

MASTEROPPGAVE
Klinisk sykepleievitenskap
Kull 2009, deltid

November 2014

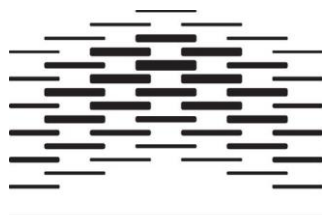
Pårørende - en ressurs?

Refleksjoner rundt pårørende og - sykepleier relasjonen i akuttmottaket



Bodil Sofie Vestvik

Høgskolen i Oslo og Akershus
Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie utdanning



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Veiledere: Kristian Larsen, Finn Nortvedt

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	s.1
Sammendrag	s.3
Abstract	s.4
1.0 INNLEDNING	s.5
1.1 Bakgrunn	s.5
1.2 Tema og problemstilling	s.6
1.3 Oppbygging av oppgaven	s.7
2.0 TEORETISK PERSEPEKTIV	s.8
2.1 Teori og forskning om mellommenneskelige relasjoner og rolleforventninger	s.9
2.2 Teori og forskning om kunnskap, refleksjon og læring knyttet til sykepleiers praksis	s.12
2.3 Politiske idealer og rammen for kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende i akuttmottaket	s.15
2.4 Pasientkulturen og kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende sett i et historisk lys	s.18
2.5 Forskning om holdninger til pårørendes tilstedeværelse på akuttmottaket	s.20
2.5.1 Behandlingsteamets holdninger.....	s.21
2.5.2 Pårørendes holdninger.....	s.22
2.5.3 Pasientens holdninger.....	s.22
3.0 METODE	s.24
3.1 Utvalg	s.26
3.2 Utforming av intervjuguiden	s.26
3.3 Gjennomføring av intervjuene	s.27
3.4 Analyse	s.28
3.5 Det kvalitative intervju- en gjennomgang av prosess	s.30
3.6 Etikk og personvern	s.31
3.7 Litteratursøk	s.33

3.8 Diskusjon av metode	s.34
3.8.1 Forarbeidet.....	s.35
3.8.2 Innhenting av datamaterialet.....	s.35
3.8.3 Tolkning og analyse.....	s.36
3.8.4 Studiens omfang.....	s.37
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	s.39
4.1 Kommunikasjon som redskap for samarbeid og forståelse	s.40
4.1.1 Kommunikasjon -en kilde til nytte og frustrasjon.....	s.40
4.1.2 Strategier for kommunikasjon.....	s.44
4.2 Forholdet til tid	s.47
4.2.1 Tid og tilgjengelighet- tid som ramme for kommunikasjon.....	s.47
4.2.2 Forutsigbarhetens gevinst.....	s.49
4.3 Sykepleiers refleksjon og kompetanse	s.50
4.3.1 Holdninger til pårørende har sammenheng med sykepleiers kompetanse og erfaring.....	s.50
4.3.2 Viktigheten av sykepleiers mulighet for refleksjon over egen praksis.....	s.51
5.0 DISKUSJON	s.52
5.1 Kommunikasjon som redskap for samarbeid og forståelse	s.52
5.1.1 Pårørende som ressurs.....	s.53
5.1.2 Pårørende som belastning- hva vanskeliggjør kommunikasjon med pårørende.....	s.60
5.1.3 Sykepleiers omsorg for pårørende.....	s.62
5.1.4 Hva er en krevende pårørende.....	s.65
5.2 Forholdet til tid	s.68
5.2.1 Omsorg i praksis.....	s.68
5.3 Refleksjon og kompetanse	s.69
5.3.1 Sykepleiers erfaring og usikkerhet.....	s.69

5.3.2 Sykepleiers kompetanseutvikling i lys av-	
5.3.2.1 Goffmans rolleteori og Bourdieus Habitus begrep.....	s.71
5.3.2.2 Benners kompetansestige.....	s.72
5.3.3 Kompetanse, refleksjon og holdning til pårørende.....	s.73
5.3.3.1 Kompetanse gjennom refleksjon over egen praksis.....	s.76
6.0 MULIGE IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	s.79
7.0 TILBAKEBLIKK PÅ STUDIEN.....	s.83
REFERANSER.....	s.86
VEDLEGG.....	s.93

Forord

Denne studien har vært en stor utfordring for meg. Den har vært krevende, men samtidig utrolig lærerik og inspirerende. Jeg har innsett at investering i kunnskap og forståelse gir glede og mestring. Og det åpner opp for en ny kritisk tankegang som jeg allerede ser stor nytte av i mitt sykepleieryrke. Studien er halvveis gjennomført i Oslo men slutført i Trondheim. Begge steder har jeg fått god hjelp av venner og familie som har hjulpet meg gjennom å gi ro, inspirasjon, tid, tilbakemeldinger, støtte og trygghet.

Her vil jeg gjerne få takket dem som har hjulpet meg på veien frem mot målet, å få fullført masterstudiet i klinisk sykepleievitenskap. En mastergrad i klinisk sykepleievitenskap er en faglig fordypning innenfor sykepleiens kunnskapsområde med vekt på vitenskapelig tenkning, forskning og forskningsmetode. Jeg føler personlig at dette studiet har forandret meg, ikke bare som sykepleier men også som menneske. Etter et slikt studie begynner man å tenke på en annen måte. Når jeg ser meg rundt her hjemme føler jeg en indre ro. Omgivelsene rundt meg er trygge og kjente og lydene og luktene gir meg en følelse av trygghet. Likevel er noe annerledes nå enn tidligere. Lydene jeg er så vant med og det øynene mine oppfatter av omgivelsene er kjente men likevel ukjente? Jeg føler jeg opplever omgivelsene mine på nye måter nå enn tidligere. Verden rundt meg er ny og gammel på samme tid. Dette opplever jeg som et resultat av en ny kritisk tenkemåte som dette studiet har ført til hos meg. Gjennom bevisst refleksjon kan en se ting på «nye måter».

Jeg er svært fornøyd med studiet som helhet. Forelesninger og studieoppgaver har vært interessante og inspirerende. Ved studiestart ble vi delt inn i studiegrupper. Gruppene har gjennom studiet vært en base for arbeidet med studieoppgavene, som både har vært individuelle og grupperelaterte. Min studiegruppe fungerte svært godt og jeg vil takke mine gruppemedlemmer for det tette samarbeidet vi har hatt. Gruppen har fungert som et forum der jeg har kunnet gi og motta respons på arbeidet underveis. Vi hadde alle ulik alder, erfaring og arbeidsoppgaver innen sykepleieryrket noe jeg har opplevd som berikende og utviklende. Vi har hatt mange gode faglige diskusjoner og de refleksjonene og samtalene vi har hatt har hjulpet meg mye også i det individuelle arbeidet med selve masteroppgaven.

Jeg har skiftet bosted to ganger og jobb tre ganger underveis i studiet. Familien min som i starten bestod av meg og min samboer er nå blitt til en liten familie på fire. Tiltross for mange bevegelser i det private liv har menneskene rundt meg bidratt til at studiet likevel har fått fullt fokus i de

periodene hvor jeg har arbeidet intenst, spesielt i forbindelse med masteroppgaven. Mine omgivelser har lagt tilrette for at jeg har kunnet høre og se og ta inn over meg de inntrykk og den nye bevisste refleksjonen som studiet generelt og spesielt arbeidet med masteroppgaven har tilført meg. Innhenting av materiale, fordypning i litteratur og forskning samt analyse og drøfting av funnene gjennom masteroppgaven har vært en krevende og lang prosess og jeg vil takke de rundt meg for støtte og oppmuntring. Jeg vil spesielt takke mine foreldre og min samboer Børge.

Jeg vil også rette en stor takk til mine veiledere Kristian Larsen og Finn Nortvedt. Kristian Larsen gav meg nødvendig støtte, oppmuntring, rettleiding og inspirasjon i starten av arbeidet med masteroppgaven. Finn Nortvedt tok over som en faglig og dyktig veileder som gav meg konstruktiv kritikk og direkte tilbakemeldinger i slutførelsen av arbeidet. Jeg vil også rette en takk til mine informanter som gjorde studien mulig.

Dette studiet, både masterstudiet som helhet og selve masteroppgaven har hjulpet meg blant annet med å se det kjente med nye øyne og jeg gleder meg til å ta fatt på nye arbeidsoppgaver i mitt sykepleieryrke som dette studiet har åpnet for, og gjort mulig.

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en studie om forholdet mellom sykepleier og pårørende til akutt og eller kritisk syke sett fra et sykepleieperspektiv. Empirien består av kvalitative intervjuer med seks sykepleiere på to ulike akuttmottak i Norge.

Analysen er gjennomført etter inspirasjon fra Pierre Bourdieu og Kvale og Brinkmann med systematisk meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning.

Funnene presenteres under tre hoved overskrifter som anses som studiens hovedfunn:

- Kommunikasjon som redskap for samarbeid og forståelse
- Forholdet til tid
- Sykepleiers refleksjon og kompetanse

Oppgaven drøfter videre problemstillinger knyttet til oppgavens funn presentert under de samme overskrifter. Funnene diskuteres i lys av teori og aktuell forskning.

Som tidligere forskning påpeker er sykepleiers holdninger til de pårørende sammensatt. Studiens informanter har en mening om at de pårørende i de aller fleste tilfeller tilfører noe positivt til situasjonen. Samtidig kommer det frem gjennom intervjumaterialet og gjennom eksisterende litteratur at holdningene til dette temaet er motstridende. På den ene siden uttrykker de i samsvar med fagets verdier og ideelle forestillinger pårørendes betydning og viktigheten av å involvere de pårørende i pleien. På den andre siden pekes det på situasjoner der de pårørende og deres tilstedeværelse og informasjonsbehov kan være en ekstra utfordring som sykepleier må forholde seg til.

Studien indikerer at erfaring, personlig kompetanse og refleksjon bidrar til en større mestringsfølelse og kontroll og at dette kan hjelpe sykepleier til å kunne ta stilling til de pårørendes behov. Samtidig vil personlighet, personlig engasjement og faglig dyktighet fra sykepleiers side også har stor betydning. Studien indikerer at i enkelte situasjoner vil de pårørende anses som en ressurs og som et element av trygghet og en viktig informasjonskilde for sykepleier. I andre situasjoner kan den pårørende bidra til uro, stress og være forstyrrende for optimal fagutøvelse. Den hårfine balansen mellom de involverte aktørenes personlighet, engasjement, erfaring, faglige kompetanse og refleksjon, samt situasjonens alvorlighetsgrad og elementer av tid, ansvarsfordeling og tilgjengelighet kan i enkelte tilfeller gjøre at de pårørende oppleves som «krevende» samtidig som de også er en ressurs.

Abstract

This master thesis is a study of the relationship between the nurse and the relatives of acutely and critically ill patients from a nursing perspective. The data consists of qualitative interviews with six nurses at two different emergency rooms in Norway.

The analysis is carried out for inspiration from Pierre Bourdieu and Kvale and Brinkmann systematic meaning coding, meaning condensation and meaning interpretation.

The findings have been presented under three main headings which are considered as the study's main findings:

- Communication as a tool for cooperation and understanding
- The relationship to time
- Nursing reflection and expertise

The findings are further discussed in light of theory and current research.

As previous research points out, the nurse attitudes to the relatives is compound. The study's respondents have an opinion about that the relatives in most cases adds something positive to the situation. At the same time it emerges through the interview material that attitudes to this subject are contradictory. On one hand they express relative's significance and the importance of involving family members in care. On the other hand, it is pointed out situations where the relatives and their presence and information needs can be an additional challenge that nurses have to deal with.

The study indicates that experience, personal skills and reflection contributes to a greater sense of empowerment and control, and that this may help the nurse to be able to assess the family's needs. Meanwhile, personality, personal commitment and professional excellence of nurse's side also has great significance. The study indicates that in some situations the relatives is considered as a resource and as an element of security and an important source of information for nurses. In other situations, the family members contribute to anxiety, stress and can be disruptive for optimal professional practice. The subtle balance between the involved actors' personality, commitment, experience, professional skills and reflection, as well as situation severity and elements of time, responsibilities and availability may in some cases make the relatives perceived as "challenging" while they also are a resource.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Å møte familie og pårørende er i dag en stor del av sykepleierfagets praksis. Som ansatt i sykehus må en forholde seg til pasienten som en del av et fellesskap, noe som innebærer stor grad av kontakt med pårørende og andre som er betydningsfulle for den syke.

Familiens betydning for enkeltindividet har forandret seg mye gjennom de siste tiårene. Themsens forskning viser at medlemmer i familien i dagens samfunn tilbringer mer tid i relasjoner utenfor familien enn innenfor, i motsetning til hvordan det var i tidligere generasjoner (Themsen, 2008). Mennesker er i dag mer avhengig av eksterne faktorer som utdanning og arbeid uten at dette nødvendigvis fratrar familien sin funksjon. Familien får i stedet en ny betydning som et sted der mennesket kan finne trygghet, stabilitet, intimitet og forståelse for hvem de er. Familien blir på den måten en stabilitets faktor i en individualisert verden i stadig forandring. Themsens undersøkelse viser at de verdier som vektlegges høyest i parforhold og ekteskap i dag er vennskap, lojalitet, respekt, trygghet, felles mål og interesser, troskap og gjensidig støtte (Themsen, 2008).

Pårørende som ressurs for sykepleieren i forhold til tilrettelegging og utførelse av pleie i praksis er dermed viktig. De pårørende fungerer som mestringsagenter ved å kompensere for den sykes manglende styrke, energi og evne til å inngå i beslutningsprosesser, og de kan bidra med verdifull informasjon om den sykes vaner og preferanser (Graubæk, 2010). Det uttrykkes gjennom forskning at de pårørende i de aller fleste situasjoner oppleves som en ressurs for pasient og helsepersonell for å kunne gi god og helhetlig omsorg til den syke (Nelms og Eggenberger, 2010, Van Horn og Kautz 2007, Bell 2011, Agård og Maindal 2009, Helmer m.fl 2000). Når det er sagt finnes det og tilfeller der pårørende ikke klarer å forholde seg til situasjonen på en hensiktsmessig måte eller der det er faktorer i situasjonen som vanskeliggjør kommunikasjon og samarbeid noe som skaper ekstra utfordringer for helsepersonell (Graubæk, 2010). Forskning har vist at sykepleiere ofte har motstridende holdninger til de pårørende. På den ene siden uttrykker de, i samsvar med fagets verdier og ideelle forestillinger, betydningen av og hvor viktig det er å involvere de pårørende i pleien. På den andre siden kan sykepleiers handlinger i noen tilfeller indikere at pårørende utgjør en faktor som i mange tilfeller er utfordrende for dem (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008, Engstrøm m.fl 2011, Santana Cabrera m.fl 2009, Høy og Severinsson 2008, Engstrøm og Söderberg 2007,

Axelsson m. fl 2005). Forskning har satt fokus på sykdom som sosialt fenomen og dokumentert betydningen av å bruke de pårørende som en ressurs i langt større grad enn det som til nå har vært praksis (Villingsøy et al 2006; Tomlinson og Åstedt-Kurki 2008).

1.2 Tema og problemstilling

Tema for denne oppgaven er forholdet mellom sykepleier og pårørende til akutt og eller kritisk syke sett fra et sykepleierperspektiv. Konteksten for studiet er sykepleiere som arbeider i akuttmottak. Akuttmottaket er en arena der sykepleier og pårørende ofte møtes for første gang. Jeg ønsker å undersøke hvordan sykepleier opplever dette møtet med de pårørende, hvor bevisst forholdet rundt denne relasjonen er og hvilken betydning forholdet mellom sykepleier og pårørende kan ha for pasienten. Jeg har en forforståelse om at pårørende kan oppleves som en utfordrende ressurs? Med dette mener jeg at forholdet til de pårørende kan ha en dobbelt karakter. Ved siden av å være en ressurs kan pårørende også oppleves som en utfordring for sykepleierne i akuttmottaket. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke forhold som har betydning for en eventuell slik vurdering hos sykepleier.

Problemstillingen utviklet seg til:

Hvordan opplever sykepleier møtet med de pårørende til pasienter i mottak og hvilken betydning kan dette ha for sykepleien til pasienten?

Forskningsspørsmål:

- Pårørende som ressurs vs pårørende som belastning. Hva vanskeliggjør kommunikasjon med de pårørende?
- Hvordan kan kommunikasjon nyttiggjøres som redskap for samarbeid og forståelse?
- Hvor stor er viktigheten av sykepleiers mulighet for refleksjon over egen praksis? Har holdningene til de pårørende sammenheng med sykepleiers kompetanse og erfaring?
- Hvordan fungerer sykepleiers omsorg for de pårørende i praksis?
- Hvordan påvirker de pårørendes tilstedeværelse på akuttmottaket behandlingsteamets mulighet for optimal fagutøvelse?

1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven har i kapittel 1 presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Kapittel 2 tar for seg teori og aktuell forskning som legges til grunn for forståelse av materialet og drøfting av studiens hovedfunn. Kapittel 3 handler om hvordan studien er gjennomført. Resultatene fra egen empiri presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 drøftes studiens hovedfunn med bakgrunn i teori og tidligere forskning. I kapittel 6 vil jeg redegjøre for mulige bidrag til fagutvikling. I kapittel 7 tar jeg et tilbakeblikk på studien og ser på styrker og svakheter ved prosess og resultat. For å gjøre det enklere for leseren er alle direkte sitater skrevet i kursiv, pasienten refereres til i hankjønn og sykepleier refereres til i hunkjønn.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet vil jeg presentere det teoretiske perspektivet som danner grunnlaget for min analyse og tolkning av studiens funn. Å finne frem til relevant teori og forskning har vært en utfordrende prosess og jeg har gjennom stadig fordypning i litteraturen beveget meg fra et teoretisk perspektiv bestående av Kari Martinsen, Emmanuel Levinas, Joyce Travelbee og Pierre Bourdieu til å ende opp med fire hovedteoretikere som bakgrunn for min tolkning og forståelse. Avgjørelsen er tatt med bakgrunn i diskusjon med studievenner og veileder samt økt forståelse for tilgjengelig litteratur og studiens innhold.

Erving Goffman og Pierre Bourdieu representerer samfunnsvitenskapelig teori og er begge sentrale teoretikere som har bidratt med viktige perspektiver innen sosiologi og sosialantropologi. (Goffman 1992, Thornquist 2008, Bourdieu 2007). Dag Albums studie av pasientrelasjoner på et sykehus bruker Goffmans begreper som teoretisk tilnærming (Album 1996). Bourdieu var opptatt av samfunnsmessig makt og spesielt hvordan maktforhold virker i det skjulte. Et av de viktigste skillene mellom Bourdieu og andre teoretikere er at han ser på klassene i samfunnet som fiktive teoretiske klasser, altså som bare eksisterer på papiret. Han bestemmer den enkeltes posisjon ut i fra plassering i det sosiale «rommet». Klassene blir uttrykk for avstander, både sosiale og romlige. De som befinner seg langt fra hverandre i «rommet» vil ikke forstå hverandre, mens de som befinner seg innenfor et avgrenset område vil være nærmere hverandre for eksempel i smak eller utdanning. Goffman har blant annet utviklet en rolleteori gjennom studier av symbolsk interaksjonisme i form av dramaturgiske perspektiver (Goffman 1992, Thornquist 2008, Bourdieu 2007). Jeg opplever at disse to sosiologene, Goffman er i tillegg sosialantropolog, utfyller hverandre gjennom en måte å forstå menneskelig interaksjon og omgivelsenes påvirkning på menneskers holdninger og handlinger. Det er likevel viktig å huske på at det er mer enn samfunnsforhold og omgivelser som påvirker relasjoner og kommunikasjon. En må i tillegg ta hensyn til det enkelte individs disposisjoner/egenskaper, holdninger, psykologiske forhold etc.

Donald Schön og Patricia Benner har begge bidratt til læringsteori gjennom sine arbeider. Donald Schön har hatt stor påvirkning i utviklingen av teori og praksis av reflekterende faglig læring i det 20. århundre. Han er spesielt opptatt av ulike kunnskapsformer og har utviklet en teori for praktisk kunnskap, der han er spesielt opptatt av situasjonen praktikerer står i. Han mente at en hver situasjon er unik, og opplevelsen er individuell. Schön er kjent for begrepene ”refleksjon i” og

”refleksjon over” praksis. De praktiske yrkesrelaterte oppgavene som skal gjøres, forandrer seg hele tiden og er karakterisert av kompleksitet, usikkerhet og verdikonflikter. Det blir i følge Schön viktig å kunne tolke praktiske problemer for så å gjøre disse håndterlige. Han sier at en lærer gjennom egne prosesser der tanker og handling inngår i en sammenhengende helhet. (Schön 2001, Schön 1987, Nortvedt og Grimen 2009).

Jeg opplever at Patricia Benners stadieteori om utvikling av sykepleiefaglig kompetanse har en utfyllende dimensjon i forhold til Schøns læringsteori når det gjelder forståelsen for sykepleiers utvikling og læring. Benners teori er en teoretisk modell for hvordan ferdigheter læres i sykepleie (Benner 1995, Nortvedt og Grimen 2009), men den inneholder mye av de samme aspektene som hos Schön med vekt på det individuelle og spesielle ved mennesket bak handlingen, samt at hver situasjon er unik og trenger egne refleksjoner og tilnærminger. Både Benner og Schön bidrar til forståelsen av hvordan erfaring fører til at kompetanse utvikles. Benner beskriver hvordan nybegynneren har behov for regler og retningslinjer, men at dette behovet avtar etter hvert som kompetanse og erfaring øker. Hun beskriver også hvordan bruk av skjønn og intuisjon etterhvert får et større innslag i yrkesutøvelsen (Benner,1995). Schön legger vekt på det unike i hver situasjon, og stiller spørsmål ved om bruk av regler har noen relevans i det praktiske livet i møtet med det mangfoldet av utfordringer som en står ovenfor som yrkesutøver (Schön 2001, Schön 1987, Nordtvedt og Grimen, 2009).

I tillegg til å redegjøre for utvalgte deler av disse fire teoretikernes arbeider vil jeg gjøre rede for teori og eksiterende forskning knyttet til oppgavens tema. Jeg vil redegjøre for de rammene som ligger til grunn for kommunikasjon og interaksjon med pårørende på akuttmottak i dagens sykehus. Videre vil jeg vise til et historisk tilbakeblikk på kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende. Til slutt redegjøres det for tidligere forskning på holdninger til de pårørendes tilstedeværelse på akuttmottaket.

2.1 Teori og forskning om mellommenneskelige relasjoner og rolleforventninger

Pasientologi er kunnskapen om hva som skjer med mennesker som rammes av sykdom (Graubæk 2010). Denne kunnskapen kan gi svar på spørsmål som; hvordan påvirker sykdom eller akutt skade de pårørende? Hva ligger til grunn for beslutninger og valg i de ulike fasene av sykdommen / skaden? Hvilke behov har de pårørende?

Det legges til grunn at både pasient, pårørende og sykepleier i møtet med hverandre bringer med seg unike personlige og sosiale karakteristika. Det enkelte individs holdninger og handlinger påvirkes av en rekke faktorer på individnivå og på systemnivå. Enkelte ganger kan ulike forhold i et menneskes liv støte sammen med et annet menneske med andre holdninger og dette kan gi opphav til kommunikasjonsproblemer. Når sykepleier definerer en pasient eller en pårørende som vanskelig eller krevende er det ikke dermed sagt at denne personen er vanskelig eller krevende i ordets rette forstand. Begrepene oppstår i interaksjonen mellom sykepleier som en representant for helsevesenet, og pasient eller pårørende som representerer komplekse medisinske, psykologiske og sosiale problemer. Ved å se på sykepleiers karakteristikk og beskrivelse av en person som oppfattes som vanskelig eller krevende kan en se antydninger til i hvilken retning problemene kan ligge, men dette er ikke nok. Denne kunnskapen gir også innsikt i hvordan den enkelte sykepleier oppfatter problemene og hvordan denne sykepleieren er som individ. En må se forholdet mellom sykepleier og den «vanskelige eller krevende» pasient eller pårørende i lys av den sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske konteksten de er en del av (Graubæk, 2010).

Habitus er et interessant begrep i denne sammenheng. Pierre Bourdieu definerer habitus som et skjema for hvordan folk oppfatter, forstår og handler i forhold til virkeligheten i gitte situasjoner. Han ser på begrepet som disposisjoner, ikke som forutsigbare handlingsmønstre. Habitus er i følge Bourdieu et produkt av sosialiseringen, spesielt den tidlige fasen. Da tilegner vi oss hva som er rett og galt, godt og dårlig uten at vi bevisst oppfatter å ta del i en læringsprosess (Bourdieu, 1996). Gjennom habitus sitter dominansrelasjonene i kroppen. De preger måten vi ser og forstår på, hva vi verdsetter og liker, men også selve kroppsholdningene og kroppsspråket vårt. Bourdieu hevder at habitus er vanskelig å endre, men det lar seg gjøre. Han sier videre at habitus ønsker å være i overensstemmelse med omgivelsene. En slik overensstemmelse kan gi lykkefølelse, mens mangelen på overensstemmelse kan gi negative følelser som ubehag og skam. Alle har erfart det i det små; gjort ”feil” i forhold til omgivelsene, som et innlegg, eller en replikk som ikke passet inn, feil klesdrakt i forhold til anledningen og lignende. Dette fører til en endring som gjør at vi gjør noe annerledes i neste lignende situasjon (Bourdieu, 1996).

C. Wright Mills var en amerikansk sosiolog. Han var på mange måter kontroversiell og han var særlig interessert i i maktfordelingen i samfunnet. I boken «The power Elite» fra 1956 påpeker han hvordan penger er eneste målestokk for fremgang og moral. Han skriver at enkeltmenneskets vanskeligheter alltid er forbundet med strukturene i samfunnet, selv om dette kanskje ikke alltid er like synlig (Mills 1956). Dersom man overfører dette til helsevesenet kan en si at en sykepleiers eller en pårørendes vanskeligheter ofte kan ha rot i sosiale forhold som ikke ligger på individnivå.

Dersom en betrakter relasjonen mellom sykepleier og pårørende eller pasient er denne relasjonen på mikronivå. Det vil si at det er en relasjon som eksisterer i en sosial sammenheng påvirket av makrostrukturer som for eksempel sosial klasse og politisk makt eller ideologi i samfunnet. Når sykepleier og pårørende samtaler er de dermed påvirket av normer og verdier på samfunnsnivå (Waitzkin 1991).

Ideologi kan forstås som oppfatninger av hvordan verden bør være, eller som et sett av mer eller mindre systematiske ideer om hvordan verden er og bør være sett med en bestemt sosial gruppes øyne. I helsevesenet formidles elementer av ideologiske budskap på mikronivå for eksempel gjennom kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende (Graubæk 2010). Sosial kontroll er et sosiologisk begrep som kan forklare de ulike mekanismene som får mennesket til å følge normer for passende oppførsel i en bestemt situasjon. Sykepleiers måte å reagere på ovenfor en pårørende hun oppfatter som «vanskelig eller krevende» kan defineres som en form for sosial kontroll fordi det i helsevesenet mer eller mindre bevisst formidles normer angående helse og sykdom.

Sykepleieforskeren Judith Trexler (1996) undersøker hva som kan forklare at sykepleier unngår noen pasienter som oppleves som krevende eller vanskelige utifra ulike stempelingsteorier. Stempelingsteorier finnes i sosiologien og dreier seg om stigmatisering, marginalisering og avvik både på gruppe og individnivå. Pasienter eller pårørende som blir tvunget inn i pasient eller pårørende rollen ved for eksempel akutt sykdom eller skade kan reagere på den stressfaktoren sykdom kan utløse ved å oppføre seg på måter som helsepersonell oppfatter som uønsket og avvikende. De pårørende kan på denne måten risikere å bli oppfattet som «vanskelige eller krevende» fordi de ikke lever opp til rollen som er forventet av dem i den spesifikke situasjonen (Graubæk, 2010).

I sitt yrke møter sykepleier flere ulike rolleforventninger (Orvik 2004, Olsvold 2010). Begrepet «rolle» er sosiologisk og er nært knyttet til de forventningene som er rettet mot den som innehar en bestemt rolle, og de forventningene som aktøren selv har til den respektive rollen (Goffman 1992). De andres forventninger og aktørens egne forventninger konstituerer dermed hverandre. Rollekonflikter kan oppstå når sykepleier blir nødt til å fylle ulike roller med motstridene forventninger. Olsvold belyser i sin studie «Ansvar og yrkesrolle» hvordan sykepleier tar ansvar i en sykehussituasjon. Hun påpeker at sykepleiere har utviklet en måte å arbeide på som innebærer at de er gode til å identifisere hva det er nødvendig å ta ansvar for. Hun hevder videre at det ligger implisitte forventninger i sykepleiers yrkesrolle om at en skal ta ansvar for fordringer som ligger utenfor de definerte plikter. Hun sier at ansvarets gjenstandsområde er diffust og at sykepleier må kompensere for svikt og mangler i andre ledd av sykehusorganisasjonen. Denne studien påpeker at

leger og sykepleiere eksisterer i en gjensidig avhengighetsrelasjon til hverandre, men at de likevel arbeider relativt isolert fra hverandre, spesielt når det gjelder ulik lojalitet og til dels ulikt fokus i samhandlingen seg i mellom. Dette kan føre til distanse og et for stort fokus på delegering og ansvarsforskyvning heller enn gjensidighet og samarbeid (Olsvold 2010).

Goffman har utviklet noen metaforer for å analysere og betrakte det sosiale liv i forskjellige sammenhenger. Han arbeidet spesielt med rolleteori og samhandlingens symbolske aspekter. Hans analyse blir gjerne karakterisert som en «dramaturgisk tilnæringsmåte» noe som innebærer at livet fremstår som et teaterstykke der vi ikke opptrer som oss selv, men i kraft av våre relasjoner til andre. Han brukte denne metaforen bla til å få frem hvordan mennesket fremstår på forskjellige scener og spiller ulike roller. Goffman fokuserer på hvordan mennesket skaper seg en identitet ovenfor omgivelsene gjennom symboler. Mye av dette identitets arbeidet foregår bak scenen, og her er det kun individet som deltar. Her blir opptreden planlagt og hensikten er å formidle et bestemt inntrykk av seg selv. «Publikum kommer med innspill og tilbakemeldinger på de signaler som personen gir av seg selv. Aktørene tilpasser sin væremåte «forestilling» til den scenen en til en hver tid står på. Goffman trekker frem et eksempel fra et sykehus: «Nesten alle pleierne oppfører seg imidlertid noe annerledes når en overordnet er tilstede. Det er ingen som åpent bryter regler og bestemmelser». Språk og oppførsel på kjøkkenet eller på pauserommet vil trolig ikke passere som hensiktsmessig eller passende i korridoren eller inne på et pasientrom (Goffman, 1992). Goffman beskriver og hvordan back-stage området sperres for publikum, eller hvordan dette området helt eller delvis holdes skjult for andre. Han beskriver også hvordan man danner lag og hvordan det dannes uformelle og formelle definisjoner av hvem som er medlemmer og ikke. Et medlemskap innebærer forpliktelser og brudd på disse forpliktelsene kan føre til sanksjoner. Goffmans analyser har relevans for sykepleier/pårørende relasjonen på den måten at det utgjør en måte å forstå den menneskelige interaksjon og omgivelsenes påvirkning på holdninger og handlinger.

2.2 Teori og forskning om kunnskap, refleksjon og læring knyttet til sykepleiers praksis

Det er skrevet og forsket mye på kunnskap, refleksjon og læring. I boken «The reflective practitioner- how professionals think in action» (Schøn, 2001) blir det tatt et oppgjør med det forfatteren beskriver som den tekniske rasjonalitet som han hevder er blitt et kjennetegn ved høyere utdanning. Han var kritisk til at forskning og vitenskapelig arbeid ble utført på universiteter, langt

fra praksis og at de utøvende bare skulle forholde seg til hva forskerne hadde funnet ut var det beste handlingsmønsteret i ulike situasjoner. Han hevdet at de etablerte forståelser man kom frem til gjennom forskning ikke alltid lot seg overføre til praksis eller at de i mange tilfeller ikke var relevante i forhold til den bestemte situasjonen som oppstod i et konkret tilfelle. Han la vekt på at praktiske situasjoner ofte er preget av kompleksitet, usikkerhet, ustabilitet og at hver enkelt praksissituasjon er unik og derfor krever unike løsninger.

Schøn var opptatt av at kunnskapen befinner seg i selve handlingen som utføres når denne handlingen utføres kompetent. Dette kaller han Knowledge-in-action; kunnskap i handling. Dette innebærer at handlingen utføres spontant og med mestring, gjerne uten at handlingen umiddelbart kan forklares. Hans teori bygger på erfaringer i pedagogikken slik dette er beskrevet bla hos John Dewey i uttrykket «learning by doing». Schøn er opptatt av å sette fokus på selve prosessen bak kunnskapen ikke bare på kunnskapen som et produkt. Han uttrykker at den refleksjonen som fører til handling kan ta utgangspunkt i eksakt kunnskap, men taus kunnskap blir beskrevet som kunnskap som ikke kan uttrykkes eller forklares med begreper eller teorier (Schøn, 2001). Når sykepleier handler i forhold til pårørende i en akutsituasjon er handlingene styrt av den kunnskapen og den erfaringen sykepleier sitter inne med. Denne kunnskapen kan være reflektert over bevisst eller ubevisst. Schøn bruker to uttrykk for å beskrive hvordan vi reflekterer på to ulike måter. Reflection-in-action er en refleksjon som foregår midt i handlingen og reflection-on-action vil si at en stopper opp og ser tilbake for å reflektere over det som skjedde i situasjonen for så å kunne bruke denne ervervede nye kunnskapen i en annen sammenheng (Schøn, 1987).

Patricia Benner, en sykepleieforsker som bla gav ut boka «Fra novise til ekspert» i 1995, satte søkelyset på sykepleiers praktiske erfaringer og kompetanse. Hun hevder at tradisjonelle sykepleieteorier er for lite inspirert av sykepleiepraksis, men heller utviklet gjennom deduksjon. Det vil si at slutninger blir trukket fra et teoretisk perspektiv og ned til det spesifikke og konkrete, som her praksis. Benners kritikk er nok riktig i den forstand at de fleste av de tradisjonelle sykepleieteoriene ikke er forskningsbelagt. De bygger ikke på empiri, men er teoretiske spekulasjoner som er mer eller mindre velfundert. Dette gjelder spesielt de eldre sykepleieteoriene, som Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige relasjoner.

Benner sier ikke med dette at teori er unødvendig, tvert imot anerkjenner hun tradisjonell teori og dens styrke som ligger i evnen til å forenkle og vise sammenhenger og mønstre, noe som er påkrevd for uerfarne sykepleiere. Hun mener kunnskapen bør gå mer den andre veien, at ekspertsykepleie

skal forme og utvikle teori, altså en induktiv vei fra det konkrete til det allmenne. Derfor er hennes teori ikke en beskrivelse av konkret sykepleie, men forklares gjennom mønstereksempler fra ekspertsykepleie. Erfaring skal føre til refleksjon, og slik bygges kompetanse (Benner 1995). Hun beskriver kliniske situasjoner i boken «utviklingen av kompetanse i klinisk arbeid», hvor hun tar utgangspunkt i Dreyfus brødrenes teori om at ferdigheter utvikles gjennom erfaring. Dreyfus brødrene hevder at utviklingen foregår i 5 ferdighetsnivåer, som trinn i en trapp. Etter inspirasjon fra Dreyfus brødrene har hun utviklet en modell for hvordan sykepleiere utvikler sin kompetanse over tid. Følgene nivåer beskrives: Nivå 1=novise, nivå 2= avansert nybegynner, nivå 3=kompetent, nivå 4=kyndig, nivå 5=ekspert (Benner 1995). Boken beskriver som nevnt ulike kliniske situasjoner, ikke hverdags øyeblikk, men betydningsfulle kliniske hendelser. Forskeren har intervjuet og observert individer eller smågrupper og det er tatt utgangspunkt i situasjoner der sykepleieren lærte noe om sitt arbeid eller bidro avgjørende til en pasients trivsel (Benner, 1995).

I følge Benners teori, som er blitt empirisk relatert til sykepleie ut i fra Dreyfus brødrenes teori, vil en sykepleier med kort erfaring(en novise) være avhengig av regler og retningslinjer for hvilke handlinger som velges i en konkret situasjon. Novisen kjennetegnes ved manglende erfaring, og hun vil være preget av «lærebokstyrt» atferd. Novisen vil føle trygghet i situasjoner der hun kan benytte regler og retningslinjer. Dette innebærer imidlertid at atferd blir regelstyrt og lite smidig og det begrenser muligheten for «dyktig innsats» (Benner, 1995).

Når sykepleier når ekspertnivå har hun ikke lenger behov for regler og retningslinjer. Eksperten har et intuitivt grep om situasjonen og kan dermed fokusere rett på den relevante problemstillingen uten å bruke tid på alternative løsninger og diagnoser som ikke er fruktbare (Benner 1995). Videre hevder Benner at ekspertenes atferd ikke lar seg måle kvantitativt, men en må ta i bruk kvalitative metoder for å kunne fange opp og klare å beskrive ekspertenes prestasjoner i praksis. Hun hevder at ekspertenes praksis bør beskrives slik at denne kunnskapen kan bidra til ytterligere utvikling av sykepleierpraksis. Benner hevder samtidig at ikke alle sykepleiere har de evner som skal til for å komme opp til ekspert nivå. Det som skiller den kompetente (nivå 3) fra nivå 4 og 5 (den kyndige og eksperten) er evnen til å se hva som er mulig i en situasjon. Patricia Benners teori blir benyttet i oppgaven som en innfallsvinkel til å lettere kunne forstå sykepleier i møtet med pasient og pårørende. Jeg opplever at teorien gir verdifull kunnskap i å forstå mennesket og deres handlingsmønstre i ulike situasjoner innen sykepleiens praksis.

2.3 Politiske idealer og rammer for kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende i et akuttmottak

Sykehusvesenet er en del av velferdsstaten i landet vårt . Det er preget av byråkrati , hierarkisk oppbygning og en stor grad av spesialisering (Harsvik, T & Kjekshus, L.E 2007). Hvis man ser på sykehusene som et hierarki, ser organisasjonen ut som en pyramideformet enhet med tydelige under og over strukturer, tydelige kommandolinjer, rutiner, arbeidsfordeling og spesialisering (Strand, 2007).

I et historisk perspektiv har sykehusene i Norge utviklet og endret seg mye. I begynnelsen var organisasjonen preget av tanken om at arbeidet var et kall med omsorg og barmhjertighet som sentrale verdier (Martinsen 1996, Elstad og Hamran 1995). Sentralt i dagens moderne sykehus står kravet om inntjening og budsjettbalanse. New Public Management (NPM), eller en ny offentlig ledelse, er samlebetegnelse på flere nye styringsmodeller som i større og større grad preger den offentlige sektor og sykehusene (Orvik 2004, Berg 2006). Sykehusene legger i dag økt vekt på målstyring og delegering av det økonomiske ansvaret. Styringen foregår ved måling av kvalitet og vurdering av økonomiske resultater (Orvik 2004, Elstad og Hamran 1995). Det som skiller leger og sykepleiere på dette området er at legene blir forvaltere av en kapital som gir avkastning for sykehuset. Sykepleieres verdiproduksjon gir ikke økte inntekter for sykehuset på samme måte (Bjerka, 2006). DRG (et verktøy for å prise pasientbehandling, ut i fra hvilken diagnose pasienten får. Sykehuset får penger på årets budsjett ut i fra summen av fjordårets DRG poeng) og ISF (Innsatsstyrt finansiering) ble innført i Norge på 1990 tallet som sentrale styringsparametere for myndighetene (Kjekshus, 2004). Ved helseforetaksreformen i 2002 ble denne utviklingen enda sterkere. Sykehusenes virksomhet er i dag basert på antall DRG poeng og det settes en prislapp på den behandlingen pasienten får, eller den aktiviteten som tilknyttes pasienten.

Det blir hevdet at motstridende forventninger er en del av arbeidssituasjonen til sykepleiere i offentlig sektor. Det hevdes blant annet at sykepleierens arbeidssituasjon er preget av en opplevelse av utilstrekkelighet. Dette kan bety opplevelse av for store jobbkrav, for lite tid, liten grad av påvirkningsmuligheter og oppgitthet over systemet, håpløshet og utmattelse (Ronæss, 1995). Harald Grimen redegjør for begrepet omsorg som noe grunnleggende menneskelig, og noe som gjør sosialt liv mulig. I sykepleiers yrkesetiske retningslinjer heter det at ”*Sykepleierens mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsak til lidelsen måtte være*”(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001). Tradisjonen innenfor sykepleie er at omsorg er noe man gir, uten en forventning om å få noe tilbake. Det er i følge dette synet en grunnleggende motsetning

mellom omsorg og formålsrasjonalitet der den enkelte pasient i ytterste forstand fører til inntekt eller tap for helseforetaket (Grimen, H 2004).

Som en følge av endringene i dagens helseforetak hevder Halvard Vike (2004) at velferdsstaten er i en ytelseskrise. Med det mener han at samtidig som helseutgiftene øker, øker også omsorg- og helsebehovene. Det uttrykkes av maktutrederne at ytelseskrisen på mange måter løses ved at sykepleier, som står ansikt til ansikt med behovene, kompensere velferdsstatens utilstrekkelighet, ved å gi av seg selv i form av ubetalt overtid og raskere løping i sykehuskorridorene. Arbeidskraften som velferdsstaten er helt avhengig av, strekker seg langt, og bærer på en måte ansvaret for velferdsstatens løfter og budsjetter. Disse sykepleierne har pasienten tett innpå livet, og blir bærere av «maktens samvittighet» (Vike, H. M.fl. 2002). Det kan tyde på at noe av effektivitetsgevinsten er hentet ut av sykepleierne ved at de påføres mer ansvar og flere arbeidsoppgaver. Sykepleierens faglige, sosiale og personlige engasjement kan være en del av forklaringen til at dette lar seg gjøre (Kjekshus, L. E. 2004, Olsvold 2010). Omsorgsidealene utgjør den vesentligste drivkraften for sykepleier når hun strekker seg og yter over det som er forventet av henne og utgjør dermed deler av sykepleierens arbeidsforhold i sykehusavdelingen.

Helsetjenestens oppgave er å bruke tilgjengelige helsefaglige virkemidler for å ta vare på liv og bedre pasientenes helse. Samtidig vil folks helse påvirkes av en rekke andre faktorer (For eksempel bosted, utdanning, arbeidssted, familiesituasjon, arv og miljø osv) som ligger utenfor det som helsetjenesten har direkte ansvar for. Både i prinsippet og rent praktisk er det viktig hvordan helsetjenesten forholder seg til disse faktorene selv om det kan tyde på at dette står i strid med dagens drift av sykehusene der effektivisering og penger i stor grad styrer avgjørelser og iverksetting av tiltak. På den ene siden utgjør disse faktorene så mye at det er utenkelig at tjenesten kan ta stilling til og tilrettelegge for alle. Samtidig kan noen av disse faktorene ha så stor påvirkning for effekten av de tiltakene som iverksettes for pasienten, at det tilsier et mer direkte engasjement fra helsetjenestens side. Et av disse forholdene er pasientenes sosiale situasjon og hva pasienten mottar av sosialt understøttende tiltak. Det er derfor svært viktig for helsepersonell å involvere pårørende i behandlingen pasienten får (Helsedirektoratet, 2007).

Kommunikasjonen mellom pårørende og sykepleier reguleres mye gjennom lovverket. Pårørende defineres i pasientrettighetsloven § 1-3 som: «Pasientens pårørende er den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende». I forhold til pasientens rett til medvirkning sier pasientrettighetsloven at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen og at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ønsker at andre personer skal være tilstede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så

langt det lar seg gjøre. I loven heter det videre at dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Lovdata.no, 1999). Lovverket gir på denne måten pårørende mulighet til å bidra i forhold til pasientens behov for helsehjelp. Lovverket gir samtidig også helsevesenet mulighet til å samarbeide med pårørende, så lenge pasienten samtykker til dette. Den gir pårørende informasjons- og medvirkningsrett, og helsetjenesten en plikt til å legge til rette for at dette kan skje. Det er taushetsplikten som legger begrensninger for kommunikasjonen og det er også denne taushetsplikten som det oftest refereres til når pårørende får mindre informasjon enn det de ønsker (Bøckmann & Kjellevoid, 2010). De fleste som rammes av sykdom ønsker at deres pårørende informeres på en måte som gjør familien som helhet bedre i stand til å takle de utfordringer som sykdommen kan medføre (Gro, 2010).

Emergency Nurses Association har laget en prosedyre for hvordan en bør tilrettelegge for pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet ved invasive prosedyrer og resusitering. Prosedyren er beskrevet i Meyers et al (2000). Her kommer det frem at det å la pårørende få være tilstede på behandlingsrommet er en vurdering som må tas av behandlingsteamet i hvert enkelt tilfelle. Det skal være en mulighet og behøver ikke være riktig for alle familier. Før pårørende kan være tilstede må de vurderes slik at de ikke er ekstremt følelsesmessig ustabile, påvirket av alkohol eller narkotika eller psykisk ustabile. Meyers et al (2000) skriver videre at når pårørende er vurdert som egnede til å være tilstede på akuttrommet blir pasienten, hvis han er våken, spurt om han ønsker dette. Hvis pasienten og behandlingsteamet er enige, blir pårørende tilbudt å få være tilstede. Det er en sykepleier som informerer pårørende på forhånd om pasientens tilstand, hvilke prosedyrer som skal gjøres og hvilket utstyr som pasienten er tilkoblet. Denne sykepleieren følger pårørende inn på akuttrommet og står ved pårørendes side mens de er tilstede. Sykepleieren svarer på spørsmål fra pårørende og informerer om hva som skjer med pasienten. Hvis pårørende besvimer, blir hysterisk eller forstyrrer behandlingsteamet følger sykepleieren pårørende ut av akuttrommet og til et egnet pårørenderom. Meyers et al (2000) sier også at sykepleieren som har vært sammen med pårørende på akuttrommet snakker med pårørende etterpå og identifiserer deres behov i etterkant. Hvis behandlingsteamet trenger debriefing etter å ha hatt pårørende tilstede på akuttrommet, skal dette tilbys.

2.4 Pasientkulturen og kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende sett i et historisk lys

Pasientkultur kan defineres som den måten mennesker i tanker og handlinger fyller rollen som pasient på (Graubæk, 2010). En må spesifikt be om hjelp til å bevare sin egen helse for å bli definert som pasient og de aller fleste mennesker opplever en eller flere ganger i løpet av livet å måtte be om slik hjelp. Alle er eller kommer på et eller annet tidspunkt til å bli definert i rollen som pasient, men måten vi er dette på, altså pasientkulturen, forandres med tid og sted. På samme måte er det med pårørende. Fordi vi lever våre liv i fellesskap med andre vil de aller fleste mennesker på et eller annet tidspunkt oppleve å være nær eller perifer pårørende til en person som defineres som pasient. Å være pasient krever to aktører. En hjelper og en mottaker. Dersom en hjelpetrengende ikke har noen hjelper er han eller hun ikke pasient, bare syk eller skadet. Dette innebærer at med en gang et sykt eller skadet menneske kommer til behandling ved et sykehus eller en institusjon, for eksempel et akuttmottak, vil han eller hun bli definert inn i rollen som pasient og ledsager vil bli definert inn i rollen som pårørende med alt dette innebærer (Graubæk, 2010).

Hjelpen som tilbys i dagens helsevesen bestemmes av økonomiske, resursmessige og politiske forhold i samfunnet jf kap 2.1 i oppgaven. Samfunnets verdier og holdning til enkeltmennesket vil spille inn og den som mottar helsehjelp vil være preget av sin økonomiske og samfunnsmessige posisjon og oppfattelsen av seg selv og hjelperen. Alle disse faktorene forandrer seg over tid, ofte uavhengig av hverandre og i forskjellig tempo (Graubæk, 2010).

Tidligere pasientkulturer må forstås som summen av alle de pasientforløp og pasientopplevelser som har eksistert. Det finnes ikke forskning som beskriver hvordan alle fortidens pasienter, pårørende og hjelpere hadde det. Den kliniske observasjonen av mennesket kan dateres tilbake til 1700 tallet. Det kliniske blikk innebærer mer enn selve synet, det innebærer også berøring (palpasjon) og hørsel (auskultasjon). Det oppstod på denne tiden en klinisk medisin som baserte seg på empiri og observasjon av både det levende og det døde (disseksjon). Etter hundrevis av år kunne man frigjøre seg fra spekulative systemer (Foucault, 2000).

Sykdom som uttrykk for guddommelig straff er en forestilling som fantes i de gamle kultursamfunn i Mesopotamia, Egypt og India. Oppfatningen fantes også i den førhippokratiske greske sivilisasjon, og er velkjent både i jødedommen og senere i muslimsk tradisjon. Med den kristne tanke om en god Gud ble syndsbegrepet sentralt. Sykdom ble en nødvendig konsekvens av synd heller enn en straff. En annen tidlig oppfatning, som har sammenheng med forestillingen om guddommelig straff, er at

sykdom skyldes onde ånder. Disse oppfatningene har fulgt menneskeheten frem til vår tid, og er på forskjellig vis fortsatt levende. Den kinesiske tradisjon skiller seg fra dette bildet ved at sykdom var den uunngåelige følge av å handle mot naturens lover. Tanken om sykdom som kroppslig disharmoni fantes tidlig både i Kina og Europa, og oppstod antakelig uavhengig av hverandre. Allerede i den førhippokratiske medisin stod helse for harmoni, mens sykdom var en forstyrrelse av harmonien (Foucault, 2000).

Den videre utvikling av sykdomsbegrepet kan sees i lys av to teorier. Bakteriologien, som oppstod på 1800-tallet med Louis Pasteur (1822 – 1895) og Robert Koch (1843 – 1910) som sentrale aktører, kom til å representere et ontologisk syn. Sykdom assosieres med smittestoffene som trenger inn i kroppen. På 1800-tallet begynte man å interessere seg for organenes funksjon og patofysiologi, og Claude Bernard (1813 – 78) introduserte den eksperimentelle medisin. Senere kom Walter B. Cannon (1871 – 1945) med sin teori om homøostasen. Organismen er i en dynamisk tilstand, hvor enhver belastning som bringer systemet i ulikevekt straks justeres, ved positiv og negativ tilbakeregulering. Her øyner vi noe av grunnlaget for moderne patofysiologi og endokrinologi (Søvik, 2001).

Menneskers syn på kropp, sjel, liv og død er endringsresistente elementer i kulturell sammenheng. Det vil si at etablerte oppfatninger om sykdom og helbredelse kan holde seg over lang tid, ikke bare i moderlandet, men også i en flerkulturell sammenheng. Studier av ulike sykdomsoppfatninger innen medisinsk antropologi blir nødvendig for at helsevesenet skal kunne fungere i forhold til mennesker som har funnet seg nye hjemland. Søvik (2001) hevder at det i møtet med innvandremiljøer melder seg flere spørsmål: Er det et standard symptomrepertoar i forhold til sykdom? Hvordan uttrykkes smerte? Hvilke myter og religiøse ritualer eksisterer i forhold til sykdom? Hvor utbredt er magi og overtro? Er hekseri en levende realitet? De kulturelle variasjoner henger sammen med den sentrale plassen som normalitet har i sykdomsdefinisjonen. Det blir ofte et spørsmål om hva som aksepteres og hva som tolereres av avvik i en bestemt gruppe. Hvilken rolle forventer en oppfylldt? Hva forventer sykepleier av en pårørende?

Pamela Brink, en amerikansk professor i sykepleie, satte fokus på ikke bare helsetjenestene men også de menneskene som helsetjenesten er rettet mot. Tidligere hadde selve ytelsen stått sentralt, noe som førte til at pasienten og deres pårørende ble passifisert og ble anonyme mottakere av tjenester uten noe ansvar for eller deltakelse i pleie og behandling (Brink, 1978, Graubæk, 2010). I dag lever vi i et samfunn der informasjon er lett tilgjengelig for alle. Dette fører til at det stilles stadig større krav til helsepersonell i forhold til formidling av informasjon og kunnskap om sitt felt.

Kommunikasjonen er blitt et sentralt fokus. Begrepet « kommunikasjon» kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr «å gjøre noe felles», «delaktiggjøre en annen i», «ha forbindelse med». Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. (Eide og Eide 2007). En utfordring for sykepleieren blir å kommunisere på en slik måte at den enkelte pasient og/eller pårørende føler seg hjulpet. Hjelpende kommunikasjon forutsetter empati og evnen til å kunne benytte varierte kommunikasjonsformer. Det stilles derfor krav om at sykepleier bør beherske et bredt spekter av nonverbalt og verbalt bekreftende ferdigheter i tillegg til ferdigheter i å lede og styre samtalen. Sentralt innen hjelpende kommunikasjon står også fagkunnskapen hos den enkelte sykepleier (Eide mfl. 2002, Eide og Eide 2004).

May Solveig Fagermoen retter i sin artikkel fra 2002 «Pasientinformasjon- et viktig område for utviklingsarbeid og forskning» søkelyset på den informasjonen som sykepleier har ansvar for å formidle. Dette temaet ble aktualisert gjennom ny lovgivning på området i Lov om pasientrettigheter av 02.07.1999. Forfatteren trekker en historisk linje tilbake til Florence Nightingales tid om hvordan sykepleierens rammebetingelser for å gi informasjon har endret seg. Når det gjelder nåtidens rammebetingelser for å gi informasjon hevder hun at det er kortere tid og færre muligheter til å gi informasjon enn tidligere. Forfatteren konkluderer i sin artikkel at pasientinformasjon ikke er god nok i dagens helsevesen. Hun hevder samtidig at sykepleier i sitt virke gir mye informasjon samtidig med andre aktiviteter. Dette kan medføre at pasient og pårørende ikke oppfatter dette som informasjon. Hun hevder at sykepleier gir «usynlig» informasjon og at informasjonen som er gitt heller ikke blir dokumentert i tilstrekkelig grad, og slik sett blir usynlig for andre (Fagermoen, 2002). Denne tankegangen fører en til diskusjonen rundt at sykepleier må identifisere sitt eget språk. Gjennom tidene har det blitt diskutert sammenhengen mellom sykepleie som vitenskap og sykepleie som praktisk yrke. Sykepleieyrket er på mange måter mangelfullt definert. Hvem er sykepleier ansvarlig for? Hvem er de ikke ansvarlige for? (Barett 2002, Playle 1995, 1981). Playe hevder at grunnlaget for sykepleie er empatisk engasjement og forståelse, noe som innebærer at pleien og informasjonen som gis til pasient, pårørende eller begge disse aktørene er avhengig av individet som utfører det.

2.5 Forskning om holdninger til pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet

Internasjonalt har det vært større fokus på ulike sider av temaet de siste femten, tyve år. Det finnes flere studier og det er blitt skrevet mange artikler om temaet pårørendes tilstedeværelse på

akuttrommet. Det er forsket på behandlingsteamets holdninger, pårørendes holdninger og pasientens innstilling til å ha pårørende tilstede. De fleste artiklene er fra USA, Canada, Irland og Storbritania, men det er noen artikler som også er skrevet i Skandinavia. Studiene er ofte avgrenset til å gjelde pårørende til pasienter med hjertestans, traumer og pasienter som det skal utføres invasive prosedyrer på, som for eksempel legge inn arteriekran og sentralt venekateter.

2.5.1 Behandlingsteamets holdninger

En undersøkelse gjort av Helmer SD, Smith RS, Dort JM, (2000) viser at sykepleiere er mer positive enn leger til å la pårørende få være tilstede på akuttrommet, undersøkelsen viser også at erfarne leger er mer positive til dette enn turnusleger og leger med mindre erfaring. Ellison S. (2003) har gjort en studie blant sykepleiere som viser at utdanningsnivå og arbeidssted har noe å si på hvilke holdninger en har til å la pårørende få være tilstede på akuttrommet. Hun har funnet ut at de spurte sykepleierne som hadde videreutdanning som akutt sykepleier eller mastergrad var mer positive til å la pårørende få være tilstede. Sykepleiere som jobbet i akuttmottak var også mer positive enn de som jobbet på sengeposter på sykehuset. Resultater fra studier om behandlingsteamets holdninger til de pårørendes tilstedeværelse på akuttmottaket er noe motsetningsfullt. Det kommer frem av en artikkel skrevet av Axelsson Å, Zettergren M og Axelsson C. (2005) at sykepleierne er bekymret for at pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet skal øke stressnivået til behandlingsteamet, og at pårørende skal forstyrre sykepleierne og legene når de jobber med pasienten. Behandlingsteamet i denne studien er også engstelig for at pårørende skal ta følelsesmessig skade av det som de ser blir utført av prosedyrer og hjerte lunge redning. Det kan se brutalt ut for noen som ikke er vant til å se slikt. På den andre siden skriver Axelsson Å et al (2005) i artikkelen sin at forskning viser at behandlingsteamet tror at pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet er viktig for pårørendes og pasientens følelsesmessige og åndelige behov. Teamet følte at pårørende ved å være tilstede på akuttrommet fikk hjelp til å forstå pasientens tilstand og de fikk se at sykepleierne og legene hadde gjort alt de kunne for pasienten. Sykepleierne mente også at at pårørende som var tilstede talte pasientens sak og at de ble mer observant på mennesket bak pasienten. Behandlingsteamet mente også at de viste en mer profesjonell holdning på behandlingsrommet når pårørende var tilstede. Denne studien indikerer at det er både positive og negative aspekter ved pårørendes tilstedeværelse på akuttmottaket. Jeg tolker det slik at de ulike positive og negative aspektene ved de pårørendes tilstedeværelse på en måte utfyller hverandre. Situasjonen påvirkes av flere faktorer både på individnivå og på systemnivå, og det er vanskelig å generalisere en situasjon opp mot den neste. I Sverige har Weslien M og Nilstun T (2003) gjort en undersøkelse blant sykepleiere og leger, som var med i hjertestansteamet, om deres holdninger og

erfaringer til pårørendes tilstedeværelse ved hjertestans. Blant de spurte svarer mindre enn halvparten at pårørendes ønske om å få være tilstede ved hjertestans bør alltid eller ofte respekteres. Funnene indikerer samtidig at det ikke er vanlig at pårørende spør om de kan være tilstede ved hjertelungeredning.

2.5.2 Pårørendes holdninger

Meyers T. et al publiserte i 2000 en studie gjort blant pårørende om deres holdninger og erfaringer med å være tilstede på akuttrommet når deres kjære blir akutt kritisk syk. Studiet konkluderte med at de fleste pårørende vil ha valget og muligheten til å være tilstede under resusitering og invasive prosedyrer. En pilotstudie utført av Robinson S m fl, 1998 viser at pårørende som har vært til stede på akuttrommet opplever mindre angst, depresjon og sorg i etterkant av hendelsen sammenlignet med pårørende som ikke hadde anledning til å være tilstede sammen med pasienten. De spurte pårørende sier også at ved å få være tilstede på behandlingrommet ble den videre sorgprosessen lagt bedre tilrette for. Pårørende i studien til Meyers et al (2000) sier at det er positivt at de selv ser hva som skjer med sin kjære og vet at alt som er mulig blir gjort for han. De nevner også flere fordeler ved å være tilstede: familiesamholdet blir opprettholdt og de får være sammen med sine nærmeste når livet går mot slutten. Duran C, m fl hevder i sin artikkel fra 2007 at pårørende mente det var deres rettighet å få være tilstede på akuttrommet sammen med sin kjære. Helsepersonell er som nevnt i kapittelet over bekymret for om pårørende skal forstyrre behandlingsteamet, men undersøkelser indikerer at det ikke er noe avbrudd i behandlingen selv om pårørende er tilstede (Robinson S. et al 1998).

2.5.3 Pasientens holdninger

Det er ikke blitt gjort mange studier på pasientens holdninger til å ha sine pårørende tilstede på behandlingsrommet under akuttsituasjoner, dette fordi mange pasienter ikke overlever hendelsen (Clark et al, 2005). Men Benjamin M. et al publiserte i 2004 en spørreundersøkelse gjort på venterommet ved Minnesota hospital emergency department. Han spurte pasienter som var eldre enn 17 år, som ventet på å bli «sortert», (en sykepleier eller lege skal prioritere syke og skadde etter alvorlighetsgrad), om de ville ønsket å ha pårørende tilstede ved en hjertestans på sykehus. 72% av de spurte ville ha pårørende tilstede, men 56% av de som svarte positivt ville bare ha noen spesielle pårørende tilstede. De som var negative til å la pårørende få være tilstede, nevnte følelsen av forlegenhet av at pårørende skulle se de i den situasjonen, og bekymring for at familien skulle være i veien for behandlingsteamet. En kvalitativ studie gjort av Eichhorn D.J m fl (2001) der de intervjuet åtte pasienter som hadde pårørende tilstede ved invasive prosedyrer og en pasient som

hadde pårørende tilstede ved resusitering, viser at pasientene følte trøst ved at pårørende var tilstede og at de var pasientens talsmann. De følte også at ved å ha pårørende tilstede sammen med seg så ble helsepersonellet minnet på at de var en person bak diagnosen. Pasientene som ble spurt mente også at de hadde rett til å ha pårørende tilstede. Noen nevnte også at de var bekymret for de følelsesmessige konsekvensene det kunne ha for pårørende å være vitne til behandlingen, men de trodde at fordelene ved å være tilstede veide opp for det.

3.0 METODE

I all forskning gjelder det at metoden skal tilpasses formålet. Med det menes at man velger den metoden som man mener er best egnet til å utforske, eller gi svar på forskningsspørsmålene (Malterud, 2003). Dette er et fenomenologisk-hermeneutisk studie. Problemstillingen for denne oppgaven var hvordan sykepleier opplever møtet med de pårørende i akuttmottaket. En velegnet fremgangsmåte for å studere personers opplevelser er ved en fenomenologisk tilnærming i form av kvalitative intervjuer. Kvalitative metoder benytter seg av ulike strategier for innsamling av data, men bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2003). Min strategi for innhenting av data var gjennom det halvstruktureerte forskningsintervjuet, som ifølge Kvale (2001, s.21) er:

”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”.

Beskrivelser av den *intervjuedes livsverden* refererer til en fenomenologisk fremgangsmåte, mens *fortolkningen av de beskrevne fenomenene* er den delen av forskningsprosessen som forholder seg til hermeneutisk teori. Siden disse vitenskapelige tradisjonene utgjør et grunnlag for metodene innen kvalitativ forskning, finner jeg det riktig å gi en kort presentasjon av dem her. Jeg vil vektlegge det som jeg anser som er relevant for det kvalitative forskningsintervjuet.

Fenomenologien fokuserer på beskrivelser av menneskers erfaring, mer konkret deres livsverden (Kvale, 2001). Formålet med fenomenologiske studier kan samlet sies å være å gå ”back to the things themselves” (Husserl, 1970/1900, i Giorgi, 1985). Giorgis (1985) forståelse av dette uttrykket er at målet med fenomenologiske studier er å undersøke ulike (psykologiske) fenomen slik de opptrer for mennesker i konkrete situasjoner i hverdagen. Det er videre et ønske om å trekke meningsbærende essenser ut fra fenomenet som er i fokus, gjennom å studere de erfaringer folk har med fenomenet (Lindseth og Norberg, 2004). Dette krever at man åpner seg for fenomenet slik det blir beskrevet gjennom å sette til side de antagelsene man har om fenomenet fra før. I hvilken grad man mener at en slik forforståelse kan settes til side, eller hvilke sider ved forforståelsen som er nødvendig å ha for å kunne forstå fenomenet overhodet, varierer mellom ulike teoretikere. Denne variasjonen er knyttet til fenomenologi og hermeneutikk, hvor den hermeneutiske posisjonen argumenterer for at det eksisterer en uunngåelig og nødvendig

forforståelse, og at denne skal tydeliggjøres i forskningsprosessen (Kvale, 1983). Lindseth og Norbergs (2004) forståelse av dette, er at man unnlater å trekke slutninger og bestemme seg for hvordan ting er i forkant av undersøkelsen, og i møte med det intervjupersonen har å fortelle. Med dette menes at man unnlater å møte materialet med et teoretisk byggverk. Malterud (2003) anbefaler at man skriver ned sin forforståelse og forventninger til materialet så presist som mulig i forkant av undersøkelsen, og at dette skal presenteres i det skriftlige arbeidet. Jeg vil gjøre rede for og drøfte hvordan min forforståelse kan ha virket inn på studien senere i metoddelen.

Hermeneutikk er læren om tekstfortolkning, og bearbeidelse og fortolkning av tekst er en uunngåelig del av forskningsprosessen i kvalitative studier (Lindseth og Norberg, 2004). Det grunnleggende prinsippet i fortolkningsprosessen er en stadig veksling mellom forståelsen av deler av teksten, og forståelsen av teksten som helhet. Man lar betydningen man har funnet i deler av teksten belyse teksten som helhet, samtidig som teksten som helhet påvirker forståelsen av delene. Denne prosessen kalles en hermeneutisk sirkel, og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende og konsistent (Kvale, 1983). Også i analysen av kvalitative intervjuer veksler man mellom å forstå eller fortolke deler av intervjuet i lys av hele intervjuet, samtidig som forståelse av delene kan skape en forståelse av den totale intervjuteksten. En av forskjellene mellom tradisjonell tekstfortolkning og analyse av kvalitative intervjuer er imidlertid at man som kvalitativ forsker både er fortolker og medskaper av teksten, mens man innen hermeneutikken jobber med ferdigstilte tekster. En annen forskjell er at man må balansere ønsket om logisk, meningsfull koherens i teksten mot det fenomenologiske perspektivet, hvor man holder seg tro mot de nyansene og eventuelle motsigelsene i teksten, fordi dette kan speile selve fenomenets kompleksitet (Kvale, 1983).

Med utgangspunkt i de forskjellene som finnes mellom fenomenologi og hermeneutikk, og den balanseringen som må gjøres mellom det rent deskriptive og det fortolkende i kvalitative metoder, har det blitt utviklet metoder som vektlegger disse perspektivene i ulik grad. Å skulle velge en av disse metodene innebærer en vurdering av selve masteroppgaven; både hvilken type spørsmål jeg er interessert i, og hvordan jeg ønsker disse behandlet i oppgaven. Valget henger også sammen med de begrensningene prosjektet står ovenfor, i form av tilgang på informanter og størrelsen på oppgaven. Jeg har valg å støtte meg til Bourdieu sin forståelse av et forskningsintervju (Bourdieu, 2007) og Kvale og Brinkmann slik de diskuter og beskriver gjennomføringen av et kvalitativt intervju (Kvale og Brinkmann, 2010).

Videre i metodekapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg som forsker har gått frem gjennom dette studiet.

3.1 Utvalg

Utgangspunktet for utvelgelse av informanter i kvalitative studier er ikke representativitet, men hensiktsmessighet (Dalland, 2010). Et kvalitativt utvalg skal baseres på at informantene har egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevante i forhold til problemstillingen (Kvale, 2008). Gjennom dette studiet har det blitt utført separate dybdeintervjuer av seks ulike informanter. Informantene var sykepleiere ved to ulike akuttmottak i Norge. Jeg valgte to ulike plasser som gjenstand for datainnsamling, et regionalsykehus og et lokalsykehus. Dette på bakgrunn av et ønske om å sikre bedre bredde i forhold til avdelingskultur, ulik praksis på ulike avdelinger, samt i henhold til personvern.

Jeg tok direkte kontakt med to akuttmottak i Norge. Der fikk jeg presentert prosjektet for fag -og forskningssykepleier på avdelingen. Jeg sendte et informasjonsskriv med informert samtykkeskjema over mail (vedlegg 3) og mine informanter ble rekruttert gjennom fag og forskningssykepleier på de to respektive avdelingene. To av informantene var nyutdannede og fire var erfarne (arbeidet i mer enn ti år). Informantene var alle kvinner i alderen 23 til 55 år. Intervjuenes varighet var på ca 60 min.

3.2 Utforming av intervjuguiden

Intervjuguiden som er benyttet i denne studien er inspirert av Kvale og Brinkmanns drøftning av hvordan en god intervjuguide kan utformes (Kvale & Brinkmann 2010). Den er også inspirert av Bourdieu sin forståelse av et forskningsintervju slik det beskrives i boken "livshistorie forskning og kvalitative intervju" (2007). Bourdieu var opptatt av å utøve en ikkevoldelig kommunikasjon i intervjusituasjonen. Han beskriver en asymmetri mellom informant og forsker. Hvis det i tillegg er stor forskjell på sosial rang og kulturell og språklig kapital mellom informant og forsker, kan asymmetrien forsterkes og sjansen for å utøve voldelig kommunikasjon øke. Dette kan vise seg i alt fra ordene forskeren bruker, hvordan studien blir presentert, forskerens forståelse, hva som vektlegges og hva som holdes tilbake. Det er derfor viktig å tenke over om man er rette person til å intervju den aktuelle informanten. All sosial utveksling har en effekt som kan virke som en tilfeldig forstyrrelse hvis den ikke blir reflektert over. Det er et hovedpoeng for Bourdieu å være

refleksiv og metodisk klar over og aktivt prøve å minske denne asymmetrien. Som forsker var jeg klar over disse faktorene og jeg mener dette er ivaretatt gjennom at jeg som sykepleier intervjuet andre sykepleiere. Samtidig var jeg som forsker aktivt reflekterende over at jeg ikke i den spesifikke situasjonene som intervjuer ikke innehadde rollen som sykepleier, men som forsker.

Intervjuformen som er benyttet er semistrukturert ved at spørsmålene er forberedt for å sikre at intervjuet omhandler de rette temaene. Samtidig var det viktig for meg at informantene skulle kunne snakke så fritt som mulig i forhold til temaene som ble presentert. Dette var en utfordring. I ettertid ser jeg at spørsmålene kunne vært mer åpne i forhold til tema slik at informantene i større grad kunne snakket fritt i forhold til presentert tema. Jeg opplevde likevel at informantene tolket spørsmålene forskjellig og de for eksempel snakket om tid på forskjellige måter selv om de alle hadde fokus på hvordan tiden kunne påvirke handlinger, og holdninger i en gitt situasjon. Se vedlegg 4 for intervjuguiden som ble benyttet.

Som et ledd i utformingen av min intervjuguide ble det gjennomført et pilotstudium med tre intervjuer av sykepleiere på barneklirikken der jeg selv arbeidet på den tiden. Disse intervjuene bidro til å sikre spørsmålenes relevans for studiets problemstilling.

3.3 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av våren 2010. Informantene ble oppsøkt på eget arbeidssted. Jeg hadde med lydopptaker, kaffe og hjemmelagde kjeks til intervjuene. Jeg gjennomførte kun et intervju om dagen, tross for at det var fler intervjuobjekter fra samme arbeidssted. Dette gjorde jeg for å lettere kunne sikre validitet i transkriberingen og for å lettere kunne huske den unike informantens kroppspråk, uttrykksmåte og vektlegging av informasjon. Intervjuene varte i mellom 60 og 80 minutter. Enkelte av informantene hadde forberedt seg godt, andre hadde mer eller mindre tenkt igjennom på forhånd det vi skulle snakke om ut ifra informasjonsskrivet jeg delte ut på forhånd, se vedlegg. Overveielser i forhold til gjennomføringer av intervjuene utdypes i kapittel 3.9, diskusjon av metode.

Etter gjennomføring av de tre første intervjuene fulgte en liten pause til refleksjon og ettertanke. Dette resulterte i korrigeringer av intervjuguiden. Utdypes senere i kapittelet. De tre resterende intervjuene ble utført en måneds tid senere.

Det ble benyttet lydbånd i intervjusituasjonen. Dette var et kjærkommet hjelpemiddel i etterarbeidet

samtidig som det gav en egen nærhet i intervjusituasjonen ved at jeg kunne være mer tilstede under selve intervjuet.

3.4 Analyse

Transkripsjon er en viktig men også utfordrende prosess i kvalitativ forskning. Her omdannes intervjuet til en skriftlig tekst og det medfører ulike utfordringer. Jeg valgte å transkribere materialet selv, dette var det flere årsaker til. Studien var såpass liten at jobben var overkommelig på tilmålt tid, samtidig som det å transkribere på egen hånd i etterkant av hvert intervju skapte en egen nærhet til materialet.

I analysen av materialet ble det tatt utgangspunkt i analyseformene meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning som beskrevet hos Kvale og Brinkmann, 2010. Det er ikke noe skarpt skille mellom datainnsamling, transkribering og analyse ved et kvalitativt forskningsintervju. Det er for sent å begynne å tenke på analysen etter at intervjuene er utført. Analysen foregår dermed parallelt med datasamlingen (Kvale og Brinkmann 2010). En av fordelene med kvalitativ metode er nettopp at analysen kan foregå parallelt med datasamlingen. På denne måten kan en veksle mellom datainnsamling og analyse for å parallelt avkrefte antakelser eller bekrefte disse når de dukker opp underveis i arbeidet (Album, 1996).

Først og fremst må man være tro mot alt som kommer opp i intervjuet, samtidig som man ikke reduserer intervjuet til kun å gjelde det som er tatt opp på bånd. Det er mye som formidles i taushet, det vil si i pausene mellom ordene, i sukk og av kroppens fremtoning, som ikke kommer frem gjennom ordrett transkribering av materialet (Bordieu, 2007). Jeg transkriberte hvert intervju direkte etter at intervjuet hadde funnet sted. Jeg skrev da ordrett ned det som var blitt sagt og la samtidig inn pauser og beskrivelser av kroppsspråk og lyder som hadde kommet frem. Kvale og Brinkmann skriver at når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form blir intervjusamtalene strukturert på en slik måte at de er bedre egnet for analyse. Jeg gjennomførte først tre intervjuer, transkriberte og reflekterte rundt disse for så å fortsette videre med de tre neste intervjuene. Dette var for meg en god måte å arbeide på. Refleksjoner og tanker rundt de første tre intervjuene har vært med på å forme de senere intervjuer og prosessen rundt disse. Senere skrev jeg sammendrag til hvert intervju.

Kvalitativ forskning er utfordrende på den måten at en som forsker tolker og analyserer informasjon blant annet ut i fra egen forforståelse. Metoden stiller derfor krav til refleksjon og tid til å finne ut

av nettopp det særegne som kommer fram (Dalland, 2010; Johannesen et al, 2010; Ruyter, 2003). Fra et fenomenologisk perspektiv skal en beskrive det enkelte menneskes erfaringer slik det fremtrer. Heidegger sier at som menneske er vi ikke isolerte, vår eksistens forutsetter andre. Heidegger peker her på at vi som mennesker ikke er gitt som et rent subjekt til verden, vi er ikke alene men andre mennesker er medtenkte størrelser i vår bevissthet (Thornquist, 2008). Forskerens kjennskap til feltet, evne til sensitivitet, forskerens forforståelse, holdninger, kunnskap og perspektiv er av stor og avgjørende betydning for hvordan forholdet til informantene utvikler seg og dermed hvilke data som fremkommer gjennom tolkning og analyse både under intervjuet og etterpå. Dette har jeg som forsker forsøkt å ha et bevisst forhold til gjennom hele forskningsprosessen.

Uavhengig av analysemetode er det flere tolkningsnivåer som blir betraktet som analytiske verktøy. Ifølge Kvale & Brinkman er det tre fortolkningsnivåer: Selvforståelsesnivået som er en sammenfatning av forskers og informantens forståelse av det som blir sagt. Common sence-nivå hvor det foregår en allmenn fortolkning, som har en bredere forståelsesramme enn informantens egen, og et teoretisk forståelsesnivå hvor man benytter en teoretisk ramme ved fortolkning. Som forsker har jeg beveget meg fra et selvforståelsesnivå i starten av arbeidet med oppgaven til et teoretisk forståelsesnivå i det videre arbeidet etter tilegnet teori og refleksjon av innhentet materiale.

Det finnes flere ulike analyseformer. Tre sentrale analyseformer som fremheves av Kvale og Brinkmann (2010) er meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning. Dette er en analyseform som kan brukes til å organisere materiale fra intervjuer, konsentrere meningsinnholdet relativt kortfattet og for dermed å kunne hente frem underliggende meninger i det som er blitt sagt (Kvale og Brinkmann, 2010). Gjennom analyse prosessen prøvde jeg å finne meningsinnholdet i det transkriberte materialet gjennom prosessene for koding, fortetning og fortolkning. Samtidig som teksten lot seg påvirke av det jeg hadde lest av teori og min forståelse rundt dette samt min forforståelse for temaet. Forskers teoretiske perspektiv, faglige og kulturelle bakgrunn er sentrale forutsetninger for fortolkninger og de spørsmål som kan stilles til det innsamlede datamaterialet (Kvale og Brinkmann 2010).

Meningskoding: Hele materialet ble gjennomlest flere ganger for å prøve å få frem den generelle betydningen. Målet her var å prøve å være intuitivt åpen for de tema som som lå i det transkriberte materialet. I denne fasen av analysen kom jeg frem til følgende mulige tema i form av sentrale ord som: Informasjon, tid, erfaring og refleksjon, intuitiv følelse og kroppsspråkets betydning for tolkning og opplevelse av situasjonen, frustrasjon ovenfor systemet og den enkelte sykepleiers kunnskaper og personlighet. Et annet fremtredende trekk i materialet som jeg i utgangspunktet ikke

hadde reflektert så mye over på forhånd var sykepleiernes beskrivelser av de pårørendes betydning knyttet til det å se pasienten som en unik person, og hvilken betydning dette hadde for hennes opplevelse av ansvaret i situasjonen.

Meningsfortetning: Dette trinnet i analysen handlet om å klare å identifisere meningsbærende enheter. Dette er en form for koding som innebærer dekontekstualisering som gjøres ved å skille ut relevant tekst og klare å spore de delene av teksten som kan belyse oppgavens problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2010). Jeg leste gjennom hvert enkelt intervju og hentet ut tekstavsnitt fra enkeltinformanter som jeg satt i sammenheng med beslektede utsagn fra andre informanter. Her lagde jeg fargekoder til teksten, først til transkriberingsmaterialet og senere til sammendragene.

Meningsfortolkning: I denne fasen av analysen ble materialet prøvd fortettet i forhold til å kunne fremstille resultatene på en kortfattet og oversiktlig måte til lesbar tekst (Kvale og Brinkmann, 2010). Dette gjorde jeg ved å flere steder forkorte informantens uttalelser til kortere formuleringer. Jeg lagde på denne måten sitater som understreket de ulike tema og teori i oppgaven. Enkelte sitater er slått sammen til meningsbærende kunstige sitater utifra komprimering av flere ulike sitater fra ulike informanter, andre er direkte sitater fra enkelt informanter. På denne måten ble det videre arbeidet med oppgaven mer oversiktlig og lettere håndterbart i produksjonen av oppgave teksten.

3.5 Det kvalitative intervju- en gjennomgang av prosess

Etter inspirasjon fra Kvale og Brinkmann har jeg gjennomført forskningsintervjuets syv faser (Kvale & Brinkmann 2010). **Tematisering;** utforming av prosjektplan med tema og problemstilling, samt forskningsspørsmål, **design;** utforming av studiets design med intervjuguide og diskusjon i studiegruppe, **selve intervjuene;** tre intervjuer først, en liten pause til refleksjon og ettertanke, og tre nye intervjuer en måneds tid senere, **transkripsjon;** som ble gjennomført umiddelbart etter hvert intervju, **analyse;** gjennomgang av materialet med fokus på mening, **verifikasjon;** som innebærer en undersøkelse og en vurdering av intervjuenes pålitlighet og validitet, og til slutt **rapportering;** som innebærer en formulering og en fremstilling av materialet.

Denne tilnærmingen valgte jeg fordi det i følge Kvale og Brinkmann er en god måte jobbe på for nye forskere. De sier videre at den kompetente håndtverker, eller den erfarne forsker, vil utføre sitt studie gjennom veletablerte vaner og intuitiv ekspertise heller enn eksplisitte regler og retningslinjer. Nye forskere har derimot mer behov for rettleiding og inspirasjon for å lettere kunne forstå og gjøre

mening ut av valg man står ovenfor gjennom prosessen, og hvilke konsekvenser dette kan få for den kunnskapen som fremkommer (Kvale og Brinkmann 2010). Dette er en forståelse jeg også finner igjen hos Bourdieu, 2007).

3.6 Etikk og personvern.

Prosjektet har fulgt Helsinki deklarasjonens prinsipper for medisinsk forskning (etikkom.no). Prosjektet er vurdert gjennom fremleggsvurdering hos REK (vedlegg 1) og det er sendt inn meldeskjema til NSD (vedlegg 2) som begge gav tilbakemelding om at prosjektet falt utenfor kravet om meldeplikt.

Informantene ble informert på forhånd gjennom et skriftlig informasjonsbrev, se vedlegg. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke og informantene ble informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet uten noen form for forklaring. Informantene er ikke registrert med navn eller andre identifiserbare opplysninger. Informasjon om diagnoser og avdelinger er utelatt. Lydbåndopptakene fra intervjuene ble slettet umiddelbart etter transkribering.

I starten med oppgaven ble det utarbeidet en etisk protokoll der etiske spørsmål som var forventet å fremkomme gjennom studiet ble reflekterte over og behandlet. Etikk handler om forholdet mellom mennesker, hva vi kan og ikke kan gjøre mot hverandre. Dette gjelder ikke bare konkrete handlinger men også måten vi direkte eller indirekte påvirker hverandre (Johannesen et al 2010).

Forskningsetikk er et stort felt og favner altså over problemstillinger som ikke bare er knyttet til gjennomføringen av studiet, men også det forholdet som finnes mellom forskningen og den verden den er en del av (Ruyter, 2003). Dette studiet har krevd en bevisstgjøring og refleksjon over etiske aspekter, ikke bare i feltarbeidet men gjennom hele forskningsprosessen. Informantene i studien skulle ivaretas. Min rolle som forsker skulle beskyttes fra ytre press og samfunnet for øvrig skulle vernes mot uheldige konsekvenser av evt publiserte resultater. Videre skal forskning kunne levere kunnskap som har verdi for samfunnet (Johannesen et al 2010).

Nytteverdi: Hvem kan ha nytte av resultatene fra denne studien? Kan denne studien bidra med noe til de menneskene som er involvert? Under tematiseringen må en ta hensyn til ikke bare verdien for undersøkelsen, men også hensynet til den menneskelige situasjon og eventuelt forbedring av denne (Kvale & Brinkmann, 2010). Et overordnet mål med denne studien var å sette fokus på pårørende som aktør. Det vil si mulig ressurs og belastning i relasjonene mellom sykepleier og pasient. Jeg

ønsket å se på viktigheten av å bruke hverandre som ressurs, som sykepleier og pårørende. Dette for å på best mulig måte kunne møte pasientens behov slik at tilheling kan fremskyndes, liggedøgn forkortes, velvære økes og identitet og integritet hos den enkelte pasient blir ivaretatt. Nytteverdien for samfunnet blir da å forsøke å finne de faktorer som har betydning når det gjelder graden av samarbeid og forståelse mellom sykepleier og pårørende. Men selv om ambisjonene for studien ligger på dette nivået vil det være realistisk å innse at den største nytteverdien av studien blir til eget bruk. Selv om jeg er genuint interessert i det jeg har studert er dette et studie som utføres i utdanningsøyemed. Jeg mener og håper likevel at dette studiet kan bidra til noen nye perspektiver i forhold til samarbeid og pårørendedeltakelse. Jeg kan bidra med eksemplifisering av det som foregår i praksis og på den måten skape interesse for tema og kanskje bidra til nytenkning av nåværende praksis.

Når det gjelder nytteverdien for enkeltinformantene ble dette et ressurs spørsmål så vel som et etisk spørsmål. Hverdagen på en akuttavdeling er ofte hektisk og preget av liten tid. Studiet forsøkte å gjøre selve møtet med informantene til noe som kunne gi gjensidig utbytte. Informantene gav av sine erfaringer og kunnskaper, mens jeg som intervjuer gav min oppmerksomhet (Dalland, 2010). Som nevnt senere i oppgaven gav informantene i studien uttrykk for at denne oppmerksomheten og denne muligheten til refleksjon og samtale var positivt og kjærkommen i en hektisk hverdag. I etterkant av studien har jeg lovet informantene mine å gi en tilbakemelding og en orientering om resultatene i studien.

Personvern: Det er knyttet strenge regler til forskning på mennesker. Et sentralt prinsipp er at deltakelse skal være frivillig. Det vil si at de som er gjenstand for forskningen har rett til å vite at de blir forsket på, og de har rett til informasjon om studiet og de skal kunne samtykke til deltakelse skriftelig eller muntlig (Johannesen et al 2010). Et informert samtykke forutsetter at informanten er kompetent i forhold til at hun har forstått hensikten med studien og konsekvensene for deltakelse. Informantene må kunne vurdere sin egen personlige situasjon og de må kunne foreta en selvstendig og frivillig avgjørelse om deltakelse på grunnlag av informasjon, egne preferanser og verdier og de må frivillige kunne kommunisere sin avgjørelse (Ruyter, 2003). Som nevnt ble informantene informert på forhånd gjennom et skriftlig informasjonsbrev. Jeg innhentet skriftlig informert samtykke og informantene ble informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet uten noen form for forklaring. Informantene er ikke registrert med navn eller andre identifiserbare opplysninger. Informasjon om diagnoser og avdelinger er utelatt.

Den etiske siden ved analysen innebærer en vurdering av hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres, og hvorvidt de kan tolkes fritt uten innspill fra informantene selv. Det er forskerens etiske ansvar å rapportere så sikker og verifisert kunnskap som mulig (Kvale & Brinkmann, 2010). En måte forskning kan påvirke mennesker på er gjennom kunnskapen som formidles eller den virkelighetsoppfatningen som kommer til uttrykk. Denne påvirkningen kan skje gjennom påvirkning av folks forståelse av seg selv, eller gjennom påvirkning av andre menneskers forståelse av en. Det kan for eksempel få alvorlige konsekvenser for den enkelte dersom resultatene brukes på en slik måte at folks oppfatninger av seg selv og andre endres drastisk (Johannesen et al 2010). Personvernloven sier at du har rett på å få uriktige opplysninger rettet og slettet (FBIB, 2011). Dette studiet skal som nevnt ikke samle inn informasjon om identifiserbare enkeltpersoner. Studiet innebærer heller ikke registrering av sensitiv informasjon som kan spores tilbake til enkeltindivider. Studiet innebærer imidlertid bruk av lydbånd, men som et ledd i personvernet ble disse opptakene slettet umiddelbart etter transkriberingen. Det var derfor ikke nødvendig å søke om meldeplikt eller konsesjon (Johannesen et al 2010). En av ulempene ved et studie på denne størrelsen er imidlertid at det er få informanter. Dette kan føre til at resultatene fra studien kan spores tilbake av ansatte på de to respektive avdelingene selv om disse ikke nevnes med noen form for personopplysninger. Dette ble vurdert fortløpende i studiet og det er blitt tilrettelagt for personvern i form av at uvedkommende ikke har hatt rett på adgang til opplysningene (FBIB, 2011).

3.7 Litteratursøk

Et søk starter med et ubesvart spørsmål (Dalland, 2000). Mitt spørsmål var på hvilken måte sykepleier opplever kommunikasjon og samarbeid med pårørende til akutt og eller kritisk syke på akuttmottak. Jeg opplevde det som utfordrende å finne de rette søkeordene og de rette databasene. De fleste forfattere skriver et kort referat av artikkelen. Som regel summeres problemstilling, metode og konklusjon. Ordene som fremkommer her blir søkbare. Fritekst omfatter i vanlige databaser som pubmed og svemed+ tittel, forfatter, ord i referat og emneord. I google omfatter fritekstsøket alle ord i artikkelen. Dette bidrar til at trefflistene i google blir veldig lange. De ulike databasene dekker gjerne ulike fagområder. I tillegg er det databaser som inkluderer artikler fra bestemte språkområder. Medline er den mest brukte databasen innen medisin. Den registrerer artikler fra ca 5400 medisinske tidsskrifter fra ulike land (amerikansk dominans). Medline dekker perioden fra ca 1946 til i dag. Svemed+ dekker de fleste nordiske helsefaglige tidsskrifter. Dalland anbefaler i sin bok «Metode og oppgaveskriving for studenter» utgitt i 2000 å bruke et kombinert fritekstsøk og emneordsøk for systematisk litteratursøking (Dalland, 2000). Jeg søkte hjemmefra

gjennom helsebiblioteket i Ovid sine databaser. Jeg har gjort søk i datatbasene Medline, Svemed+, samt sykepleien.no og på Google scholar. Jeg benyttet søkeordene: «Relatives», «caregivers», «Significant others», «Nurse», «emergency», «Acute illness», «Critical care», «intensive care», «communication», «Professional-patient relations». Jeg søkte også med noen norske søkeord i Svemed+ : «Sykepleier», «Pårørende», «Akuttmottak», «kommunikasjon». Jeg fikk flest treff på Medline Ovid. Her fikk jeg 221 treff hvorav jeg fant 19 av disse interessante for min oppgave. Pubmed er gratisversjonen av Medline, men en benytter en annen søkemetode. Jeg gjorde et søk også her for å undersøke om jeg fikk samme treff. Jeg fikk 228 treff i pubmed med de samme søkeordene jeg benyttet i Medline. I Svemed+ fikk jeg 31 treff hvorav jeg har benyttet 6 av disse til bakgrunn for oppgaven. På sykepleien.no var det et par artikler som var interessante. De fleste artiklene er publisert i sykepleietidsskrifter i USA, Canada, Storbritania og Irland. Men det var også noen interessante artikler fra Skandinavia.

3.8 Diskusjon av metode

En kvalitativ metode bygger blant annet på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Dette er vitenskap der den rene objektive sannhet ikke er målet, men viten kommer fra beskrivelser og fortolkninger av menneskers erfaringer med å være i bestemte situasjoner. Dette studiet innehar som nevnt innledningvis elementer av både fenomenologisk og hermeneutisk forsknings posisjon. Validiteten og reliabiliteten innen kvalitativ forskning har vært omdiskutert. Noe av det som er blitt diskutert er om disse begrepene er relevante å bruke i kvalitativ forskning. Det sies at et kvalitativt intervju vil kunne gi et forutinntatt resultat, preget av forskerens holdninger. I følge Kvale inneholder denne kritikken et krav om objektivitet i betydningen at en uttalelse bare har en riktig og objektiv mening og at forskerens oppgave er å finne denne ene og sanne meningen (Kvale og Brinkmann 2009, s 218). Kvalitativ forskning bygger på et annet vitenskapssyn. Gjennom et kvalitativt forskningsintervju blir kunnskap produsert sosialt, det vil si gjennom interaksjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt. Ved et kvalitativt intervju kan derfor ikke samtalen reproduseres som gjennom bruk av et spørreskjema. Dette er heller ikke hensikten med et slikt intervju (Dalland, 2000). Troverdigheten blir ikke lavere på denne måten, men ifølge Malterud (2003) må troverdigheten ivaretas på en annen måte i kvalitativ forskning. Det stilles store krav til metode og analyse i et kvalitativt studie dersom man skal nå målet om økt forståelse og innsikt i et fenomen (Graubæk, 2010).

Forforståelse er et sentralt begrep innen forskning. Med forforståelse menes summen av forskerens

egne erfaringer og kunnskaper om et gitt tema. Forforståelse kan beskrives som et nødvendig vilkår for å kunne forstå verden. Mistolkninger kan oppstå når vi gjennom egen forforståelse tar noe for gitt og dermed forstår for raskt (Kvale og Brinkmann, 2010). Det fremheves i metodelitteraturen at bevissthet rundt egen forforståelse er avgjørende for å kunne sikre validitet og reliabilitet i forskningsprosessen. Under kvalitativ forskning bruker forskeren seg selv som instrument i prosessen, dette innebærer unektelig en påvirkning av forskningsprosessen og dens resultater (Materud 2003).

3.7.1 Forarbeidet

Spørsmålene som stilles i intervjuet legger grunnlaget hva slags informasjon som kan hentes ut. For å sikre studiets validitet støttet jeg meg til faglitteratur innenfor feltet ved utforming av spørsmålene i intervjuguiden. Jeg utførte et pilotstudium med intervjuer av tre sykepleiere på egen avdeling for å sikre at spørsmålene var relevante for temaet jeg ønsket å belyse. Likevel kan min manglende erfaring med utforming av intervjuer ha ført til at intervjuguiden ikke ble utformet på en optimal måte. Egen forforståelse og manglende erfaring med spørsmålsformuleringer kan ha medført misforståelser eller påvirket mine informanter ved å lede dem inn på temaer/svar som jeg i utgangspunktet forventet at skulle dukke opp.

3.7.2 Innhenting av datamaterialet

I utgangspunktet ønsket jeg å gjøre passivt tilstedeværende observasjoner av mine informanter i deres daglige arbeid i forkant av intervjuene. Observasjon er velegnet dersom en ønsker svar på spørsmål om handling – hva som skjer og gjøres – i menneskers naturlige omgivelser (Johannesen m fl, 2010). Min tanke var at slike observasjoner ville gjøre meg bedre i stand til å se kompleksiteten i ulike situasjoner. Min arbeidshypotese, «pårørende- en ressurs?» er av en sånn art at jeg tror at jeg lettere kunne oppfatte hva informantene formidlet dersom jeg kunne observert dem i direkte kontakt med pårørende i spesifikke situasjoner for så å diskutere dette i etterkant. Dessverre møtte jeg skepsis til observasjon som metode og avdelingen ønsket ikke at jeg skulle gjennomføre observasjonene. Observasjoner ble av denne grunn ikke gjennomført.

Forskningsintervjuet har en åpen struktur noe som innebærer både fordeler og ulemper. Det finnes ingen standardprosedyre eller regel for utføringen av et intervju. Det er likevel viktig å ha bakgrunnskunnskap om hvilke faktorer som rører seg ved et forskningsintervju for å lettere kunne ta de riktige valgene i intervjuprosessen. Forskning viser at under kvalitative intervju er påvirkningen i relasjonen *fra* forsker *til* informant stor (Kvale & Brinkmann, 2010). Forskerens kjennskap til feltet, evne til sensitivitet, forskerens forforståelse, holdninger, kunnskap og perspektiv er av stor og

avgjørende betydning for hvordan forholdet til informantene utvikler seg og dermed hvilke data som fremkommer gjennom tolkning og analyse både under intervjuet og etterpå (Kvale & Brinkmann, 2010). I et intervju ligger det mulige feilkilder i selve kommunikasjonsprosessen. Er spørsmålet riktig oppfattet? Har jeg som intervjuer forstått svaret riktig eller ut i fra min egen forforståelse? Hva kan jeg regne som implisitt eller ikke i svaret? Er oppfølgingsspørsmålet mitt i så måte relevant, forvirrende eller kanskje ledende? Det stilles krav til kommunikasjonsform, refleksjon og korrekt behandling av dataene for å gi et pålitelig svar. Selv om jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til dette er det trolig at min manglende erfaring som intervjuer kan ha medført redusert pålitelighet for resultatene.

Kommunikasjonsformen preges av den sosiale rollen man har i et gitt samspill. I mine forskningsintervjuer bar konversasjonen tydelig preg av å være profesjonell heller enn dagligdags. Dette konstruerte samspillet opplevde jeg som uvant. Flere av informantene hadde forberedt seg til intervjuet i forkant, og som uerfaren forsker opplevde jeg at den formelle settingen var krevende. Det å holde samtalen på det profesjonelle nivået, uten å la egne synspunkter og erfaringer skinne igjennom og samtidig ha et bevisst forhold til egen forforståelse for å unngå å styre samtalen dit jeg forventet eller ønsket, var utfordrende.

Selv om man som forsker evner å forstå det informanten mener å kommunisere, er det ikke dermed gitt at svaret som kommer frem er ærlig eller «sant». Det har vært tankevekkende å registrere hvordan informantene i enkelte tilfeller snakket ut i fra en sykepleierideologi om hvordan de mente man som sykepleier skulle forholde seg til og tenke om pårørende. Det har vært utfordrende å få kontroversielle utsagn fra informantene når jeg til tider har følt på at temaet har vært tabubelagt i forhold til at en skal mene slik og slik om de pårørendes rolle. Det er udefinerbart hva som er de «riktige holdningene» til pårørende, men jeg opplever at det ligger en forventning om hvordan en bør forholde seg til denne gruppen utifra normer og generelle holdninger i samfunnet. Som nevnt har vi mer eller mindre bevisste forestillinger om hvordan vi vil oppfattes av menneskene rundt oss. Meninger om at de pårørende kan være en belastning hadde jeg inntrykk av at var vanskelig å formidle for flere av mine informanter, spesielt tidlig i intervjuet. Dobbeltheten i at de pårørende kan være en ressurs samtidig som de er en belastning kom likevel tydelig frem i materialet mitt spesielt gjennom utsagn som «det er slitsomt at de pårørende blander seg hele tiden..» eller «det hender at pårørende forstyrrer meg når jeg er nødt til å konsentrere meg..»

3.7.3 Tolkning og Analyse

Målet med et kvalitativt forskningsintervju er å kunne forstå verden slik intervjupersonen ser den

(Kvale & Brinkmann, 2010). Samtidig er forskerens teoretiske perspektiv, faglige og kulturelle bakgrunn sentrale forutsetninger for fortolkninger av det innsamlede datamaterialet (Kvale og Brinkmann 2010). Metoden stiller derfor krav til refleksjon og tid til å finne nettopp det spesielle dataene forteller (Dalland, 2010; Johannesen et al, 2010; Ruyter, 2003).

Jeg har arbeidet i 11 år på sykehus, hovedsakelig med barn og deres pårørende. Jeg har inntatt ulike roller i forhold til barna, deres pårørende, kolleger og andre. Min bakgrunn som sykepleier på barnepost, samt en kort karriere innen hjemmesykepleien har gitt meg mye verdifull erfaring i omgang med pårørende. Dette har vært en styrke for meg gjennom dette prosjektet samtidig som det også kan ha vært en svakhet. Mine erfaringer har gitt meg klare formeningar om pårørendes rolle, samtidig som mine erfaringer har begrensninger når det gjelder å kjennskap til pårønderelasjoner for voksne og eldre pasienter. Manglende kontekstforståelse i forhold til at jeg aldri har arbeidet på akuttmottak har antakelig også bidratt til noen utilstrekkelige tolkninger fra min side selv om jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til disse faktorene.

Som nevnt ble det utført endringer i intervjuguiden etter at tre av de tilsammen seks intervjuene var gjennomført. I den første, opprinnelige, guiden for intervjuene var det stort fokus på ulike holdninger til de pårørende basert på de pårørendes kjønn, alder, bakgrunn, erfaring med sykehus, profesjon, sosiale status og relasjon til pasienten. I de tre første intervjuene merket jeg imidlertid at disse faktorene ikke ble lagt vekt på. Samtalen dreide seg heller inn mot utfordringene i forhold til å kunne gi informasjon, tidsbegrepet ble ofte nevnt og det ble ytret en frustrasjon rundt omsorgsidealet. Sistnevnte ble uttrykt gjennom at sykepleier i mange situasjoner identifiserte behov hos enkeltmennesker som det var vanskelig å tilfredsstille blant annet på grunn av avdelingsstruktur, tid og bemanning. Et annet tema som utviklet seg til å bli viktig for min forståelse og tolkning av materialet var den enkelte sykepleiers refleksjoner rundt egen erfaring og kompetanse. Justering av intervjuguiden ble derfor nødvendig for å få utfyllende og tilstrekkelig informasjon om informantenes tanker om disse temaene. Samtidig medførte denne justeringen at jeg ser tydelige forskjeller i innhold og struktur mellom de tre første og de tre siste intervjuene. Dette skapte ekstra utfordringer i arbeidet med tolkning og analyse av intervjuene.

3.7.4 Studiets omfang

Mine informanter representerer ikke et fullstendig representativt utvalg i forhold til kjønn, alder, avelingsstruktur og lignende men de representerer et hensiktsmessig utvalg i forhold til at de alle sammen kan si noe i forhold til gitt problemstilling. Jeg har hatt et bevisst forhold til begrensningen ved et så lite studie. Et kvalitativt studie kan ikke trekke absolutte konklusjoner, men jeg håper dette

studiet kan være med på å se tendenser/mønstre i arbeidet med pårørende og ut ifra dette gi anbefalinger til videre håndtering av pårørendes sin rolle, spesielt i akuttmottaket.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg presentere de empiriske resultatene fra studien. Gjennom arbeidet med analysen utkrystalliserte det seg en del faktorer/temaer som i alle intervjuene ble trukket frem som spesielt viktige for relasjonen mellom sykepleier og pårørende. Disse faktorene/temaene skilte seg markant ut i mitt materiale ved at de ble vektlagt av alle mine informanter og opptok store deler av intervjutiden i alle de seks intervjuene. Jeg har samlet og kategorisert disse faktorene i syv ulike kategorier (her kalt underkategorier). Disse syv kategoriene er igjen kategorisert i tre hovedtemaer. De tre hovedtemaene representerer de sentrale funnene i dette studiet. Her presenteres de tre hovedtemaene med tilhørende underkategorier. Funnene presenteres først i en skjematisk oversikt (Fig 1). Deretter følger en mer utfyllende tekst.

Hovedtema 1	Kommunikasjon som redskap for samarbeid og forståelse.
Underkategorier	1.Kommunikasjon- en kilde til nytte og frustrasjon 2.Strategier for kommunikasjon med pårørende
Hovedtema 2	Forholdet til tid
Underkategorier	1.Tid og tilgjengelighet- tid som ramme for kommunikasjon 2.Forutsigbarhetens gevinst
Hovedtema 3	Sykepleiers refleksjon og kompetanse
Underkategorier	2.Holdninger til pårørende har sammenheng med sykepleiers kompetanse og erfaring. 3.Viktigheten av sykepleiers mulighet for refleksjon over egen praksis.

Fig.1 Hovedtemaer og underkategorier

4.1 Kommunikasjon som redskap for samarbeid og forståelse

For å få en økt forståelse for relasjonen mellom sykepleier og pårørende på akuttavdelingen er det avgjørende å se nærmere på kommunikasjonen mellom disse aktørene. Her blir kommunikasjon bredt definert, og inkluderer både verbale og nonverbale kommunikasjonsformer. I alle de seks intervjuene som ble gjennomført dreide mine informanter samtalen stadig inn på temaer der kommunikasjonen med de pårørende stod sentralt. Her presenteres de sentrale temaene fra intervjuene som dreier seg om kommunikasjon.

4.1.1 Kommunikasjon -en kilde til nytte og frustrasjon

Kommunikasjonen mellom sykepleier og de pårørende legger grunnlaget for samarbeid og forståelse. Kommunikasjonen kan være livsviktig for pasienten, men den kan også være en kilde til frustrasjon både for sykepleier, pårørende og pasient. En rekke ulike faktorer påvirker nytteverdien av kommunikasjonen, hvor komplisert den er og hvordan den oppfattes av de ulike aktørene. I denne underkategorien fokuseres det i stor grad på innholdet i kommunikasjonen og mindre på selve kommunikasjonsformen.

De pårørende har ofte et umettelig behov for informasjon om tilstanden til - og behandlingen av deres kjære. Alle mine informanter uttrykker at de pårørendes informasjonsbehov i stor grad preger møtet mellom sykepleier og pårørende. Informantene beskriver ulike situasjoner der de opplevde spørsmål fra de pårørende som stressende og ressurskrevende i situasjonen. Samtlige beskriver de at det å gi informasjon krever noe ekstra av deg som sykepleier i forhold til at en må ha oversikt og fokus på informasjonen som blir gitt og at dette kan være krevende i en akuttsituasjon hvor mye er uavklart. En informant formulerte seg slik:

«Ofte har de pårørende så mange spørsmål. De spør om alt fra hva skjer nå til hvor lang tid vil dette ta»

En annen slik:

«Er dette farlig? Det kan være utfordrende å skulle stå i situasjonen og svare på spørsmål en selv ikke har oversikten over enda. Samtidig som jeg forstår at spørsmålene kommer»

Alle informantene forteller at samarbeidet med de pårørende som regel er uproblematisk. Spesielt

understrekes de pårørendes viktige rolle i innhenting av livsviktig informasjon om pasienten. En informant uttrykker seg slik:

«De kommer inn og hjelper meg i datasamlinga mi..»

En annen slik:

«I situasjoner der det står om liv og der pasienten ikke klarer å svare for seg er pårørende utrolig viktig for å kunne gi meg/oss informasjon. Da kjenner jeg at det er godt å ha pårørende der, spesielt fordi de kan gi meg så mye nyttig informasjon og jeg slipper å påføre pasienten stress med mange spørsmål kona hans like godt kan svare på»

Samtidig nevner flere av informantene at de pårørende iblant overøser sykepleier med informasjon om pasienten som ikke er relevant for behandlingen. Flere av informantene hadde eksempler på situasjoner der de pårørendes behov for å informere overgikk sykepleiers behov for informasjon i den spesifikke situasjonen. En av mine informanter uttrykte seg slik om en opplevde situasjon:

«..Samtidig finnes det situasjoner der kona eller kjæresten har så mye på hjertet som ikke er relevant for oss akkurat da. For eksempel at pasienten er veldig sulten og ikke har spist på flere timer eller at han jobber som det og det og akkurat har fått en forfremmelse eller at..ja du vet..informasjon som ikke betyr noe for den situasjonen pasienten for øyeblikket befinner seg i..»

En annen beskrev en lignende situasjon:

«Jeg tror at mange reagerer på stress og det å ikke vite hva som skjer med ekstra energi, som om de får et adrenalinkick liksom. Da er det mange som prater og prater og gir mye informasjon på kort tid. Det kan hende at noe av dette hadde vært av interesse for oss, men man må liksom konsentrere seg veldig for å klare å sile ut det som er nødvendig å vite fra det som ikke har noe med situasjonen å gjøre i det hele tatt»

Informantene nevner også at de pårørende kan bidra både med trygghet for pasienten, og med trygghet i akutt situasjonen for alle de involverte. En informant formulerer seg slik

«De er en enorm støtte når det gjelder samarbeid med unge og demente pasienter. De

tilfører situasjonen en trygghet jeg ikke hadde klart å dekke.»

En annen formulerer seg slik:

«Pårørende til barn eller gamle forvirrede demente som ikke forstår språket er utelukkende en ressurs i forhold til at de kan gi meg informasjon og trygghet til pasienten slik at jeg kan fokusere på prosedyrer og sånt.»

Samme informant har et eksempel på en situasjon som skapte trygghet for alle de involverte:

«Denne spesielle pasienten viste seg å ha mange forskjellige allergier. Hun hadde reagert kraftig på flere typer legemidler og behandlinger og den informasjonen hadde ikke vi tilgang til i den akutsituasjonen vi var i. Da var det så godt å ha mannen der som hadde oversikt over alt dette og samtidig klarte å formidle det til oss... Vi snakket sammen etterpå om at det er vanskelig å si hvordan resultatet hadde blitt dersom han ikke hadde vært der med henne..det gjorde oss ydmyke men samtidig takknemlige..»

Denne situasjonen forteller noe om hvor vanskelig det er å få full oversikt i en akutsituasjon der en på forhånd ikke har hatt mulighet til å sette seg inn i alle aspektene ved pasientens sykehistorie, vaner og preferanser. Situasjonen forteller noe om hvilken stor ressurs den pårørende kan være dersom han eller hun klarer å opptre fattet og konsentrert i en stresset og uavklart situasjon til pasientens beste. Sitatet over forteller hvilken ressurs de pårørende er i forhold til å kunne tilføre pasienten trygghet og stabilitet noe som i de aller fleste tilfeller kommer behandler tilgode i form av ro til konsentrasjon og mulighet for samarbeid med pasienten.

Det kan være vanskelig for et akuttteam og se enkeltmenneskene bak de skadde kroppene som beveger seg inn og ut av akuttavdelingen. En av de mest erfarne informantene fortalte en historie der hun vektla de pårørendes betydning når det gjelder å kunne se mennesket bak ulykken, i dette tilfellet en skiulykke. Hun fortalte at en som sykepleier tar i mot akutt syke og skadde daglig og at det kan være vanskelig å skille de ulike tilfellene fra hverandre og se hvilket menneske som gjemmer seg bak alle kontrollapparater, nåler og utstyr. Da kan de pårørende og deres relasjon til pasienten bidra til å gi pasienten et ansikt. Hun formulerte seg på denne måten:

«Jeg så han liksom gjennom øynene hennes, hvor mye han betydde for henne. Det gjorde noe med meg. Jeg ble kanskje litt ekstra skjerpet? Fikk en egen driv..»

Selv om de pårørende som regel hovedsakelig omtales som en ressurs, fortelles det også at de pårørende ibland kan oppleves som spesielt «vanskelige». De pårørende opplever selv at de taler pasientens sak og i tilfeller der pårørendes forståelse og sykepleiers forståelse ikke samsvarer kan det oppstå krevende situasjoner. En av mine informanter uttrykker seg slik:

«Pårørende er for oss sykepleiere en kjempe ressurs som kan gi oss mange opplysninger som vi trenger der og da i forhold til funksjonsnivå, i forhold til hvordan de har det hjemme, hva trenger de og hva trenger de ikke, også må man heller prøve å se bort i fra at, missforstå riktig, at de vil kjempe for sine og på den måten blir noe krevende for oss.. Utfordringen blir da å ikke gå i forsvar men spille på lag..»

Det er ikke alltid de pårørende vet hva som gagnar pasienten best i den spesifikke situasjonen rent medisinsk sett. Det er vanskelig å skulle vurdere pasientens kliniske bilde når man ikke har kjennskap til medisin som fagfelt. Som regel er innblanding fra de pårørende velment, men dersom de opptrer svært påståelig og det de ytrer ikke samsvarer med behandlingsteamets behov for prioritering i det gitte tilfellet kan dette by på utfordringer.

Dette er kanskje spesielt synlig når det gjelder samarbeid med fremmedkulturelle. Dette kan i følge mine informanter være ekstra utfordrende både grunnet språkbarrierer og annerledes syn på sykdom og lidelse. Alle mine informanter snakket om ekstra utfordringer som ligger i møtet med pårørende til fremmedkulturelle pasienter. Tre av informantene trakk frem at utfordringene ikke bare lå i det å kommunisere med en pasient som ikke forstår språket, men også i kulturforskjeller som påvirker familierelasjoner, menneskesyn og holdninger til sykdom og smerte. En av dem beskriver følgende opplevelse:

«Jeg ble ordentlig sint en gang, når jeg så hvordan mannen sjefa med kona si, hun var alvorlig syk stakkar og lå der og jeg fikk ikke snakke med henne men gjennom han.. Hvorfor skal det være sånn? Det virket ikke som hun fikk lov å si at hun hadde vondt heller.. Og så kom hele slekta..»

En annen problemstilling i forhold til fremmedkulturelle ble uttrykt slik:

«noen ganger er det så vanskelig å forstå hvorfor noen motsetter seg den opplagte riktige behandlingen. Hvorfor skulle ikke hun kunne få den transfusjonen når vi vet, og prøver å formidle så godt vi kan, at det er den mest gunstige behandlingen? Jeg skjønner dette med

kulturforskjeller og sånn men enkelte ting klarer jeg ikke forstå uansett om det bunner i religion eller religiøs overbevisning»

Det fremstår som vanskelig å forstå noe dersom det strider med den kulturelle oppfatningen som du lever under. Det kan føre til frustrasjon og uhensiktsmessig kommunikasjon mellom de involverte aktørene. Den samme informanten reflektere videre i samtalen over at en burde vært flinkere til å være løsningsorientert i øyeblikket. Hun reflekterte videre over at dette antagelig vil være lettere dersom en har lengre erfaring og bredere kunnskap om alternative måter å nå målet på. Hun reflekterte også over at forholdet til øvrige behandlingsteam, spesielt de involverte legene kunne utgjøre en forskjell her.

Det er også flere av informantene mine som nevner at kommunikasjon med pårørende over telefon føles ekstra krevende. De forteller at det under slike samtaler lettere oppstår misforståelser og konflikter. Det er også vanskeligere å få frem budskapet slik det er ment. En informant fortalte at hun unngikk konsekvent å snakke med pårørende til alvorlig syke på telefonen. Dette hadde hun opplevd flere misforståelser i forhold til og hun ba derfor, så sant det lot seg gjøre, de pårørende komme ned til sykehuset for informasjon ansikt til ansikt. En annen informant formulerte seg slik i forhold til telefonsamtaler med pårørende:

«Jeg snakket med en mann i telefonen for en uke siden. Han var bestefar til en unge som hadde blitt overkjørt på vei til fotballtrening. Den samtalen var så vond og virket så lang. Bestefaren klarte ikke oppfatte at situasjonen var under kontroll noe som førte til mye styr. da jeg endelig klarte å forklare alvoret ble han så sint..det var nok en forsvarsmekanisme som vi ant hadde taklet helt annerledes hvis vi hadde vært i samme rom...»

4.1.2 Strategier for kommunikasjon

Alle mine informanter hadde gjort seg opp tanker rundt hvordan de som sykepleiere kunne opptre for å skape en best mulig relasjon til pårørende og dermed legge et godt grunnlag for samarbeid. I dette avsnittet legges det ikke bare vekt på innholdet i kommunikasjonen, men også hvordan det kommuniseres. De aller fleste, spesielt de sykepleierne med lengst erfaring hadde tilsynelatende reflektert mye rundt dette. En uttrykte det slik:

Vi som sykepleiere har mye å si i forhold til hvordan møtet med pårørende utvikler seg. Det handler mye om å skape trygghet og dekke informasjonsbehovet fra første stund.

Alle mine informanter reflekterte rundt det faktum at et møte med en pårørende til en akutt syk person er et møte med et menneske i en svært stressende og vanskelig situasjon. Et menneske i en krisesituasjon krever spesiell og profesjonell håndtering. Situasjonen preger de pårørende på ulik måte og i mange tilfeller kan det være krevende å skape konstruktiv kommunikasjon. Informantene poengterte sykepleiers ansvar i slike situasjoner og de hadde alle sammen tanker om hvordan de på best mulig måte burde møte pårørende i ulike emosjonelle tilstander. En av informantene uttrykte følgende:

«Jeg tenker ofte at grunnen til at de kanskje blir aggressive er at de har opplevd noe traumatisk, noe uventet eller trist. Da handler det om hvordan vi møter dem. En stresset og vanskelig situasjon kan ofte bli verre dersom en ikke prøver å møte dem med forståelse og respekt fra begynnelsen av. Vi må prøve å analysere situasjonen og liksom si «jeg skjønner at dette er vanskelig for dere, men la meg forklare..»

En annen formulerte seg slik:

Ofte så opplever jeg at hvis pårørende er kjempestressa, de er veldig engstelige og.. hvis man ikke møter dem i fra begynnelsen på en ordentlig måte så kan det eskalere kraftig..Men jeg opplever at hvis man er tydelig på informasjon helt fra starten av og forteller gangen i hva som skjer og sånn og sånn så fungerer det bedre..Men dette krever jo tid og fokus da..

Informantene hadde også tanker om hvilke konkrete kommunikasjonsstrategier som i praksis er uheldige i møtet med de pårørende. Alle informantene hadde opplevd å bli utskjelt eller tilsnakket av pårørende på en måte som følte krenkende eller sårende. De fleste informantene snakket om den uheldige effekten av å gå i forsvar eller konfrontasjoner i slike situasjoner. En av mine informanter uttrykte seg slik:

«For meg handler det om å ha respekt for det enkelte mennesket, selvom dette mennesket kanskje oppfører seg på en måte som jeg anser som helt merkelig. Det er kanskje ikke det beste alltid å gå i forsvar, men heller få ut frustrasjon med kollegaer i etterkant. Bite tennene litt sammen å ja kanskje overse litt harske utsagn.»

En annen informant snakket slik om det å innta forsvarsposisjon som sykepleier:

«Grunnen til at pårørende blir aggressive ligger ofte i hvordan du møter dem som sykepleier. En må ikke gå i forsvar og konfrontere dem men heller gi informasjon og prøve å vise forståelse. Det er ikke tiden for de store konfrontasjonene, så sant det ikke er helt spesielt og en føler at nå er jeg nødt til å si ifra her. Dette finner jeg meg ikke i..»

En av informantene med lengst arbeidserfaring uttrykte seg slik:

«Det er liksom ikke alltid nødvendig å få sagt at man har rett. Man jatter litt med, svinger seg litt rundt og litt sånn. Man må jo liksom ja.. Det er jo ikke i den situasjonen vi står i at man trenger å ta de store konfrontasjonene... Annet enn i de tilfellene når man kjenner at nå har du virkelig tråkket over en grense..man skal ikke finne seg i alt..»

Selv om alle informantene reflekterte over hvordan en krisesituasjon kan påvirke et menneske, var det tydelige ulikheter i hvor mye de ulike informantene uttrykte at de synes de måtte tolerere fra den pårørende før de ville ta seg selv i forsvar og irttesette upassende oppførsel. I mitt materiale var det tydelig at lengden på arbeidserfaringen påvirker sykepleiers toleransegrense overfor de pårørende ved at informantene med kortest arbeidserfaring uttrykte en lavere toleransegrense for «upassende» oppførsel.

Et annet element som ble trukket frem som spesielt viktig i kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende var det å kommunisere mest mulig ærlig. Sykepleier bør alltid tilstrebe å formidle sannheten så godt han/hun kan. Uansett om det gjelder hvor alvorlig situasjonen er for pasienten eller hvor lang tid en må vente på legen, eller hvor lang tid det tar før det vil bli gjort en undersøkelse. Dersom en uttrykker situasjonen slik den faktisk er med alt det innebærer vil en skape en tillit og en trygghet som gjør kommunikasjonen lettere i ettertid. Informantene snakket også om ærlighet knyttet til egen kompetanse og erfaring. Dersom man føler seg usikker er det best å innhente kompetanse fra for eksempel kollegaer. De uttrykte at det er greit å være uerfaren sykepleier, men for å dekke behovet hos de pårørende som mye består i trygghet og tillit til dem som behandler deres nærmeste, var denne ærligheten viktig. To av mine informanter med kortest erfaring beskrev situasjoner der de følte de fikk tillit fra de pårørende gjennom å være ærlig på det de ikke kunne og heller hente hjelp og støtte fra andre mer erfarne sykepleiere. En uttrykte seg slik:

«Det handler om å være ærlig. Hvis det er noe en ikke kan er det bedre å si det som det er og heller hente hjelp enn å prøve å vri seg unna. Det har noe med tillit og trygghet å gjøre».

4.2 Forholdet til tid

Tid er et relativt begrep. En kan oppleve et «fem minutt» helt forskjellig utifra hvilke forutsetninger man går inn i en situasjon med. Tiden setter også en ramme for kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende. Sykepleier kan ofte oppleve at «tiden ikke strekker til». Mine informanter snakket mye om tid og forholdet til tid.

4.2.1 Tid og tilgjengelighet – tid som ramme for kommunikasjon.

Flere av mine informanter peker på tidsaspektet i forhold til tilgjengelighet. De uttrykker at det er vanskelig å være tilgjengelig for de pårørende i situasjonen når de rett og slett ikke har tid til å ta seg av dem. De må prioritere oppgavene sine og formidler at fokuset må være hos pasienten.

En informant beskriver:

«I en akuttsituasjon der det står om liv er fokuset på pasienten til vi har kontroll på situasjonen også kommer informasjon og den slags etterpå. Da får pårørende en kopp kaffe av dem som står i luka og ja de blir jo sittende der på vent..»

En annen forteller om at ressurskrevende situasjoner gjør at det i praksis noen ganger føles umulig å holde seg til de retningslinjene som er gitt for kommunikasjonen med de pårørende:

«Vi har hatt en ener, toer og treer funksjon som viser hvem som har ansvaret for hva. Da har treeren ansvaret for de pårørende. Men i praksis blir pårørende ofte plassert i ventehallen ved spørsmål om liv.»

Mine innformanter fortalte om et system der pasienten blir møtt av leger og sykepleiere som raskt ønsker å kategorisere pasienten slik at han får den rette diagnosen, den rette behandlingen og kommer på rett avdeling. Dette ble fortalt at var en måte å effektivisere akuttbehandlingen på og sikre flyt og rask igangsetting av livreddende tiltak. Dette kunne imidlertid føre til at pasienten ble sett gjennom øyne som hadde fokus på symptomer og klinisk bilde. En uttrykte seg slik:

Systemet vårt krever effektivitet og det er jo veldig bra, men vi kan sikkert bli veldig fokusert på symptomer og da kommer personlighet, pårørende og det unike med nettopp den pasienten

litt i bakleksa.."

En empatisk sykepleier som ser de pårørendes behov, men likevel bevisst må nedprioritere disse, står ovenfor et etisk og moralsk dilemma. Mine informanter beskriver en følelse av avmakt og frustrasjon i slike situasjoner. En uttrykker seg slik:

«det var så vanskelig å ikke kunne gå i fra for å snakke litt med henne. Jeg tror det hadde hjulpet dersom jeg bare hadde 5 min, men det var liksom helt umulig i den situasjonen. Hvis det hadde vært jeg som sto der ute uten informasjon og støtte ville jeg følt meg helt paralyseret»

En annen formulerte seg slik:

«Hvis min nærmeste stod i fare for å dø og jeg satt på venterommet og ikke kunne gjøre noenting så ville jeg opplevd det veldig veldig dramatisk»

Flere av mine informanter snakket og om at uvisshet ofte er det vanskeligste i en situasjon. De snakket om at det muligens var positivt for de pårørende å være tilstede ved akuttsituasjoner fordi da så de hvor mye som var blitt forsøkt før det evt ikke gikk bra. En informant uttrykte seg slik:

«Når de har vært tilstede og har sett hva som har skjedd og at alt er blitt prøvd, ja da er vi jo allerede igang med bearbeidingen. Det må være så mye enklere enn å sitte igjen med fantasien om hva som har foregått..spesielt hvis det ikke gikk bra. Det er vondt å tenke på hvor mange som sitter igjen med en tomhet og uvisshet over hva som faktisk skjedde bak den lukkede døra..»

Det er tydelig et ønske om å få gitt tilstrekkelig informasjon i en akuttsituasjon, samtidig som en av mine informanter uttrykker avmakt i forhold til om det er mulig å tilfredsstille informasjonsbehovet i en akuttsituasjon når saken er akutt og uavklart. Hun uttrykker seg slik:

«Jeg stiller meg spørsmålet om det finnes noen måte å gjøre en slik ventesituasjon bedre på. Det er uansett en utrolig dramatisk situasjon for de pårørende og informasjonsbehovet kan jo aldri bli dekket så lenge man ikke vet utfallet av situasjonen..»

4.2.2 Forutsigbarhetens gevinst

Det kommer frem gjennom intervjuene som nevnt i forrige avsnitt at tiden oppleves svært forskjellig utifra hvilke forutsetninger og hvilken rolle en har i en situasjon. Flere av mine informanter påpeker at å bruke fem minutter ekstra på å gi informasjon om at det f eks blir ventetid, er gunstig og sparer en for mange spørsmål og frustrasjon fra de pårørende senere i behandlingsforløpet. Slik informasjon kan inneholde opplysninger om at det kan ta noen timer før røntgenundersøkelsen blir gjennomført, eller at det er travelt og legen må prioritere og kan derfor la vente på seg, eller at det er fullt oppe på sengeposten og at pasient og pårørende må tilbringe litt ekstra tid nede på akuttrommet . En av mine informanter uttrykte seg slik om dette:

«Hvis informasjonen er gitt godt på forhånd, ja da er det jo ikke grunn til noe oppvigleri».

En annen informant uttrykte det slik:

«I en litt stresset situasjon er det veldig lett og si at jeg kommer tilbake om 5 min eller om en halvtimes tid, kanskje fordi jeg faktisk tror jeg skal klare det men også fordi det føles ok å være konkret i informasjonen en gir. Men det jeg har erfart er at en halvtime går så fort for meg, men føles sikkert uendelig lenge for de som sitter og venter.. Kanskje en bør uttrykke seg på en annen måte?»

Forutsigbarhet i en situasjon som i utgangspunktet er uoversiktlig og stressende kan virke inn på de pårørendes opplevelse. Mine informanter uttrykker som nevnt tidligere i oppgaven at ærlighet er viktig og at sannheten ofte er det aller beste. Dersom du vet at legen kommer om en halv time kan du formidle dette. Flere informanter nevner at man må være klar over at en halv time for en som sitter og venter kan virke som en liten evighet og dersom denne halvtimen da drøyer kan dette være en kilde til frustrasjon og fortvilelse for den pårørende. Dersom man som sykepleier er klar over dette blir det enklere å forstå de pårørendes reaksjoner dersom tiden plutselig har gått fra en og de pårørende uttrykker frustrasjon og sinne i forbindelse med dette. Slik jeg har forstått det på mine informanter er det i utgangspunktet viktig å formidle et mest mulig presist tidsaspekt på forhånd. Dersom en ikke vet hvor lang tid det vil ta før for eksempel legen kommer må en formidle dette, ikke angi en tid en ikke har grunnlag for.

4.3 Sykepleiers refleksjon og kompetanse

4.3.1 Holdninger til de pårørende kan ha sammenheng med sykepleiers kompetanse og erfaring. Alle mine informanter uttrykker at det kan medføre økt følelse av usikkerhet i krevende situasjoner på akuttrommet dersom de føler at de blir observert/gransket av de pårørende i sitt arbeid. Det kan virke som dette er lettere å takle dersom man er trygg på sin faglige plattform og har opplevd lignende situasjoner tidligere og dermed har noen handlingsalternativer.

En av informantene som var mest uerfaren uttrykker at hun synes det er ubehagelig dersom de pårørende registrerer hennes usikkerhet:

«Jeg følte meg så usikker, og mye av fokuset mitt ble da å prøve å fremstå som mer selvsikker enn jeg var.. Jeg ville jo at moren skulle føle hun kunne stole på meg..»

Generelt registrerer jeg at blant mine informanter er grunnholdningen til pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet er påvirket av lengden på sykepleiers akuttisykepleiererfaring. Sykepleierne med lengst erfaring uttrykker mer positive holdninger til de pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet ved at de blant annet i større grad ser de pårørende som en ressurs i slike situasjoner. En av mine mest erfarne informanter uttrykte seg slik i forhold til dette:

«Det er vår oppgave som sykepleiere å klare å forholde oss til de pårørende. Vi må møte dem der de er og se på dem som verdifulle. Kun da får du dem til å spille på lag og da tåler de også i neste omgang å bli satt grenser for og f eks si at nå er det greit at du går ut litt. Ta deg en kopp kaffe og pust litt og kom tilbake om 5 min. Vi er her og passer på. Da er det ofte trygghet og tillit knyttet til det.»

En av informantene med kortest fartstid på avdelingen uttrykte seg slik:

«Det er pasienten som må prioriteres. Hvis kona står i veien eller skaper uro på behandlingsrommet må hun ofte bare fjernes inntil videre. Da får en heller bare takle det som kommer siden».

En av informantene med lengst erfaring formulerte seg slik

«Det går nok mye på alder og erfaring.. at man klarer å føle seg trygg på eget klinisk blikk og ja, kjenne på at her skynder vi oss litt, mens her kan det vente»

4.3.2. Viktigheten av sykepleiers mulighet for refleksjon over egen praksis.

Alle mine informanter poengterer viktigheten av å kunne reflektere over hendelser de møter på i sin sykepleierpraksis. Flere av informantene fortalte at det i det siste hadde blitt åpnet for at refleksjon og ettertanke var viktig og at de på avdelingen hadde refleksjonsgrupper en gang per uke der de kunne ta opp ulike vanskelige episoder eller hendelser som en følte trengte en gjennomgang eller debriefing med andre. Disse informantene påpekte samtidig at tilbudet var der men at det var sykepleierne selv som ofte valgte dette bort fordi de ikke hadde tid. De uttrykte og at familie og venner/kolleger var gode samtalepartnere for å kunne debriefe og reflektere over situasjoner som hadde oppstått på arbeidsplassen uten å bryte taushetsplikten. Diskusjon og samtale med andre, for eksempel kolleger kan muligens føre til en ytterligere refleksjon som et steg videre i forhold til å kunne bidra til å sette ord på eller artikulere den intuitive følelsen eller erkjennelsen. Et eksempel på dette er utsagnet:

«Jeg fikk en helt spesiell følelse inne på akuttstua og da jeg kom ut på vaktrommet fortalte jeg det til den andre sykepleieren som hadde vært med inn og hun hadde følt på akkurat det samme som jeg.. Det viste seg at vi hadde rett. Forholdet mellom pasienten og mannen hennes var slettes ikke bra og vi hadde kanskje mulighet til å hjelpe henne»..

Jeg stiller meg spørsmålet om i hvilken grad sykepleiers nettverk og sosiale situasjon påvirker refleksjon og kompetanse og dermed bidrar til ulike holdninger til de pårørende som ressurs. Det er interessant og viktig å være klar over det mangfoldet av faktorer som virker inn på kommunikasjon, forståelse og samarbeid når det gjelder forholdet mellom sykepleier og pårørende.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene mine opp mot teori og allerede eksisterende empiri. Hovedoverskriftene er delt inn i tre, de samme overskriftene som kapittel 4, presentasjon av funn. Dette har jeg gjort for å få en klarere oversikt og sammenheng i teksten. Hovedoverskriftene representerer hovedfunnene i oppgaven.

5.1 Kommunikasjon som redskap for samarbeid og forståelse

Kommunikasjon er et kraftfullt verktøy som kan ha stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet. Kommunikasjonen er en avgjørende faktor i alt samarbeid, også på sykehus. I travle og akutte situasjoner vil kommunikasjons og samarbeidsevnen til de ulike aktørene settes spesielt på prøve. Forskning viser at mangelfull kommunikasjon mellom partene kan føre til at pasientens forverring ikke blir fanget opp, og at nødvendige tiltak ikke blir iverksatt (Featherstone, Chalmer & Smith 2008). I sykepleieryrket er det en fordel å ha god kunnskap om kommunikasjon, idet kommunikasjon kan brukes til å komme nærmere mennesker, eller til å støtte dem bort, til å hjelpe eller til å såre. Gjennom kommunikasjon gis sykepleieren en mulighet til å bli kjent med den andre, og forstå vedkommendes behov, samt hvordan behovene kan ivaretas. Ved kommunikasjon mellom sykepleier og den andre oppstår en prosess, der de observerer hverandre og utveksler følelser, tanker og holdninger. Det er det første møtet som er grunnleggende for utviklingen av det senere samarbeidsforholdet med pårørende. Studier har vist at flere pårørende opplever at de blir oversett av helsepersonell. Denne følelsen oppstår fordi det er få sykepleiere, eller helsepersonell generelt, som snakker til dem på en måte som gjør at de føler seg sett. Det er ikke nok å bare smile og hilse, pårørende trenger oppmerksomhet og noen som spør om deres behov, og hvordan de har det (Sand, 2001). Av Hertzberg og Ekmann (2000) og Hertzberg m.fl. (2001) blir møtepunktene mellom sykepleier og pårørende beskrevet som ad hoc -preget og lite bevisst tilrettelagt, og mens sykepleierne ikke oppfatter dette som et problem, synes pårørende det er belastende og problematisk. Mange opplever at de må mase seg frem til informasjon, og at helsepersonell tar lite initiativ til å samtale med dem. Sand (1999) fant at det som pårørende med omsorgsansvar for hjemmeboende kreftpasienter savnet mest, var informasjon og samtaler (Sand, 2001). Denne studien viste også at pårørende trenger informasjon og samtaler om ansvarsfordelingen mellom helsepersonell og pårørende, og opplever denne som uklar når det ikke blir tatt opp eksplisitt. Denne problemstillingen blir også viet oppmerksomhet av mine informanter.

Flere av informantene har reflektert over det første møtet med de pårørende. Mitt inntrykk er at mine informanter opplever disse ofte ad-hoc pregede møtene som problematiske i den forstand at de føler maktesløshet i de situasjonene der de ikke har tid, ressurser eller mulighet til å ta de pårørende i mot på en god måte. De reflekterer over de pårørendes tydelige behov for informasjon og trygghet, og flere er bevisste på fordelene ved god kommunikasjon når det gjelder samarbeid og forståelse til pasientens beste. Det kommer frem av studien at refleksjon rundt de pårørende sin rolle og betydningen av denne relasjonen imidlertid er mer bevisst hos sykepleiere jo lengre erfaring hun har. Ziegert (2002) påpeker at sykepleiere ofte mangler erfaring med hvordan pårørende skal møtes. Ved i stedet å basere sin relasjon til de pårørende ut fra yrkeskunnskap og uten dialog, kan sykepleierne skremme de pårørende fra å ta aktivt del i omsorgen.

I Pasientrettighetsloven § 3-1, pasientens rett til medvirkning, står det at om pasienten ønsker å ha andre personer til stede når han mottar helsehjelp skal dette imøtekommes så langt det lar seg gjøre. Det er med andre ord fastslått i pasientrettighetsloven at pasienten, om han ønsker det, kan ha pårørende tilstede sammen med seg i en behandlingssituasjon. Denne rettigheten sier ingenting direkte om de pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet, som selvfølgelig må avveies i forhold til den enkelte situasjonens karakter. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva vi skal strekke oss etter for å sikre god praksis innen profesjonen og i møte med pasienten og pårørende. Yrkesetiske retningslinjer § 3 handler om sykepleieren og pårørende: «Sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende». Dette konkretiseres blant annet ved at «Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt, samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet».

5.1.1 Pårørende som ressurs

Det uttrykkes av mine informanter at de pårørende i de aller fleste situasjoner oppleves som en ressurs for pasient og helsepersonell. Pårørende kan være pasientens mestringsagent og på den måten bidra til individuell og helhetlig omsorg for den syke/skadde ved å kompensere for pasientens manglende styrke, energi og evne til å inngå i beslutningsprosesser. De kan bidra med verdifull informasjon om den sykes vaner og preferanser. Pårørende kan være en kilde til trygghet, de kan bidra til at helsepersonell lettere får et bilde av pasienten som unikt individ og de kan bidra med verdifull og nyttig informasjon. Dette funnet stemmer og overens med litteratur og tidligere forskningsfunn (Nelms og Eggenberger, 2010, Van Horn og Kautz 2007, Bell 2011, Agård og Maindal 2009, Helmer m.fl 2000, Graubæk, 2010).

Pårørende kan i mange tilfeller bidra til trygghet for pasienten. Akuttmottaket er en høyteknologisk avdeling med avansert medisinsk behandling. Når pasienten blir innlagt brått og uventet med akutt, kritisk sykdom er det mye som er ukjent og fremmed for han. Pårørende er kanskje det eneste kjente holdepunktet i situasjonen. Moesmand og Kjøllesdal (2004) skriver at mye av utgangspunktet for sykepleie til den akutt kritisk syke pasient og deres pårørende er et helhetlig menneskesyn hvor deres rettigheter og integritet opprettholdes. Ved å la pårørende få være tilstede sammen med pasienten på akuttrommet kan sykepleieren være med å ivareta pasienten slik at han føler seg tryggere i et fremmed miljø. Jo dårligere pasienten føler seg, jo mer kan han ønske å ha pårørende tilstede hos seg, og forskning har vist at støtte og tilstedeværelse fra pårørende rett etter innleggelsen kan ha en avgjørende rolle for pasienten i forhold til blant annet overlevelse (Axelsson, 2005, Eichorn, 2001, Featherstone, Chalmer & Smith 2008). Et utviklet tillitsforhold mellom pårørende og sykepleierne kan også skape trygghet for pasienten (Moesmand A.M, Kjøllesdal A, 2004, Axelsson, 2005, Eichorn, 2001).

Trygghet kan også formidles ved å gi tilstrekkelig informasjon. Det står i Pasientrettighetsloven §3-2 (1999) at «pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.» Det er legens oppgave å informere pasienten om diagnose og videre behandling. Men når det i enkelte tilfeller ikke blir gitt informasjon til den våkne pasienten, er det en fordel at de pårørende kan formidle informasjon videre til pasienten når dette er mulig. Sykepleier kan her supplere og korrigere de pårørende, men en må passe på slik at en ikke går utover sine ansvarsoppgaver. Eventuelle uklarheter eller misforståelser kan formidles videre til den som har behandlingsansvar. Det er legens ansvar å informere om diagnose og behandlingstilbud. Dette er ikke sykepleiers ansvar.

Pårørende kan være til hjelp for å se pasienten som unikt individ. Gjennom intervjuene kommer det frem at de som arbeider daglig med akutt kritisk syke pasienter kan glemme at hvert enkelt menneske er unikt. Sykepleieren tar imot mange pasienter hver dag, med ulike diagnoser og som er forskjellige i alder. Men alle har det til felles at de er i behov for medisinsk hjelp og sykepleie. Det å arbeide i en slik situasjon med akutt og kritisk syke over tid, er krevende og kan lett føre til at sykepleieren må distansere seg. Jeg mener Benners teori om ekspertutøvelse og det at eksperten handler intuitivt og med engasjement harmonerer godt med aspektet knyttet til distansering. Nybegynneren vil ha større behov for å distansere seg da hun trenger å konsentrere seg mer om de enkelt aspektene ved den livsreddende og nødvendige medisinske behandlingen. Ekspertsykepleieren vil antagelig kunne ha mer fokus på andre aspekter ved situasjonen, som pasientens individualitet og det som skiller nettopp denne unike situasjonen fra resten. Schön

uttrykker at den refleksjonen som fører til handling kan ta utgangspunkt i eksakt kunnskap, men taus kunnskap blir beskrevet som kunnskap som ikke kan uttrykkes eller forklares med begreper eller teorier (Schøn, 2001). Når sykepleier handler i forhold til pårørende i en akutsituasjon er handlingene styrt av den kunnskapen og den erfaringen sykepleier sitter inne med. Denne kunnskapen kan være reflektert over bevisst eller ubevisst. Ekspertsykepleieren vil i større grad enn nybegynneren sitte inne med eksakt og taus kunnskap. Denne kunnskapen vil bevisst eller ubevisst føre til en større refleksjon rundt de pårørendes betydning for sykepleiers opplevelse av pasienten som unik person.

Axelssons artikkel (2005) framhever forskning som viser at pårørende som var tilstede talte pasientens sak og at sykepleier og øvrig behandlingsteam av den grunn ble mer observant på mennesket bak pasienten. Dette bekreftes av flere av mine informanter som uttrykker at det ofte kan være vanskelig å se mennesket bak pasienten som ligger der. En av de mest erfarne sykepleierne fortalte en historie der hun vektla de pårørendes betydning i forhold til å kunne se mennesket bak ulykken, i dette tilfellet en skiulykke. Hun fortalte at som sykepleier tar hun i mot akutt syke og skadde daglig og det kan gjøre det vanskelig å skille de ulike tilfellene fra hverandre og se hvilket menneske som gjemmer seg bak alle kontrollapparater, nåler og utstyr. Hun uttrykte at ved å se hva denne faren og ektemannen betydde for sine nærmeste gjorde at hun anstrengte seg ekstra i situasjonen og følte en egen ydmykhet og et helt eget ansvar for at det skulle gå bra. Her fikk pasienten en annen rolle og dette opplevde hun som positivt i forhold til refleksjonen rundt situasjonen. Likevel er det viktig å være bevisst på at forholdet mellom pasient og pårørende kan ha mange fasetter. Ikke alle familierelasjoner er gode. Noen lever i meget vanskelige og belastende forhold. Satt på spissen kan man spørre seg: Hva når pårørende ikke vil eller ønsker pasientens beste? Pårørende sine ønsker kan jo tenkes i enkelte tilfeller å gå på tvers av det pasienten ønsker/vil? Hvordan vet vi som helsepersonell hva som er det beste for pasienten, eller hva som er hans ønske?

Når pasienten kommer til akuttmottaket blir han møtt av leger og sykepleiere som ønsker å stille den riktige diagnosen, for igjen å kunne starte opp med riktig behandling, og til slutt plassere pasienten på riktig sykehusavdeling. Den unike personen og hans lidelseshistorie utgjør en helhet, men dette kan være vanskelig å skille når behandlingsteamet møter så mange med samme type problemstilling. Den profesjonelle interessen sykepleiere og leger har for pasienten er i mange tilfeller ikke rettet inn mot pasienten som unik person, men som en lidelseshistorie, lik andre som har vært innom akuttmottaket. Lindseth (1996) hevder at pasienten på denne måten kan komme til å bli sett på som kun et eksemplar av en art noe som kan gjøre behandling og kommunikasjon med

pasient og pårørende mindre preget av omsorg for de unike personene som er involvert. Han sier at helsevesenet på denne måten er ukjærlig og at helsevesenet kjemper en kamp i den «ytre» verden, på makronivå, mot alle sykdommer, mens pasientens livsverden systematisk blir oversett. Dette er en noe unyansert og sterk påstand av Lindseth men jeg mener det kan ligge noe i dette ved at en akuttsituasjon ofte er preget av handlingstvang i form av at det livreddende arbeidet alltid har første prioritet. I en slik situasjon er det liten tid til refleksjon over og bevissthet på at det er et menneske bak «skaden» eller «sykdommen». En kan si at arbeidet som utføres bærer preg av en autoritetstruktur med en svak paternalisme når pasienten tas i mot ofte ute av stand til selv å ta beslutninger. Og slik må det antagelig også være. Behandlingsteamet arbeider utifra flere prinsipper, blant annet velgjørhetsprinsippet og ikke-skadeprinsippet der fokuset er pasientens beste. Martinsen (2005) sier at behandlingstemets fagkunnskaper og interessen for pasienten vil føre til avgjørelser som gagnar pasienten mest mulig. For at en skal kunne ha mulighet til å gi helhetlig pleie og individuelt tilpasset behandling krever dette med andre ord at en evner å sette seg inn i den andres situasjon. I møter preget av kort tid og handlingstvang kan dette være svært utfordrende. Det viktigste vil nok være at behandlingsteamet greier å gi den beste medisinske akuttbehandling for å redde liv og livsviktige vitale funksjoner. Samtidig må pasienten og hans pårørende behandles med nødvendig respekt og verdighet.

Alle mennesker, uansett rase, tilhørighet eller sosial gruppe fortjener interesse og positiv oppmerksomhet basert på egen individualitet, ikke diagnose. Pasienten må bli sett som det menneske han er og med sin unike livshistorie. Som nevnt tidligere kan en diskutere hva som bør og må prioriteres i en akuttsituasjon. Det kan ofte være vanskelig i en akutt setting å skulle ta bevisst inn over seg det unike individet som ligger der og fokuset må nødvendigvis også ligge på å få satt en riktig diagnose og få startet den rette behandlingen i tide. Samtidig kommer det frem gjennom studiet at ved å la pårørende få være tilstede kan noe av det unike ved pasienten lettere komme til uttrykk. Dette kan være positivt for behandlingsteamet i forhold til avgjørelser i behandlingsforløpet. Det kan også bidra til at pasient og pårørende får en bedre opplevelse av situasjonen (Mayers, 2000, Robinson, 1998).

Oppfattelse av pasientens individualitet legger grunnlag for god omsorg. Martinsen beskriver tre karakteristiske trekk ved omsorgsarbeidet. Det er at mottakeren av omsorgen befinner seg i en ikke-selvhjulpensituasjon. Omsorgsrelasjonen innebærer ansvar og forpliktelser fra omsorgsutøverens side, og omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet, det vil si at omsorgspersonen sørger for den andre uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 1991). Martinsen vektlegger i forbindelse med dette, også det hun kaller ”Omsorgens dilemma”. Med dette mener hun at det i

omsorgens utfordring ligger en mulig konflikt, en konflikt som ikke bare kan utarte seg til overgrep og hensynsløshet, men også til ettergivenhet, uavhengighet og likegyldighet. Hva som tjener den andre best blir borte. «Jeg er ikke engasjert, men likegyldig overfor den andre». Egne følelser blir satt i sentrum. Martinsen mener at omsorg og moral er nært forbundet. Moralen ytrer seg i praktisk handling (Martinsen, 1991). Det moralske aspektet knyttet til omsorg som Martinsen (2005) fremhever kan bidra til at sykepleier tar pasienten inn i sansingen og at han blir gjenstand for en interesse og undring som gjør at han betraktes som ikke utbyttbar (Lindseth, 1996). Martinsen (2005) sier at omsorg også har med engasjement og innlevelse å gjøre. De akutt kritisk syke pasientene en møter på akuttrommet trenger behandlingsteamets innlevelse og engasjement. Gjennom engasjement og kommunikasjon trer vi inn i en relasjon med andre og skaper graden av mellommenneskelig nærhet og distanse. Martinsen (2005) påpeker at utbrenthet hos sykepleier kan være et resultat av statisk arbeid i form av lite engasjement og liten innlevelse i det hun arbeider med. Dersom de pårørende som er til stede på akuttrommet kan være med på å gi sykepleier et mer nyansert bilde av hvem pasienten er som person, kan det kanskje være med å bidra til at pasienten ikke blir objektivisert og at sykepleieren føler at hun får kjennskap til pasienten i større grad selv i et slikt kort møte. Dette kan igjen bidra til en mer tilfredstillende arbeidssituasjon for sykepleier noe som kan hindre utbrenthet (Ronæss, 1995). Schön (2001) la vekt på at praktiske situasjoner ofte er preget av kompleksitet, usikkerhet, ustabilitet og at hver enkelt praksissituasjon derfor er unik og krever unike løsninger. Dersom sykepleier ikke evner å sette seg inn i den enkelte situasjons egenart, men handler utifra overordnet teoretisk kunnskap vil møtene med pasient og pårørende i større grad være regelstyrt og styrt av tanken om at "slik skal det og bør det være". Dette kan føre til liten mestring og frustrasjon for sykepleier som igjen kan bidra til utbrenthet.

Pårørende kan være en viktig kilde til informasjon. Det er flere faktorer som påvirker hvordan en pasient mestrer akutt sykdom og kriser. Dette kan være alder, personlighet, tidligere erfaringer, hva en vet og tror om sykdommen, prognose og omgivelsene (Moesmand A.M, Kjøllesland A. 2004). Det kan, som flere av mine informanter har uttrykt, være vanskelig å vite hvordan den enkelte pasient reagerer på ulike prosedyrer og på situasjonen i sin helhet. Pasienten er kanskje tilbakeholden med å fortelle at han er redd for stikk, eller at han har klaustrofobi og får angstanfall av undersøkelser som computer tomografi. Det kan virke som at de pårørende her kan bidra til nyttig informasjon om hvordan pasienten tidligere har reagert på dette eller lignende situasjoner og de kan ha meninger om hvordan vedkommende kan komme til å reagere. Med denne informasjonen har sykepleier større mulighet til å kunne ta hensyn til dette under behandling av pasienten og på den måten bidra til en mer helhetlig og individuelt tilrettelagt pleie. Forskning har vist at pasienten kan ha behov for at noen taler hans sak slik at han slipper å «bry» sykepleieren med dette (Eichhorn

m fl 2001). I mange tilfeller kan pasienten også være så sliten og utmattet at han ikke orker å svare på de spørsmålene som ønskes besvart fra behandlingsteamet. Ved at pårørende er til stede på akuttrommet sammen med pasienten kan sykepleieren lettere få tilgang til nyttige tilleggsplysninger som pasienten kanskje ikke mener er relevant eller som han er bekymret for å fortelle. En av informantene i studien fortalte en historie som illustrerer dette. Hun var med og tok i mot en pasient med alvorlig septisk sjokk hvor pasienten var svært uklar når symptomene startet. Pasientens kone var da til stede på akuttrommet og kunne korrigere opplysningene som ble gitt, noe som gjorde vurderingen av pasienten enklere og en kom raskere igang med behandling.

Dette kan en også se i en undersøkelse gjort av Engstrøm Å og Söderberg S (2007) blant intensivsykepleiere. Her kom det frem at pårørendes informasjon til sykepleier om pasientens daglige liv, gav sykepleier mulighet til å i større grad gi pasienten individuell omsorg. Et annet eksempel på dette er Meyers et al (2000) studie som er henvist til tidligere i oppgaven. Denne studien pekte blandt annet på en sammenheng mellom pårørendes tilstedeværelse og sykepleiers oppfatning av pasienten som person, noe som igjen gjorde det lettere å vurdere behovet for smertestillende.

Når det er sagt kan i visse tilfeller pasienten holde tilbake opplysninger om hva som har skjedd og når symptomene oppsto, fordi han ikke ønsker at pårørende skal høre det. Dette kan være for å skåne de pårørende eller fordi samlivssituasjonen og forhold i privatlivet til pasient og pårørende tilsier at denne informasjonen ikke gis. Det kan derfor være en hårfin balansegang både for pasient, pårørende og sykepleier å finne ut hva som er best i hver enkelt situasjon jf tidligere diskusjon. Som tidligere nevnt må en i hvert enkelt akutttilfelle gjøre en vurdering av situasjonen og dens faktorer for å komme frem til hva som er det beste handlingsalternativet. Selv om det kan virke som pasienten føler seg tryggere når pårørende er tilstede, kan det hende at han holder tilbake opplysninger som kunne vært svært nyttige for å kunne gi en helhetlig behandling.

Som sykepleier, spesielt i et akuttrom, er man daglig i situasjoner der det står om liv og død. Flere av mine informanter skisserte tanker om de pårørendes rolle der pasienten ikke overlever. En akuttsituasjon kan være svært dramatisk ved at pasienten kan være så alvorlig syk eller skadet at det står om livet. Behandling og avgjørelser som tas ved livets slutt er kompliserte og det er vanskelig å vite hvilke spesielle hensyn som bør tas for hver enkelt pasient. Fordelen med pårørende er at pasient og pårørende kan ha snakket sammen om hvilke behandling han vil ha når livet går mot slutten. Pårørende kan da være pasientens talsmann når han ikke har mulighet for å kunne snakke for seg selv. En av mine informanter fortalte en historie der hun var med på å sende en pårørende ut

av akuttrommet og inn på pårørende rommet idet pasientens situasjon forverret seg. Denne pasienten fikk respirasjonsstans, men ble ventilert og begynte å puste igjen på egenhånd. Da pårørende kom tilbake etter hendelsen kunne de fortelle at pasienten tidligere hadde ytret at han ikke ønsket å bli gjenopplivet. Dette er informasjon som kanskje kunne vært gitt dersom de pårørende hadde fått være tilstede hele tiden. I akuttmottaket ble det i denne situasjonen sett på som pasientens beste å ventilere han og starte behandling. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) står det i 1.8 at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død. De fleste mennesker vil gjerne ha sin nærmeste rundt seg når det nærmer seg slutten. Samtidig kan det i akutte situasjoner ofte være vanskelig å forutse hvilken vei det vil gå for pasienten. Ved å la pårørende få være tilstede under behandlingen gir det pasienten og pårørende en sjanse til å kunne ta farvel hvis situasjonen forverrer seg. En sykepleier som opplevde at mannen hennes døde brått og uventet i akuttmottaket, sier i et intervju at det å ikke få være tilstede på akuttrommet når mannen ble akutt kritisk syk førte til at hun og mannen ble fratatt muligheten til å dele de siste minuttene av hans liv (Ellison S. 2003). Forskning har også vist at pårørende som er tilstede ved resusitering og intensiv behandling opplever mindre kriser i etterkant av hendelsen enn de som ikke er tilstede (Robinson, 1998, Mayers, 2000).

Som diskutert tidligere er ofte sannheten det beste. En ser som pårørende at alt ble gjort for deres nærmeste og dette kan bidra til en større ro i etterkant. Samtidig kan situasjonen bli enda vanskeligere for de pårørende i etterkant dersom stemningen inne på stuen er preget av kaos, lite samarbeid og famlende avgjørelser. Vi er alle mennesker, og mennesker kan handle uproffesjonelt spesielt i stressende situasjoner. Bourdieu (2007) peker på maktforholdet som utspiller seg på ulike arenaer i samfunnet. Maktforholdet som utspiller seg i en slik akutt setting kan være problematisk for de pårørende. Behandlingsteamet er i sitt vante miljø. De er kjent med rutiner og har opplevd lignende situasjoner tidligere. De bruker medisinsk terminologi og de kjenner hverandre godt, som kolleger, som venner eller som bekjente. De har heller ingen direkte relasjon til pasienten og liv eller død har ingen avgjørende personlig betydning for den enkelte i behandlingsteamet. De pårørende er imidlertid, som Goffmann beskriver det, satt inn i en ukjent og uklar situasjon i kraft av sin pårørende rolle der utfallet kan være svært traumatisk. De har kanskje aldri opplevd lignende hendelser og miljøet er ukjent og skremmende. De kan være i krise og derfor tenke, og resonere urasjonelt. Flere av mine informanter reflekterte over følelser de ville sattet med dersom de selv var pårørende i en akutt situasjon der det stod om liv og død. En av informantene peker på kompleksiteten i det at informasjonsbehovet og tryggheten ikke vil kunne bli dekket i en situasjon som er uklar og kritisk. Da vil du som pårørende oppleve situasjonen som traumatisk uansett om du er tilstede i rommet eller om du ikke er tilstede. En empatisk sykepleier som ser de pårørendes

behov, men likevel bevisst må nedprioritere disse eller bevisst innser at hun ikke klarer å tilfredstille de pårørendes behov står ovenfor et etisk og moralsk dilemma. Mine informanter beskriver en følelse av avmakt og frustrasjon i slike situasjoner, jf diskusjonene om utbrenthet og følelsen av for store jobb krav. Det kommer likevel frem gjennom studien at sykepleier på flere måter tiltross for dette kan bidra til å gi de pårørende en større mestring av situasjonen i de alvorligste tilfellene. Ved å gi de pårørende den informasjonen som finnes og vinne tillitt i forhold til å være ærlig på situasjonens alvorlighetsgrad og utfordringer kan sykepleier bidra til opplevelsen av at «alt som kan blir gjort for min kjære nå», noe som bidrar til økt mestring av situasjonen for den pårørende. Dette igjen vil kunne føre til større mestring hos sykepleier. Et bevisst forhold til at «vi gjorde det vi kunne» er positivt for sykepleiers opplevelse av en situasjon som får et dødelig utfall.

Erfaringer gjort gjennom intervjuene forteller meg at legene og behandlingsteamet forøvrig ofte snakker seg imellom på akuttrummet om den aktuelle pasient uten å veksle et ord med den akutt kritisk syke pasienten. Det kommer frem at legene og øvrige behandlingsteam ofte diskuterer høylydt på akuttrummet om den gjeldende pasient, og at dette kan være vondt for pårørende å høre. Det kan jo hende at det hadde blitt en annen tone på akuttrummet hvis pårørende kunne få være tilstede, kanskje legene og sykepleierene tenker seg om i forhold til hvilke opplysninger de snakker høyt om. Behandlingsteamet er i sitt vante miljø og tenker kanskje ikke over at den våkne pasient hører alt som blir sagt, og kanskje føler seg fremmedgjort og lite viktig ved at legene snakker over hodet deres. I en undersøkelse gjort av Meyers et al (2000) sier 64% av de spurte i behandlingsteamet at de oppførte seg mer profesjonelt når pårørende var tilstede på akuttrummet, de snakket mindre om andre problemer, de tenkte seg mer om på hvilke ord de brukte når de snakket om pasienten, det var også mindre «svart» humor. En av informantene i studien sier at det ofte i akutte tilfeller hvor situasjonen er uavklart har lett for at det blir høylytte diskusjoner rundt pasienten, men i de tilfellene hun har opplevd at pårørende har vært tilstede på behandlingsrommet har det vært mer normalt stemmevolum blant behandlingsteamet.

5.1.2 Pårørende som belastning. Hva vanskeliggjør kommunikasjon med pårørende?

For mye og for lite informasjon: Gjennom intervjuene danner det seg et bilde av at en ”krevende pårørende” ofte er et menneske som har mye på hjertet. Men hva er for mye informasjon? Hvor går grensen for når den pårørende er en kilde til frustrasjon og et forstyrrende element og når bidrar den pårørende med verdifull informasjon?

Ved at de pårørende er til stede kan de bidra med verdifull utfyllende informasjon om pasienten dersom sykepleier eller øvrig behandlingsteam skulle ha behov for dette.

Men selv om det i de aller fleste tilfeller uttrykkes at informasjonen fra de pårørende er til hjelp for behandler er det likevel enkelte tilfeller der den pårørende kan forstyrre konsentrasjonen hos behandlingsteamet ved at de overøser behandlingsteamet med informasjon som ikke er relevant i situasjonen. Denne problemstillingen oppleves av samtlige informanter som ekstra utfordrende, og i situasjoner der de pårørende beskrives som vanskelige eller krevende blir dette fenomenet ofte nevnt. I disse situasjonene hadde sykepleier en forventning om at den pårørende ville forstå hvilken informasjon som var nyttig og at vedkommende ville forstå at alt for mange spørsmål kunne forstyrre behandlingsteamet. Jf Goffmans rolleteori hadde sykepleier en forventning om den pårørendes sin rolle i situasjonen. Den pårørende passet ikke inn i rolleforventningen og dette skapte frustrasjon. Dette er imidlertid sammensatt. Ved å komme med slike opplysninger om pasienten kan det hjelpe sykepleier å se pasienten som person og dette er tidligere uttrykt som positivt. Det kan virke som det er en hårfin balanse mellom for mye og passe informasjon fra de pårørende, og måten dette formidles av sykepleier i forhold til å kunne si ifra når informasjonsflommen blir for omfattende og lite konstruktiv.

Fremmedkulturelle kan kan føre til vanskelig kommunikasjon blant annet grunnet ulike menneskesyn i ulike kulturer, ulike holdninger til sykdom og mestring og språk. Tre av seks informanter snakker om at de i møtet med mennesker fra andre kulturer kan møte menneskesyn, for eksempel kvinnesyn og holdninger til smerte som utfordrende og krevende etisk sett. De samme informantene forteller at det er lite fokus på disse problemstillingene fra ledelsens side og at det i hver enkelt situasjon må vurderes av sykepleier om det skal gripes inn eller ikke i forhold til «allmenne» norske verdier og holdninger. Søvik hevder i sin kronikk fra 2001 at det i møtet med innvandremiljøer melder seg flere spørsmål: Er det et standard symptomrepertoar i forhold til sykdom? Hvordan uttrykkes smerte? Hvilke myter og religiøse ritualer eksisterer i forhold til sykdom? Hvor utbredt er magi og overtro? Er hekseri en levende realitet? De kulturelle variasjonene henger sammen med den sentrale plassen som normalitet har i definisjonen av sykdom. Det blir ofte et spørsmål om hva som aksepteres og hva som tolereres av avvik i en bestemt gruppe. Hvilken rolle forventer en oppfylt? Hva forventer sykepleier av den pårørende? Synet på sykdom og skade har og forandret seg opp gjennom historien. Ulike overbevisninger om grunner til sykdom og skade kan allikevel henge igjen i mange kulturer og være en kilde til misforståelser og frustrasjon blant helsepersonell. Under intervjuene fikk jeg et inntrykk av at aksepten for disse «abnormalitetene» sett med vestens øyne er opp til hver enkelt sykepleier. Noen av informantene hadde full forståelse og et reflektert syn i forhold til dette og la tilrette så godt de kunne, mens andre følte at det ikke hørte hjemme i en slik setting og følte på forstyrrelser ovenfor medpasienter og behandlingsteam.

I de fleste situasjoner foregår kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende ansikt til ansikt. Men kommunikasjonen kan også foregå per telefon eller via en tredjemann. Rammene for kommunikasjonen i en spesifikk situasjon vil trolig øke eller minske sannsynligheten for at budskapet når frem slik det var ment. Ved samtaler som foregår via telefon er det spesielle forhold som legger føringer for tolkningen av budskapet. Det mest åpenbare er at en ikke ser hverandre. En kan derfor hverken oppfatte ansikt, kroppsspråk eller mimikk. Alle mine informanter som kom inn på dette temaet uttrykte at telefonsamtaler med pårørende var utfordrende og ofte vanskelige. Mennesker kan ved hjelp av symboler tolke andres handlinger, og gjøre sine egne handlinger tolkbare for andre (Album, 1996). Dette er noe som foregår når mennesker møter hverandre ansikt til ansikt, ved at partene prøver å lese situasjonen og bli enige om en definisjon. Hos Goffman (1992) omtales dette som rammen. Situasjonsdefinisjoner gir ulike tolkningsskjemaer for hva som skjer og på den måten retningslinjer for hva som er tolerert og ikke, hva som er høflig og uhøflig og hva som er godtatt og ikke i den enkelte situasjon. Hva som oppfattes som hva er avhengig av de ulike involverte aktørene og hvilken posisjon disse aktørene har i forhold til hverandre. Hvis partene ikke kjenner hverandre, og i tillegg ikke ser hverandre er mulighetene for å tolke den andres uttrykk mye mindre per telefon og misforståelser oppstår lettere.

Kommunikasjon på tvers av kunnskap og kompetanse: Goffmans rolleteori kan belyse noen viktige forutsetninger når mennesker skal prøve å forstå hverandres budskap. Dersom partene oppfatter rammen forskjellig, ved at de definerer situasjonen ulikt, som ofte er tilfellet i en akuttsituasjon der den ene parten har medisinsk forståelse og den andre parten mest sannsynlig ikke har dette, vil de også forholde seg til forskjellige regler slik at de risikerer å snakke «forbi hverandre». Det kan se ut som om rammene for kommunikasjonen er en faktor som kan påvirke oppfattelsen av et budskap og dermed skape forvirring og engstelse hos den pårørende som ikke var tilsiktet fra sykepleiers side.

5.1.3 Sykepleiers omsorg for pårørende

Det uttrykkes av mine informanter et ønske om å kommunisere på en slik måte at alle involverte parter føler seg hjulpet, jf omsorgsidealet. Grimen (2004) redegjør for begrepet omsorg som noe grunnleggende menneskelig, og noe som gjør sosialt liv mulig. Tradisjonen innenfor sykepleie er at omsorg er noe man gir, uten en forventning om å få noe tilbake. I møtet mellom sykepleier og pårørende legges det til grunn at både pasient, pårørende og sykepleier bringer med seg unike personlige og sosiale karakteristika. I tillegg til disse faktorene vil selve situasjonens alvorlighetsgrad, sykepleiers erfaring og kompetanse samt forhold på arbeidsplassen som stress og mange pasienter påvirke hvordan en handler i ulike situasjoner.

Det kommer frem gjennom intervjuene og i litteraturen at sykepleier synes å bli delegert et ansvar for de pårørende og at dette ansvaret kommer i tillegg til hennes andre oppgaver i en akutt situasjon (Graubæk 201, Olsvold 2010, Elstad og Hamran 1995). Pårørende- kontakten fremstår som et udefinert ansvar som sykepleieren kan føle en rolleforventning i forhold til. Et pleie og omsorgsforhold som ikke er definert i arbeidsbeskrivelsen. Det kan diskuteres om dette ansvaret er delegert eller om hun opplever det som pålagt. Det kan tenkes at dette er noe hun pålegger seg selv? Olsvold (2010) fant i sin studie om ansvar i sykehus at sykepleier «gjør» ansvar ved å innta en fleksibel rolle hvor det ikke er noe som per definisjon faller utenfor sykepleiers ansvarsområde. Hun hevder at sykepleier påtar seg det ansvar som de mener situasjonen krever, med en vilje til å definere sine forpliktelser bredt, også utover de formelle grensene i organisasjonen jf også Playle (1995, 1981). Elstad og Hamran skriver at sykepleiere gjennom en lang faglig tradisjon som startet med et kall om å hjelpe andre i stor grad selv har stått for å vurdere hva som er godt arbeid. De skriver videre at samfunnet består av mennesker som på hver sin kant sysler med sine ting, dette være seg for eksempel sykepleie. Disse menneskene inngår i ulike former for samhandling og samarbeid med andre. Arbeidet med syke mennesker stiller bestemte krav rent medisinsk og styringsmessig. Måten sykepleierne arbeider sammen, fordeler arbeidet og avløser hverandre på danner imidlertid egne varige mønstre eller arbeidsformer. Disse arbeidsformene er utviklet over tid og kan omtales som fagets struktur. De personene som er sammen om et arbeid, skaper og opprettholder samtidig strukturene som det ofte arbeides svært bevisst med (Elstad og Hamran, 1995). Et eksempel her kan være arbeidet med å få til kontinuitet i pleien. Andre sider av arbeidsformene kan være så selvsagte eller innfelt i etisk refleksjon og omsorgstankegangen hos sykepleier at de foregår mer eller mindre ubesvisst- som en forventning uten at det er eksplisitt kommunisert som en del av arbeidsbeskrivelsen. Et eksempel på dette kan være ivaretagelsen av pasientens nærmeste- et menneske som ofte har det vanskelig.

I sykepleiers yrkesetiske retningslinjer heter det at ”*Sykepleierens mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsak til lidelsen måtte være*” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001). Harald Grimen peker på at det er en grunnleggende motsetning mellom omsorg og formålsrasjonalitet som det norske helsevesenet er bygget opp av (Grimen, H, 2004). Det uttrykkes av mine informanter at ønske om å gjøre godt i situasjonen ofte fører til en opplevelse av for store jobbkrav, for lite tid, liten grad av påvirkningsmuligheter og oppgittethet over systemet, håpløshet og utmattelse. Dette funnet stemmer overens med tidligere forskning (Ronæss, 1995) Jf tidligere diskusjon.

I det hierarkiet som sykehuset representerer er sykepleiers rolle preget av å være i en mellom

posisjon. Hun befinner seg mellom legen og pasienten, administrering av oppgaver legen har delegert samtidig som hun representerer et selvstendig sykepleiefaglig ansvar (Olsvold 2010, Elstad og Hamran 1995). Som beskrevet i kapittel 2 i oppgaven er sykehusets hiarkiske struktur preget av tydelige linjer. En slik pyramideformet organisering vil i rendyrket form føre til at beslutninger og avgjørelser som tas øverst i pyramiden blir utført av aktører som befinner seg lengre nede. Denne arbeidsfordelingen har preget sykehusene i lang tid og preger fortsatt organiseringen i dagens sykehus. Legen har det medisinske ansvaret for pasienten i form av å gi informasjon, gjøre en vurdering og igangsette riktig behandling til rett tid. Sykepleieren har i hovedsak ansvaret for pleien og omsorgen i tillegg til et delegert medisinsk ansvar. Hun tilbringer sin arbeidstid nær pasient og pårørende og blir på den måten den aktøren som oppdager tegn til forandring og noen ganger forverring i pasientens tilstand. Det kan være at hun noen ganger også observerer frustrasjon og manglende kommunikasjon og forståelse med de pårørende. Mye kan tyde på at det kan være vanskelig for sykepleier å få støtte og hjelp av aktører høyere oppe i pyramiden på grunn av kommunikasjonsproblemer og frustrasjon over at en ikke har tid eller mulighet til de pårørende.

Arbeidsorganiseringen i sykehus kan sies å være preget av generalisert kvinnelighet, representert ved pleien og omsorgen, og generalisert mannlighet, representert ved behandling (Olsvold, 2010). Kjønn er med andre ord festet til de ansvarsområdene som ligger i lege og sykepleierrollene, kategorisert som behandling og pleie. Denne kategoriseringen fungerer både ideologisk og hierarkisk ved at de definerer hvordan yrkesgruppenes arbeid innenfor feltet skal oppfattes og verdsettes (Olsvold, 2010, Elstad og Hamran, 1995). MacIntyre(1983) hevder at behandling blir sett på som den primære kategorien som verdsettes høyest mens pleien oppfatter det som «blir igjen». Pleien blir på den måten oppfattet som en underordnet støttefunksjon (MacIntyre 1983). Denne måten å definere verdiskapningen i sykehus på ser ut til å stemme overens med DRG systemet som ble innført i norske sykehus på 1990 tallet.

Disse rammebetingelsene er viktig å kunne forholde seg til når en betrakter og tolker de ulike aktørenes måte å forholde seg til hverandre på i den komplekse sykehusorganisasjonen. Det kan se ut som at ulik erfaring og kompetanse blant sykepleierene kan påvirke fagutøvelsen når pårørende er tilstede på akuttrommet. Sykepleiere som er avanserte nybegynnere kan bli mer usikre på egen fagutøvelse, de føler seg ukomfortable med å utføre prosedyrer når pårørende er til stede. De er også bekymret for om pårørende vil forstyrre behandlingsteamet. For sykepleiere med mer erfaring, som den profesjonelle utøver og ekspertsykepleieren, vil iakttagelsen av pårørende når en utfører prosedyrer ikke ha direkte innvirkning på utførelsen av disse. Økt erfaring og kompetanse blant sykepleierne bidrar til at sykepleierene blir mer observant på pårørendes rolle i pasientens liv, og

dermed mer åpen for å ha pårørende tilstede på akuttrommet.

Tar pårørende følelsesmessig skade av å være på akuttrommet?

Axelsson Å, Zettergren M og Axelsson C. (2005) hevder at sykepleierne er bekymret for at pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet skal øke stressnivået til behandlingsteamet, og at pårørende skal forstyrre sykepleierne og legene når de jobber med pasienten. Dette kan være fordi pårørende kommer med mange spørsmål, men det kan også være det at behandlingsteamet er engstelig for at pårørende kan oppleve det belastende å se og høre det som blir gjort av prosedyrer og livreddende behandling i forhold til sine nærmeste. En person som ikke er vant til alle de prosedyrer og tiltak som gjøres i forbindelse med en akuttinnleggelse kan oppleve en slik situasjon som svært stressende, og invasive prosedyrer og synet av blod kan skremme mange. Dette kan føre til at de pårørende sitter med mange spørsmål de føler de trenger svar på. Samtidig hevder Axelsson Å et al (2005) i sin artikkel at forskning tyder på at behandlingsteamet tror at pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet er viktig for pårørendes og pasientens følelsesmessige og åndelige behov. Det kommer frem av artikkelen at teamet følte at pårørende ved å være tilstede på akuttrommet fikk hjelp til å forstå pasientens tilstand og de fikk se at sykepleierne og legene hadde gjort alt de kunne for pasienten dersom pasienten ikke skulle overleve. Dette bekreftes av mine informanter. Tre av de seks informantene mine uttrykte at det kunne være positivt for de pårørendes bearbeidelse av situasjonen å få være tilstede. Flere av mine informanter snakket og om at uvisshet ofte er det vanskeligste i en slik situasjon.

Det å stå utenfor og ikke vite hva som skjer hadde informantene opplevd var svært belastende både gjennom selv å være pårørende, samt gjennom samtale med pårørende. Dette bekreftes og av forskning på de pårørendes holdninger. En pilotstudiet utført av Robinson S m fl (1998) viser at pårørende som har vært til stede på akuttrommet opplever mindre angst, depresjon og sorg i etterkant av hendelsen sammenlignet med pårørende som ikke hadde anledning til å være tilstede sammen med pasienten. Pårørende som var spurt sier også at ved å få være tilstede på behandlingrommet tilrettela det for sorgprosessen videre. Det kommer frem gjennom Robinsons studie at helsepersonell er bekymret for om pårørende skal forstyrre behandlingsteamet, men at undersøkelser har indikert at det ikke er noe avbrudd i behandlingen tross for de pårørendes tilstedeværelse (Robinson S. et al 1998).

5.1.4 Hva er en «krevende» pårørende.

Når et menneske får en alvorlig sykdom berøres også de som står dem nær. Livet og hverdagen endres, ofte på en uønsket og uventet måte. Pårørende har viktig kunnskap om pasienten, og er i

mange tilfeller en vesentlig ressurs i behandlingen av den som er syk eller skadet. Sykepleieren har en nøkkelrolle i møte med de pårørende. Det kommer likevel frem gjennom intervjuene, og gjennom egen erfaring fra sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste at sykepleiere har hatt behov for å reflektere rundt møter med pårørende som de opplever som ”vanskelige eller krevende”. Når vi som sykepleiere kjenner på dette, er det viktig å stoppe opp og tenke over hva dette gjør med oss? Hvordan håndterer jeg denne situasjonen? Hvordan opplever pårørende å møte meg som en profesjonell? Er det uttrykk for stress, forventningspress eller usikkerhet? Men hva er det som fører til at slike betegnelser blir brukt? Hva er det som fører til at noen opplever en pårørende som ”krevende eller vanskelig” når en annen kanskje ikke gjør det?

Når sykepleier definerer en pasient eller en pårørende som ”vanskelig eller krevende” er det ikke dermed sagt at denne personen er vanskelig eller krevende i ordets rette forstand.

Begrepene ”vanskelig eller krevende” oppstår i interaksjonen mellom sykepleieren og den pårørende i den unike situasjonen som oppstår. Sykepleier er en representant for helsevesenet, samtidig som hun bringer med seg karakteristika som et unikt menneske med erfaring og personlighet. Pårørende og pasienten representerer komplekse medisinske, psykologiske og sosiale tilstander. Ved å se på sykepleiers karakteristikk og beskrivelse av en person eller situasjon som oppleves som ”vanskelig eller krevende” kan en altså se antydninger til i hvilken retning problemene kan ligge, men denne kunnskapen gir også innsikt i hvordan den enkelte sykepleier oppfatter problemene og hvordan denne sykepleieren er som individ. En må se forholdet mellom sykepleier og den «vanskelige eller krevende» pasient eller pårørende i lys av den sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske konteksten de er en del av (Graubæk, 2010). Det er også viktig å ha et individperspektiv som tar hensyn til de to aktørenes personligheter, erfaringer og reaksjoner i den aktuelle situasjonen. Mills (1956) poengterte at relasjoner som eksisterer i en sosial sammenheng, som pårørende og sykepleier, blir påvirket av makrostrukturer som for eksempel sosial klasse, politisk makt eller ideologi.

Erfaring kan mulig ha noe å si i denne sammenheng, men en må altså i tillegg ta høyde for flere andre faktorer i den enkelte situasjon for å kunne forklare årsaker til hvorfor pårørende oppleves som vanskelig eller krevende. Intervjuene viser tendenser til at en sykepleier med lang og bred erfaring lettere vil kunne imøtekomme krav og forventninger hos den pårørende nettopp fordi hun er trygg på sin faglige plattform og dermed raskere kan ta avgjørelser om hva som er nødvendig å bruke tid på i situasjonen. Dette understøttes også av Benners beskrivelse av ekspertsykepleieren. Nybegynneren vil i følge Benner lettere føle på frustrasjon og stress i møtet med en pårørende som krever noe av en i en akutt situasjon. En slik situasjon kan beskrives som et sterkt krysspress. I

utgangspunktet er det en sterk handlingstvang i en slik situasjon hvor det kanskje står om å redde liv. Sykepleieren må ha sin konsentrasjon rettet mot dette, samtidig som hun vet at pårørende også er der og må ivaretas. Da skal det nok lite til av signaler/krav fra pårørende før det oppfattes som urettmessig, urimelig eller upassende. Samtidig må jo en slik situasjon oppleves uhyre traumatisk for pårørende og de retter da en helt legitim forventning mot sykepleieren også om å bli informert og ivaretatt. Her kan vi også trekke inn Goffmans rolleforventninger. Sykepleier har forventninger til pårørende samtidig som de pårørende har forventninger til sykepleierollen. Dersom disse forventningene ikke sammenfaller kan dette være opphav til frustrasjon og usikkerhet.

Sykepleierrollen og pårørende rollen er forhåndsdefinerte. Krevende pårørende passer ikke inn i den forventede rollen. Ideologi kan forstås som oppfatninger av hvordan verden bør være, eller som et sett av mer eller midre systematiske ideer om hvordan verden er og bør være sett med en bestemt sosial gruppes øyne (Graubæk, 2010). I helsevesenet formidles elementer av ideologi blandt annet gjennom kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende (Graubæk, 2010). Hvis vi overfører Bourdieus habitusbegrep vil sykepleiers forventninger og måten hun reagerer på i ulike situasjoner være et produkt av hennes sosialiseringssprosess. Hun har gjennom livet tilegnet seg holdninger om hva som er rett og galt, godt og dårlig uten at hun bevisst har oppfattet at hun har vært i en læringsprosess (Bourdieu, 1996). På sin arbeidsplass er hun i sitt vante miljø. Hun kjenner rutinene, hun kjenner sine kolleger og jobben hennes er å daglig ta i mot syke og skadde. På denne måten har hun et reflektert syn på hvordan ting bør være på denne scenen, jf Goffmanns liturgiske rolleteori, og hun innehar en bestemt rolle som sykepleier på akuttavdelingen. Hun har tatt på seg denne rollen frivillig og har mer eller mindre erfaring med hva som forventes av henne i en slik rolle. De pårørende kan på sin side risikere å bli oppfattet som «vanskelige eller krevende» fordi de ikke lever opp til rollen som er forventet av dem i den spesifikke situasjonen (Graubæk, 2010).

Judith Texler (1996) sin stemplingsteori viser at når pårørende blir tvunget inn i rollen som pårørende, som for eksempel ved akutt sykdom eller skade, så vil de kunne reagere på den stressfaktoren sykdom kan utløse ved å oppføre seg avvikende og uønsket i forhold til helsepersonells oppfatning om hvordan en bør reagere og oppføre seg i bestemte situasjoner. På den måten blir de pårørendes handlingsmønster forstyrret og en handler utifra irasjonelle og intuitive, ofte ubevisste vurderinger som nevnt tidligere. De pårørende kan da oppføre seg truende eller bli aggressive fordi de er redde og fortvilte, ikke fordi denne type oppførsel reflekterer deres personlighet eller fordi det er noen opplagt grunn til å oppføre seg på denne måten. De mest erfarne av mine informanter synes å ha reflektert over dette og de hadde funnet ut at de pårørende ofte oppfører seg avvikende nettopp fordi de er i en helt spesiell stressende situasjon. De påpeker også sitt eget ansvar for å hjelpe pårørende til å gjenvinne noe av følelseskontrollen gjennom måten de

kommunisere med de pårørende på jf tidligerere diskusjon.

5.2 Forholdet til tid

5.2.2 Omsorg i praksis

Gjennom utsagn fra mine informanter og fordypning i litteraturen gjør jeg meg noen tanker rundt det moralske dilemmaet som oppstår når tiden ikke strekker til. Sykehushverdagen er til tider hektisk og det er ikke alltid sykepleier har tid nok til å ta seg av både pasient og pårørende på en slik måte som kunne vært ønskelig fra de involverte parter. Enkelte ganger er de pårørendes opplevelse og smerte påtrengende og tydelige for sykepleier. Hun reflekterer kanskje over hvordan hun ville følt det i en lignende situasjon, noe som viser empati ved at en føler ubehag ved en annens ubehag. Sykepleieren føler med den pårørende og utfordringen er kanskje ikke kun faglig men også preget av moralske og etiske vurderinger. Normativ refleksjon innebærer at en med bakgrunn i egne erfaringer og opplevelser søker å begrunne hvilke handlinger som moralsk sett er de riktige, jf tidligere diskusjon. En normativ erfaring er en form for sensibilitet ovenfor et annet menneskes subjektive opplevelse. Denne sensibiliteten for hvordan en opplever en situasjon som etisk vil føre til en motsetning mellom hva som er og hva som bør være (Nortvedt & Grimen, 2004). Behovet for hjelp er åpenbart for sykepleier men hun må velge hvordan hun skal forholde seg utifra de preferanser hun har og de rammene som ligger rundt situasjonen. Her kommer omsorgsidealet frem igjen. Sykepleier føler et ansvar for å ta vare på andre. Denne sykepleieren tar inn over seg et annet menneskes lidelse og det kommer frem gjennom samtalen at hun ved flere anledninger har følt ubehag i disse situasjonene der hun sier hun føler de pårørende blir overlatt til seg selv. Samtidig uttrykker hun en avmakt for situasjonen.

Det blir en diskusjon om forpliktelse, og dilemmaet som oppstår i forhold til et etisk/moralsk ansvar, jf tidligere diskusjon, noe som jeg har inntrykk av at ofte har sammenheng med tid. Hva må eller bør prioriteres i forhold til de rammene en har å forholde seg til når det gjelder tid? I mitt materiale slik det kommer fram i presentasjon delen stiller sykepleier spørsmålstegn ved hvor betydningsfull hun som enkeltperson er i en slik situasjon. Hun er sårbar og opplever et menneske som ikke har det godt og hun beskriver hvordan dette oppleves som ubehagelig for henne. Videre i intervjuet med denne informanten kommer det frem at hun, dersom hun har mulighet til dette, som regel velger å bli hos den pårørende og gi så mye støtte og informasjon som hun klarer. Hun uttrykker videre at hun på mange måter føler på sin egen utilstrekkelighet, og frustrasjon over en situasjon hun ikke har kontroll på. Jeg tenker at hun med letthet kunne valgt å prioritere noe annet

og latt pårørende vente til hun hadde svar eller kontroll men hun velger likevel å stå i situasjonen. Travelhet kan være fristende å bruke som unnskyldning for å slippe å stå i vanskelige situasjoner (Ploug Hansen, 1995). Det kan se ut som at mangel på tid i arbeidssituasjonen kan gi en følelse av avmakt og frustrasjon.

Diskusjonene om helsetjenesten, i denne sammenhengen sykepleiarbeidet, handler om finansieringsformer, styringsformer og forvaltningsnivå. Inntrykket er at dette diskuteres uten at konsekvensene av de valgene som blir tatt blir diskutert eller sett i sammenheng med det konkrete og praktiske arbeidet som blir utført (Elstad og Hamran, 1995). En kan tenke seg at de nye styringsformene og finansieringsordningene vil kunne gripe inn i pleierbeidet og forandre det. Dermed vil også instutisjonene forandre seg. Spørsmålet er om det forandres til noe mer positivt eller om dette truer verdiene i velferdsstaten? Ingunn Elstad og Torunn Hamran tar opp noen viktige spørsmål i sin bok et «kvinnefag i moderniseringen» fra 1995. Vil de nye styringsreformene med mål og kvalitetkontroll gi rom for kontinuitet, åpenhet og felleskap som så langt har kjennetegnet godt pleiarbeid? Gjennom historien ser vi at det er kvinnene om har skapt og utviklet arbeidsformene som nå edres i en moderniserings og effektiviseringsprosess. Er det rom for sykepleie som praktisk fag der en ser forskjell på hva som faglig er god praksis og hva som er praksis som utgjør en forskjell for pasienten og for samfunnet? Sykepleierne i min studie beskriver hvordan de føler et ansvar for de pårørende og flere beskriver den frustrasjonen som oppstår når de blir stående i situasjoner som ikke fungerer optimalt. Dette kan være liten tid til å ta seg av pårørende med tydelig behov for informasjon og omsorg og i situasjoner der kommunikasjon, samarbeid og forståelse er vanskelig -kanskje på grunn av føringer som blir tillagt arbeidsformene gjennom nye styrings og finansieringsformer?

5.3 Refleksjon og kompetanse

5.3.1 Sykepeiers erfaring og usikkerhet

Dette studiet indikerer at nyutdannede sykepleiere kjenner seg mer usikre enn mer erfarne kollegaer når pårørende er tilstede. Det later også til at mer erfarne sykepleiere har en mer positiv holdning til de pårørendes tilstedeværelse på akuttrommet. Videre følger en diskusjon rundt hva dette kan skyldes og hvilke konsekvenser dette kan ha.

På tross av lovverk og retningslinjer er kommunikasjonen på akuttrommet preget av fortløpende skjønsmessige vurderinger. Som nevnt innledningsvis i oppgaven er rettigheter i forhold til

informasjon osv mellom sykepleier og pårørende i stor grad regulert av lovverket. Det er klare retningslinjer for hva de pårørende har krav på av informasjon og det er klare retningslinjer for hva som er taushetsbelagt. Jf kapittel 2 i oppgaven. Likevel er kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende kompleks og sammensatt og influert av mange forhold. Emergency Nurses Associations prosedyre (Meyers et al 2000) for hvordan en bør tilrettelegge for pårørende i en akuttsetting sier noe om hvordan det bør være men de påpeker samtidig at hvert enkelt tilfelle er unikt og at ethvert behandlingsteam i hver enkelt situasjon må vurdere hva som er riktig der og da. Det kan diskuteres hva som er sykepleiers oppgave og hva som bør eller må prioriteres i hver enkelt situasjon.

Gjennom litteraturstudie og materiale fra mine informanter sees det en tendens til at holdninger til de pårørende kan ha en sammenheng med erfaring og kompetanse. Manglende erfaring kan også bety manglende kunnskap om hva som skjer med mennesker i krise. Utsagn fra noen av informantene, spesielt de med minst erfaring, kunne tyde på at de manglet noe reflektert kunnskap om hva som skjer med mennesker i krise. Det kunne virke som de i utgangspunktet hadde mye teoretisk kunnskap rundt temaet men at det var vanskelig å trekke linjer til hverdagen og hvordan det foregår i det daglige. De manglet praktisk kunnskap og det var derfor vanskelig å kunne dra nytte av den teoretiske kunnskapen de hadde tilegnet seg gjennom studiet. Dette bekreftes gjennom Benners teori. Teoretisk kunnskap er det ideale; forventningene til hvordan det skal være, mens praktisk kunnskap er realitetene i hverdagen. De pårørende kan oppføre seg truende eller aggressivt fordi de er redde og fortvilte, ikke fordi denne type oppførsel reflekterer deres personlighet eller fordi det er noen opplagt grunn til å oppføre seg på denne måten. De mest erfarne av mine informanter synes å ha tenkt gjennom dette og de hadde funnet ut at de pårørende ofte oppfører seg avvikende nettopp fordi de er i en helt spesiell stressende situasjon. De påpeker også sitt eget ansvar for å hjelpe pårørende til å gjenvinne noe av følelseskontrollen gjennom måten de kommunisere med de pårørende på. Gjennom intervjuene danner det seg et bilde av at informasjon er en svært viktig kilde til å kunne skape tillitt, bidra til kontroll over situasjonen og begrense frustrasjon og usikkerhet. Men som nyutdannet sykepleier er det ikke alltid en har de rette ordene tilgjengelig. Dette gjelder også de pårørende. Det er ikke alltid en har ord til å kunne formidle den intuitive følelsen en sitter med. Å forsøke å sette ord på noe en ikke har ord for er utfordrende. Kari Martinsen hevder at følelser gir erkjennelse (Martinsen, 2000). Med dette menes at følelser kan åpne for virkeligheten og de kan gi oss tilgang til et annet menneskes indre verden.

For å forstå dette lettere kan en se på følelser som formidles under en akuttsituasjon. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk og lyder hos pasienten gjør noe med oss samtidig som kroppsspråk, ansiktsuttrykk og ord fra medkolleger og pårørende også skaper umiddelbare følelser i oss som kan føre til en

fornemmelse av en situasjon. Nortvedt uttrykker seg slik «Følelser setter også tone til vår verden, til våre holdninger, de gir en atmosfære i situasjonen» (Nortvedt 2008, s 131). I de fleste yrker, kanskje spesielt i sykepleien, er det avgjørende å være mottakelig og var for inntrykk. Nortvedt og Grimen (2004) uttrykker at mennesket tidlig i livet vil føle en sanselighet ovenfor andre menneskers uttrykksfullhet og opplevelser. Dette er grunnlaget for evnen til medfølelse og til å kunne forstå andre menneskers subjektive opplevelser og erfaringer. Ved å kunne forstå andre menneskers subjektive opplevelser og erfaringer står en sterkere i forhold til å kunne gi hjelpende omsorg og kommunisere på en hjelpende måte i forhold til andre. Men denne fornemmelsen må altså reflekteres over å gjøres bevisst før den kan formidles til andre. En kan diskutere om denne følelsen allerede er bevisst som en fornemmelse før den reflekteres nærmere over. I tilfellet vil diskusjon og samtale med andre, f eks kolleger, føre til en ytterligere refleksjon som et steg videre i forhold til å kunne bidra til å sette ord på eller artikulere den intuitive følelsen eller erkjennelsen.

5.3.2 Sykepleiers kompetanseutvikling i lys av –

5.3.2.1 Goffmans rolleteori og Bourdieus Habitusbegrep

Med utgangspunkt i Goffmans metaforer slik de presenteres i boken «Vårt rollespill til daglig» (1992) kan en forestille seg sykehuset eller akuttavdelingen som et teater. Det er ulike aktører i sving, noen aktører har flere roller, noen foregår bak scenen eller i kulissene. En nyutdannet sykepleier eller en sykepleier som nettopp har startet å jobbe på avdelingen vil være en ny aktør som skal lære seg dette «teateret». Hun skal lære seg å bli fortrolig med egen rolle, både som sykepleier, hvis hun tidligere har vært student, og som ny kollega på ny avdeling dersom hun tidligere har jobbet et annet sted. Det tar tid å få selvtillit og bli trygg i en ny rolle, samtidig som det å lære sin rolle å kjenne bare er en side av saken. I tillegg er det flere aktører på scenen hun må forstå og forholde seg til. Det er en omfattende sosialiseringsprosess denne sykepleieren må gå igjennom. En forskjell på Goffman og Bourdieu er troen på hvordan selvet endres. Goffman er mer positiv til menneskenes mulighet til å lære og å utvikle seg. Han sier at samfunnet innvilger individet en lærlingstid, hvor en ikke trenger å gå for mye inn i rollen, og en har lov til å gjøre feil. Som opplæringstid på en ny arbeidsplass eller som sykepleie student. Men Goffman er ikke i tvil om at etter en stund har en lært seg rollen, og selvet har fått en ny dimensjon (Goffman, 1992). Bourdieu er derimot mer pessimistisk. Habitusen endres langsomt, det er svært vanskelig å mestre en rolle i et annet felt enn den en er vokst opp i (Bourdieu, 2007).

Verken Goffman eller Bourdieu vil være med på at handlinger kun har rot i det enkelte individet, eller er forutbestemt av de strukturer som omgir dem. Goffman viser dette gjennom dynamikken mellom ulike selv og ulike miljøer i den enkelte rolleutøvelsen. Roller med visse rolleforventninger

gir føringer for individet. Men han forklarer at individet delvis kan velge hvilke roller det vil "shoppe" ved å bestemme balansen mellom selvene og utføre rolledistanse. Dette gir individet spillerom. Bourdieu er opptatt av relasjonene mellom felt og Habitus. Feltet former Habitus, Habitus former handling, og handling former feltet. Bourdieu har fokus på hvordan selvet skapes ved erfaringer, som setter seg i kropp og sinn -personens Habitus. En må alltid være kreativ for å takle nye utfordringer, men en drar veksler på sin bakgrunn, hvordan en har taklet situasjoner før. Derfor har man en tendens til å trække de gamle handlingsstiene (Bourdieu, 2007). Habitus må forstås i sammenheng med felt. Felt er det sosiale rommet hvor agentene befinner seg. Det finnes mange felt, f. eks. sykepleiefeltet. Et felt kan sammenliknes med et spill. Det er viktig at en kjenner reglene og har sans for spillet (Bourdieu, 2007).

5.3.2.2. Benners kompetansesstige

Benners avanserte nybegynner kan gi en indikasjon på hvorfor ferske sykepleiere blir usikre når de observeres. Sykepleiere som jobber i et akuttmottak har ofte to års erfaring som sykepleier når de blir ansatt i akuttmottaket. Når en ser på stillingsannonser blir det ofte skrevet at det er ønskelig med to års erfaring fra somatisk sengepost. Men det er likevel ikke alle som starter å arbeide i akuttmottaket som har slik erfaring. I følge kompetansesstigen til Benner (1995) begynner sykepleieren på nybegynnerstadiet når hun starter i en ny avdeling med andre arbeidsoppgaver og rutiner enn det hun har gjort før. Det vil si at sykepleieren skal ha arbeidet to til tre år i akuttmottaket eller lignende avdeling for å bli kompetent utøver.

Som framhevet i teoridelen hevder Benner (1995) at en avansert nybegynner kjennetegnes ved at en bruker delvis situasjonsavhengige regler. Den avanserte nybegynner har mestret mange nok konkrete oppgaver, slik at sykepleieren selv ser at det en har gjort seg av erfaring kan anvendes i en lignende situasjon. En avansert nybegynner som har hovedansvar for pasienten på akuttrommet vil muligens bruke mye energi og tankevirksomhet på å gjenkjenne situasjonen og prøve å være i forkant på alle prosedyrer som skal gjøres i forhold til pasienten. For en avansert nybegynner kan pårørende som er tilstede på akuttrommet forstyrre hennes konsentrasjon rundt pasienten, da den avanserte nybegynner bruker mye tankevirksomhet på å huske regler og rutiner de er blitt undervist i. Sykepleieren kan føle at de pårørende gransker det som blir gjort og at de ser hennes usikkerhet. Dette viser også undersøkelsen Duran et al (2007) gjorde blant helsepersonell i akuttmottak og intensivheter, hvor de fant at en av bekymringene ved å la pårørende få være tilstede på akuttrommet er at de tror det øker stresset for behandlingsteamet og de er redd for at pårørende skal forstyrre behandlingen. Videre forteller sykepleierne som er spurt at de føler seg engstelige av å bli observert av pårørende og at pårørendes tilstedeværelse gjorde at behandlingsteamet kommuniserte

dårligere med hverandre. For en avansert nybegynner kan dårlig kommunikasjon i behandlingsteamet være en så stor belastning at hun kanskje ikke klarer å få gjort sine oppgaver. Den avanserte nybegynner trenger støtte og veiledning fra en sykepleier som minst har nådd kompetent nivå og for å få god veiledning er hun avhengig av at det er god kommunikasjon i behandlingsteamet (Benner, 1995). En av mine informanter forteller at når pårørende er tilstede på akuttrummet blir hun veldig opptatt av at det skal se ut som hun behersker alle prosedyrene som blir gjort med pasienten, hun uttrykker at hun er redd for å framstå som usikker og famlende. Dette ser en også i en undersøkelse gjort av Weslien M og Nilstun T (2003) hvor en sykepleier uttaler at hun følte seg ukomfortabel med å skulle gjøre jobben sin i hjertestansteamet når det var en pårørende tilstede. Sykepleieren synes det var vanskelig når pårørende så at hun ikke fikk til å intubere eller legge venekanyler. Den avanserte nybegynner har muligens ikke så mye rutine på prosedyrer at hun kan utføre dem som om det var dagligdagse gjøremål og pårørendes tilstedeværelse kan da kanskje forsinke behandlingen (Fjelland R, Gjengedal E, 1995). Verbalisering av fornemmelser en som sykepleier har i en akuttsituasjon krever erfaring og kompetanse. En erfaren sykepleier vil kunne ha et bevisst forhold til hva som trengs å formidles i større grad enn en uerfaren sykepleier.

5.3.3 Kompetanse, refleksjon og holdning til pårørende

Hvorfor er nybegynnere mer usikre og mindre villige til å ha pårørende tilstede på akuttavdelingen? Ellison (2003) fant i en undersøkelse at med økt erfaring og utdanning blant sykepleierne, som hos den profesjonelle utøver og ekspertsykepleieren, er sykepleieren mer positiv til å ha pårørende tilstede på behandlingrommet i en akutt situasjon. Kursing om pårørendes tilstedeværelse på akuttrummet og måter å tilrettelegge for pårørende på gjorde også at sykepleierne ble mer positive til å la pårørende få være tilstede. En erfaren sykepleier kjennetegnes ved at hun kan utføre oppgavene som om det var dagligdagse gjøremål. Ekspertsykepleieren kan ta i mot en akutt kritisk syk pasient og være sikker i situasjonen, hun vet hva som ventes av henne og hvilket forløp mottaket av pasienten vil ha. Hun vil mest sannsynlig alltid være i forkant av det legen ordinerer av medisiner og prosedyrer fordi hun har erfaring med lignende situasjoner og dermed mye kunnskap. Ekspertsykepleieren har overblikk over situasjonen og mest sannsynlig føler hun at hun har kontroll over hva som skjer (Benner, 2005). Det kan derfor være lettere for en ekspertsykepleier å se nytten av å ha pårørende tilstede på akuttrummet, da det er mulig hun ikke blir så stresset av det. En intensivsykepleier svarte i en kvalitativ undersøkelse gjort av Knott A og Kee C (2005) at følelsen av å bli sett og observert var som å være med i et show, som om hun sto på en scene og skulle vise pårørende at alt ble gjort med pasienten. Dette utsagnet kan settes i sammenheng med Goffmans rolleteori. Goffmann sier at når en rolle utøves, må individet som utøver den sørge for at inntrykket som blir gitt andre er i overensstemmelse med personlige kvalifikasjoner som er passende for rollen.

Dette skaper en basis for et selvbilde og en basis for bildet andre kommer til å få av vedkommende (Goffmann, 1992). Intensivsykepleieren i undersøkelsen uttalte at observasjonen i dette tilfellet ikke virket inn på måten hun utførte arbeidsoppgavene sine på da hun følte seg sikker på sine kunnskaper og ferdigheter. Hun var altså sikker på sin rolle og viste hva som var forventet av henne i situasjonen. Når en person utøver en rolle, vil han altså *være* den personen som rollen tillater og forplikter ham til å være, og fortsette å være den personen under rolleutøvelsen. Sykepleier vil forsøke å la uttrykkene som fremkommer være i tråd med den identiteten som tilegnes henne. Derfor vil utøvelse være i stand til å uttrykke identitet. Goffman tenker at selvet ikke eksisterer utenfor rollene og rolleutøvelsen. ”Å gjøre er å være”. Dette uttrykket må forstås ved at Goffmans fokus ikke er hvordan en oppfatter sin egen identitet, men først og fremst hvordan andre oppfatter ens identitet.

Ekspertsykepleieren utfører som nevnt oppgavene som om de var dagligdagse gjøremål (Benner, 1995), og bruker da ikke konsentrasjon på oppgavene på samme måte som den avanserte nybegynner. Hun er heller ikke avhengig av instruksjoner og veiledning fra andre sykepleiere i behandlingsrommet og kan føle seg sikker nok på seg selv til å la pårørende se hva som blir gjort med deres kjære på akuttrommet. I studien til Duran et al (2007) svarer også sykepleierne at med økt erfaring og kompetanse blir de mer komfortable med å ha pårørende tilstede på akuttrommet. Sykepleieren som er mer erfaren vil muligens se at det kan være en støtte for den våkne akutt kritisk syke pasient å ha en av sine nærmeste tilstede sammen med seg. I en undersøkelse gjort av Engstrøm Å og Søderberg S (2007) svarte intensivsykepleierne som ble intervjuet at viktigheten av et godt samarbeid med de pårørende og refleksjonen rundt betydningen av dette i forhold til å kunne gi god sykepleie økte med økt erfaring.

Ekspertsykepleieren vurderer i følge Benner (1995) holistisk og skal ta vare på alle aspektene i situasjonen selv i et hektisk møte på akuttrommet. Hun tar hele situasjonen hvor pasienten inngår inn med et blikk. Det hun kaller «intuitive grasp». Det ligger med andre ord en forventning om at hun også skal se hele mennesket. Hun skal se den unike personligheten som ligger der og så ta avgjørelser tilpasset nettopp dette konkrete mennesket. Hun skal som sykepleier ta hensyn til pasientens og pårørendes behov i hvert enkelt tilfelle, noe som krever kunnskap og erfaring men samtidig kanskje også det «lille ekstra» i forhold til personlig engasjement og omsorgsevne. Dette er kanskje lettere for en ekspertsykepleier fremfor en avansert nybegynner. Ekspertsykepleieren har lettere for å huske å ta vare på pasienten gjennom å tilby pårørende å få være tilstede sammen med han. Men på den andre siden så kan en ikke automatisk gå utifra at en sykepleier som har jobbet i akuttrommet i flere år har den sikkerhet og kunnskap som Benner (1995) hevder en

ekspertsykepleier skal ha. Dette fordi en stadig møter nye situasjoner i akuttmottaket som sykepleieren med lang erfaring også kan føle seg usikker på. Dette kan føre til at det vil være vanskelig for henne å la pårørende bli værende på akuttrummet sammen med pasienten. Ekspertsykepleierens egenskaper inneholder også i følge Benner en egen personlig egnethet ikke alle har muligheten til å oppnå. En av mine informanter uttalte at hun i enkelte situasjoner synes pårørende var i veien for behandlingsteamet hvis de var tilstede. Sykepleieren synes ofte de blandet seg opp i behandlingen, hun synes også at hun ble forstyrret når hun jobbet med pasienten. Denne informanten mente at det ikke alltid var et gode for pasienten at pårørende fikk se de i en slik situasjon. Dersom man skal forsøke å plassere denne sykepleieren inn på Benners kompetanseskala vil hun utifra erfaring og uttalelse mest sannsynlig befinne seg i kategorien kompetent utøver på kompetanseskalaen. Hun er da god til å planlegge de tiltak som skal gjøres på akuttrummet, men mangler ekspertsykepleierens hurtighet og smidighet (Benner, 1995).

Ekspertsykepleieren handler ut ifra en utvidet forståelse av situasjonen, og kan ikke alltid begrunne det med ord hvorfor det ble gjort slik (Benner, 1995). Dette kan forklares med begrepet «taus kunnskap». Det finnes mange forskjellige benevnelser i litteraturen for å beskrive slik kunnskap; Praktisk kunnskap, knowing how, intuitiv kunnskap. Disse begrepene vil på enkelte områder utfylle hverandre og noen av dem overlapper kanskje hverandre. «Hva en person vet og kan, former hans måte å oppfatte verden på. Men kan alt det man kan alltid gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon? Kan man ha kunnskap som man ikke kan artikulere verbalt?» (Nortvedt & Grimen 2004). Dette fenomenet kan også forklares ved hjelp av Bourdieus habitusbegrep. En har opp igjennom livet vært en del av en læringsprosess en kanskje ikke har hatt et bevisst forhold til. Ting er blitt taklet på ulike måter av mennesker i ens omgivelser og en har på denne måten lært seg reglene og normene for hvordan en bør reagere og agere i ulike situasjoner. Dette gjelder også gjennom et langt yrkesliv. En har tillært seg mer eller mindre bevisst ulike måter å takle situasjoner på noe som kan dukke opp som «taus kunnskap» i liknende situasjoner og som en derfor ikke helt klarer å sette ord på (Bourdieu, 2007). Den klareste forskjellen mellom Goffmanns rolleteori og Bourdieus habitusbegrep er tidsaspektet. For Goffman er nået viktigst. Det er i ens daglige utøvelse av roller at identiteten skapes og bekreftes. Hos Bourdieu er det fortiden som er det viktigste. Tidligere erfaringer i Habitus skaper identiteten, slik som smaken, reaksjonsmønstre og evner. Mens Goffman mener at utøvelsen av rollene skaper selvet, mener Bourdieu at selvet bestemmer hvordan en utøver rollene. Dette blir litt som spørsmålet om hvem som kom først av høna eller egget.

Schøn (2001) formulerer at kunnskapen sitter i selve handlingen når denne handlingen utføres kompetent. Han kaller dette Knowledge-in-action eller kunnskap i handling. Dette innebærer at

kunnskap utføres spontant og med mestring, gjerne uten at handlingen umiddelbart kan forklares med ord. Det vi erfarer blir med oss videre i livet og blir en integrert del av vår identitet også som fagpersoner. Dette kan belyse den umiddelbare reaksjonen en erfaren sykepleier får når hun står ovenfor en bestemt situasjon, for eksempel en situasjon der hun tar valg i forhold til pårørendes tilstedeværelse på akuttrummet. Hun fornemmer hvordan det bør håndteres og handler så utifra lang erfaring og praktisk kunnskap, her forstått som at kunnskapen er blitt en integrert del av henne.

Jeg ser ut i fra samtale med sykepleiere med ulik erfaring at de deler noen av de samme bekymringene, men det kan se ut som at sykepleieren med lengst erfaring er mer villig til å la pasientens og pårørendes ønske bli hørt, selv om det føles «feil» for behandlingsteamet.

Rolledistanse er en form for unnskyldning, der man ikke unnskylder seg for en liten uforutsett hendelse, men for hele rollen gjennom aktiv handling. Men det er ikke rollen selv man distanserer seg fra, men det selvet som ligger implisitt i rollen. Man forkaster ikke rollen, men holder en viss avstand til den. Det er en måte å vise omverdenen (og seg selv) at noe (mye) av en selv ligger utenfor øyeblikkets begrensninger som rollen gir. En rolle gir dermed en mulighet til å sette sitt personlige preg på en situasjon (Goffman, 1992). Men for å kunne ta avstand fra en rolle på denne måten må en ha erfaring og kunnskap for å kunne rettferdiggjøre avgjørelsen.

Det viser seg gjennom arbeidet med oppgaven at den avanserte nybegynner anser de pårørende som en viktig ressurs i arbeidet med pasienten men at de pårørende likevel tilfører en ekstra faktor til situasjonen som kan oppleves som krevende for dem. Det kommer frem gjennom tidligere forskning (Duran 2007, Knott A, Kee C 2005, Weslien M og Nilstun T 2003) og gjennom intervjuene at flere av disse sykepleierene opplever seg gransket og at dette gjør dem usikre. De blir engstelige for at de pårørende skal forstyrre behandlingen og kommunikasjonen mellom behandlingsteamet kan bli dårligere noe som er svært negativt for den avanserte nybegynner som trenger god kommunikasjon med sine kolleger for å kunne fungere optimalt utifra sine forutsetninger. Benner (1995) hevder at den avanserte nybegynner trenger støtte og veiledning fra sykepleier som minst har nådd kompetent nivå, og for å få god veiledning er hun avhengig av at det er god kommunikasjon i behandlingsteamet. Den avanserte nybegynner har ikke så mye rutine på prosedyrer at hun kan utføre dem som om det var dagligdagse gjøremål, hun er også usikker på sin rolle i situasjonen og pårørendes tilstedeværelse kan da kanskje bidra til dårligere konsentrasjon og forsinket handlingskraft (Fjelland R, Gjengedal E, 1995).

5.3.3.1 Kompetanse gjennom refleksjon over egen praksis

Hvorfor er det viktig å kunne reflektere over egen praksis? Hanne Themsens forskning som er

referert til innledningsvis vektlegger familiens betydning for enkeltindividet. Det vektlegges stabiliserende faktorer som vennskap, lojalitet, respekt, trygghet, felles mål og interesser, troskap og gjensidig støtte (Themsen 2008). Utifra dette kan en kanskje tenke seg at en sykepleier med et godt og fungerende privatliv i form av stabile vennskap eller familie vil være mer reflektert i forhold til de opplevelsene hun har i jobbsammenheng og at dette kan styrke henne i møtet med den pårørende. Da tenker jeg meg en form for diskusjon og refleksjon der taushetsplikten blir opprettholdt. En type samtale om hendelser gjennom arbeidsdagen der personlige opplysninger om pasienter eller kolleger ikke fremkommer. Graden av dette er nok i tillegg bestemt av personlige karakteristika og personlige erfaringer og bevissthet hos den enkelte sykepleier.

Det uttrykkes av mine informanter at erfaring er et yndet hjelpemiddel i interaksjon og samhandling med mennesker i krise, men en har ikke alltid et like bevisst syn på det en erfarer i en travel hverdag. Gjennom sykepleierstudiet legges det stor vekt på refleksjon over egen praksis og opp igjennom hele min egen utdanning har refleksjonsnotat vært en integrert del av alle praksisperioder. Når en blir ferdig utdannet sykepleier må en i stor grad ta ansvar for dette selv. Dette fenomenet er beskrevet i flere studier (Alvsvåg & Førland, 2004, Maben, Latter & Clark, 2006).

Schøn (2001) hevder at praksissituasjoner er ustabile av natur nettopp fordi de er karakterisert av enestående begivenheter. Dersom en sykepleier står ovenfor en situasjon hun ikke har erfaring med fra tidligere blir dette det Schøn kaller en unik situasjon. Hans påstand er at praksis i hovedsak består av slike unike situasjoner og at sykepleier derfor i hvert enkelt tilfelle må prøve å forstå og løse situasjonen midt i handlingsforløpet. Hun må gå i dialog med situasjonen og prøve å finne den beste løsningen i akkurat dette tilfellet. Han sier det ofte vil være meningsløst å forsøke å finne en «oppskrift» eller en prosedyre for å finne ut av hvordan det er best å handle. Han hevder at reflection –in-action preger en praktiker og at dette er en kunst. Som ofte i en akutt situasjon må avgjørelser tas relativt raskt. Dette kan sees i sammenheng med Benners teori i forhold til at en ekspertsykepleier antageligvis vil ha enklere for å kunne foreta en «reflection-in-action» enn det en nybegynner har nettopp fordi en ekspertsykepleier vil ha større mulighet til å kunne tenke reflektert og abstrakt utifra tidligere erfaringer og faglig plattform.

Dale (1989) bruker begrepet handlingstvang for å beskrive en situasjon som krever handling, og hvor tiden til analyse og refleksjon vil være liten. I flere av situasjonene mine informanter beskriver er møtene preget av kort tid og dermed en form for handlingstvang. En erfaren sykepleier vil kunne handle i større grad forsvarlig og reflektert tross for handlingstvangen fordi kunnskapen er integrert i henne og dermed gir henne «svar» på hva hun bør gjøre. Den mindre erfarne sykepleier

vil ha større behov for å bruke tid på å reflektere og planlegge. Som ansatt på akuttmottak er du likevel en del av et team. Du har somregel et fagteam rundt deg bestående av kolleger fra ulike profesjoner som leger, bioingeniører og andre. Schön påpeker at ved reflection-in-action blir sykepleier en forsker i egen praksis slik at ny teori dannes. Denne nye teorien kan igjen benyttes ved senere anledninger (Schön, 2001). Samtidig vil betydningen av et felleskap som kolleger representerer i denne sammenhengen være av stor betydning. I mange situasjoner kan det være hensiktsmessig å analysere situasjonen i felleskap med andre og bli enige om en felles strategi. På den måten slipper sykepleier å være «ensom forsker» men heller inhente hjelp fra kolleger om hva som vil være «god praksis» nettopp i denne spesifikke situasjonen.

Hva er erfaring? Gjennom arbeidet med oppgaven står det klart for meg at erfaring er den tause kunnskapen. Med dette mener jeg at erfaring utgjør en annen type kunnskap enn innlært kunnskap fra skole og utdanning. Taus kunnskap er en kunnskap som ikke eksplisitt kommuniseres eller skrives ned, men den kommer til uttrykk som en form for modenhet hos en sykepleier som har opplevd en situasjon og tatt denne situasjonen innover seg gjennom sansning. For å problematisere dette ytterligere mener jeg at kunnskapen ikke i utgangspunktet er taus. Erfaring er en syntese av mange kunnskapsformer, både vitenskapelig og teoretisk kunnskap. Erfaring som faglig utøver kan derfor sies å være en sammensmelting av personlige egenskaper i kombinasjon med artikulert og faglig kunnskap. Den «tause» kunnskapen er derfor en kunnskap som den erfarne utøver må artikulere i faglige sammenhenger og i diskusjon med kolleger. En kan mene at det bør stilles krav til at ekspertsykepleieren dokumenterer og deler sin kunnskap slik at den blir tilgjengelig for kolleger.

6.0 MULIGE IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Som tidligere forskning indikerer (Lindhardt, Hallberg og Poulsen 2008, Engstrøm m.fl 2011, Santana Cabrera m.fl 2009, Høye og Severinsson 2008, Engstrøm og Sørderberg 2007, Axelsson m. fl 2005) er sykepleiers holdninger til de pårørende sammensatt. Alle mine informanter har en mening om at de pårørende i de aller fleste tilfeller tilfører noe positivt til situasjonen. Samtidig kommer det frem gjennom intervju materialet at holdningene til dette er motstridende.

Det kan tyde på at erfaring, personlig kompetanse og refleksjon bidrar til en større mestringfølelse og kontroll og at dette hjelper sykepleier til å kunne ta stilling til de pårørendes behov samtidig som personlighet, personlig engasjement og faglig dyktighet fra sykepleiers side også har stor betydning. Studien indikerer at i enkelte situasjoner vil de pårørende anses som en ressurs og som et element av trygghet og en viktig informasjonskilde for sykepleier. I andre situasjoner kan den pårørende bidra til uro, stress og være forstyrrende for optimal fagutøvelse. Den hårfine balansen mellom de involverte aktørenes personlighet, engasjement, erfaring, faglige kompetanse og refleksjon, samt situasjonens alvorlighetsgrad og elementer av tid, ansvarsfordeling og tilgjengelighet kan i noen tilfeller gjøre at de pårørende oppleves som «krevende» samtidig som de også er en ressurs. Sykepleieren må uansett forholde seg til de pårørende på godt og vondt, med alt dette innebærer.

Dette er et deskriptivt studie hvor jeg har prøvd å formidle noen innsikter og nyanser som kan bidra til videre refleksjoner rundt fagutvikling og samarbeid mellom sykepleier og pårørende i praksis.

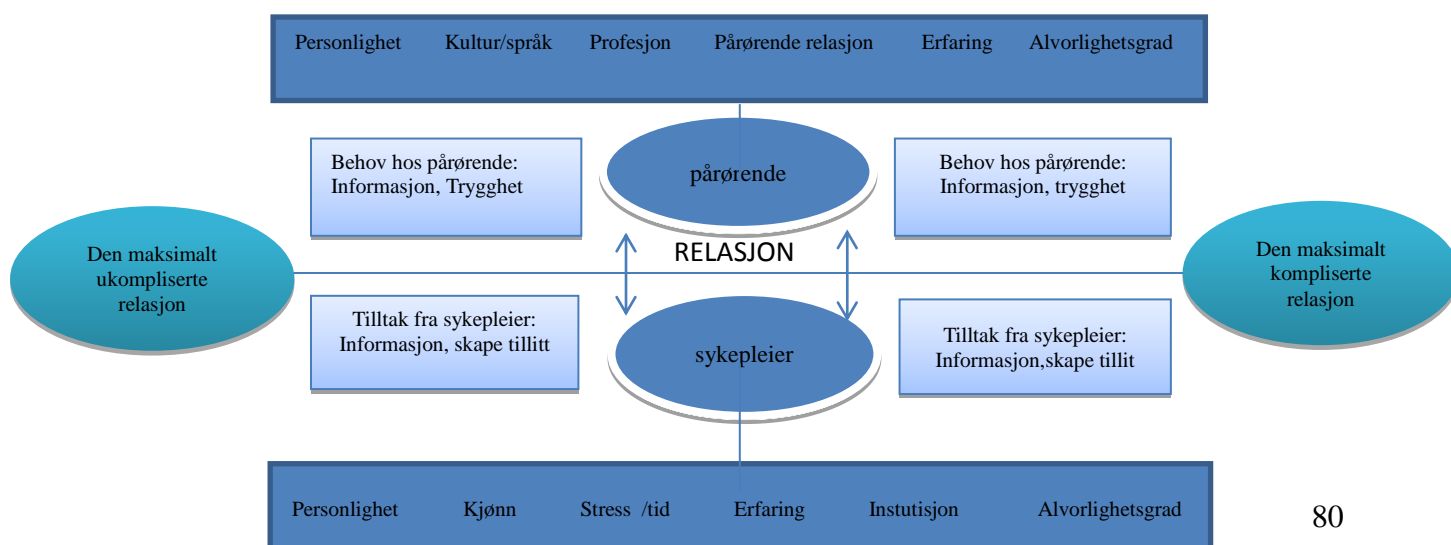
Det er opp til den enkelte sykepleier å vurdere de pårørendes behov og mulige bidrag til samarbeid og forståelse til pasientens beste. Et mulig tiltak for å bidra til bevissthet rundt pårørendes deltakelse kan være å sette av tid til veiledning og refleksjon over egen praksis. Skape en møteplass for etisk refleksjon. Egen erfaring fra slik refleksjonstid og fra samtale med kollegaer rundt dette indikerer at en slik møteplass vil kunne bidra positivt i forhold til å utvikle en god kultur hvor en har åpenhet for å stille spørsmål. Her kan medarbeidere komme sammen for å drøfte verdispørsmål og etiske utfordringer på en strukturert måte. Ved å snakke sammen om vanskelige situasjoner og rekonstruere disse kan vi i større grad oppdage og se hvordan egne handlingsvalg og væremåte kan få følger for andre. I veiledning gis det mulighet til å se nærmere på utfordringer og møter i situasjoner med de pårørende som kan ha vært ekstra vanskelige. Veiledning gir mulighet for bearbeiding av hendelser, som kan gi mulighet til læring og personlig vekst og utvikling.

Jeg har erfaring med at refleksjon kan hjelpe oss til å se forskjellen på en vanskelig pårørende og en pårørende som har det vanskelig. Dette kan igjen bidra til at vi som sykepleiere endrer på hvordan vi møter de pårørende og igjen hvordan vi opplever dem. Dette studiet har gitt meg en refleksjon

over å være bevisst på å ta ansvar for at vi som sykepleiere går i dialog på et tidlig tidspunkt. At vi ikke utsetter å snakke med en pårørende om hva vi opplever som vanskelig. Dette handler i stor grad om å vise respekt og omtanke for pårørende og den situasjonen de er i. Kommunikasjon med andre og trygghet i egen rolle som sykepleier kan være temaer som egner seg i veiledning og refleksjon. Funnene i denne studien indikerer at veiledning og stadig refleksjon og samtale om hendelser og tiltak ovenfor pårørende er viktige bidrag til økt forståelse og samarbeid mellom de pårørende og sykepleier.

Oppgaven har belyst hvordan vi gjennom språk, samtale og kroppsspråk i interaksjon med andre skaper, og dermed forstår vår virkelighet. Ord og handlinger kan føre oss tilbake til tidligere erfaringer og når disse erfaringene deles legges det tilrette for læring. Tverrfaglig samarbeid og forståelse fra kolleger er viktige faktorer her, spesielt i forhold til den uerfarne og nye sykepleier som skal prøve å finne sin rolle og gjøre seg erfaringer som bidrar til økt forståelse og trygghet som sykepleier. En økt bevissthet for de pårørendes rolle på avdelingen kan bidra til endret syn på de pårørende ikke bare for sykepleier men også for andre yrkesgrupper som sykepleier samarbeider tett med. En økt forståelse for den pårørendes sin rolle og ansvar trenger et økt fokus. Intervjuene og erfaringer jeg har gjort meg fra egen yrkeskarriere peker mot at yrkesgrupper som sykepleiere samarbeider tett med ikke bevisst har tatt stilling til de pårørende sin plass i en akutsituasjon. Dette kan føre til at det arbeidet eller den innsatsen som blir lagt ned fra sykepleiers side for å trygge og informere de pårørende ikke alltid blir forstått. Dette kan bidra til å skape holdninger og forventninger som står i strid med målet om et godt og gjennomtenkt samarbeid med de pårørende til pasientens beste.

Mine erfaringer, samt funn fra mitt empiriske materiale gjennom denne studien og eksisterende forskning, har resultert i konstruksjonen av en enkel tentativ modell:



Jeg ser for meg en hovedakse der du har den maksimalt ukompliserte pårørende/sykepleier-relasjonen i den ene enden og den maksimalt kompliserte pårørende/sykepleier-relasjonen i den andre enden. Modellen blir en måte å forenkle formidlingen av studiens hovedfunn. Jeg ser samtidig for meg at modellen skal kunne anvendes.

Modellen kan være et hjelpemiddel i å identifisere mulige tiltak for å kunne skape et godt samarbeid med de pårørende til enhver tid og i ulike sammenhenger. Den vil også kunne hjelpe til med det å forstå hvilke faktorer som kan bidra til at samarbeidet fungerer godt eller mindre godt. Sykepleier kan dermed bli mer bevisst og lettere innta en profesjonell holdning i forhold til de pårørende. Ved at hun i større grad ser og forstår situasjonen også fra de pårørendes sted vil hun kunne fungere stabiliserende i vanskelige og krevende situasjoner som kan oppstå med de pårørende. Samtidig vil hun kanskje også lettere kunne se hva som bør prioriteres av tiltak ovenfor den pårørende, også før pasienten bringes inn på akuttmottaket. Samarbeidet kan bli bedre ved bevisst refleksjon rundt dette temaet. Det er viktig at ambulanspersonell og sykepleier kan utveksle informasjon om de pårørendes tilstand samtidig som pasienten blir meldt før ankomst sykehuset.

En annen mulighet for anvendelse er å bruke modellen i undervisning og på fagdager for å lettere kunne se sammenhengen mellom de ulike faktorene i sykepleier-pårørende relasjonen. Den kan på denne måten bli et utgangspunkt for diskusjon og samtale rundt positive såvel som negative erfaringer og opplevelser med pårørende. Slik kan erfaringer deles og dermed bidra til vekst og utvikling av sykepleier i forhold til dette temaet.

Funn i studien indikerer at uansett hvor du befinner deg på denne akse, om relasjonen fungerer godt eller mindre godt er behovet hos den pårørende det samme i større eller mindre grad. Samtidig har studien identifisert noen hovedfaktorer både hos den enkelte pårørende, sykepleier og sykehuset som institusjon som kan bidra til å sette fokus på tiltak som bør iverksettes for å kunne optimalisere relasjonen og samarbeidet til pasientens beste. Disse faktorene er når det gjelder pårørende; personlighet, kultur/språk, profesjon, pårørende relasjon og situasjonens alvorlighetsgrad. Hos sykepleier har jeg identifisert faktorene; personlighet, stress/tid, erfaring og institusjon. I kapittel 2 i oppgaven har sykehuset betydning for sykepleieren og den pårørendes opplevelse av møtet med hverandre. En trygg, erfaren sykepleier med gode verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter, skaper et godt utgangspunkt for det å utvikle samarbeidet med og relasjonen til de pårørende. Her vil tid, stress, situasjonens alvorlighetsgrad og den pårørendes identifiserte faktorer bidra til å optimalisere eller vanskeliggjøre kommunikasjonen. En uerfaren, engstelig og stresset sykepleier i situasjoner som er usikre og uavklarte lar seg dårligere kombinere på en god måte i forhold til en engstelige pårørende som for eksempel ikke snakker samme språk.

Som sykepleiere møter vi situasjoner som alle er unike. Ved å se hvert enkelt møte mellom pårørende og sykepleiere med henblikk på de identifiserte faktorene i modellen kan handlinger som utføres i praksis i større grad være et resultat av bevisste valg og begrunnede vurderinger istedenfor å være preget av tilfeldighet og vane. Studien har gitt meg en forståelse for at de pårørende bør få en større plass i hverdagen til sykepleieren ved at de oftere tas med i et planlagt og bevisst samarbeid. Helsepersonell må gå inn i møtene med et ønske om å forstå, ta ansvar og skape tillit. Det kommer også frem at sykepleier lettere vurderer de pårørende sine behov med økende erfaring. Hverdagen til en akuttsykepleier er preget av mange korte og intense møter med mennesker i spesielt sårbare situasjoner. Gjennom økt bevissthet og refleksjon vil kanskje de pårørende lettere få en nyttig og verdig plass i samarbeidet med sykepleier og det øvrige behandlingsteamet for pasientens beste.

7.0 TILBAKEBLIKK PÅ STUDIEN

Når jeg ser tilbake på det gjennomførte studiet ser jeg både styrker og svakheter i det ferdige resultatet. Jeg vil i dette kapittelet skissere noen overveielser i forhold til dette.

Jeg har benyttet intervju som metode. Det empiriske grunnlaget for analyse og tolkning er basert på det mine informanter fortalte meg og hvordan de valgte å fremstille dette i intervjusituasjonen. Jf Goffmans teori vil aktørene i en sosial interaksjon mer eller mindre bevisst fremstille seg selv på en bestemt måte og på denne måten forsøke å kontrollere og styre de inntrykk den andre parten får av en som person. Et intervju er en sosial setting der begge parter uttrykker seg bevisst på en bestemt måte. Det bestemmes hva som skal deles og hva som holdes nært til brystet. Vi er alle opptatt av hvordan vi fremstår overfor andre mennesker. Vi har mer eller mindre bevisst en klar holdning og en oppfattelse av hvordan vi ønsker å fremstå noe som styrer måten vi kommuniserer med andre på. Dette vil i stor grad spille inn på det som kommer frem under et intervju. De situasjonene som løftes frem og presenteres farges av informantens mer eller mindre bevisste refleksjon og tolkning av det som skjedde. Andre sider ved saken vil kanskje ikke komme frem i lyset i like stor grad. Samtidig vil intervjuer tolke det som blir sagt utifra sin forforståelse og sin bakgrunnsinformasjon og faglige forankring.

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at det alltid vil være en skjevhet i relasjonen mellom forsker og informant noe som også påvirker resultatene av intervjuet. Selv om jeg som forsker og intervjuer var en nybegynner uten erfaring fra intervju eller forskning forøvrig forsøkte jeg å skape en atmosfære av tillit. Allikevel har jeg en klar oppfatning av at det som kom frem i intervjuene utvilsomt var preget av det forholdet og den kjemien som oppstod mellom meg som forsker og intervjuobjektene som informanter.

I utgangspunktet ønsket jeg å gjennomføre observasjoner i forkant av intervjuene, noe jeg ikke klarte å gjennomføre som beskrevet tidligere i metodekapittelet. Observasjonsstudier kunne antakelig bidratt til et rikere materiale og mer utfyllende empiri. Når jeg ser tilbake på dette i ettertid tror jeg likevel det var fornuftig å velge bort observasjon som metode. Studier av mennesker og menneskelig handling er et sårbart tema og en uerfaren observatør må utvise spesiell aktsomhet. Dette er mitt første forskningsprosjekt og jeg anser intervju som metode som et tilstrekkelig grunnlag for meg i denne omgang.

Jeg har benyttet Patricia Benners teori om utvikling av kompetanse i min oppgave for å lettere kunne forstå sykepleier i møtet med pasient og pårørende. Jeg opplever at Benner sin teori gir verdifull kunnskap i å forstå sykepleieren og deres handlingsmønster, men teorien gir få klare retningslinjer for å utøve praktisk sykepleie. Den beskriver hvordan kompetanse utvikles frem til et ekspertnivå. Det endelige målet er å bli det Benner kaller ekspertsykepleier, noe alle sykepleiere ønsker å være. Men det kan for en nyutdannet sykepleier være vanskelig å få tak i og å planlegge sykepleie ut i fra en slik teori, når det eneste håndfaste som blir presentert er mønstereksempler en må overføre til aktuelle situasjoner (Kirkevold 1998). Jeg opplever at denne teorien antakelig gir mest nytte og verdifull veiledning jo mer erfaring en får som sykepleier. I begynnelsen av karrieren vil nok egne erfaringer og refleksjoner være det en husker best og dermed det en lærer mest av.

Jeg savner i tillegg at det tas direkte hensyn til pårørende i Benners teori om kompetanse. Jeg mener det er en viktig sykepleieoppgave å inkludere pårørende i sykepleien, både for de pårørende og for pasienten, noe jeg mener ikke kommer så tydelig frem i Benners teori. Jeg har allikevel valgt å knytte hennes teori opp mot sykepleiers interaksjon med de pårørende fordi jeg mener hennes teori kan forklare mye av sykepleiers fokus og prioriteringer i en situasjon uten at den direkte beskriver de pårørende sin plass. Slik jeg tolker Benner vil pasienter verbalt formidle hva som er mest betydningsfullt for dem der og da, men innen akuttmedisin kan dette være vanskelig. Likevel mener jeg at de pårørende sin plass kan knyttes til teorien i forhold til at Benner beskriver at tidlige erfaringer (bakgrunnsforståelse) er relevant for hvordan pasienten mestrer den situasjonen han er i, og det stresset han opplever. I møte med pasienten, og i arbeidet med gi han den gode omsorg, vektlegges det at sykepleieren må ta utgangspunkt i det som er betydningsfullt for pasienten. For at sykepleieren skal kunne få innsikt i hva som er betydningsfullt for pasienten, må hun opparbeide tillit og bli kjent med pasienten. Dette mener jeg kan knyttes direkte til pasientens pårørende. Vi kan som sykepleiere hjelpe familien som en helhet, ved å informere og veilede også de pårørende.

Jeg har valgt å benytte Goffmans rollerteori som en bakgrunn for min analyse og tolkning av intervjuene. Goffmans rolleteori er blitt kritisert i forhold til at mennesket blir fremstilt som «skuespillere» uten egen vilje og vurderingsevne. Kritikken går ut på at menneskets frie vilje blir utydelig gjennom Goffmans liturgiske fremstilling (Garsjø 2001). Jeg kan si meg enig i dette perspektivet men jeg vil samtidig hevde at teorien utgjør en interessant innfallsvinkel i måten å tenke på i forhold til å kunne forstå hva det vil si å være ansatt på sykehus med alt dette innebærer av rolleforventninger og krav. Teorien kan være en hjelp til å lettere kunne forstå kommunikasjon og forståelse mellom aktører i sykehusmiljøet. Min oppfatning er likevel at mennesket gjør selvstendige valg og vurderinger og at Goffmans teori kan utgjøre en forenkling av virkeligheten på

dette området.

REFERANSER

Agård, AS & Maindal, HT (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses perceptions of a challenging task. *Nurs Crit care 2009 sep-oct; 14(5): 264-72*

Album, D. (1996) *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano

Alsvåg, H., Førland, O. (2004) Nyutdannede sykepleiere sitt syn på sykepleierutdanningen I lys av erfaringer som yrkesaktive. *Bergen: Diakonissehjemmets høgskole. FOU-rapport nr.1, 2004.*

Axelsson Å, Zettergren M, Axelsson C. (2005) Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European journal of cardiovascular nursing, 4: 161-169*

Bell, J (2011). *Relationships: The heart of the Matter in family Nursing*. 17:3

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert- mesterlighet og styrke i klinisk sygepleierpraksis*. København: Munksgaard.

Berg, O.(2006) Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. *Oslo: Tidsskriftets skriftserie*

Brink, PJ. Patientology: Just another ology? *Nurs Outlook 1978;26(9):574-575*

Bourdieu, P (2007) *Viten om viten og refleksivitet*. Pax forlag AS

Bourdieu, P (2007) Forståelse. In: Petersen Karin Anna, Glasdam Stinne, Lorentzen Vibeke (red.) *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. Danmark: Forlaget PUC, CVU Midt Vest.

Brinchmann, B. S (red.) (2002). *Bære hverandres byrder- pårørende i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Clark A, Aldridge M, Guzzetta C, Nyquist- Heise P, NorrisR, Loper P, Meyers T, Voelmeck W.

(2005) Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Critical care nursing clinics of north america*, 17: 23-32

Cabrera, L, Quintana, B, Alonso, J, Montesdeoca, F, Marrero, I, Blanca, P & Amaya, S (2009) Nurse activities for communicating with the families of patients admitted to an intensive care unit. *Enfermeria Clinica*. 19(6): 335-9, 2009, nov-dec.

Cullberg, Johan (1991). *Mennesker i krise og utvikling*. Stockholm: H. Aschehoug & Co.

Duran C, Oman K, Abel J, Koziel V, Szymanski D. (2007) *Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients family, and patients*. *American journal of critical care*, 3: 270-279

Dale, E. L. (1989) *Pedagogisk profesjonalitet*. Oslo: Gyldendal.

Dalland, O (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal norsk forlag AS 2007. 4. utgave 2007, 4. opplag 2010.

Ellison S. (2003) *Nurses attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures*. *Journal of emergency nursing*, 29: 515-521

Elstad I, Hamran T (1995). *Et kvinnefag I moderniseringen- sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Ad Notam Gyldendal AS

Emergency Nurses Association <http://www.ena.org/future/Family/>

Engström Å, Söderberg S. (2007) *Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses*. *Journal of clinical nursing*, 16: 1651-1659

Engstrøm, B, Uusitalo, A & Engstrøm, A. (2011) *Relatives involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses experiences*. *Intensive & critical care nursing*. 27(1):1-9, 2011 feb.

Eichhorn D, Meyers T, Guzzetta C, Clark A, Klein J, Calvin A. (2001) *During invasive procedures*

and resuscitation: Hearing the voice of the patient. American journal of nursing, 5: 48-55

Eide, H, Eide, T & Eide E (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Gyldendal Akademiske.

FBIB (Forskningsetisk bibliotek) 2011. <http://helseforskning.etikkom.no>

Featherstone, P., Chalmers T. & Smith, G.B. (2008). RSVP: A system for communication of deterioration in hospital patients. *British Journal of Nursing*, 2008, Vol 17, No 13

Foucault, M (2000) *Klinikkens fødsel.* København: Hans Reitzels Forlag. ISBN 87-412-3038-8

Fjelland R, Gjengedal E (1995) *Vitenskap på egne premisser.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Garsjø, O. (2001) *Sosiologisk tenkemåte- en introduksjon for helse- og sosialarbeidere.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Goffman, E. (1992) *Vårt rollespill til daglig.* Oslo: Pax Forlag.

Gilje, N & Grimen, H. (1993) *Samfunnvitenskapenes forutsetninger- innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi.* Oslo: Universitetsforlaget

Graubæk, A-M. *Å være pasient- en innføring i pasientologi.* Akribe AS 2010, 1. utgave, 1. opplag, 2010

Grov, E. K. (2010). Pårørende. In A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Ejds.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utgave ed.). Oslo: Akribe.

Harsvik, T & Kjekshus, L.E (2007) *INTORG – organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus.* SINTEF Helse februar 2007.

Helmer S, Smith R, Stephen D, Jonathan M, Shapiro W, Katan B. (2000) Family presence during trauma resuscitation: A survey of AAST and ENA members. *The journal of trauma*, 6: 1015-1024

Helsedirektoratet (2007). *Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ... og bedre*

skal det bli!

Hoye, S, Severinsson, E (2008). Intensive care nurses`en counters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive and critical care nursing*. 24(6): 338-48, dec.

Johannesen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4 utgave. Abstrakt forlag, AS Oslo

Kirkevold, M. *Vitenskap for praksis?* Ad Notam Gyldendal 1996, 2. opplag 1997.

Kirkevold, M. (1998) På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen. *Sykepleien* årg.77 (2)s. 4-7,9

Kirkevold, M (1992). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: ad Notam Gyldendal.

Kirkevold, M., & Ekern, K. S. (2001). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kjekshus, L.E. (2004). Når sykehus blir butikk- effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* Vol. 19 s. 444.459.

Knott A, Kee C. (2005) Nurses beliefs about family presence during resuscitation. *Applied nursing research*, 18: 192-198

Kvale, S; Brinkmann, S.(2008). *Inter Views: Learning the Craft of Qualitative Research interviewing*. Los Angeles; Sage publications Ltd. ISBN: 9780761925422.

Lindseth A. (1996) *Å sanse pasientens fortelling: Å se, høre og respektere pasienten*. I Sæther M, (red); Kompendium fra konferansen "Utfordringer I kultur og verdigrunnlag" RITØ/ASV Universitetet I Tromsø

Lindseth, A og Nordberg, A (2004) Aphenomenological hermenologiscal hermeneutical method for resarching lived eperience. *Scandinavian journal of caring Science*, 18, 145-153.

Lovdata.no (1999). *Lov om pasientrettigheter* (pasientrettighetsloven).

Lindhardt, T, Hallberg, I & Poulsen, I (2008). *Nurses experience of collaboration with relatives of*

frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. International Journal of Nursing Studies. 45(5):668-81, May

Maben, J., Latter, S. Clark, J. (2006) The theory-practice gap: Impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advances Nursing* 2006; 55(4) 465-277

MacIntyre, A. (1983) «To whom is the Nurse Responsible?» I.C.P. Murphy & H. Hunter, (Red). *Ethical problems in the Nurse- Patient Relationship.* Boston: Allyn and Bacon: 79-83

Malterud K. (2003) *Kvalitative metoder I medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget AS

Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger.* Otta: Tano Aschehaug.
medical researcher. *Fam Pract* 1993; 10: 201–6.

Martinsen, K., (2000): *Øyet og kallet.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Meyers T, Eichhorn D, Guzzetta C, Clark A, Klein J, Taliaferro E, Calvin A. (2000) Family presence during invasive procedures and resuscitation. The experiences of family members, nurses and physicians. *American journal of nursing*, 100: 32- 44

Moesmand, A. M (1992). *Mestring I et sykepleieperspektiv hos nære pårørende til akutt og/eller kritisk syke innlagt på intensivavdeling.* Oslo : Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Moesmand, A. M, Kjøllesdal, A (2004). *Å være akutt kritisk syk. Om pasienters og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.* Gyldendal Norsk Forlag AS. « utgave, 1. opplag

Nelms, T, Eggenberger, S (2010) The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of family nursing.* 16(4): 462-86. 2010, nov

Nortvedt P, Grimen H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag, historie, fag og etikk.* (2 utg) Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleier forbund.no (2007): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*

Olsvold, N. (2010) *Anvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Ph.D.avhandling.

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig arbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Robinson S, Mackenzie- Ross S, Campbell Hewson G.L, Egleston C.V, Prevost A. (1998) Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet*, 352: 614-617

Sand, A. M (2001). *Se også meg- om å være pårørende til en syk*. I: 1 Klinisk sykepleie. Hallbjørg Almås (red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 31- 47

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schön, D. (1987) *Educating the reflective practitioner. Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Fransisco: Jossey- Bass Publishers

Schön, D (2001) *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Forlaget Klim

Søvik O. Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2624 – 7

Themsen H. *Familieinstitusjonens betydning i dag – en analyse af forholdet mellem individ og fællesskab i postmoderniteten*. Ph.d.- avhandling. København: Det samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Institut for Psykologi, 2008.

Thornquist, E (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Tomlinson PS, Åstedt-kurki P.(2008) A systematic view of family health. *Guest editorial. Scand J Caring Sci* 2008; 22(1):1-4.

Tillnes, Karin (1999). Forventinger og behov hos pårørende- vårt ansvar?. I: *Skriftserien "Vekst" nr 2*, s 20 – 22.

Van Horn, Elizabeth R. og Kautz, Donald (2007). *Promotion of family integrity in the acute care setting* <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nhh&AN=24850856&site=ehost-live>

Vareide, P.K. et al. (2001) *Stykkevis og helt- Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo/Trondheim: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning

Villingshøy M, Ross L, Thomsen BL et al. Does material status and altered contact with the social network predict colorectal cancer survival? *Eur J cancer* 2006;42 (17):3022-3027.

Vike, H. & Bakken, R. et al. (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Weslien M, Nilstun T. (2003) Family presence during CPR- the experiences and attitudes of code team members. *Vård I Norden, 1*: 31-3

1. Tilbakemelding fra REK



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Hege Holde Andersson	Telefon: 22845514	Vår dato: 09.12.2011	Vår referanse: 2011/2349/REK sør-øst B
			Deres dato: 17.11.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Bodil Sofie Vestvik
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

2011/2349 Forespørsel om fremleggelsesplikt

Vi viser til innsendt framleggingsvurdering for prosjektet *Pårørende som ressurs for sykepleier*. Slik det fremkommer i det innsendte skjema er formålet med denne masteroppgaven å identifisere de faktorer som avgjør sykepleierens opplevelse av møtet med den pårørende.

Forespørselen er vurdert på fullmakt av komiteens leder. Komiteen anser at prosjektet ikke er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Ilnér (sign.)
Dr. med.
Overlege, professor

Hege Holde Andersson
Komitésekretær

Kopi til:

Besøksadresse: Gullhaug torg 4 A, Nydalen, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: post@helseforskning.etikk.no	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
	Web:		

2. Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Kristian Larsen
Institutt for sykepleie
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 01.03.2012

Vår ref:29533 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29533
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Pårørende som ressurs for sykepleier
Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Kristian Larsen
Bodil Sofie Vestvik

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Sivertsen
Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Bodil Sofie Vestvik, Vækerøveien 128 q, 0383 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29533

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller bakgrunnsvariabler eller gjennom kode og navneliste/koblingsnøkkel.

Foreliggende prosjekt omfatter sykepleiere ved akuttmottak. Personvernombudet minner om at sykepleiere ikke kan omtale pasienter i identifiserbar form av hensyn til taushetsplikten, og anbefaler at prosjektleder minner informantene om det ifm. intervjuet.

Iht. informasjonsskrivet til deltagerne skal lydopptak behandles konfidensielt og slettes ved prosjektslutt, innen utgangen av våren 2013. I informasjonsskrivet bør setningen om personvernombudet og REK slettes.

3. Informasjonsskriv:

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er utdannet sykepleier men er fortiden masterstudent i klinisk sykepleiervitenskap ved høyskolen i Oslo. Jeg holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Tema for oppgaven er pårørende som ressurs for sykepleier. Oppgaven vil prøve å belyse hvilke faktorer som avgjør hvordan sykepleier opplever møtet med de pårørende til akutt og/eller kritisk syke, og om og evt i hvilken grad dette samarbeidet påvirker selve behandlingen av pasienten.

For å prøve å finne svar på dette ønsker jeg å intervju 3-7 sykepleiere på to eller flere akuttmottak i Norge. Ønsker i utgangspunktet en blanding av nyerefarne og erfarne sykepleiere (arbeidet mer enn 10 år).

Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer med ulike pårørende situasjoner, tanker rundt pårørende sin rolle i et mottak og praktiske spørsmål i forhold til hvordan pårørende ivaretas gjennom et mottak; hvordan det bør gjøres og hvordan det faktisk fungerer.

Jeg vil bruke båndopptaker under intervjuene for å kunne være mer tilstede i samtalen. Intervjuet vil ta omtrent en time. Jeg vil ta med kaffe og kake og låne et rom på avdelingen dersom dette er mulig.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av våren 2013.

Dersom du har lyst til å delta på dette, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg eller gir den til din nærmeste leder så finner vi sammen dag og tid som passer best for deg. Jeg er inneforstått med at en dag på akuttmottak er uforutsigbar og at situasjoner fort kan snu slik at intervjuet kommer i annen rekke.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf 41 62 70 24, eller sende en e-post til s165738@stud.hioa.no. Du kan også kontakte min veileder Kristian Larsen ved høyskolen i Oslo på e-post: Kristian.Larsen@hioa.no

Studien er vurdert hos regional etisk komite (REK) og norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Bodil Sofie Vestvik
Vækerøveien 128 Q
0383 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av pårørende som ressurs for sykepleier og sier ja til å bli intervjuet.

Signatur Telefonnummer

4. Intervjuguide

Innledning:

Tema: Pårørende som ressurs for sykepleier. Hvordan du som sykepleier på en avd som dette opplever møtet med de pårørende? Hva som avgjør om samarbeidet eller møtet med den pårørende blir positivt eller ikke. Hvilke faktorer er det som gjør pårørende lette å samarbeide med og hvilke faktorer er det som gjør at pårørende er vanskelig eller utfordrende å samarbeide med.

(Da jeg ikke kjenner deg fra før vil du si kort om)

1. hvor lenge har du jobbet som sykepleier, erfaring
2. hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen

Hovedspørsmål :

Møter dere ofte pårørende her på akuttmottaket?

Har de fleste med seg en pårørende eller kommer det mange hit alene?

I de tilfellene der pårørende er med opplever du at dette er utelukkende positivt for pasienten?

Hvordan opplever du som sykepleier de mottakene med pårørende tilstede sett i forhold til de mottakene uten pårørende tilstede? Er det stor forskjell? Da mener jeg f eks fokus, stemning, kommunikasjon osv.

Kommer du på noen situasjoner der du føler pårørende har vært til hjelp for deg som sykepleier? (At de f eks har kommet med verdifull informasjon eller roet pasienten slik at samarbeidet ble lettere ved undersøkelse?)

Kan du gi noen eksempler på situasjoner der du føler pårørende ikke har vært til hjelp? Hvorfor tror du at du følte du det slik? (I veien, krever oppmerksomhet I en stressende situasjon, Pårørende som har mange spørsmål vs pårørende med få spørsmål, passive pårørende, fortvilte pårørende, rolige kontrollerte pårørende..)

Er det stor forskjell på pårørende til barn/ unge og til voksne/gamle?

Forskjell på unge pårørende eller eldre pårørende? Mann vs kvinne? Barn som pårørende?

Har du erfaring med ulike pårørendetyper? Da mener jeg pårørende med ulik kompetanse, f eks pårørende med helseerfaring, pårørende med jus erfaring ol? Er det stor forskjell på måten de ulike typene henvender seg til deg på?

Sykehuset er en stor bygning, kan virke både trygt men også skremmende på mange. Det er mye teknologisk utstyr som møter deg nå du kommer inn på sykehuset, spesielt på et mottaksrom. Har du tenkt eller reflektert noe over hvordan dette oppleves for pasient og da spesielt pårørende i dette tilfellet? Føler mange seg underlegne? (Man føler seg ofte liten når man er på ukjent grunn i et rom sammen med mennesker som er i sitt vante, kjente miljø.)

Opplever du at de pårørende har fokus på det teknologiske utstyret? Trygt? Skremmende? Er det lett å glemme seg bak det teknologiske utstyret? Evt for å unngå samtale, spørsmål, direkte konfrontasjon?

Hvor stor betydning tror du erfaring hos deg som sykepleier har i møtet med de pårørende?

Hvordan opplever du din mulighet til å ivareta pårørendes behov for omsorg i en akuttsituasjon?
(tid, kapasitet, holdninger fra kollegaer, forventninger osv)

Har dere fokus på de pårørende på avdelingen? Snakker om det på fagdager f eks? Har egne prosedyrer for å ivareta de pårørende ol?

Tror du tonen mellom deg som sykepleier og den pårørende, samarbeidet mellom dere to har direkte betydning for ditt arbeid med pasienten?

Helt kort til slutt:

1. Har du vært pårørende selv noen gang?
2. Kan du si litt om erfaringene dine i forhold til dette?
3. Er det noe du vil føye til det vi har snakket om?