukepleiarar, 10 pasientar i palliativ behandling, og 9 omsorgspersonar. Mange pasientar med uhelbredeleg kreft, tilbring mykje av det siste året i heimen. Heimesjukepleien har hyppige besøk for å støtte pasienten og pårørande denne tida. Likevel er deira støttande rolle i palliativ sjukepleie lite kjent. Tidligare studiar har avgrensa seg til den praktiske rolla til heimesjukepleien, og dei har dermed gitt begrensa innsikt i innhaldet som omhandlar sjukepleiarane si støttande rolle i møte med denne gruppa. Heimesjukepleien har tidlege heimebesøk med vanskelege støttesamtalar. Observasjonar viste at sjukepleiarane har samansette roller beståande av omfattande psykisk og praktisk vurdering, praktisk hjelp, informasjon og tilrettelegging. Pasientar og pårørande bekrefta at dei følte seg verdsatt, beroliga og støtta av heimesjukepleien. Studien viser at den støttande rolla heimesjukepleien har, er viktig. Den har psyko-sosiale fordelar for pårørande som er i ein pleie- og omsorgssituasjon (Griffiths, Ewing & Rogers, 2012).

Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer.

Denne studien vart publisert i "Support Care Cancer", 2013, og er ein del av eit større prosjekt ved Oslo Universitetssjukehus, som skal måle effekten av tiltak retta mot pårørande, for å oppnå betre smertelindring og livskvalitet for pasienten. Det er ein randomisert kontrollert studie, der 112 par deltok. Kreftpasientar får i dag ofte avansert behandling heime. Dei pårørande får då fleire og meir avanserte oppgåver. Denne studien handlar om kor viktig håpet er for at dei pårørande skal klare å meistre omsorgsrolla. Funn i denne studien, tyder på at håp, både hjå pasient og pårørande, er viktig

for korleis pårørande meistrar omsorgsrolla for ein kreftpasient. Sjukepleiaren kan med måten ho er på, inspirere til håp. Korleis ein ordlegg seg og kva ein seier, er viktig, og det er ikkje alltid nødvendig å seie alt (Utne, Miaskowski, Paul & Rustøen, 2013).

4 Drøfting

Korleis kan sjukepleiar gjennom kommunikasjon støtte pårørande til heimebuande pasientar med uhelbredeleg kreft?

4.1 Å gå ei tøff tid i møte

Å vere pårørande å få heim den alvorleg sjuke ektefellen, sambuaren eller partneren sin, og skulle pleie han/ho heime den siste tida, kan vere ein tøff og krevjande jobb, både fysisk og psykisk.

I heimen er det ingen legar og sjukepleiarar som kjem springande når ein trekk i snora ved senga. Ikkje har ein medisinrom med lindrande medikament tilgjengeleg til ei kvar tid, ein har heller ikkje allverdens med hjelpemiddel som ein plutselig kan få bruk for. Der er ikkje kompetent helsepersonell som passar på pasienten til ei kvar tid, så den pårørande kan ta seg ei pause. Men heimen rommar så mykje anna, den er forbunden med tryggleik, det er der ein har tinga sine, historia si og det er der ein kan vere seg sjølv heilt og fullt. Forsking viser at den føreterkte plassen å motta hjelp for hjelpetrengande kreftpasientar, er nettopp i heimen (Epiphano et al., 2012). Sjølv om det kan vere godt å kome heim til sitt eige, kan nok heimen plutselig opplevast som ein utrygg plass. Det er ikkje så vanskeleg å førestille seg at det kan vere med blanda kjensler pasient og pårørande reiser heim frå sjukehuset etter avslutta behandling.

På den eine sida er det nok godt å komme heim, vekk frå det sterile og upersonlege, kor det meste handlar om sjukdom. Men på den andre sida kan det nok opplevast skremmande, for dei begge, og kanskje mest for pårørande. Då står ein der usikker og åleine, med ein alvorleg sjuk pasient, og med det ansvaret det medfører. Å vere pårørande er ifylgje Sand (2002) ei einsam rolle. Den sjuke treng all den hjelp og støtte han kan få frå sine næraste, samtidig som han treng mykje, og ofte avansert stell og pleie. Hovudfokuset i ein slik situasjon, blir naturleg nok på pasienten, både for pårørande og fagfolk. Men kven ser pårørande, som lever med sjukdom så tett innpå livet kvar dag, kanskje over månadar og år, og ofte utan pusterom. Dei har ei usikker tid framføre seg, plutselig skal dei utføre prosedyrar og stell som dei ikkje føler seg kompetente til og som dei føler seg usikre på. Samstundes som dei kanskje sørgjer og lir i stillheit. I både tidlegare og nyare sjukepleieteoriar har det vore lite fokus på pårørande, men i følgje Fjørtoft (2012), er dette i ferd med å endre seg. Stortinget har fått auga opp for pårørande, og har utarbeidd programmet "Pårørandepolitikk 2014 – 2020". Verdsetjing og synleggjering av pårørande er målsetjinga i dette programmet (St.Meld.nr.29 2012 – 2013). Dei yrkesetiske retningslinjene vektlegg pårørande, og det står at sjukepleiarane skal vise respekt overfor

pårørnde (NSF, 2015). Men det viktigaste av alt er kanskje at det blir fokus på dette, og ikkje minst at det blir utført i praksis. Ingen et tente med at flotte ord berre står i retningslinjer og program.

4.2 Å bruke seg sjølv terapeutisk

Det å spørje korleis pårørnde har det, er eit enkelt, men likevel vanskeleg spørsmål, som ein som sjukepleiar kan kvi seg for å stille. Det krev at ein har tid til å høyre svaret og det krev at ein har tid til å følgje det opp. Det krev òg at ein gir av seg sjølv. Sjukepleiaren må bruke seg sjølv terapeutisk, noko som i følgje Travelbee skal ha ein sentral plass i utøvinga av sjukepleieyrket (gjengitt i Kristoffersen, 2011b). Når ein brukar seg sjølv terapeutisk, må ein bruke personlegheita og kunnskapen sin bevisst, for å kunne skape endring hjå pårørnde. Det er når pårørnde oppnår lindring for sine plager, at forandringa er terapeutisk. For at sjukepleiar skal klare å bruke seg sjølv på denne måten, må ein ha sjølvinnsett, fornuft, empati og medkjensle. For å kunne klare å stå i krevjande situasjonar, som kanskje strekk seg over tid, må ein i følgje Travelbee (2014) lære pårørnde at skal framtida bli betre, så må ein klare å meistre situasjonen slik den er no. Det inneber å lære pårørnde at fortida er forbi, framtida er enda ikkje komen, og alt menneske har er "no". Å bruke seg sjølv terapeutisk, inneber forplikting og bekrefting (Travelbee, 2014).

Håp fremjar meistring. For at pårørnde skal klare å stå i den vanskelege situasjonen, er håp viktig. Forsking viser at pårørnde meistar omsorgsrolla betre visst dei har håp (Utne et al., 2013). Håp gir både pågangsmot og glede, og har ei sterk motiverande kraft (Fjørtoft, 2012). Sjukepleiar bør erkjenne at pårørnde kan ha vanskar med å finne motivasjon og håp når situasjonen framstår som håplaus, når ein veit at sjukdommen ikkje er kurerbar. Det er då det er viktig at sjukepleiar kjem på bana og brukar sin kunnskap for å fremje meistring og håp. Som det står i forskingsartikkelen til Utne et al. (2013), må sjukepleiar vere bevisst på korleis ein ordlegg seg, og ein treng nødvendigvis ikkje seie alt. Sjukepleiar kan motivere med å finne små gleder i kvardagen, det kan både vere håp om smertefrie dagar for pasienten, hjelp med avlastning for pårørnde, støttegrupper og samtalegrupper der ein kan møte likesinna. Andre faktorar som er knytt til håp, er evne til å klare, ha tillit og mot (Kristoffersen, et al., 2011). Sjukepleiar må òg rose arbeidet pårørnde gjer, det er viktig for at dei skal klare å fortsette jobben. Det er betydningsfullt for pårørnde at dei kjenner at dei meistar situasjonen. Dette kan sjukepleiar bidra til, ved å vere støttande og gi god informasjon. Dette er essensielt for at dei skal klare å ta seg av pasienten på best mogleg måte. I følgje Lazarus og Folkmann, (referert i Bugge, 2003b), fins det tre meistringsstrategiar som sjukepleiar må kjenne til. Dei pårørnde kan trenge hjelp til praktisk tilrettelegging i heimen, for å kunne ha pasienten heime, og lette arbeidet deira. Med alvorleg sjuke, kan situasjonen endre seg raskt, og pårørnde må difor tidleg bli informert om kor dei får tak i hjelp, og ikkje minst må dei vite at dei får det når dei treng

det. Sjukepleiar må gjere det klart for dei, at heimesjukepleien er på vakt døgnet rundt, og at dei kan ta kontakt når det måtte vere. Dette kan vere med på å trygge dei. Det at sjukepleiar deler av si erfaring og sin kunnskap, bidrar til å hjelpe og støtte pårørande. Det er ikkje alltid realistisk at pårørande til ei kvar tid klarar å ta dei rette vala, difor bør sjukepleiar legge til rette for å hjelpe dei med det. For at pårørande skal klare å pleie pasienten heime, er det viktig at dei føler at dei er kompetente og meistrar oppgåva, dei må difor bli sett og høyrte (Bugge, 2003b).

Når ein skriv oppgåve om alvorleg sjuke og døyande pasientar og deira pårørande, er det naturleg å komme inn på sorg. Sorg er ei alminneleg kjensle når ektefelle, partner eller sambuar blir alvorleg sjuk, og det viser seg at sjukdommen ikkje er kurerbar. Ein kan sørgje over den framtida ein ikkje får ilag, sorg over det som ventar, og sorg over at livet ikkje blir som før. Tapsopplevingar og sorgreaksjonar kan kome lenge før eit dødsfall, og det er ofte realiteten hos denne gruppa. Sorg kan kome til uttrykk på mange forskjellige måtar, og det har eg fått erfare i mine praksisperiodar. Eg har møtt sinte pårørande, som kjempar med "nebb og klør" for sine, som dei meiner får feil eller for lite behandling. Eg har møtt pårørande som har stått over meg når eg har utført ei prosedyre og kommentert alt eg har gjort, og med den meininga at det har vore feil. I slike situasjonar har det vist seg i ettertid, når eg har fått snakka med dei, at det er sorg, redsel og fortviling som ligg bak. Mangel på informasjon og følelse av å ikkje ha kontroll over situasjonen, kan gje seg utslag i slike reaksjonar. Sæteren (2006) skriv om at sorg kan kome til uttrykk i psykiske og fysiske reaksjonar, som åtferdsmessige og sosiale forandringar. Sinne er ein av dei sterkaste kjenslene i sorg, og det er viktig at sjukepleiar ikkje tar det personleg og går i forsvar, men støttar pårørande i denne fasen (Bugge, 2003b). Det kan ein gjere ved å ta vare på dei og gje dei moglegheit til å snakke om opplevingane sine. Kari Martinsen (2012) skriv i sin omsorgsteori at sjukepleiar må anerkjenne pårørande, hjelpe dei, gi råd og vere støttande. Det er nettopp det pårørande kan trenge i slike situasjonar. Forsking viser at heimesjukepleien har ei viktig støttande rolle for pårørande, og dei støttesamtalane dei har er svært viktige. Same forskning viser at spesielt dei tidlege støttesamtalane er særdeles viktige. Dei har vist seg å ha både psykiske og sosiale fordelar (Griffiths, et al., 2012). Sjukepleiar kan gjennom trygg og god relasjon med pårørande gje emosjonell støtte (Bugge, 2003a).

4.3 Kan du spørje korleis eg har det

Den viktigaste ressursen ein har som menneske, er evna til å kommunisere, og i følge Travelbee er det eit viktig instrument i sjukepleiesituasjonar (gjengitt i Røkenes & Hanssen, 2013). Kommunikasjon er det verktøyet sjukepleiaren brukar for å gje og søke informasjon, og det er det middelet den sjuke og familien brukar for å få hjelp. Kommunikasjon er ein gjensidig prosess, men ein må som sjukepleiar vere bevisst på at kommunikasjon ikkje er eit mål i seg sjølv, men eit middel ein brukar til

å nå målet (Travelbee, 2014). Allereie ved første møte må sjukepleiar legge grunnlaget for det vidare samarbeidet. Det kan gjere arbeidet vidare lettare. Travelbee (2014) skriv i si bok *"Mellommenneskelige forhold i sykepleie"* om denne prosessen. I det innleiande møte observerer ein og gjer seg opp ei meining om den andre og situasjonen. Ein gjer seg opp eit førsteinntrykk. Forholdet går inn i neste fase, når ein ser den andre som eit individ, og responderer deretter. Det er no sjukepleiar kan klare å fange opp korleis den andre opplever situasjonen, kva han tenkjer, og korleis han har det. For å kunne gå inn i fase tre, må sjukepleiar vise interesse for den andre, ein går då inn i empatifasen, det er først då ein klarar å forstå den andre. Å ha empati, vil seie at ein tar del i den andre si oppleving, samstundes som ein stå utanfor. Ein har då ei oppleving av å forstå. Resultatet er at ein er i stand til å forutsjå den andre si åtferd (Travelbee, 2014). I møte med andre menneske har ein med seg ei førforståing og ei sjølvforståing, og desse medverkar til korleis ein tolkar andre. Når ein skal jobbe med menneske, er det viktig at ein er klar over, og har reflektert over dette. Det er når dette ligg bevisst til grunn, at ein blir klar over sine egne ressursar og kvalitetar, og kan ta i bruk desse til det beste for den andre (Røkenes & Hanssen, 2013). I møte med pårørande, må ein ha tenkt gjennom korleis ein sjølv vil reagere i møte med dei som er i ein krevjande og tøff livssituasjon. I sjukepleieyrket møter ein mange forskjellige pårørande, som kan vere heilt ulike ein sjølv. Dei kan vere i ein heilt annan livssituasjon, men det er viktig at ein klarar å forstå den andre si oppleving av situasjonen, og ein må klare å ta vare på den andre sitt perspektiv i samhandlinga. Det er i samtalen ein kan få forståing for den andre sin situasjon, og kva han opplever og føler, og korleis han har det. Det er først når disse er på plass, at vi kan forstå samhandlinga og relasjonen mellom partane (Røkenes & Hanssen, 2013).

Det å snakke med pårørande kan vere vanskeleg, og sjukepleiar kan føle seg usikker på korleis ein skal snakke med dei om korleis dei har det. Det kan vere så lett å vere opptatt av å formidle informasjon og utøve prosedyrar, at ein gløymer det viktigaste, som å bli kjend med dei pårørande på ein naturleg måte, som å snakka om kvardagslege ting. Når ein har starta med den naturlege samtalen, kan det bli lettare å komme inn på det som er vanskeleg etter kvart. Då er ein kanskje blitt trygge på kvarandre og litt kjende, og ein veit korleis den andre har det i kvardagen (Bugge, 2003b). Bugge seier vidare at når det ikkje er klargjort kven som har ansvar for pårørande, er det lett for at dei ikkje blir prioritert. Forskingsartikkelen til Griffiths et al. (2012) viser òg til at den støttande rolla heimesjukepleien har, er så viktig at ein bør utarbeide rutinar på dette.

Ein bør nok erkjenne, at ein hektisk kvardag kan sette grenser for kva tid ein har til den gode samtalen, den som kan ha ein terapeutisk verknad. Ofte rekk ein berre innom for å gjere det ein skal for så å haste vidare. Dette kan ein løyse ved at ein utnyttar dei periodane der ein har litt tid til overs.

Eg fekk sjå kor viktig dette kan vere for pårørande i praksis. På ei seinvakt hadde kontaktsjukepleiaren min og eg litt tid til overs, og denne brukte vi på eit heimebesøk hos eit par der mannen hadde ein alvorleg kreftsjukdom, og vart pleia i heimen av kona. Ho var sliten etter eit langt og krevjande sjukeleie, og då vi kom innom på denne kveldsvakta, til tross for at pasienten ikkje sto på lista, blei kona så glad at ho byrja å gråte. Vi hadde tid til å prate med ho, etter at vi hadde sett til pasienten. Ho fekk snakka om korleis ho hadde det, og om bekymringane sine. Ho brukte uttrykk som "sendt frå himmelen", då ho såg oss. Eg tykkjer min kontaktsjukepleiar, med dette initiativet, viste ei empatisk haldning, og ei empatisk haldning i samtala. Ho viste forståing for den krevjande situasjonen pårørande var i. Ho visste at denne dama hadde hatt det tøft lenge, og med å ta initiativ til dette besøket, viste ho at ho anerkjende den pårørande. Ho viste òg forståing for situasjonen, då ho denne kvelden tok seg god tid til å lytte til henne (Røkenes & Hanssen, 2013). Denne handlinga er òg i tråd med det nærleiksetikken står for (Brinchmann, 2013).

Enkelte pårørande kan ha problem med å formidle korleis dei har det, sjukepleiar må då bruke kommunikasjonsteknikkar som å stille opne og lukka spørsmål, utdjupande og oppklarande, konkretiserande og gjentakande spørsmål. Ein må òg oppmuntre og støtte dei med spørsmål og kommentarar (Reitan, 2006b). Det er ikkje nok med kunnskap om kommunikasjon, det krev at sjukepleiaren har mot til å ta initiativ til å snakke om det som er vanskeleg og vondt. Ofte er redselen for å såre og skade så stor, at ein blir taus (Bugge, 2003b). Det å ha samtalar med pårørande om det som opplevast som vondt og vanskeleg, kan vere krevjande for sjukepleiar. Det kan vere noko av grunnen til at ein kan vegre seg for å spørje korleis dei har det. Å høyre om andre som har det vondt, vil som oftast berøre ein, ein kan kjenne på si eiga redsle eller angst, ein kan ha opplevd liknande situasjonar sjølv, og det kan vere vanskeleg å vere profesjonell, for det er vondt å høyre. Sjukepleiar må likevel involvere seg i dei tøffe situasjonane, men det er viktig at ein klarar å finne ein balansegang. Det kan ikkje gå på helsa laus, det kjem verken pasient, pårørande eller sjukepleiar til gode.

Som sjukepleiar kan ein ofte komme bort i situasjonar der ein er usikker, sjølv om kunnskapen er på plass, kan erfaringa mangle. Ein bør då vere open om det, for pårørande merkar fort om ein er usikker. Det er betre at ein seier at dette har eg ikkje erfaringar frå, men at ein er villige til å lære, og møte dei erfaringane som kjem, saman med pårørande. Ofte er det å lytte det viktigaste, men ein må og vise interesse og ha tid. Men det viktigaste av alt er kanskje at ein har mot til å stå der saman med pårørande og har mot til å stå der i smerta (Bugge, 2003b). Den gode samtalen krev at ein er hundre prosent til stades. Når ein har fått pårørande til å opne seg og snakke om det som er vanskeleg, er

det ein v r og sårbar augneblink. D  kan avbrot i form av ein vakttelefon som ringer, eller anna støy, føre til at ein mistar augneblinken, og den pårørande lukker seg igjen.

Det er ikkje alt ein sjukepleiar klarer å kartlegge ved hjelp av kommunikasjon. Enkelte pårørande kan mot omgjevningane framstå som om dei har full kontroll og at dei meistrar situasjonen fullt ut, medan dei i realiteten er slitne og føler seg hjelpelause. Kanskje dei ikkje f r sove om nettene, bekymrar seg mykje, og er slitne. D  blir kreftene fort oppbrukt. Faulkner og Maguire (2009), har tatt opp dette temaet i si bok "  samtale med kreftpasienter og deres familier". Pårørande kan føle at dei ikkje har rett til å komme med sine bekymringar og problem, fordi pasienten står i fokus. Dei kan føle at dei ikkje har rett til å ha det vondt, for det er jo tross alt pasienten som har det verst. I slike situasjonar bør sjukepleiar anerkjenne tankane og kjenslene deira. Det er lov å kjenne på fortviling, sinne og frustrasjon. S nne tankar kan gjere situasjonen for pårørande end  meir krevjande. Ein kan ikkje forvente at dei pårørande uoppfordra fortel korleis dei har det, difor bør sjukepleiar vise at ein ser dei, bryr seg om dei og ein må vise empati. Sjukepleiar bør vise handlekraft og ta ansvar når ein ser at det går på helsa laus for pårørande (Sand, 2002). På den eine sida kan ein som sjukepleiar ikkje gå inn og ta over pårørande sin jobb, men på den andre sida bør ein vere der og ta ansvar for dei når ein ser at dei ikkje klarar meir. Ein bør informere og gje råd om avlastning, og forklare dei at det er naturleg å bli sliten, og at ein treng pusterom innimellom.

5 Konklusjon

Mitt ynskje med denne oppgåva, er å få sjukepleiar til å sjå pårørande som står i krevjande omsorg- og pleieoppgåver i heimen, og sjå at ein del av pasientomsorga òg handlar om å ivareta dei. I følge dei yrkesetiske retningslinjene har vi ansvar for dei pårørande, og vi kan ikkje fråskrive oss dette.

Fleire studiar viser at pårørande sjølv kan bli sjuke av den krevjande oppgåva det er å pleie sine nære og kjære i heimen. Ofte sørgjer og lir dei i stillheit. Dette kan føre til psykiske og fysiske lidingar hjå pårørande, og føre til angst og depresjon.

Sjukepleiar må vise at han ser dei, og ser den gode og viktige jobben dei gjer. Ein må ha mot til å spørje korleis dei har det, og mot til å stå der saman med dei i den krevjande situasjonen. Det er ikkje nødvendigvis så mykje som skal til, det viktigaste er at ein ser dei, anerkjenner dei, og viser at ein verdset den flotte og viktige jobben dei gjer. Med å spørje korleis dei har det, viser ein at ein ser dei, og er interessert i dei, og deira oppleving av situasjonen. Det handlar om å vise empati, og ha ei empatiske haldning i samtalen. Forsking viser òg viktigheita av informasjon og opplæring, for å trygge pårørande i jobben dei gjer. Men ein skal òg vere med å bevare håpet, for håpet har ei sterk motiverande kraft, og bidrar til at pårørande klarar å stå i den vanskelege situasjonen. Sjukepleiar må bruke seg sjølv terapeutisk, ein må bruke personlegheita si og kunnskapen sin. Sjukepleiar må ha sjølvinnst, fornuft, empati og medkjensle. Gjennom god kommunikasjon kan sjukepleiar fremje meistring, håp og motivasjon hjå pårørande.

Etterkvart som eg har jobba med oppgåva og sett meg inn i litteraturen, har eg fått meir interesse for temaet, og det har vekt eit engasjement. Eg kan tenkje meg å fordjupe meg meir i temaet og problemstillinga ved eit seinare høve, og då vil eg gå djupare inn på håp og meistring.

Bibliografi

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011) Svulster. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.) (2011) *Sykdom og behandling*. (1 utgave). (s. 123 - 143). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2013) *Nærhetsetikk*. I Brinchmann, B. S. (red.) (2013) *Etikk i sykepleien*. (3. Utgave). (s. 117 – 132). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bugge, K. E. (2003a) Hvilke faktorer påvirker sorgreaksjoner og sorgprosess? I Bugge, K. E., Eriksen, H. & Sandvik, O. (red.) (2003) *Sorg* (s. 43 – 59). Bergen: Fagbokforlaget
- Bugge, K. E. (2003b) Hvordan kan vi hjelpe mennesker i sorg? I Bugge, K. E., Eriksen, H. & Sandvik, O. (red.) *Sorg*. (s. 64 – 85). Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., Rob, G., Beynon, T., Higginson, I., & Harding, R. (2012). Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 18 No. 11 pp 541-545.
<http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.11.541>
- Faulkner, A. & Maguire, P. (2009) *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. (3. Opplag). Oslo: Tano-Aschehoug AS
- Fjørtoft, A.-K. (2012) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (2. Utgave). Bergen: Fagbokforlaget
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2014) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3. Utgåvan). Stockholm: Natur & Kultur
- Griffiths, J., Ewing G. & Rogers M. (2012). Early support visits by district nurses to cancer patients at home. *Palliat Medicine* April 2013 vol. 27 No. 4 349-357. DOI: 10.1177/0269216312451949

Kristoffersen, N. J. (2011a) Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) (2011) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. Bind 3. (2. utgave). (s. 133 – 189). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011b) Teoretiske perspektiv på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) (2011) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. (2. Utgave). (s. 207 – 270). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011) Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) (2011) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. Bind 3. (2. Utgave). (s. 245 – 280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lingås, L. G. (2011). *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. (4. Utgave). Oslo: Kommuneforlaget.

Johnsen, T. (red.) (2015). *Fakta om kreft*. Henta: 19.05.2015 frå:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Martinsen, K. (2012) *Omsorg, sykepleie og medisin*. (3. Opplag). Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
Henta frå:
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Norsk sykepleieforbund (NSF) (2012). *NSFs formål, prinsippprogram, vedtekter m.m. Gjeldende for perioden 2012-2015*. Henta frå:
<https://www.nsf.no>

Nortvedt, P. (2012) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (1. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

- Reitan, A. M. (2006a) Krise og Mestring. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. (2. Utgave). (s. 47 – 57). Oslo: Akribe Forlag AS
- Reitan, A. M. (2006b) Kommunikasjon. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. (2. Utgave). (s. 65 – 80). Oslo: Akribe Forlag AS
- Reitan, A. M. (2006c) Pårørende. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. (2. Utgave). (s. 205 – 214). Oslo: Akribe Forlag AS
- Renolen, Å. (2010) *Forståelse av mennesker. Innføring i psykologi for helsefag*. (2. Opplag) Bergen: Fagbokforlaget
- Rustøen, T. (2006) Livskvalitet. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. (2. Utgave). (s. 39 – 44). Oslo: Akribe Forlag AS
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2013) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. Utgave) Bergen: Fagbokforlaget
- Sand, A.M. (2002) Hverdagen som pårørende til hjemmeboende pasient med langtkommen, uhelbredelig sykdom. I Brinchmann (red.) (2002) *Bære hverandres byrder*. (s. 143 – 166). Bergen: Fagbokforlaget
- Sandvik, O. (2003) Hva er sorg, og hvordan kan den forstås? I Bugge, K. E., Eriksen, H. & Sandvik, O. (red.) (2003). *Sorg* (s. 15 – 41). Bergen: Fagbokforlaget
- Skagestad, T. (2008) *Hva med meg, da? Når partneren blir syk*. Oslo: Noras Ark.
- Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. (6. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sæteren, B. (2006) Sorg og sorgarbeid. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. (2. Utgave). (s. 194 – 203). Oslo: Akribe Forlag AS
- Sørbye, L. W. (2006) Etske problemstillinger. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.) (2006) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (2. Utgave). (s. 215 – 227). Oslo: Akribe Forlag AS

Travelbee, J. (2014) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (7. Opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk

Utne, I., Miaskowski, C., Paul, S. M. & Rustøen, T. (2013). Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. Vol.21 Issue 9, p2527-2535. 9p. DOI:10.1007 / s00520-013-1824-5.