



UNIVERSITETET I AGDER

Sykepleiere i kommunehelsetjenestens opplevelse av relasjon til pårørende

Hilde Margrethe Johansen

Veileder

Bjørg Dale

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for Helse- og sykepleievitenskap

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap

Antall ord i sammenbindingen: 6904

Forord

Da jeg leste til examen philosophicum; da stod det i boka omtrent slik; Kants filosofi er som å bestige Mount Everest. I starten er det mye å henge fast i, pga busker og kratt. Men etter hvert som man nærmer seg toppen, blir det mindre vegetasjon og mindre oksygen. Man passerer toppen uten egentlig å vite om det, og først ett stykke ned på den andre siden, når vegetasjonen vokser til igjen, blir man klar over hva man har vært en del av. Jeg vil bruke den metaforen for å beskrive prosessen hvorpå denne masteroppgaven har blitt til. Først nå, når jeg nærmer meg slutten begynner jeg å se konturene av hva jeg har fått lov til å være med på.

Det har vært en fantastisk reise, sammen med meget interessante informanter, og spennende litteratur. Jeg håper at funnene som kom frem i studien vil være nyttige for andre enn meg selv, og at fremtiden kan vise at det nytter å sette fokus på relasjon til pårørende.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min fantastiske familie; min sønn og mine foreldre for støtte, hjelp og oppmuntring underveis i prosessen.

Dessuten må jeg få takke min veileder - førsteamanuensis Bjørg Dale – for dyktig veiledning og inspirerende samarbeid.

Til sist vil jeg sitere ett dikt av Virginia Satir:

Den største gaven jeg kan tenke meg å få fra mennesker er at de ser meg, hører meg, forstår meg og tar på meg.

Den største gaven jeg kan gi, er at jeg ser, hører, forstår og tar på ett annet menneske.

Når dette har skjedd, føler jeg vi har skapt kontakt.

Hilde M. Johansen

Mandal

Mai 2011.

Innhold

1	INTRODUKSJON.....	1
1.1	Bakgrunn og hensikt.....	1
1.2	Oppbygging av oppgaven.....	2
2	Tematisk teori.....	2
2.1	Relasjon.....	2
2.2	Tillit og forventning	6
2.3	Evnen til å se	7
2.4	Tidligere forskning.....	7
2.4.1	Kort presentasjon av studiene fordelt på fokus	8
3	METODE	11
3.1	Fenomenologi	13
3.2	Ricoeurs filosofi	13
3.3	Fenomenologisk – hermeneutikk.....	15
3.4	Gjennomføring av studien	16
3.5	Etiske betraktninger	17
3.5.1	Formelle etiske krav.....	17
3.5.2	Prosessuelle etiske krav	18
3.6	METODEDISKUSJON	18
3.6.1	Design.....	18
3.6.2	Utvalg og prosedyre.....	18
3.6.3	analysen	19
3.7	Validitet og Reliabilitet	19
3.8	Oppsummering.....	20
4	LITTERATURLISTE	22

Artikkel

Tabell 1

Tabell 2

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg

1 INTRODUKSJON

I forbindelse med masteroppgaven i klinisk sykepleievitenskap, ved institutt for helse- og sykepleievitenskap, ble det gjort en studie som så på sykepleiere og pårørendes relasjoner i kommunehelsetjenesten.

1.1 Bakgrunn og hensikt

Jeg har vært sykepleier nå i 10 år. I løpet av den tiden har jeg hatt anledning til å arbeide på ulike sykehus, hjemmetjenesten og ved forskjellige sykehjemsavdelinger. Mye av min arbeidserfaring har vært fra kreftomsorgen. Her opplever jeg at det er gode rutiner rundt ivaretagelsen av relasjonen til pårørende. Muligens har det sammenheng med det fokuset pårørendes situasjon har fått innen kreftomsorg. Dessuten har mange sykepleiere etter hvert tilegnet seg mer kunnskap om relasjon til pårørende, på grunn av satsingen på kurs og etterutdanning. I disse videreutdanningsoppleggene har det vært et klart fokus på pårørendes rolle, og sykepleiers funksjon i forhold til pårørende, eksempelvis er pårørendes interesser ivare tatt i standard for palliasjon (2004).

Kontrasten ble stor da jeg startet arbeidet i kommunehelsetjenesten, med ansvar for ”vanlige” pasienter. De fleste av disse er eldre, med kroniske sykdommer, og/ eller alderrelaterte funksjonsnedsettelse. Jeg opplevde at kommunikasjonen og relasjonen ble mer knyttet til meg som person, enn til sykepleiefunksjonen. Likevel er min erfaring er at relasjonen til pårørende stort sett oppleves god og funksjonell, med noen få unntak. Samtidig har de dårlige erfaringene vært en tankevekker; og gjort at jeg nå i større grad ser viktigheten av å ha en god kommunikasjon og relasjon til pårørende. Erfaringsmessig er det enklere å snakke om dårlige relasjoner, men det ble ansett som lite fruktbart i denne sammenheng. Det ble ett mål at studien skulle ha ett positivt og løsningsfokusert fokus.

Problemstillingen ble: ”Hvordan opplever sykepleiere i kommunehelsetjenesten relasjonen til pårørende?”

Forskningsspørsmålene ble formulert som:

1. Hva opplever sykepleierne kjennetegner den gode relasjon?
2. Hvordan tilrettelegger sykepleiere for god relasjon?

1.2 Oppbygging av oppgaven

Denne sammenbindingen skal gi en utdypende redegjørelse for den teori og metode som ble anvendt i prosjektet. Kapittel 2 vil beskrive sentrale begrep og teorien rundt dem. I kapittel 3 vil jeg presentere metoden, med bakgrunn, gjennomføring og diskusjon.

2 Tematisk teori

I det følgende vil noen sentrale begreper bli presentert og redegjort for i lys av teori.

2.1 Relasjon

Begrepet relasjon vil bli presentert ut fra teoriene til Stein-Parbury (2009). Hun beskriver hvilke kvalifikasjoner og ferdigheter sykepleier må ha og utvikle i møte med pasienter, men skriver samtidig "the skills of this book are as relevant to the involvement of families as they are to the care of patients" (s. 272). Hennes teorier om hvordan bygge relasjoner blir i det følgende tolket analogisk til å gjelde pårørende i tillegg til pasienter.

Hun hevder at sykepleie er en sosial aktivitet, som krever en viss sosial kompetanse. Videre må sykepleiere være utrustet i både kommunikasjonens og relasjonsbyggingens kunst.

Relasjon slik hun beskriver det er sammensatt av to hovedkomponenter; "kontakt" (Connection) og "samhandling"(Interaction).

Noe av det første hun beskriver er nødvendigheten av å bli kjent med dem sykepleieren skal hjelpe. Det blir beskrevet 3 typer kjennskap; 1. kjennskap til saken. Med det menes kjennskap til eksempelvis sykdom, hvordan den utvikler seg. 2. Kjennskap til pårørende. Hvordan situasjonen påvirker pårørendes liv. 3. Personlig kjennskap. Det som er unikt for nettopp denne situasjonen, akkurat nå. Alle tre sidene må sykepleier ha oversikt over for å kunne møte den enkelte som individ.

Sykepleier tilegner seg den nødvendige kunnskap gjennom kommunikasjon og interaksjon med de involverte parter. I følge Stein – Parbury (2009) er holdningen om å holde seg distansert fra pårørende ikke det samme som å være profesjonell. Hun beskriver at sykepleiere tidligere har blitt oppfordret til å holde distanse for å skåne seg selv, men henstiller sykepleiere til å involvere seg, dog profesjonelt. Stein-Parbury (2009) henviser til Benner

(1984) når hun påpeker at det å involvere seg ikke betyr at man blir utbrent, eller sliten, men snarere at sykepleiere opplever personlig og profesjonell utvikling gjennom disse relasjonene. Martinsen (2006) hevder at det er en misforståelse at man ved å være profesjonell må være distansert. Det man oppnår er manglende kommunikasjon og relasjon til de involverte, som i neste omgang kan oppleves slitsomt for alle parter. Dessuten, for at sykepleier skal kunne forstå den andres situasjon, må hun være engasjert; hun må faktisk se den andre. Eller som Martinsen (2006) kaller det; ”se den andre med hjertets øye”.

Stein-Parbury (2009) setter opp fire grunnpillarer for relasjoner, som vist i figur 1; og beskriver at alle må være ivarettatt for at man skal kunne utvikle den gode profesjonelle relasjon.

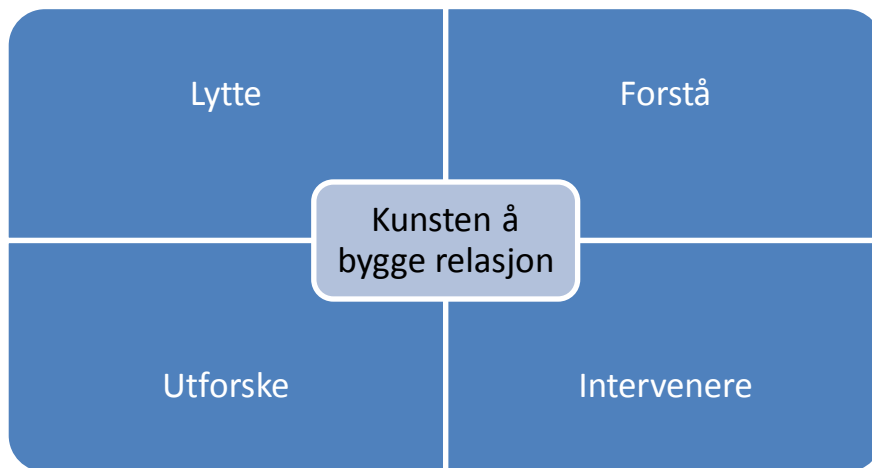


Fig. 1

Lytte

Stein-Parbury (2009) beskriver evnen til å lytte som noe fundamentalt grunnleggende i relasjonen. Ved å lytte vil den andre oppleve å bli hørt og akseptert, videre gjør det sykepleier i stand til å forstå den pårørendes opplevelse. Responsen sykepleier gir er på bakgrunn av hva hun har oppfattet. Lytting oppmuntrer til videre samhandling og samtale. Det er gjennom å lytte at sykepleier kan vise seg tillitsverdig. Og det er gjennom de samtalene hvor pårørende opplever at sykepleier faktisk hører, at grunnlaget for relasjon blir lagt.

Å lytte er en kvalifikasjon som har flere elementer ved seg. Sykepleier må vise tilstedeværelse; at hun er klar til å lytte. Det gjør hun ved nonverbalt å vise seg tilgjengelig for

samtale. Denne måten å fremvise interesse for den andre har sitt opphav i Nightingale tilbake i 1859, som beskrev at sykepleier skulle sette seg ned, ha øyekontakt med samtalepartneren, og være bevisst på hva man faktisk sa til den andre, slik at sykepleier ikke kom til å gi falsk trøst (Nightingale, 1998).

Stein-Parbury (2009) fremholder viktigheten av stillhet. Ikke den ubehagelige taushet fordi sykepleier ikke har noe å si, men den stillhet som gir rom til den andre å sette ord på sine tanker og følelser. Den taushet som signaliserer sykepleiers respekt for den andre.

Den tredje dimensjonen av lytting handler om sykepleiers evne til observasjon. Sykepleier må lytte til det som ikke blir sagt, i like stor grad som til det som faktisk blir verbalisert. Da først kan hun samle trådene i samtalen til en mening. Sykepleiers oppgave blir så å lytte etter hva den andre egentlig sier. Hva handlet samtalen faktisk om?

Forstå

På bakgrunn av det hun har hørt, må sykepleier nå danne seg en forståelse; hva var meningen med det som ble fortalt. Sykepleier må nå respondere til det uttalte. Måten hun gjør det på vil kunne få konsekvenser for relasjonsbyggingen; særlig viktig er det i starten av en relasjon. I følge Stein-Parbury (2009) finnes det 5 ulike måter å respondere til ett utsagn; hvor flere av dem vil kunne ødelegge en begynnende relasjon. De fem er; 1. rådgiving og evaluering, 2. analysering og tolkning, 3. trøst og støtte, 4. spørsmål og undersøke, 5. Omskriving og forståelse. Stein-Parbury er tydelig på at det å benytte råd, analyser eller trøst overfor pårørende man har lite kjennskap til, lett kan gjøre at sykepleier virker uengasjert og overfladisk, samtidig som hun kan fremstå som om hun ikke forstår alvoret i situasjonen. Hun beskriver at nettopp disse tre situasjonene ofte blir benyttet i mellommenneskelige sammenhenger, som lettvinde løsninger. Derimot bør sykepleiere fremstå som profesjonelle yrkesutøvere, som viser at de er interessert, og som viser at hun ønsker å komme til kjernen av problemet, og sammen med pårørende finne løsninger. Det å undersøke nærmere hva den andre faktisk sliter med, hva han tenker på, vil være en klokere måte å møte den andre på, det kan sykepleier gjøre ved å stille undersøkende spørsmål. Omskriving (Paraphrasing) kan hjelpe sykepleier til å utforske nærmere hva den andre forsøker å si, gjennom å gjenfortelle med egne ord det pårørende nettopp har sagt. Og på den måten viser sykepleier at hun forsøker å forstå, og kjent med den andre, jf Stein-Parbury (2009).

Utforsking

Å utforske bygger videre på den gode måten å samtale med pårørende. Det er den måten sykepleier faktisk går frem for å bli bedre kjent med den andre og dens behov. Sykepleier gjør klokt å i bruke forskjellige metoder i dialogen, for best mulig bli kjent med den andre. Hun kan bruke åpne og lukkede spørsmål, åpne påstander, eller gjennom å gjenta essensielle ord brukt av den andre, slik at hun viser at hun hører, og er interessert i å vite mer. Sykepleier må gjøre det ut fra sin egen naturlige måte å kommunisere på. Om hun skal kommunisere skjematisk etter en mal, vil det ikke oppleves som ekte for dem hun forsøker å kommunisere med.

Et særlig viktig element er signaler. Signal i denne sammenheng er små meningsenheter som er en del av ett større fenomen. Det kan ytre seg i ett sukk, eller en lyd eller annet umiddelbart udefinerbart, men som krever oppmerksomhet fra den andre. Slike er ofte formidlet til sykepleier, daa det kan være vanskelig for den andre å formulere det eksakt enkelte ganger. Dessverre er det ikke alltid slik at sykepleier følger opp slike ledetråder, og det kan oppleves for den andre som om hun ikke egentlig ser ham (Stein-Parbury, 2009).

Intervensjon

For pårørendes vedkommende er det ofte søken etter informasjon som blir aktualisert. Det viktige her, mener Stein-Parbury (2009) er behovet for ”delt informasjon”. I det legger hun, at informasjon ikke er en ensidig oppgave – fra sykepleier til pårørende – men en toveiskommunikasjon hvor begge parter bidrar. Den ene med informasjonen som er nødvendig til den enkelte persons behov, men også at det blir en respons som tilsier hvor mye av informasjonen som er forstått, og om han har fått den informasjonen han faktisk føler han trenger. Stein-Parbury (2009) setter det å dele informasjon som en motpol til det å gi råd. Informasjonen som gis må være utfyllende nok til at den gir den andre handlingsalternativ, og samtidig ansvarlig gjør den andre i forhold til hvilke handlingsalternativ som blir valgt. Sykepleier må underveis lytte, forstå og undersøke hvor mye informasjon den andre er i behov av. Og hun må kjenne den andre part nok til å gi informasjon som er nødvendig for at han skal kunne ivareta sine interesser. Det blir fremholdt som viktig at sykepleier er bevisst på hvordan hun ordlegger seg i møte med de pårørende, slik at informasjonen er mulig å forstå for den andre. Det kan være nødvendig for sykepleier å sette seg inn i den informasjonen hun skal videreformidle, slik at hun selv er trygg og komfortable med det hun snakker om. Dette for å unngå misforståelser og feilaktige utsagn.

2.2 Tillit og forventning

Stein-Parbury (2009) understreker at en grunnleggende faktor i relasjonsbygging er gjensidig tillit. Hun poengterer at tillit i relasjonen mellom sykepleier og pårørende er annerledes enn den man har i andre relasjoner. Her er tilliten knyttet opp til sykepleiers kompetanse og kunnskap.

Grimen (2008) har sett på tillit i forhold til profesjon; og skriver at:

”det viktigste perspektivet på forholdet mellom profesjon og tillit er hva tillitsgivere gjør, og hva tillit gjør i relasjoner mellom personer.. Det tillitsgivere gjør, har ikke alltid tillitens forventede virkning. God tro kan misbrukes” (s. 197).

Grimen (2009) forsøker å belyse begrepet fra ulike sider i lys av flere andres teorier. Han hevder at tillit er treleddet; *Noen stoler på noen*, med henblikk på *noe*. Enkelte ganger henger tillit og trygghet sammen med andres kompetanse. Det må være rett å si at i helsevesenet er det flere typer tillit som flettes i hverandre. Som helsearbeidere stoler vi på våre kollegaer, deres kompetanse og vilje til å sette pasienter og pårørende i sentrum. Pårørende og pasienter stoler på at de får den hjelp de kan forvente ut fra deres behov og situasjon. En faktor som går igjen i teoriene Grimen (2009) setter frem er ”forventning”. Han skriver at feilbarlige forventninger utgjør tillitsgiverens situasjonsdefinisjon, og at forventninger definerer tilliten.

Hva ligger så i begrepet forventning? For Løgstrup (2010) er forventning en ytring som den enkelte forventer skal finne en gjenklang og en motytelse hos den andre. Derimot er det ikke nødvendig at denne ytring blir sagt åpent. Her ligger utfordringen; å møte den andres uuttalte forventning på ett slikt vis at den andre føler seg ivaretatt og forstått. Hvis derimot denne ytring ikke blir mottatt og oppfylt blir ytringen forgjeves. Løgstrup (2010) skriver:

Det er i og for sig ikke det værste. Nej, det værste er, at man har blottet seg. Ens forventning, blottet i ytringen er ikke blevet dækket ind av den andres oppfyldelse. Og det er denne blottelse, der er forklaringen på, hvorfor sammenstødet exploderer i moralske bebrejdelser og beskyldninger.” (s.19)

Løgstrup (2010) gir videre en forklaring på hvorfor slike manglende imøtekommelser oppleves så følelsesmessige, selv om man objektivt sett ikke har blitt utsatt for noen konkrete feil. Det vanskelige kan være at den som kommer med en forventning endelig har våget seg ut for å be om hjelp. Men samtidig vet han nesten ikke hva han kan be om hjelp til, samtidig som vedkommende har en forventning om at når han først ber om hjelp, så vil andre overta

ansvaret helt og fullt og han kan selv slappe av. Hvis situasjonen da blir annerledes enn han har tenkt - han får hjelp, men kanskje kun på det han konkret ba om hjelp til, eller kanskje mindre enn det han ba om - så kan situasjonen oppleves som krenkende. Han har muligens hatt større forventninger om hva hjelpen skulle innebære enn det som faktisk ble ham til del. Muligens hadde han uttalte ønsker, som han ikke var seg fullt bevisst hvordan han skulle ytre, men samtidig hadde en forventning om at de som var satt til å forvalte tjenesten ville møte og forstå uten at han ytret dem. Når så disse ønsker ikke blir ivaretatt kan han oppleve seg misforstått eller dårlig behandlet. Til tross for at de som har tildelt tjenesten ikke har begått noen tjenestefeil.

Kommunikasjon og kontakt blir da essensielt, for å komme til bunns i problemet, og avklare mulige misforståelser.

2.3 Evnen til å se

Martinsen (2006, 2008) beskriver hvordan sykepleiere må bruke sitt kliniske blikk for å møte den andre. Sykepleiere er på grunn av sin kunnskap og erfaring, i stand til å se mer enn det ett utrenet person kan, nemlig å se forbi det overfladiske. Hun er også opptatt av at sykepleieren må se den andre med "hjerterets øye", slik at sykepleier møter den andre på en respektfull og ydmyk måte. Det å bli sett og dermed bekreftet av en annen, er svært viktig. Spesielt for den som er i en vanskelig livssituasjon.

2.4 Tidligere forskning

Det ble søkt i SveMed, Cinahl, PubMed, OvidSp og Google Scholar på søkeordene "Nurses", "relatives", "relationship" og "Community health".

Den forskningen som ble funnet kan deles i tre kategorier. Første omhandlet hvordan pårørende opplever det å overføre eller ha sine i sykehjem (Kellet 1998,1999,2007; Hertzberg, 2001; Eines & Lykkeslet, 2008).

Den andre sykepleieres opplevelser av relasjoner til pårørende i sykehjem (Hertzberg et al., 2003) og i hjemmetjenesten (Pålsson & Norberg, 1995; Öhman & Söderberg, 2004; Karlson et al., 2010), eller begge (Gaugler & Ewen, 2005).

Den tredje var de studiene som beskriver både sykepleiers og pårørendes rolle (Hertzberg, 2000; Ryan & Scullion, 2000; Ward-Griffin & McKeever, 2000, Rydeman et al., 2005).

2.4.1 Kort presentasjon av studiene fordelt på fokus

Pårørendes opplevelser

Kellet (1998) så på utfordringene som ligger for sykepleiere når pårørende fortsetter å være involvert i pasienten etter at pasienten har kommet i sykehjem. Konklusjonen var at de som hadde vært omsorgsgivere når pasienten var hjemmeboende, ikke nødvendigvis avsluttet den rollen når deres nærmeste kom til sykehjemmet. Utfordringen for sykepleierne blir å forstå og respektere de pårørendes behov for å fortsette å gi omsorg til sine. Samtidig må sykepleier undersøke hva det å gi omsorg betyr for den enkelte, da ulike pårørende kan legge ulik mening i begrepet. Derimot er det viktig at de pårørende får delta ut fra sine forutsetninger, både for pasientens del, men også for sin egen; da det kan være med å hjelpe de pårørende til å akseptere og takle sin nye situasjon.

Kellet (1999) har undersøkt pårørendes opplevelse av å overlate pasienten til sykehjemmet. Mange pårørende går gjennom faser av sorg, følelse av utilstrekkelighet i det å overlate sine nærmeste til omsorgstjenesten. Disse pårørende trenger sykepleiere som ser dem når de kommer på besøk. De trenger å høre at det å overlate pasienten til deres varetekt var en rett avgjørelse, og de trenger bekreftelse, forståelse og omsorg.

I 2007 presenterte Kellet funn som viser at gjennom deltakelse i pleie vil pårørende oppleve tilpassing til den nye situasjonen, samtidig som muligheten til å delta avhenger av at det utvikles gode relasjoner mellom ansatte og pårørende, og at de pårørende anerkjennes og oppmuntres til å delta aktivt. Dessuten satte de pårørende pris på en personlig relasjon til de ansatte. Pårørende fortalte om varhet for hvordan deres kjære ble ivaretatt av de ansatte. Når de opplevde god relasjon mellom pasient og ansatte, følte de seg beroliget og fornøyd.

Hertzberg et al. (2001) kom de frem til at pårørende ikke sluttet å være involvert i sine, selv om pasienten var innlagt i sykehjem. De pårørende opplevde at det var de som måtte ta initiativ for å lage relasjoner til de ansatte ved sykehjemmet. Ønsket fra de pårørende var i følge denne studien at de ansatte skulle være mer spontane i sin utlevering av informasjon. De ønsket å vite hvordan pasientene hadde det i det daglige, og de ønsket at samtalen kunne skje under rolige omstendigheter. Ansattes adferd overfor pasientene hadde innvirkning på pårørendes oppfatning av dem, og gav grunnlag for mange følelser. De pårørendes opplevelser av de utfordringene de ansatte står overfor ble sett, men ikke kommunisert til de ansatte, verken opplevelser av positiv eller negativ art.

Eines og Lykkeslet (2008) søkte å finne svar på hva som bidrar til å utvikle tillitsfulle relasjoner mellom ansatte og pårørende på en langtidsavdeling. Avdelingen hvor denne studien fant sted hadde en klart formulert faglig ideologi, hvor man ønsket å sette fokus på tillit, trivsel, trygghet og tilstedeværelse i samarbeid med pårørende. Denne avdelingen hadde innført rutinemessige samtaler 2 ganger i året. Dessuten opplevde pårørende de ansatte som tilgjengelige for samtaler når de kom til avdelingen og hadde uformelle samtaler. Det førte til at pårørende opplevde trygghet for sine. De opplevde tillit til de ansatte, da særlig på bakgrunn av at ansatte innhenter informasjon fra andre, fra journalen og ved at de ansatte informerer de pårørende på eget initiativ. Dermed opplever de ansatte som tilgjengelige og kompetente. Samtalene gav grunnlaget for kjennskap til hverandre, og gav mulighet til å bygge relasjoner. Dessuten åpnet disse samtalene for den gode dialog. Det som ellers kom frem var at pårørende ønsket seg hyppigere samtaler; 2 ganger pr år var for mange for lite. Videre var det ett ønske fra pårørende om en tydeligere toveiskommunikasjon og fokus på dialog på de faste møtene. Noen opplevde det allerede, mens andre opplevde at ansatte bare gav informasjon.

Sykepleieres opplevelse

- I sykehjem

Studien til Hertzberg et al., (2003) var basert på intervju med sykepleiere. Funnene viste at enkelte sykepleiere anså relasjon som mindre viktig, og dermed brukte mindre tid på pårørende. Pårørende ble som oftest ansett som en ressurs for pasienten, men til tider kunne de samme pårørende være en ekstra byrde for sykepleierne, da de opplevde de pårørende som noen som "stjal" tid de heller ville brukt på pasienten. Samtidig ble det vektlagt at dersom man klarte å lage tillitsfulle relasjoner, sparte man tid på sikt. Sykepleierne i den studien opplevde enkelte pårørende som krevende - særlig yngre pårørende - da yngre var tydeligere på hva de mente var de kunne kreve. Samtidig opplevdes kommunikasjonen enklere med de yngre, da de hadde ett mer sammenfallende språk. Sykepleierne opplevde relasjonen til mannlige pårørende som enklere og mindre krevende enn kvinnelige. Derimot var kvinnelige pårørende oftere på avdelingen, og fulgte mer opp sine, noe som ble verdsatt av sykepleierne.

- I hjemmetjenesten

Pålsson og Norberg (1995) beskriver blant annet hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde utfordringer i forhold til det å være tilstede for pasienter og pårørende. Særlig

krevene opplevdes det, der pårørende hadde annen oppfatning av situasjonen, urimelige forventninger og krav til tjenesten. Studien fokuserte på døende pasienter og deres pårørende.

Öhman og Söderberg (2004) fant at sykepleiere som gikk inn i nære relasjoner til pasienter og pårørende kunne avhjelpe deres lidelser.

Karlsson et al., (2010) fant et behov blant sykepleiere om økt etisk kunnskap i møte med alvorlig syke pasienter og deres pårørende.

- Både sykehjem og hjemmetjenesten

Gaugler og Ewen (2005) undersøkte hvordan sykepleiere med omsorg over lang tid utviklet relasjoner til pårørende. Deres studie konkluderte i fire hovedfunn; 1. ansatte som rapporterte høy kvalitet på relasjonen til pasienten, var mer tilbøyelig til å være positive til pårørende. 2. Ansatte i langtidsrelasjoner var opptatte av pårørendes rolle; samtidig som de var tvetydige når det gjaldt involvering i planleggingen. 3. Det var tydelig sammenheng mellom typen relasjon mellom pasient og ansatt og typen relasjon som var mellom pårørende og de ansatte. 4. Relasjonen mellom ansatte, pasienter og pårørende må vurderes når man skal beskrive hva som påvirker livskvaliteten og pleiekvaliteten i helsetjenesten. Konklusjonen blir da at den kvaliteten man opplever i kontakten til pårørende sier noe om kvaliteten på samhandlingen mellom pleier og pasient.

Studier som inkluderer både sykepleiere og pårørende

Hertzberg & Ekman (2000) fant at mangelen på tillit og relasjon mellom pårørende og helsearbeiderne var grunnet på dårlig kommunikasjon. De pårørende opplevde samtalen mellom dem som overfladisk og uengasjert. Dette gjorde at de pårørende opplevde mangel på samhørighet og opplevelse av begrenset innflytelse. I tillegg var det få arenaer for uformelle samtaler, slik at pårørende og de ansatte forble fremmede for hverandre. Dette konkluderte studien med var årsaken til oppdelingen i ”de” og ”vi”.

Ward-Griffin & McKeever (2000) beskriver utviklingen av ulike typer av relasjon. For det første er de oppmerksomme på at relasjon utvikles over tid; men samtidig formes i hovedsak fire ulike tilnærminger; 1. sykepleier-hjelper forhold, 2. arbeider – arbeider forhold, 3. sykepleier som leder – pårørende som arbeider-forhold, 4. sykepleier som sykepleier – pårørende som pasient.

Ryan et al (2000) var opptatt av å kartlegge hvordan sykepleiere og pårørende definerte de pårørendes rolle i forhold til pasienter på sykehjem. Konklusjonen var at god kommunikasjon var en helt klar nødvendighet for å få til ett godt samarbeid mellom sykepleiere og pårørende.

Rydeman et al. (2005) beskriver hvordan sykepleiere kan styrke pårørendes ”empowerment” ved at de er inkludert i beslutningsprosessene, og dermed overføre makt fra pleiere til brukerne.

Begrunnelsen for å inkludere studier med fokus på pårørende er at deres opplevelse av relasjon er viktig for sykepleiers funksjon. Sykepleier kan ikke alene bygge relasjoner, det er i samarbeid med pårørende denne kan utvikles. Da blir det viktig å forstå hvordan det oppleves å være pårørende, for dermed å kunne møte dem på deres premisser.

3 METODE

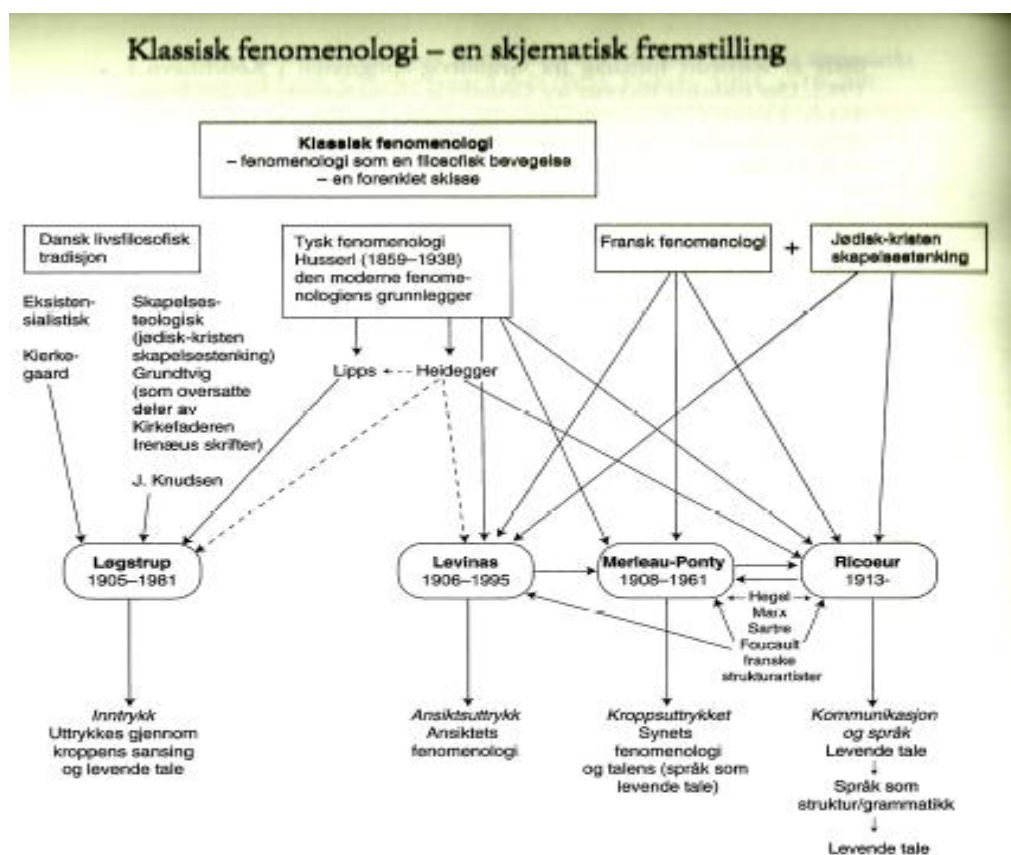
I følge Polit & Beck (2010) er det forskningsspørsmålet som bestemmer metoden. Da hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplever relasjoner med pårørende, ble det naturlig å bruke en kvalitativ metode (Larsen, 2008; Polit & Beck, 2010; Postholm, 2010), med en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming.

For å få frem historiene; eller informantenes opplevelser og erfaringer, ble ustrukturert intervju valgt som fremgangsmåte (Kvale & Brinkmann, 2009). I fenomenologien er det informantenes opplevelse som skal fanges, hva de opplever som viktig (Postholm 2010).

Konsmo (1995) presenterer Benner og Wrubels teori, som viser hvordan man ved hjelp av narrativer kan fortelle såkalte mønsterhistorier. Disse mønsterhistoriene er ikke fasit, men kan gi noen ideer om hvordan man kan møte en type situasjon. Kirkevold (1993) påpeker narrativenes plass i sykepleien; da de har til hensikt å forklare situasjoner og skape mening. I fenomenologien er det ofte ”selvfølgelige” fenomener som er interessante. I det følgende er det fenomenet *relasjon* som er i fokus.

For å finne svar på problemstillingen ”Hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever relasjon til pårørende”, var det naturlig å velge en kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. Med det menes ikke ren, klassisk fenomenologi, men en

hermeneutikk som bygger på fenomenologi. I følge Konsmo (1995) har hermeneutisk fenomenologi tre særegne trekk: (I) mennesket er et selvfortolkende vesen. Det betyr at vi opplever verden gjennom våre tolkninger av hva ting vil bety for oss selv og andre. (II) Mennesket tar utgangspunkt i hva slags person man er. Hvilken selvforståelse man har vil være avgjørende for hvordan man tolker det som skjer, og ens handlinger. (III) Menneskets oppfatning av mening er kontekststøttet. Denne teoretiske bakgrunn har sine røtter i Husserls, Heidegger og Ricoeur; med ett sidespor til Løgstrup, som vist i Martinsen (1996):



Figur 1.

3.1 Fenomenologi

Martin Heidegger (2007) definerer fenomenologi gjennom å gå til kjernen av ordet ”fenomen”, som betyr ”å vise seg. Fenomenene er dermed totaliteten av det som ligger i dagen, eller som ”kan bringes frem i lyset”. Denne definisjonen mener han går tilbake til Aristoteles. Da han viser at ordet opprinnelig bestod av de samme tegn som dannet det greske ordet for dagslys (Heidegger, 2005). Heidegger hevder at for å forstå hvordan fenomenologi fungerer, må man ha en horisont mot det fenomenet som betraktes. Heidegger bygger sine teorier på Husserls filosofi. Heidegger blir dermed brobygger fra fenomenologi til hermeneutikk (Heidegger, 2005).

3.2 Ricoeurs filosofi

Ifølge Ricoeur (1998) er fenomenologi den uovertrufne forutsetning for hermeneutikken, samtidig kan ikke fenomenologien dannes uten hermeneutikken. De er gjensidig avhengig.

Hermeneutikkens oppgave er å finne mening og forstå tekst (Ricoeur, 1998). Hovedideen blir da analyse av teksten, for å kunne være i spenningen mellom forklaring og forståelse. Ricoeur (1976) hevder at språket ikke lenger er en overgang mellom tanke og ting. Språket danner en egen verden for seg. Her refererer hvert element bare til andre element av det samme systemet, takket være samspillet av innsigelser og forskjeller konstituert av systemet. Det essensielle ved teksten er dens mening. Derimot er Ricoeur (1976) tydelig på at det er leserens mening som er av betydning, ikke nødvendigvis den mening som ble lagt i utsagnet da det ble uttalt.

Geanellos (2000) sammenfatter Ricoeurs teori til å inneholde elementene; distansering, appropriering, forståelse, fortolkning og forklaring.

”Distansering”

Ricoeur (1998) begrunner ”distansering” som en nødvendighet for å kunne gripe essensen av det som blir formidlet, samtidig er det å være mellom deltakelse og distansering at konseptet om horisontsammensmelting finner sted. Med andre ord, selve kjernen i hermeneutikken ligger i det å være i spenningsfeltet mellom nærhet og distanse. Ved å objektivisere teksten, kan teksten i seg selv bli levendegjort, og deretter analysert (Geanellos, 2000).

Denne distanseringen vises i fire former; (i) transkribering av tale til tekst;(ii) teksten frigjøres fra forfatter, og kan leses og tolkes ubegrenset;(iii) Frigjøring av teksten, ved at den frigjøres

fra konteksten;(iv)det skrevne språk overskrider grenser satt for det muntlige. (Ricoeur, 1998; Geanellos, 2000).

”Appropriering”

Ricoeur (1998) beskriver at forståelse og forklaring ligger i spennvidden mellom distansering og appropriering. Med appropriering mener han å gjøre teksten åpen for fortolkning, fordi den gjøres til en del av leserens verden.

”Forståelse og fortolkning”

For at forståelse skal finne sted må teksten fortolkes. Denne fortolkningen begynner naivt, ved at leseren prøver å gripe meningen i teksten som ett hele. Enhver naiv forståelse betyr at leseren har gjort seg opp en mening som muligens kan bli bekreftet etter hvert som fortolkningen fortsetter(Ricoeur, 1976, 1998; Geanellos, 2000).

”Forklaring”

Sluttproduktet når leseren har gått gjennom alle ovennevnte stadier er at han da sitter igjen med en forklaring, som da har fått sin del i leserens virkelighet (Ricoeur, 1998).

Distinksjonen mellom forståelse og forklaring ligger i følge Ricoeur i: ”interpreting a text means moving beyond understanding what it says to understand what it talks about” (Geanellos, 2000). Med andre ord, at man skal gå fra teksten sier til hva den snakker om.

Ricoeur (1976) beskriver nødvendigheten av å gjette meningen med teksten, da forfatteren ikke lenger er tilstede, og teksten står utenfor sin opprinnelige kontekst. Dette står i kontrast til det han tidligere har sagt om nødvendigheten av å operere i spenningsfeltet mellom nærhet og distanse til teksten, for å kunne forstå den uavhengig av den kontekst hvor teksten opprinnelig hørte hjemme.

Charalambous et al. (2008) tilbyr en oppsummering av Ricoeurs teorier: Lesing er det midlet som redder teksten fra å forbli fremmed, men som nå gjennom å bli lest bevares. Det er den såkalte ”lived experience” som er av interesse, og som videreformidles gjennom narrativer. Disse kan derimot ikke direkte overføres fra en person til en annen, men meningen i det uttalte derimot kan overtas av andre.

Bruken av Ricoeurs teorier overført til sykepleieforskning har en hensikt ut fra fire viktige sider, jf. Charalambous et al. (2008):

1. Teorien om fortolkning. Denne er i opposisjon til den tidligere oppsplittingen av mennesker i kropp og sjel, slik Decartes fremstilte det, og er derfor nyttig for forskere som prøver å se på helheter.
2. Fortolkningen ligger mellom språket og ”lived experience”, og er derfor nyttig når det er opplevelser som skal fortolkes.
3. Ricoeurs hermeneutiske tilnærming ser også på den spesifikke konteksten. Han ser viktigheten av å ta med verdier, kultur og andre elementer i tolkningen.
4. Gjennom å avvise ideen om å sette egen forforståelse i parentes, åpner Ricoeur opp for forskerens aktive deltakelse i fortolkningen.

Benner og Wrubel (1989) styrker det siste leddet, ved å argumentere for at forskere kommer til prosjektet med sin egen forforståelse, sin historie og sine forventninger. Disse er det umulig for forskeren å legge av seg.

Sykepleieforskning handler ofte om fenomener i og mellom mennesker, som sjelden lar seg avgrense til kun kropp eller sjel. Det søkes ofte etter historier – narrativer – som kan gi en forklaring på fenomenene. Men for å forstå de fenomenene man søker finne forklaring på, blir det ofte vanskelig å gjøre det kontekstløst. Da det gjerne i konteksten fenomenet oppstår er Ricoeurs modell nyttig.

3.3 Fenomenologisk – hermeneutikk

Lindseth og Nordberg (2004) analysemetode, som bygger på Ricoeur (1976), ble brukt i analysen. De beskriver en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming med følgende fremgangsmåte:

1. Under innsamling av data skal forsker være en ikke-dømmende lytter.
2. Deretter må forsker kritisk undersøke hva som egentlig fant sted. Hva var det som ble kommunisert? Forsker må finne meningen med det som ble sagt.
3. Det som blir sagt vil kunne påvirke forståelsesrammen

Analyse av teksten:

1. Naiv lesing. Teksten må leses flere ganger, for å finne meningen, essensen i det hele. I denne prosessen er det viktig å være åpen, slik at teksten kan få ” snakke” til forskeren. Det er i denne prosessen forsker går ut av den naturlige tilnærmingen, og over i den fenomenologiske. Som vil si å forsøke å sette bort egen kontekst, for å få frem det teksten alene formidler. Dette legger grunnlaget for resten av analysen.

2. **Strukturell analyse:** En metodologisk tilnærming til fortolkning, her er det den tematiske fortolkning som blir brukt. Teksten vil da bli delt opp i meningsdelene. Deretter må disse delene leses flere ganger opp mot helheten – som ligger i den naive lesingen. Så må de enkelte meningene kondenseres slik at de fremstår så klart og tydelig som mulig, om enn brukt i ett tekstnært språk. Setninger kan ha mange forskjellige dimensjoner i seg, og da bør forsker forsøke å dele opp teksten i mulige tolkninger.
3. **Forståelig forståelse:** forskeren må prøve å forstå teksten ut fra ett hele. Det er dessuten viktig at forsker er bevisst på hva som er fra ham selv, og hva som kommer frem av mening i tolkningen. Det er ikke mulig å være helt bevisst sin forforståelse, men dess mer viktig er det å være reflektert og kritisk når man jobber med tolkningen. Forsker må forsøke å være så objektiv som mulig under hele fortolkningsprosessen det kan gjøres ved å konsultere andre personer, og annen litteratur. Fokuset skal ikke være på teksten, men på hva teksten åpner opp for.

3.4 Gjennomføring av studien

Det ble utformet en prosjektbeskrivelse som ble oversendt Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD), med forespørsel om tillatelse til å ta opp og oppbevare lydfiler av intervjuene, i påvente av transkribering. Når godkjenning (Vedlegg 1) forelå ble det tatt kontakt med feltet. Informasjonsskriv (Vedlegg 2) ble sendt til ledere i 5 forskjellige kommuner. Dessuten ble det tatt direkte kontakt, med personlig oppmøte på flere avdelinger. Kun en informant som ble rekruttert på det viset. Det ble da tatt kontakt direkte med sykepleiere i ulike kommuner med forespørsel om de kunne tenke seg å delta, eller om de kjente noen som kanskje kunne bidra, etter snøball-metoden (Larsen, 2008). Mulige kandidater ble da oppringt og spurt direkte om de hadde anledning til å delta. Dersom svaret var positivt ble informasjonsskrivet oversendt per e-post. Mulige informanter ble så oppsøkt igjen, for å avgjøre om de fremdeles var interessert etter å ha lest informasjonsskrivet. Til sist ble det 5 deltakere til studien. I forkant var det bestemt at intervjuene skulle være så åpne som mulig, og mest mulig ustrukturert, slik at det var informantens historie som skulle være fremtredende.

Det ble utformet en intervjuguide (vedlegg 3), men den ble ikke fulgt annet enn som en veileder. Hvert av intervjuene ble foretatt på det stedet mest komfortabelt for informanten. Fire av intervjuene ble foretatt hjemme hos informanten, og ett på ett offentlig sted. Hvert av

intervjuene varte inntil 45 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og deretter transkribert og analysert ut fra metoden presentert av Lindseth & Norberg (2004).

Funnene blir presentert og diskutert i artikkelen.

3.5 Ethiske betraktninger

3.5.1 Formelle etiske krav

I følge forskningsetiske retningslinjer, blant annet Helsinkideklarasjonen (Simonsen og Nylenna 2005) skal samtykke innhentes fra informantene før intervjuet gjennomføres.

Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Det betyr følgende: For at samtykket skal være godkjent må informanten først ha fått tilstrekkelig og god nok informasjon til at vedkommende vet hva de faktisk gir informasjon til.

Det å sikre ett frivillig samtykke kan virke enkelt, men samtidig, dersom det er avdelingsledere som oppfordrer enkelte sykepleiere til å delta i prosjektet, kan det kanskje oppfattes som utilbørlig press for å delta.

Utrykkelighetskravet betyr at det skal ikke være noen tvil om at informanten selv ønsker å være med på prosjektet

Videre skal dette samtykket gis på ett slikt vis at det i etterkant er dokumenterbart. For dette tilfelle betyr det skriftlig samtykke fra informantene. Alle notater, og lydbåndopptak med gjenkjennbare trekk vil bli slettet i etterkant av prosjektprosessen.

Hvor mye informasjon som må gis for å sikre at informanten forstår hva de samtykker til er avhengig av flere faktorer. Her var det sykepleiere som ble intervjuet, hvilket betyr at de hadde en forforståelse for hva samtykke og taushetsplikt innebar.

Det er strenge krav til oppbevaring av informasjon under forskningsprosessen. Disse reglene ble overholdt etter beste evne.

Det påligger forsker strenge taushetsregler, hvilket betyr aktivt hindring av innsyn. Alt av materiale som inneholdt informasjon som på noen måte kunne identifisere informantene ble oppbevart innelåst, og ingen andre enn forsker og veileder hadde tilgang til materialet.

Frivillighetskravet er svært strengt, det betyr at informantene kunne trekke seg når som helst, innen analyseprosessen var i gang, uten å gi begrunnelse. Informasjonen om dem ville da blitt slettet.

3.5.2 Prosessuelle etiske krav

Det var viktig å være oppmerksom på muligheten til å påvirke informanten under selve intervjuet. Jeg var bevisst mitt kroppsspråk, og mine spørsmål, og at min tilstedeværelse påvirker det som blir sagt i samtalen.

Postholm (2010) forklarer at innen den fortolkende tradisjonen er det vanlig å innta en subjektiv rolle i møte med informanten. Det påvirker samtalen, den blir verdiladet. Det er derfor viktig at forsker er oppmerksom på det. Informantene ble gitt anledning til å lese gjennom teksten i etterkant, men ingen benyttet seg av tilbudet.

3.6 METODEDISKUSJON

3.6.1 Design

Det var valgt en kvalitativ metode, med fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming, som viste seg brukbar for å undersøke sykepleieres opplevelser.

Ett alternativ kunne vært fokusgruppeintervju, da ville muligens andre sider av fenomenet relasjon kommet frem. Samtidig er det ikke sikkert at sykepleiernes spontane, ureflekterte opplevelser ville kommet like godt frem, dersom det hadde vært flere informanter samtidig.

3.6.2 Utvalg og prosedyre

Den største utfordringen i dette prosjektet var primært å finne informanter. Det tok mye lenger tid enn forventet. Informasjonsskrivet ble sendt ut til ledere ved 5 forskjellige kommuner. Planen var å komme inn via avdelingsledere på minst 2 ulike avdelinger, for der å presentere prosjektet og i etterkant rekruttere informantene. Det ble opprettet kontakt med 2 kommuner på ledernivå, hvor lederne var svært interessert i prosjektet. Ved ett tilfelle lot det seg gjøre å komme på ett sykepleiermøte. Derimot rekrutterte det ingen informanter umiddelbart, selv om en senere tok kontakt, og ønsket deltagelse.

Prosjektet ble da markedsført i andre fora, hvor sykepleiere var til stede. Gjennom disse ble det opprettet kontakt til flere informanter. I noen tilfeller ble det også mottatt informasjon om andre mulige kandidater, som da ble kontaktet for å høre om de kunne være interessert, med informasjon om prosjektet og intervjuet.

Tanken var opprinnelig å ha 7-10 informanter, fordelt på 2 kommuner. Resultatet ble 5 informanter, fordelt på 4 kommuner. Derimot kan det faktisk være en styrke at informantene ble så spredt; fenomenet blir sett fra kontekstuell flere synsvinkler.

Videre var det planlagt å ha med både kvinner og menn. Tanke var at kvinner og menn opplever relasjoner forskjellig, og kunne gi ulike perspektiver på fenomenet. Til denne studien ble det kun rekruttert kvinner. Derimot ble det relativt stor spredning når det gjaldt alder (37-58 år) og ansiennitet (3-28 år). På forhånd var det ikke tatt med ett ønske om å inkludere ulik kulturell bakgrunn. I etterkant ble det en tankevekker. Det viste seg svært berikende å ha med en informant som ikke var etnisk norsk. Hun gav ett innblikk i fenomenet ”relasjon” som var annerledes, friskt og nytt i forhold til det som de andre informantene delte. Særlig fremtredende var hennes tanker rundt respekt, eldre og viktigheten av å opprettholde og styrke familiebandene.

3.6.3 analysen

Hvordan analyser kan utføres blir utfyllende beskrevet i litteraturen (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2010; Postholm, 2010). Likevel er det først når prosessen er over, at det blir tydelig hva som har skjedd. Postholm (2010) beskriver det som en prosess som det kan være vanskelig å sette en tidsperiode på; fordi forsker hele tiden er i denne prosessen. Hun er tydelig på at analyseperioden ikke er en lineær, avgrenset prosess, men noe som skjer kontinuerlig fra første intervjuet starter. Hun er også tydelig på at det viktigste analyseverktøyet er forskeren selv; selv om det er ett mål at forsker skal møte datamaterialet så åpent som mulig. Likevel vil forsker aldri være uten sin forforståelse og sine perspektiver, og disse vil danne rammen rundt analysen.

Å være mellom helhet – deler - helhet; mellom forståelse, fortolkning og forklaring, har tatt mye lenger tid en først forutsett. Men det å være i denne dynamiske, dialektiske prosessen, er nettopp kjennetegnet på analyseprosessen i kvalitativ forskning (Postholm, 2010). Det tok tid å forstå fremgangsmåten. Først ved slutten av prosessen det blir synlig hvordan den kunne ha blitt grepet annerledes.

3.7 Validitet og Reliabilitet

Postholm (2010) skriver at begrepene pålitelighet og troverdighet ofte erstatter validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning. Hun beskriver ”Pålitelighet” som en forventning om at undersøkelsen er blitt gjennomført konsekvent. Mens ”troverdighet” henspeler på leserens mulighet til å følge prosjektet gjennom alle dens faser

I følge Drageseth og Ellingsen (2010) er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning. Vurderingen av troverdighet i det kvalitative forskningsintervjuet innebærer i hvilken grad forsker har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Det er glidende overganger av betydningen mellom disse begrepene, en forutsetning for å få gyldige data er at de er pålitelige

Det er ikke mulig på bakgrunn av kvalitative studier å si at noe er generaliserbart; derimot er håpet om at andre kan finne de samme funnene overførbare til egen virksomhet (Kvale & Brinkmann, 2009; Postholm, 2010).

Gyldighet henspeler på at forsker undersøker det som hun hadde til hensikt å undersøke (Drageseth & Ellingsen, 2010). Det innebærer at intervjuer sjekker ut om hun har forstått informanten rett. Videre vil gode notater og gode lydbåndopptak bygge opp under gyldigheten, da det faktisk er det informanten sier som kommer frem, og ikke det intervjuer gjetter. Andre måter å sikre gyldigheten kan være gjennom metodetriangulering; ved å bruke flere metoder samtidig. Materialet kan vurderes av flere forskere, for å sikre at det ikke er kun en forskers tolkning som er styrende. Eller, dersom man leter etter bevis på det motsatte av det som resultatene viser, så vil det kunne styrke troverdigheten blir det hevdet av Drageseth og Ellingsen (2010).

3.8 Oppsummering

Prosjektet er blitt forsøkt gjennomført så konsekvent som mulig; med å holde seg til de beskrevne metoder og teorier har intervjuene blitt gjennomført, transkribert og analysert.

Valgene som ble gjort underveis i forhold til teori og metode viste seg å være hensiktsmessige. På den bakgrunn ble funnene i denne studien ble etter hvert svært tydelige. Det ble avdekket ett område hvor det var få klare retningslinjer. Det ble konkludert med at pårørende er prisgitt den enkelte sykepleiers prioritering, og valg av engasjement. Samtidig ble det tydelig at det er muligheter, rom og tid i den vanlige sykepleierhverdag til å legge til rette for gode relasjoner, innen de nåværende rammene. Det er ikke penger eller tid det står på, men om sykepleierne ser viktigheten av å ta det ansvaret.

Det er det ett håp at leserne som arbeider i kommunehelsetjenesten ser nytten av dette prosjektet, og ser at det er lærdom i det som kan overføres til deres egne arbeidsplasser og arbeidshverdager. Videre er håpet at det for fremtiden vil være ett større fokus på hva som faktisk kan gjøres når det gjelder å legge til rette for relasjon og kommunikasjon i kommunehelsetjenesten.

4 LITTERATURLISTE

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P. Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley
- Charalambous, A. Papadopoulos, R. Beadsmoore, A. (2008) Ricoeur's hermeneutic phenomenology: an implication for nursing research. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22. 637-642
- Drageseth, S., Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*. 5 (4) 332-335. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0027.+
- Eines, T.F. Lykkeslet, E (2008) Hvilke forhold kan bidra til opplevelser av tillit i relasjonen mellom helsepersonell og pårørende? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 1. 65-77
- Gaugler, J. E. Ewen, H. H. (2005) Building relationships in residentioan long-term care. Determinants of staff attitudes toward family members. *Journal of Gerontological Nursing*. 31. 9. 19-26
- Geanellos, R (2000) Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts *Nursing Inquiry*. 7: 112–119
- Grimen, H. (2009) *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I: Molander, A. & Terum, L.I.(Red.) *Profesjonsstudier*, (s. 197-216). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heidegger, M. (2007) *Væren og Tid*. Oslo: Pax.
- Heidegger, M (2005) *Introduction to phenomenological research*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Hertzberg, A. Ekman, S.L (2000) We, not them and us? Views on the relationship and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*; 31. 3. 614-622
- Hertzberg, A. Ekman, S.L, Axelsson, K. (2001). Staff activities and behavior are the source of many feelings: relatives' interaction and relationships with staff in nursing homes, *Journal of Clinical Nursing*, 10: 380-388.
- Hertzberg, A. Ekman, S.L. Axelsson, K. (2003) _Relatives are a resource, but..._: Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes, *Journal of Clinical Nursing*, 12: 431–441.
- Karlson, M, Roxberg, A, Barbosa da Silva, A Berggren, I. (2010).Community nurses' experience of ethical dilemmas in palliative care *International Journal of Palliative Care*, May; 16 (5) 224-3.

- Kellet, U. M. (1998). Meaning-making for family carers in nursing homes, *International journal of nursing practice*, 4: 113-119.
- Kellet, U. M. (1999). Transition in care: family carers' experience of nursing home placement" *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1474-1481.
- Kellet, U. (2007) Seizing possibilities for positive family caregiving. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 6 1479-1487
- Kirkevold, M. ((1993) Fortellingens plass i sykepleiefaget. I: Kirkevold, M., Nortvedt, F., Alvsvåg, H. (Red.). *Klokskap og kyndighet – Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør, om omsorgens forhold til sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Kvale, S. Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, A.K. (2008) *En enklere metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindseth, A. Norberg, L. (2004). A Phenomenological Hermeneutical Method for Researching Lived Experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145–153.
- Løgstrup, K. E (2010) *Den etiske fordring*. Århus: Forlaget KLIM
- Martinsen, K. Eriksson, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg, 3 dialoger*. Oslo. Tano
- Martinsen, K. (2006). *Care and Vulnerability*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K. (2008). *Øyet og Kallet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Nightingale, F. (1998). *Notes on nursing – bemerkninger om sygepleje*. København: Munksgaard
- Norsk Forening for Palliativ Medisin. (2004). *Standard for palliasjon*.
- Polit, D.F. Beck, C. T (2010). *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*" 7. Edt. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins.
- Postholm, M.B (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudie*, 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pålsson, M Norberg, A. (1995). District nurses' stories of difficult care episodes narrated during systematic clinical supervision sessions, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9 (1) 17-27.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the surplus of meaning*. Texas: the Texas Christian University Press
- Ricoeur, P. (1998). *Hermeneutics & the Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, A. A. Scullion, H.F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes " *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 626-634.

Rydeman, I Törnquist, L Gustafsson, B. (2005). Patient/relative power in home care nursing: A study of involvement and influence from the district nurses point of view, *Theoria Journal of Nursing Theory*, 14 (2) 5-18.

Simonsen, S. Nylenna, M. (2005). *Helseforskningsrett. Den rettslige reguleringen av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stein-Parbury, J. (2009). *Patient & Person. Interpersonal Skills in Nursing*” 4. EDT. Elsevier: Churchill Livingstone.

Ward-Griffin, C. McKeever, P. (2000). Nurses and family caregivers of elderly relatives engaged in 4 evolving types of relationships. *Evidence Based Nursing*, Oct 3 (4): 134.

Öhman, M. Söderberg, S. (2004). District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 858-866.

”Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende”

- **Hvordan opplever sykepleiere i kommunehelsetjenesten relasjon til pårørende?**

En vitenskaplig artikkel

Hilde M. Johansen

Universitetet i Agder

Forfatterinformasjon

Hilde M. Johansen, Masterstudent i Klinisk Sykepleievitenskap, ved Institutt for Helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder.

Forfatter kan nås på hmjoha@hotmail.com

Antall ord i artikkelen: 4768

Link til Nordisk Sykepleieforskings forfatterveiledning:

<http://sykepleieforskning.no/nordisk-sykepleieforskning/forfatterveiledning/>

Sammendrag

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplever utviklingen og opprettholdelsen av relasjoner til pårørende. Problemstillingen var ”Hvordan opplever sykepleiere i kommunehelsetjenesten relasjon til pårørende?”. Det ble gjennomført ustrukturerte intervju med 5 sykepleiere. Narrativene ble transkribert og analysert med Lindseth og Norbergs fenomenologisk-hermeneutiske modell, som er bygd på Ricoeurs hermeneutiske teori. Funnene kan oppsummeres i fem hovedpunkt; (i)kontakt, (ii) roller og forventninger, (iii)verbal og nonverbal kommunikasjon, (iv) tid, og (v) sykepleieres kompetanse og engasjement. Konklusjonen ble at relasjoner i dag formes tilfeldig, da det er opp til den enkelte sykepleier hvordan prioritering av tid, engasjement og kontakt skjer. Derimot er det mulig, innen de gitte rammene å utvikle gode relasjoner, dersom sykepleier er bevisst sitt ansvar.

Nøkkelord: kommunikasjon, kontakt, forventninger, fenomenologisk-hermeneutisk.

Abstract

The purpose for this study was to explore how nurses can obtain and develop good relationships with relatives in community health care settings. The research question was: “How do community health nurses experience the good relationships with relatives?” Information was gathered through interviewing 5 community health nurses. The data was then transcribed and analyzed with Ricoeurs hermeneutical theory, presented in a model by Lindseth and Norberg. The nurses shared many different narratives about their experiences and from this where drawn five key points: Contact, Roles and Expectations, Verbal and Nonverbal communication, Time, and The Nurses Competence and Attitude. The Conclusion was that relationships in general are formed by chance, because there are few, if any formal procedures. This study shows that it is possible to create good relationships, as long as the nurses priorities it.

Keywords: family carer, contact, communication, phenomenology, hermeneutic.

Introduksjon

Pårørendes rolle i kommunehelsetjenesten har til nå vært en ganske usynlig del av sykepleiernes hverdag. Viktigheten av å inkludere dem har tilsynelatende blitt lite fokusert i forskning. Skagestad (2008) beskriver gjennom historier fortalt av pårørende, om den manglende oppmerksomheten rundt pårørendes situasjon.

Mottakere av helsetjenester er pasienter. Pasientene har etter lov om pasientrettigheter (1999) § 3.2 rett til at deres pårørende gis informasjon hvis ønskelig. Det har i den nevnte lov, forarbeidene til denne, samt i forarbeidene til Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47 2008-2009) fremkommet ønske om å styrke pårørendes rolle.

Oppsummert betyr det at pårørende skal ha en mer fremtredende rolle gjennom aktiv tilgang til informasjon og deltakelse i prosessene. Helsearbeidere er dermed forpliktet til å forholde seg til pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2010). Dermed blir det viktig å legge til rette for gode samhandlingsformer og relasjoner mellom sykepleiere og pårørende. Pårørende er en viktig ressurs for pasientene og for helsearbeiderne, både som hjelper og informant. Erfaringsmessig er det lite fokus på den gode relasjonen; mens de gangene helsearbeidere opplever relasjonen som vanskelig, blir den gitt mye oppmerksomhet.

Det ble funnet få studier som viste gode relasjoner, derimot ble det funnet flere som avslørte dårlige eller manglende relasjoner mellom sykepleiere og pårørende (Hertzberg og Ekmann, 2000; Hertzberg et al., 2003).

I følge Ryan & Scullion (2000) hadde de fleste studier på relasjon blitt gjort i USA. Derimot har det blitt gjort flere i Sverige de siste årene (Hertzberg, 2001, 2003; Karlson et al., 2010; Öhmann & Söderberg, 2004). Temaet har også flere ganger blitt undersøkt i Australia (Kellet,

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

1998, 1999, 2007). Primært har nevnte studier vært opptatt av pårørendes og sykepleiers opplevde relasjon i institusjon. Disse har en viss overføringsverdi, særlig de som er gjort i Sverige, da helsetjenestene innad i Norden ligner hverandre.

Eines og Lykkeslet (2008) utførte ett samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Molde og en sykehjemsavdeling i Møre og Romsdal. I denne studien ble det konkludert med at de pårørende ved dette sykehjemmet var svært fornøyd med behandlingen deres nærmeste fikk, spesielt på grunn av tett samarbeid med sykepleierne, strukturerte møter og samtaler mellom pårørende og sykepleierne. Samt opplevelsen av at både de som pårørende og pasientene ble ivaretatt ved denne avdelingen.

Gaugler et al.(2005) viser at det er samsvar mellom sykepleier-pasient-relasjon og sykepleier-pårørende-relasjon. De konkluderer med at ved å se på den ene relasjonen kan man samtidig finne kvaliteten på den andre. Med andre ord, det er hensiktsmessig å avdekke hvordan sykepleiere samhandler med pårørende, da det kan si noe om kvaliteten på relasjonen mellom sykepleiere og pasienter.

Søk knyttet til dette prosjektet har ikke avdekket litteratur som omhandlet hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten i Norge opplever relasjonen til pårørende. Det var derfor interessant å undersøke nærmere hvordan norske sykepleiere opplever relasjonen til pårørende; og hvordan de oppretter og vedlikeholder slik kontakt i hverdagen.

Teoretisk referanseramme

Sykepleie er ett yrke som utøves for og med andre. For å få det til kreves relasjon og interaksjon. I følge Stein-Parbury (2009) ligger det til sykepleiers funksjon å ta initiativ til kontakt. Hun påpeker at relasjonen utvikles i en bestemt setting, og er ytre begrenset av tid og rom. Det å lytte er i følge Stein-Parburys (2009) sykepleierens viktigste egenskaper. En annen viktig egenskap er å se den andre (Martinsen, 2006, 2008). Scheel (2005) påpeker at

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende mennesker alltid er i relasjon til andre, og understreker dermed viktigheten av å være oppmerksom på relasjonen. Det må være noen forutsetninger tilstede for å kunne bygge relasjoner; deriblant tillit og respekt. Løgstrup (2010) hevder at tillit er elementært i forhold til det å være menneske i verden, og at mennesker i utgangspunktet møter hverandre med tillit. Grimen (2009) bekrefter det, men fremhever samtidig at blind tillit neppe er realistisk. Derimot hevder han at mennesker møter hverandre med en mulighet for tillit. Respekt er jf. Slettebø (2001) beskrevet å ha 3 kjennetegn; ærefrykt, ærbødighet og aktelse.

Hensikt

Denne studien hadde til hensikt å undersøke hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever å bygge relasjoner sammen med pårørende, og hvordan de håndterer kontakten i det daglige.

Metode

Da hensikten med studien var å kartlegge hvordan sykepleiere opplever fenomenet relasjon, ble det ble valgt en kvalitativ metode (Polit & Beck, 2010). Intervjuene hadde fokus på narrativer, som siden ble tolket i en fenomenologisk-hermeutisk analyse (Lindseth & Norberg, 2004).

Rekruttering og utvalg

Det ble tatt kontakt med avdelingsledere, soneledere og andre sykepleiere i flere kommuner; via disse ble det formidlet kontakt med mulige informanter, som deretter ble kontaktet direkte. Det var ett mål å få sykepleiere fra ulike kommuner, med ulik bakgrunn, ansiennitet og alder for å få flest mulig variasjoner på historiene. Studien omfatter intervjuer med 5 sykepleiere fra 4 kommuner i 2 fylker. Aldersspredningen var fra 37 år til 58 år. De var alle kvinner. 4 av dem var opprinnelige norske. Ansienniteten var fra 3 år til 28 år. 4 av dem hadde jobbet i kommunehelsetjenesten hele tiden. 1 hadde erfaring fra andre ledd av

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

sykepleietjenesten. 2 hadde jobbet som leder, 1 gjorde det fortsatt. 1 av informantene var kun fra sykehjem. 1 kun fra hjemmesykepleie. De andre 3 hadde jobbet begge steder.

Gjennomføring av intervjuene

Hvert intervju ble foretatt på den lokalisasjon mest komfortabel for informanten. 4 av intervjuene ble foretatt hjemme hos informantene, mens ett ble foretatt på ett offentlig sted. Intervjuene varte mellom 30 og 45 minutter. Her ble informantene bedt om å fortelle åpent om deres opplevelser av relasjoner med pårørende, med fokus på de gode relasjonene. Det ble spurt om hva som kjennetegnet disse relasjonene, og hvordan sykepleierne definerte relasjon. Intervjuene ble forsøkt gjennomført med så åpne spørsmål som mulig, uten bruk av strukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009). Hovedspørsmålet var: ”kan du fortelle en historie der du virkelig opplevde den gode relasjonen til pårørende”. Oppfølgingsspørsmålene ble så valgt ut fra hvilken informasjon som kom frem.

Intervjuene ble transkribert ordrett umiddelbart etter hvert intervjuene, for å få med essensen i det de fortalte.

Etiske hensyn

Før oppstart av studien ble prosjektbeskrivelsen oversendt Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD) for godkjenning. Når godkjenning forelå, ble det tatt kontakt med feltet. Alle informantene ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien, og dens hensikt. De ble alle informert om muligheten til å trekke seg fra intervjuet, samt til å trekke tilbake informasjonen innen den var blitt en del av analysen. Informantene gav skriftlige, informert samtykke. De ble forespurt om intervjuene kunne tas opp på bånd, ingen reserverte seg. Samtlige informanter ble gitt anledning til å lese den transkriberte teksten etterpå hvis de ønsket. Ingen ba om dette.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Alle lydbåndopptak ble slettet etter transkriberingen. Og de transkriberte data og samtykkeerklæringene ble forskriftsmessig oppbevart (Simonsen & Nylenna, 2005).

Informasjonen kan ikke karakteriseres som sensitiv. Det ble gjort avtaler med informantene før oppstart at det ikke skulle nevnes navn eller andre direkte gjenkjennbare trekk ved de situasjonene de valgte å fortelle om.

Analyse

Lindseth og Norberg (2004) har utviklet og beskrevet en fenomenologisk-hermeneutiske analysemetode som bygger på Ricoeurs hermeneutiske teori om tolkning som en metode for å analysere tekster. (Charalambous, 2008; Geanellos, 2000; Ricoeur 1976, 1998). Skjematisk innebærer denne metoden at teksten blir forsøkt forstått i en dialektisk bevegelse mellom helhet og deler, og mellom forståelse og forklaring: Først gjøres en naiv lesing av hele teksten, for å få en umiddelbar forståelse av hva den handler om. Deretter foretas en oppdeling av tekst til mindre meningsenheter, som igjen skal fortolkes og forklares. Til sist å tolke de enkelte delene i forhold til teksten (Söderberg et al., 1999).

FUNN

Naiv forståelse

Sykepleierne fortalte at det å få til gode relasjoner opplevde de som viktig. For å få det til var det flere faktorer som måtte ligge til rette. De beskrev ønsket om god kontakt, om tydelige rollefordelinger, og avklarte forventninger. Videre var de opptatt å formidle at de måtte bruke seg selv aktivt i møte med de pårørende. De var tydelige på at det å være sykepleier gjorde at de i kraft av sitt yrke hadde en forpliktelse til å tilrettelegge for gode arenaer for relasjon. De sa derimot ikke at de alltid lyktes med det, men de hadde noen klare tanker og formeninger om hva som må til for å lykkes med å bygge gode relasjoner. Videre ble det beskrevet hvordan de opplevde det når de lyktes, og når de ikke gjorde det. De var

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende åpne med hva møtene med de pårørende har gjort med deres syn på egen sykepleiekompetanse.

Strukturell analyse

Analyseprosessen gikk fra naiv lesing, uttrekking av meningsenheter, via kondenserte meningsenheter til subtema og tema som vist i tabell 1:

Sett inn tabell 1 her

Subtema og tema ble fordelt som vist i tabell 2.

Sett inn tabell 2 her

Kontakt

Manglende rutiner og tilfeldig kontakt

Flere av sykepleierne opplevde at kontakten mellom sykepleiere og pårørende generelt var preget av manglende rutiner, og derfor ble tilfeldig. Ofte var kontaktpunktet når pårørende kom på besøk, eller hvis det skjedde noe akutt med pasienten. De eneste gangene de pårørende jevnlig har kontakt med sykepleierne, var der pårørende bodde sammen med pasienten. Flere av sykepleierne opplevde det som en utfordring å forsøke kompensere for det. En av sykepleierne fortalte at hun hadde gitt fra seg sitt private mobilnummer til de pårørende hvor hun var primærkontakt, for at de skulle ha anledning til å ha en person å

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

forholde seg til. En annen var opptatt av at det burde være klare rutiner på hvordan man ivaretok kontakten med pårørende. Som en sa ”akkurat som vi oppdaterer IPLOS en gang i blant, så burde vi.. hatt kontakt med pårørende”. Flere av sykepleierne henviste til primærkontakts ansvar, men det kom samtidig frem at tilfeldig kontakt var regelen. Kontakten var avhengig av hvilket syn den enkelte sykepleier hadde på den delen av ansvaret.

Sykepleierne i denne studien valgte å ta jevnlig kontakt med pårørende. Begrunnelsene var ulike; en sa ”dialogen blir lettere” og opplevde at relasjonen ble bedre av at hun var på tilbudsiden. En annen sa ”jeg opplever at de pårørende setter stor pris på å bli kontaktet”.

Kjennskap

Sykepleierne fortalte om viktigheten av å bli kjent med de pårørende, slik at de kunne forstå hvordan de pårørende tenkte og deres reaksjonsmønster. Som en sa det ”Vi kan kanskje oppfatte de pårørende som annerledes enn det de egentlig er, fordi vi ikke har hatt anledning til å danne oss ett ordentlig bilde av dem”. Særlig viktig opplevde sykepleierne i denne studien det i forhold til de såkalte ”vanskelige pårørende”. Flere poengterte at pårørende sjelden var ”vanskelige, men engasjerte og frustrerte”. De mente at sykepleierne måtte lære de pårørende å kjenne for å forstå den virkeligheten de pårørende står i.

Roller og forventninger

Pårørendes rolle

Pårørende var i følge sykepleierne en viktig ressurs for pasienten. Det var naturlig at de skulle tas med på råd når det gjaldt pleien. Samtidig var det viktig at sykepleier var oppmerksom på situasjonen til den enkelte pårørende. Flere av sykepleierne poengterte at de pårørende ikke er en ensartet gruppe. De fortalte om mange godt voksne som ofte hadde behov for hjelp selv. Det ble påpekt at pårørende ikke må pålegges oppgaver eller forventninger som de ikke er i stand til å møte. Enkelte pårørende opplevde at deres rolle i

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

forhold til pasienten var blitt svært endret; som en fortalte ”mange pårørende påpekte at jeg kjenner meg som en mor for min mor, og det blir galt for meg”. Det ble sagt at det er viktig at sykepleiere støtter pårørende i den nye situasjonen de er kommet opp i.

Pårørendes forventninger

Sykepleierne opplevde at pårørende kunne ha urealistiske forventninger til deres arbeid, og situasjonen forøvrig. Noen fortalte om uinnfridde forventninger som en kilde til konflikt. Da måtte sykepleier gå inn i situasjonen og forsøke forklare årsaken til det gitte resultat. Det kom også frem at pårørendes forventninger ikke bare var skapt ut fra den aktuelle situasjonen, men kunne være på bakgrunn av tidligere erfaringer. Som en presenterte det: ”dersom deres erfaring er at de tidligere ikke har fått den hjelpen de trenger fra hjemmesykepleien, kan det være vanskelig å tro at de vil få det i fremtiden”. I de tilfellene var det enda viktigere å forstå hvorfor pårørende møtte med nettopp *de* forventningene, og avklare situasjonen sammen med dem.

Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon

Sykepleierne fortalte om ulike opplevelser der de opplevde å måtte gå inn i den veiledende eller undervisende funksjon overfor pårørende. De fortalte om situasjoner der de pårørende ikke hadde kunnskap og hvor sykepleieren måtte forklare om sykdom og utvikling. Andre ganger opplevde sykepleierne at de pårørende virket forvirret og usikre på hvordan de skulle takle situasjonen, og hvor sykepleierne kunne veilede dem til å finne sin rolle i forhold til pasienten. Eller som en sa det: ”Mange pårørende trenger å få beskjed om at hva de kan gjøre. Mange tør ikke ta initiativ. Vi må være tydelige og vise dem at de kan gjøre ting. Vi kan vise dem at de er nyttige for pasienten, og at de kan bidra.” Sykepleieren så det da som sin oppgave å vise de pårørende at de er en ressurs, og at de er velkomne til å delta. Andre ganger fortalte sykepleiere at de pårørende kom og var ganske fortvilte, og trengte hjelp til å

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

sortere tanker og følelser, og finne kjernen i problemet. Sykepleieren sa det slik: ”bare det å få dem til å tenke litt annerledes kan også få det til å løsne litt oppi det hele.”

Verbal og nonverbal kommunikasjon

En av de tingene sykepleierne fortalte mye om i denne studien var den nonverbale kommunikasjon, og hvordan de brukte seg selv i møte med de pårørende.

Formidle tilstedeværelse

For det første var sykepleierne opptatt av å formidle at de pårørende måtte bli hørt og sett. Flere av dem gjentok flere ganger viktigheten av å lytte. Ta seg tid til å lytte. Videre var de opptatt av å formidle at jeg hører deg, og jeg ser deg. Det gjorde de gjennom å vise at de var tilstede for pårørende. En forklarte det slik ”når du treffer dem, setter deg ned, ser på dem og prater med dem...og lar dem få lov til å prate.” En sykepleier sa det tydelig ”sett deg ned, ikke vær i alle oppgavene”. Hun opplevde at det å la være å utføre prosedyrer samtidig som hun snakket med de pårørende hadde vist seg å være nyttig. Hun opplevde at de pårørende gav bekreftelse på at de hadde fått sitt behov dekket, ved at hun viste seg helt tilstede for dem de minuttene hun satte av. Om viktigheten av å bli sett og hørt sa en sykepleier: ”hvis du ikke opplever å bli hørt, får du heller ingen relasjon”.

Gi rom for følelser

Ett aspekt som ble holdt frem flere ganger under intervjuene var å åpne opp for pårørendes følelser. Sykepleierne fortalte om gjentatte opplevelser med pårørende som var fortvilte, og som hadde behov for å sette ord på sine tanker og følelser. Som en sa det: ”Det er viktig at de får en følelser av at det ikke er skambelagt å ha et sykt familiemedlem. Det går an å snakke om det. Det er lov å være fortvilet, sliten, og irritert.” Flere poengterte at det var at sykepleieren gav tillatelse og rom for at de følelsene skal få komme frem.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Formidle forståelse

En av sykepleierne fortalte ”når jeg formidlet at jeg forstår hva du har slitt med, begynte han å gråte. Endelig var det noen som hørte”. De fortalte om viktigheten av å møte de pårørende med åpenhet, ydmykhet og respekt. Gjennom formidling av forståelse la de grunnlaget for den videre relasjonen. Sykepleierne vektla å gi pårørende en opplevelse av å bli tatt på alvor når de presenterte sin situasjon, samt viktigheten av å møte de pårørende på en ordentlig måte.

Bruk av hverdagslig språk

Det fremkom i flere av intervjuene viktigheten av at sykepleiere må møte de pårørende med ett språk som er tilgjengelig for dem. De fremholdt at pårørende kanskje var gamle, eller i krise. Dersom de da ble møtt med ett for dem fremmed fagspråk, kunne det oppleves som maktmisbruk. Dessuten var sykepleierne opptatt av å være tilstede for pårørende med informasjon i det daglige. De fortalte flere ganger at det var en selvfølge at man gav informasjon dersom det var endringer i situasjonen rundt pasienten, hvis det oppstod akutte ting eller ved terminalpleie. Derimot kom det frem at sykepleierne opplevde at det kunne være mindre kommunikasjon og informasjon i det daglige. Som en sa det: ”Mange ganger føler jeg at vi glemmer pårørende. Vi glemmer å informere. Selvfølgelig når terminale pleies, så informerer vi pårørende. Men i det dagligdagse, det tror jeg er veldig viktig”. Videre var de opptatt av at informasjon ikke var gitt før den var mottatt av den andre part. Sykepleier må være bevisst å sjekke ut om den andre har forstått det som er forsøkt formidlet. Hvis informasjonen ikke er forstått, må den gjentas, gjerne med andre ord, på annet vis, og kanskje også en annen dag.

Tidsfaktoren

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Tid er en ressurs som ofte blir satt på prøve. Sykepleierne fortalte om travle hverdager og mye hast; men likevel var de tydelige på at det å bruke tid var viktig.

Prioritering av tid

Sykepleierne i denne studien formidlet flere ganger at det å bruke tid både var viktig og nødvendig for å få til en god relasjon. Enkelte var så tydelige at de hevdet at man sparer tid ved å bruke tid: ”vi bruker mindre tid om vi setter oss ned 5 minutter, enn vi bruker på alle de telefonene, avviksmeldingene, og alle beskjedene”. Videre var de opptatt av å få frem at relasjoner ikke ble bygd uten å bruke tid. Dessuten som en sa det; ”for å bygge relasjoner må du gjøre det om igjen og om igjen. Det krever tid og kontinuitet. Det er en prosess”. De var poengterte sykepleierens mulighet til å prioritere hvordan hun legger opp dagen sin, og viste til at sykepleier kan velge om hun vil bruke tid på relasjonsbygging innen gitte rammer. En sa det slik ”Jeg hadde som vanlig dårlig tid. Men jeg valgte å se bort fra det. Og tenkte, jeg kan bruke litt ekstra her og litt ekstra der”.

Sykepleiers kompetanse og engasjement

Formidle interesse og engasjement

Sykepleierne var tydelige på at de selv var en viktig ressurs i forhold til å bygge relasjoner. De var bevisst på hvordan de møtte de pårørende og at det var deres valg om de ville engasjere seg i de pårørende. En måte å formidle interesse var å være blid og åpen i møte med dem. Ved å være på tilbudsiden, fikk de frem at de faktisk var interessert i å hjelpe. Videre formidlet de viktigheten av å være positivt innstilt. De fortalte om sykepleiers evne til å vise at de var genuint opptatt av å oppnå kontakt, og ikke minst var det viktig at hun viste at hun hadde tro på et samarbeid med pårørende.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Møte pårørende der de er

Sykepleierne poengterte at det å møte pårørende ikke var en fast oppskrift, da de pårørende ikke er en ensartet gruppe. Som en sa det: ”Du må føle deg frem der og da, hvor du har pårørende hen både følelsesmessig og intellektuelt”. Flere poengterte at de pårørende kunne være i krise, eller de kunne oppleve det veldig sårt å måtte gi fra seg ansvaret for sine nærmeste til andre. Samtidig var de opptatt av at pårørende skulle føle seg ivaretatt. For å gjøre det måtte sykepleier bruke sin kunnskap og sin intuisjon; ”du kan ikke bruke samme strategi på alle.”

Formidle tilgjengelighet

Ved å være åpen og stille direkte spørsmål til pårørende, kunne sykepleier vise at hun var tilgjengelig for samtale. Særlig om hun valgte å spørre ”hvordan har du det? Hvordan går det med deg? Istedenfor å spørre ”hvordan går det med den syke?” Sykepleierne var opptatt av å vise at de ikke bare var tilgjengelig for pasienten, men også for pårørende som person. Samtidig var noen av sykepleierne opptatt av å sette noen grenser for den tilgjengeligheten; at det var viktig å poengtere overfor pårørende at det var profesjonell interesse som lå for dagen. Mens andre ikke hadde samme behov for å avgrense, og derimot gav fra seg privat mobilnummer, for å vise at de var tilgjengelig for pårørende.

Pålitelighet og kompetanse

Sykepleierne fortalte om viktigheten av å være trygg på sin rolle som sykepleier, og vise at man var til å stole på. Det fremkom da som viktig å få frem at man ikke skulle love mer enn man kunne holde. Ei heller å gå utover sin kompetanse, men vise seg som en pålitelig og dyktig yrkesutøver. De formidlet at sykepleier må være en person som kan sitt fag, og som evner å roe ned situasjonen gjennom å vise at hun har kontroll på situasjonen. Samtidig var flere opptatt av å utvikle sine ferdigheter, hvorav refleksjon ble sett på som en viktig kilde til

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

ytterligere kompetanse. ”Det er viktig med refleksjon. Det er nettopp det å utveksle erfaring og kunne lære av hverandre. Jeg tror vi blir flinkere på det mellommenneskelige da”.

Sykepleier må utvise en inkluderende holdning og adferd

Sykepleierne var bevisste på hvordan de selv kunne påvirke miljøet og situasjonen rundt seg. De fleste mente at grunnlaget for relasjon lå i sykepleierens holdning og adferd. En sa det slik: ”Jeg tror ikke det handler om kjemi, men om hvordan du opptrer. Du skal vise interesse for dem, det er en prosess. Det har med holdninger å gjøre”. Sykepleiers holdning og adferd påvirkes av flere faktorer, som en sa det ”mange blir nok hjernevasket til å tro det er vanskelig gjennom negative samtaler”. Hun var veldig opptatt av at sykepleiere måtte unngå å snakke negativt eller nedsettende om pasienter og pårørende, da det var holdninger som lett kunne spre seg. Samtidig ble det fremholdt viktigheten av å ha en evne til tålmodighet i møte med andre mennesker. For som en sa det ”for å bygge relasjoner må man ha tillit og respekt. Og begge parter må oppleve seg som likeverdige”.

Diskusjon

Kontakt

Litteraturen (Stein-Parbury, 2009) påpeker viktigheten av at sykepleiere initierer kontakt. I følge studier samstemmer det med pårørendes ønsker, likevel er det oftest pårørende tar kontakt (Hertzberg & Ekmann, 2000). Sykepleierne i denne studien opplevde frustrasjon i forhold til dette; fordi noe de mente var viktig ble overlatt til tilfeldigheten. Sykepleierne kommenterte at de hadde ønsket at det var tydeligere rutiner rundt det. Enkelte fortalte at de valgte å ta og holde kontakt. De sa samtidig at når de ringte, måtte de poengtere overfor de pårørende at det ikke var skjedd noe alvorlig, men at de bare ønsket å høre hvordan de opplevde situasjonen.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Eines og Lykkeslet (2008) viste at det å systematisere kontakten hadde positiv effekt. Pårørende ble tryggere, og arbeidshverdagen enklere for de ansatte. Hertzberg et al. (2001) fant at pårørende reagerte på de ansattes adferd overfor pasientene. Dette samsvarer med Gaugler og Ewen (2005), som dessuten fant at sykepleiere som hadde god relasjon til pasienten, ofte hadde en god relasjon til pårørende også.

Rolle og forventning

I kommunehelsetjenesten kan pårørende møte de samme sykepleierne i flere sammenhenger. Særlig gjelder dette i mindre kommuner hvor lederne kan være besluttende myndighet den ene dagen, og utøvende sykepleier i tjeneste den neste. Da blir det enda viktigere at sykepleier er bevisst på hvilken rolle hun går inn i. Pårørende på sin side kan ha ulike oppfatninger av hva som skal være deres rolle, og kan ha ulike forventninger. På samme måte som Hertzberg (2003) fant at pårørendes alder og kjønn påvirket relasjonen fortalte sykepleierne om ulike forventninger fra ulike grupper. Flere av sykepleierne opplevde at pårørendes forventninger var avhengig av deres alder. Yngre pårørende kunne ha en større forventning om at sykepleierne overtok ansvaret, enn eldre. Derimot var det ikke uvanlig at sykepleierne måtte hjelpe eldre til å innse at de ikke lenger måtte eller kunne være den omsorgspersonen de hadde vært. Ryan og Scullion (2000) fant at kvinner dominerte i rollen som pårørende, og dess nærmere de var pasienten i slekt, dess oftere var de i kontakt med hjelpeapparatet. Det kom frem at selv om både pårørende og sykepleier hadde pasienten i fokus, var det svært ulike betraktninger som la grunnlaget for omsorgen. Der sykepleierne møtte med sin kunnskap og profesjonalitet, møtte pårørende ut fra allerede eksisterende familiestrukturer. Fegran (2009) viste at relasjoner utvikles over tid, og blir ofte gode, men kan av og til bli vanskelige; og når det skjer handler det ofte om usikre rollefordelinger. Kellet (2007) fremhever viktigheten av å møte de pårørende, og la dem delta i omsorgen, ut fra egen forutsetning.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Verbal og nonverbal kommunikasjon

Å formidle tillit og trygghet var en av de faktorene som sykepleierne var svært opptatt av. I følge Løgstrup (2010) er det naturlig å møte nye personer med åpenhet og tillit. De fleste gjør det, uten å tenke over det, med mindre tilliten er blitt brutt. Helsevesenet som system, og sykepleien som profesjon er avhengig av publikums tillit (Grimen, 2008, 2009). Flere sykepleiere fortalte om pårørende som hadde fått tilliten til helsevesenet endret ut fra dårlig erfaring tidligere. De har kanskje blitt lovet hjelp, som ikke har blitt gitt. Slik at de senere sitter igjen med mistillit til de samme systemene. Det er krevende å snu slik oppfatning. Men flere av sykepleierne fortalte om situasjoner hvor de hadde klart nettopp det; gjennom å sette seg ned og lytte til historiene som de pårørende hadde å fortelle. Gjennom å vise at man faktisk bryr seg om deres erfaringer, og gjennom å bekrefte deres opplevelser klarer de å gjenopprette tillit. Dette blir bekreftet av Eines og Lykkeslet (2008), hvor det fremkom fra flere at de tidligere hadde opplevd utrygghet i møte med helsevesenet, mens nå følte de seg trygge. Det viser at man må aktivt vise at man ser, hører og prøver å forstå den andre part, jf Martinsen (2006, 2008) og Stein-Parbury (2009). Først når man har oppnådd god kommunikasjon vil man kunne få tillit, kjennskap og innflytelse (Hertzberg & Ekmann, 2000)

Sykepleiers kompetanse og engasjement

Sykepleierne i denne studien var tydelige på at valg av engasjement og interesse får betydning for hvordan arbeidet utføres, dette bekreftes av Scheel (2005). Hun beskriver at forståelse av andre mennesker kan utarte seg på ulike vis; eksempelvis ved at engasjementet forsvinner og omsorgen blir likegyldig, eller den andre kan oppleves som anmasende. Til det skriver hun ”sykeplejersken i den interaksjonelle sykepleie er klar over det”. Med andre ord, sykepleiere å være sin rolle og kompetanse bevisst, og gjøre faglige vurderinger, og gjennom sitt engasjement og kjennskap til personene tilrettelegge etter beste evne.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Kellet (1998, 1999, 2007) viser at sykepleieren er en svært viktig ressurs i forholdet til hvordan pårørende kan ivaretas, både som medhjelper og som person. Gaugler og Ewen (2005) fant tydelige sammenhenger mellom sykepleiers adferd i relasjon til pasienter og pårørende. For å bygge tillit, må sykepleieren vise seg tilliten verdig (Grimen, 2008; Løgstrup, 2010). I det ligger at sykepleier må overholde det hun lover, og vise at hun har nødvendig kompetanse. Pårørende opplevde sykepleiere som kompetente sykepleiere viste interesse for å få informasjon fra pårørende (Hertzberg & Ekmann, 2000). Stein-Parbury (2009) skriver at sykepleierens holdninger og handlinger er viktige i formidling av relasjon. Hertzberg og Ekmann (2000), Hertzberg et al. (2001, 2003) beskriver alle hvordan mangel på engasjement fra sykepleierne gjør relasjonen dårlig. Mens Eines og Lykkeslet (2008) viser hvordan pårørende opplever trygghet, inkludering og samarbeid når kommunikasjonen er god.

Konklusjon

Sykepleierne i denne studien viste til kontakt, avklarte roller og forventninger, verbal og nonverbal kommunikasjon, tid, engasjement og kompetanse som viktige forutsetninger for å utvikle relasjoner til pårørende. Tilsynelatende ble det fra sykepleiernes side satt likehetstegn mellom faktisk relasjon og god relasjon; da de fleste beskrev manglende og dårlig relasjon som synonymmer.

Sykepleierne i denne studien var bevisste på sitt ansvar og mulighet for å bygge gode relasjoner, men det kom tydelig frem at det var deres private og ikke den alminnelige ansvarsbevissthet. Derimot ble det poengtert at det generelt var tilfeldig hvordan relasjoner ble ivaretatt. Det var avhengig av hvilke valg den enkelte sykepleier tok. Sykepleierne som deltok i studien viste til manglende rutiner som en mulig årsak. Til tross for tydelige signaler fra øverste myndigheter om tettere kontakt og større delaktighet fra pårørendes side, var det få retningslinjer for hvordan denne funksjonen skulle ivaretas.. Sykepleierne var tydelige på at god relasjon til pårørende var viktig for pasientpleien. Derfor valgte de å bruke tid, og ikke minst seg selv, for å skape god kontakt og kommunikasjon, for på den måten å legge til rette for gode relasjoner. De viste at det er muligheter innen de nåværende rammene å legge til rette for gode relasjoner; dersom den enkelte sykepleier er det bevisst.

Referanser

- Bøckmann, K. Kjellevoid. A, (2010). *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Charalambous, A. Papadopoulos, R. Beadsmoore, A. (2008). Ricoeur's hermeneutic phenomenology: an implication for nursing research. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22. 637-642.
- Eines, T.F. Lykkeslet, E.(2008). Hvilke forhold kan bidra til opplevelser av tillit i relasjonen mellom helsepersonell og pårørende? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 1. 65-77.
- Fegran, L (2009). *Parents and nurses in a neonatal intensive care unit – the development of a mutual beneficial partnership in the care of the infant* Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Gaugler, J. E. Ewen, H. H. (2005). Building relationships in residential long-term care. Determinants of staff attitudes toward family members. *Journal of Gerontological Nursing*. 31. 9. 19-26.
- Geanellos, R (2000). Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts *Nursing Inquiry*. 7: 112–119.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I: Molander, A. & Terum, L.I.(Red.) *Profesjonsstudier*. (s. 197-216). Oslo: Universitetsforlaget
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hertzberg, A. Ekman, S.L (2000). We, not them and us? Views on the relationship and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*; 31. 3. 614-622.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Hertzberg, A. Ekman, S.L. Axelsson, K. (2001). Staff activities and behavior are the source of many feelings: relatives' interaction and relationships with staff in nursing homes.

Journal of Clinical Nursing, 10: 380-388.

Hertzberg, A. Ekman, S.L. Axelsson, K. (2003). _Relatives are a resource, but..._: Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 431-441.

Karlson, M, Roxberg, A, Barbosa da Silva, A Berggren, I. (2010). Community nurses' experience of ethical dilemmas in palliative care. *International Journal of Palliative Care*, May; 16 (5) 224-3.

Kellet, U. M. (1998). Meaning-making for family carers in nursing homes. *International journal of nursing practice*, 4: 113-119.

Kellet, U. M. (1999). Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1474-1481.

Kellet, U. (2007). Seizing possibilities for positive family caregiving. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 6 1479-1487.

Kvale, S. Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindseth, A. Norberg, L. (2004). A Phenomenological Hermeneutical Method for Researching Lived Experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.

Løgstrup, K. E (2010). *Den etiske fordring*. Århus: Forlaget KLIM.

LOV 1999-07-02 nr 63: *Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)* Helse og omsorgsdepartementet.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Martinsen, K. (2006). *Care and Vulnerability*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2008). *Øyet og Kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Polit, D.F. Beck, C. T (2010). *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*”
7. Edt. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins.

Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the surplus of meaning*. Texas: the
Texas Christian University Press.

Ricoeur, P. (1998). *Hermeneutics & the Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University
Press.

Ryan, A. A. Scullion, H.F. (2000) Family and staff perceptions of the role of families in
nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 626-635.

Scheel, M.(2005). *Interaksjonell sygeplejepraksis*.(3. Utg.). København:Munksgaard Danmark.

Simonsen, S, Nylenna, M. (2005). *Helseforskningsrett. Den rettslige regulering av medisinsk
og helsefaglig forskning*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skagestad, T. (2008) ”hva med meg da? Når partneren blir syk”, Noras Ark, Oslo

Slettebø, Å (2001). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Stein-Parbury, J. (2009). *Patient & Person. Interpersonal Skills in Nursing*” 4. EDT. Elsevier:
Churchill Livingstone.

St.mld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*.

Söderberg, A, Gilje, F. Nordberg, A (1999). Transforming Desolation into Consolation: the
meaning of being in situations of ethical difficulty in intensive care. *Nursing Ethics*; 6.
5, 357-373.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Öhman, M. Söderberg, S. (2004). District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 858-866.

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Tabell 1:

meningsenhet	kondensert	subtema	tema
"En trenger ikke å si så mye, men bare høre hva de egentlig sier, ta seg tid til å lytte. Det er viktig."	Ta seg tid til å lytte	Formidle tilstedeværelse	Verbal og nonverbal kommunikasjon
"De har gjerne så mange ting de lurer på, og tenker på og frustrasjon som de bare må få lov til å komme med".	De lurer på mange ting, tenker på mye, er frustrerte	Gi rom for følelser	
"Når jeg formidlet at jeg forstår hva du har slitt med. Og da begynte jo han å gråte. Endelig var det noen som hørte."	Formidle at jeg forstår hva du sliter med	Formidle forståelse	
"Vi som sykepleiere har makt både overfor pasienter og pårørende. Når vi skal samhandle med pasient og pårørende må vi ikke misbruke verken faglig, sosial eller den karismatiske makten. Vi må liksom balansere dette her. vi kan ikke bare møte de pårørende og bare bruke faguttrykk"	Være bevisst sykepleiernes makt Faguttrykk kan være maktmisbruk	Bruk av hverdagslig språk	

Tabell 1: Eksempel

Sykepleieres opplevelse av relasjon til pårørende

Tabell 2:

Subtema	Tema
Manglende rutiner og tilfeldig kontakt Kjennskap	Kontakt
Pårørendes rolle Pårørendes forventninger Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon	Roller og forventninger
Formidle tilstedeværelse Gi rom for følelser Formidle forståelse Bruk av hverdagslig språk	Verbal og nonverbal kommunikasjon
Prioritering av tid	Tidsfaktoren
Formidle interesse og engasjement Møte pårørende der de er. Formidle tilgjengelighet Pålitelighet og kompetanse Sykepleier må utvise en inkluderende holdning og adferd	Sykepleiers kompetanse og engasjement

Tabell 2: Subtema og tema



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Björg Dale
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 06.12.2010

Vår ref: 25370 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.10.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25370	<i>Møte mellom sykepleiere og pårørende i kommunehelsetjenesten - sykepleierens opplevelse av den gode relasjon</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Björg Dale
Student	Hilde Margrethe Johansen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen /


Bjørn Henrichsen


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Margrethe Johansen, Annas vei 9 D, 4515 MANDAL



Prosjektets formål er, gjennom sykepleieres historier og beskrivelser, å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten får til den gode relasjonen til pårørende.

Utvalget vil bestå av 7-10 kvinnelige og mannlige sykepleiere (sykehjem og hjemmesykepleie) fra 2 forskjellige kommuner i Vest-Agder. Student klarer prosjektet med ledelsen ved det enkelte sykehjem, og vil innhente tillatelse til å få informere om prosjektet ved et personalmøte. Interesserte tar direkte kontakt med student.

Personvernombudet finner informasjonsskriv vedlagt meldeskjema tilfredsstillende, forutsatt at følgende setning i avsnittet "Hva skjer med informasjonen om deg?" fjernes; "All personlig informasjon vil bli anonymisert", da dette beskrives senere i samme avsnitt, og da det tydelig fremgår at transkripsjoner vil kunne være personidentifiserende. Ombudet ber om at revidert skriv ettersendes oss for gjennomlesing innen det opprettes kontakt med utvalget.

Det innhentes direkte personidentifiserende opplysninger i form av navn og e-post. Videre innhentes opplysninger om alder, kjønn, arbeidssted, ansiennitet og fagbakgrunn, samt hvilken kommune vedkommende jobber i.

Fokus for undersøkelsen er sykepleierens relasjon til pårørende. Det gjennomføres ingen systematisk registrering av opplysninger om tredje person (pårørende).

Ombudet forutsetter at det ikke innhentes opplysninger fra sykepleier om 3. person (pleietrengende) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted. Ombudet anbefaler at forsker gjør informanten tydelig oppmerksom på dette i forkant av intervju.

Prosjektslutt er 01.08.2011. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger som f.eks. navn på kommune, arbeidsplass og avdeling, fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

Informasjons – og samtykke skjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Sykepleiere og pårørende – opplevelse av relasjon”

Bakgrunn for studien

Mitt navn er Hilde Margrethe Johansen, og jeg er for tiden student på masterstudiet i helsefag, med fordypning i klinisk sykepleievitenskap, ved Universitetet i Agder. Som avslutning på studiet skal jeg nå gjennomføre et forskningsprosjekt som har fokus på erfaringer og opplevelser som sykepleieres har i forhold til å være i relasjon med pårørende.

Jeg har selv gjennom mitt arbeid som sykepleier mange ganger grunnet over hva som kjennetegner de relasjoner vi sykepleiere har med pårørende, og da spesielt i kommunehelsetjenesten. Når man arbeider på sykehjem eller i hjemmesykepleien har en ofte en svært nær og langvarig kontakt med de pårørende. Denne kontakten kan også påvirke den sykepleien som gis til pasienten. Jeg er derfor interessert i å undersøke hvordan slike relasjoner utvikles og vedlikeholdes.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra til økt kunnskap om slike relasjoner, ikke minst for å se om det er noe vi kan legge til rette for at disse skal bli så gode som mulig. Du er valgt ut fra på bakgrunn av din erfaring med det aktuelle praksisfeltet, og jeg håper du har lyst til å bidra med dine egne historier angående dette.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å gjennomføre en samtale, eller intervju, med deg. Intervjuet vil vare maksimum en time og vil bli foretatt på ett nøytralt sted, eller ett sted etter ditt ønske. Selve intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd for å forhindre misforståelser, feiloppfattelser eller annet som kan medføre at informasjonen du gir blir endret.

Samtalen med deg vil foregå slik at du vil bli invitert til å meddele så fritt som mulig dine egne erfaringer og opplevelser i forhold til det fenomenet jeg undersøker, dvs. relasjon til pårørende. Du skal derfor ikke svare på en rekke ferdig oppsatte spørsmål, men jeg vil heller stille oppfølgingsspørsmål ut fra hva du selv forteller.

Mulige fordeler og ulemper

Det er i utgangpunktet liten risiko forbundet med å delta i denne studien, bortsett fra den tiden du må avsette til selve intervjuet. Mulige fordeler kan være at du som sykepleier kan få sette ord på egne erfaringer, og kanskje få økt bevissthet om din egen rolle og kompetanse på dette området. Vi vet at i sykepleien er det svært mye såkalt ”taus” kunnskap. Det å fortelle om de erfaringene du som sykepleier faktisk innehar kan gjøre at denne kunnskapen blir litt mindre ”taus”.

En annen mulig konsekvens er at rutiner på arbeidsplassen kan bli endret, som resultat av større bevisstgjøring på hvordan man møter pårørende.

Dine erfaringer kan også være til nytte for andre sykepleiere og helsetjenesten generelt, ved at resultatene fra denne studien blir publisert i etterkant.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Etter intervjuene vil teksten bli transkribert – det vil si at den vil bli skrevet ut, ordrett fra lydbåndet. All personlig informasjon vil bli anonymisert. Hvis du ønsker det har du mulighet for å få lese gjennom det transkriberte intervjuet.

All informasjon som kan spores, lydbåndopptak, samtykkeskjema, samt utskriften av lydbåndet vil bli oppbevart i låst skap og på passordbeskyttet datamaskin. Det påligger en plikt på min side aktivt å forhindre at andre får innsyn i dette materialet.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Også denne navnelisten oppbevares i låst skap.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. I denne studien vil det si at kun veilederen min og jeg vil ha tilgang til informasjonen. All informasjon, det vil si alle lister og transkriberte tekster, vil bli slettet etter at prosjektet er ferdig og sensur på masteroppgaven foreligger.

Det er planen at resultatene av studien skal publiseres i et tidsskrift for sykepleieforskning. Det skal ikke være mulig å identifisere deg som person i resultatene av studien når disse publiseres.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Frivillig deltakelse

Det er selvfølgelig helt frivillig å delta i studien. Dersom du på bakgrunn av denne informasjonen ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og returnerer den til meg. Om du i utgangspunktet samtykker til å delta, kan du likevel senere når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten at det får noen konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg kan du gjøre det ved at du kontakter undertegnede.

Informasjon om utfallet av studien

Når studien er ferdig vil du som deltaker få informasjon om resultatet av studien. Hvis ønskelig kan en kopi av studien bli sendt til deg i etterkant.

Har du ellers noen spørsmål til studien kan du når som helst kontakte Hilde Margrethe Johansen på tlf 975 33 747, eller e-post: hmjoha@hotmail.com.

Hvis du ønsker det kan du også ta kontakt med min veileder, førsteamanuensis Bjørg Dale ved Universitetet i Agder, enten på tlf 37 23 37 52 eller e-post: bjorg.dale@uia.no.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ”Sykepleiere og pårørende – opplevelse av relasjon”. Ett masterprosjekt i klinisk sykepleievitenskap.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Intervjuguide

Kartlegging av bakgrunn

Navn

Alder og kjønn

Arbeidssted

Ansiennitet og fagbakgrunn

HOVEDSPØRSMÅL:

”Kan du fortelle meg om en erfaring du har der du virkelig følte at du fikk til en god relasjon med en pårørende på din arbeidsplass?”

Mulige oppfølgingsspørsmål (avhengig av hva informanten forteller)

Hvordan opplevde du det var å få til denne gode relasjonen?

Kan du utdype hva det var som gjorde at dette ble en god relasjon?

Var det noe spesielt du selv gjorde for at dette ble en god relasjon?

Hva gjør at det er nettopp denne relasjonen du vil trekke frem?

Har denne opplevelsen/erfaringen påvirket din sykepleierkompetanse?

Ser du noen mulighet til å overføre denne erfaringen til andre situasjoner? Hvis ja, hvordan?

Kan du også tenke deg å fortelle om en situasjon eller erfaring der du opplevde det som spesielt utfordrende å få til en god relasjon med pårørende?