

Pårørendes møte med pleiepersonell på sykehjem

Relatives' experiences of encounters with nursing staff in residential homes

► **Background:** Relatives' experiences of encounters with nursing staff in residential homes have significance for the relationship with patients as well as for cooperation with the staff. The purpose of this study is to explore the relatives' experiences of encounters with nursing staff in residential homes.

Methods: The selected method is metasynthesis, which implies a reinvestigation of published research articles with the purpose of bringing analysis to a higher level. Articles were identified in the databases: CINAHL, PubMed, PsykInfo, Proquest: a total of 11 articles and 155 family relatives represented.

Findings: Relatives' experiences with nursing staff in residential homes can be structured in three phases; entrance, stay and departure. Each phase that relatives experience is parallel to that of the patients, but not identical.

Conclusion: The nursing staff's encounters with relatives are affected by changing needs that both patient and relatives perceive. Awareness of how relatives experience the needs in each phase may strengthen and further develop relationships between relatives and nursing staff.

Keywords: relatives, health care personal, relationship, nursing home, qualitative research

Betty-Ann Solvoll og Inger-Lise Røsok Wang

Betty-Ann Solvoll
Førsteamanuensis, Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap
betty.a.solvoll@nord.no

Inger-Lise Røsok Wang
Førstelektor, Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap
Inger.l.wang@nord.no

Innledning

Pårørendes erfaringer i møte med pleiepersonell på sykehjem har betydning for relasjonen til deres nærstående så vel som til pleiepersonalet. Det er i møte med pleiepersonalet at på-

rørende kan finne sin rolle, og dermed både kan bety noe for sine nære og være en sentral samarbeidspartner for personalet. Formålet med denne studien er å gi en forståelse av de pårørendes opplevelser i møte med pleiepersonalet på sykehjem som kan gi grunnlag for

forbedringer i praksis. Hensikten er å granske spørsmålet: Hva kjennetegner møtet mellom pårørende og pleiepersonell på sykehjem? Problemstillingen belyses gjennom en metasyntese av publiserte forskningsartikler.

Bakgrunn

Pasienter på sykehjem er syke og skrøpelige i ulik grad. De har ulike plager og ulike behov. Det er gjerne pasientenes plager eller behov som er utgangspunktet for initiativ som pårørende tar til samhandling med personalet. Bramle et al. (1) peker på at pårørende ofte har opplevd en økende isolasjon i tiden forut for innleggelse på sykehjem. Å ta omsorg for sine gamle og hjelpetrengende hjemme kan ha medført tunge omsorgsforpliktelser, som har gjort dem slitne. Det kan være krevende når utslitte pårørende møter personalet i langtidsavdelinger. Ofte er pårørende ambivalente til overflyttingen. Til tross for sin sårbarhet er mange også handlekraftige (2).

Å dyrke fram gode relasjoner til familie-medlemmer er viktig for å redusere potensielle konflikter og minske frustrasjoner hos personale så vel som pårørende (1). Empati og en lyttende holdning virker tillitvekkende (3). Det samme gjør gjensidig informasjonsutveksling (4). Å dele informasjon med hverandre blir vanskelig dersom det er få ansatte på vakt eller stor travelhet (5).

Pårørende er ofte opptatt av kontinuitet i kontakten med sine nære (6). De ønsker at deres nære skal få beholde sin identitet og integritet, til tross for bosted på sykehjem. De har behov for avlastning, men også å være invol-

vert. Det har betydning for dem å være sikker på at deres nære blir godt ivaretatt. Pårørende er videre opptatt av å følge med for å påse at deres nære får tilstrekkelig stell og pleie, og de kan selv fylle hullene som måtte være. Mange ønsker å delta i fellesskapet på sykehjemmet og være med på å skape en hyggelig atmosfære, f.eks. på tilstelninger (6, 7). Pårørende er sårbare på sine spesielle måter. De kan være bekymret for om deres nære får tilstrekkelig mat og drikke, særlig dersom deres nære er syke eller døende (8). Mange har ikke opplevd alvorlig sykdom og død på nært hold før (9). Sorgen de møter, vekker behov for støtte (10).

Pårørendes tilknytning til pasienten kan variere. Ifølge pasientrettighetsloven (11) defineres pårørende som de som pasienten i første hånd oppgir som pårørende, som familie-medlemmer og venner.

Hvordan pårørende erfarer pleiepersonell på sykehjem, har også overordnet betydning for institusjonens virksomhet. Dette blir ikke mindre viktig i tiden framover når helsemyndigheter legger stadig større vekt på pårørendes ressursbidrag (12).

Det er behov for å forstå relasjonene mellom pårørende og pleiepersonellet bedre. Derfor granskes spørsmålet: Hva kjennetegner møtet mellom pårørende og pleiepersonell på sykehjem?

Metode

Design

Denne studien er en metasyntese som innebærer analyse, kategorisering, fortolkning og syntetisering av publiserte kvalitative studier

(13). Sandelowski og Barrosos (14) arbeid med metasyntese som metode viste hvordan funn fra ulike kvalitative studier kan kategoriseres i typologier, fordi funn fra ulike artikler tenderer til å være analoge. Bondas og Hall (13) er inspirert av «meta-ethnography» og viser vei til å fortolke og integrere funnene fra ulike artikler «bak og utover» en oppsamling av kunnskap.

Vi har nyttiggjort oss eksisterende kvalitative data basert på artikler publisert gjennom anerkjente tidsskrifter for sykepleieforskning. Metasyntese bygger på systematisk litteraturgjennomgang med en streng prosedyre for utvelgelse av artikler. I samsvar med denne forståelsen har gjennomføringen av metasyntesen fulgt følgende trinn: 1: å bestemme forskningsfenomenet, 2: å beslutte hvilke artikler som skal inngå, 3: å lese artiklene grundig, 4: å finne hvordan studiene (data) kan relateres til hverandre, 5: å se studiene i lys av hverandre og utvikle temaer som var felles for studiene, og samtidig beholde helheten (ikke utelate noe), 6: å syntetisere temaene og skape en helhet som er mer enn de individuelle delene (15).

Søkestrategi og utvalg

Pårørendes opplevelse av møtet med pleiepersonalet på sykehjem er belyst gjennom analyser av kvalitative data fra elleve studier.

Slik kan man oppnå en akkumulert forståelse av variasjoner i informantenes opplevelser.

The improvement of clinical practice requires the accumulation of understanding gained for qualitative research (15, s. 2).

Med pårørende menes i denne studien mennesker som refereres til som pårørende i de utvalgte artiklene. Det dreier seg om familiedlemmer og venner. Vi har utelukket artikler der pårørender erfaringer blir fortalt av andre, f.eks. sykepleiere. Det vil si at pårørende er informanter i samtlige utvalgte artikler.

Etter flere prøvesøk og i samarbeid med en bibliotekar kom vi fram til følgende søkestreng: (family OR next of kin) AND (nurse OR nursing home) AND (meeting OR encounter) AND qualitative research.

Inklusjonskriteier var engelskspråklig, full tekst, fagfellevurderte artikler, vestlig kulturkrets og voksne pårørende. Søket ble foretatt i databasene CHINAL, Pub-med, Psykinfo og Proquest. Begge forfattere foretok søk i hver sine baser. Manuelt søk ble gjort ved å lese litteraturlistene til de utvalgte artiklene. For bedre å kunne sammenligne funnene ble artikler som blander metoder, forkastet. I tillegg benyttet vi COREQ 32-item sjekkliste (16) for å kontrollere for artiklenes styrke. Se Tabell 1.

Tabell 1 Søkestrategier og søkeresultat

År 1999–2014	Databaser	Total	Utvalg basert på tittel	Utvalg basert på sammendrag og inklusjons-kriterier	Utvalg basert på fulltekst, inklusjons-kriterier og skår på COREQ 32-item-sjekklisten
	CHINAL	2364	38	18	5
	Pub-med	37	1	0	0
	Psyk-info	0	0	0	0
	Proquest	59	7	5	5
	Manuel		1	1	1

De valgte artiklene var publisert mellom 1999 og 2014, se Tabell 2. En artikkel ble funnet ved manuelt søk. Samlet utvalg var på elleve ar-

tikler, og til sammen representerte de 155 familieinformanter.

Tabell 2 Inkluderte artikler

Forfatter, år, land	Formål	Metode	Sample and setting
Goodridge D, Bond JB, Cameron C, McKean E. 2005, Canada	To examine the perspectives of family members, registered nurses and health care aids	Thematic analysis emerging from interviews	4 family members in a 220-bed nursing home
Westin L, Øhrn I, Danielsson E. 2009, Sweden	To explore and interpret the meaning of relatives' experiences of encounter with nurses visiting residents in nursing homes	Qualitative interviews	13 relatives in nursing homes
Holmgren J, Emami A, Eriksson LE, Eriksson H. 2013, Sweden	Understanding the role of family in nursing home	Qualitative thematic analysis	15 qualitative interviews with relatives in nursing homes
Laakso R, Routasalo P. 2001, Finland	Issues and innovations in nursing practice	Qualitative Focus interviews	10 family members with relatives in nursing homes

Forfatter, år, land	Formål	Metode	Sample and setting
Kellett UM. 1999, Australia	Exploring family members experience of nursing home placement	Hermeneutic	14 family caregivers in nursing home placement
Lundberg T, Olsson M, Fürst CJ. 2013, Sweden	To explore family members supportive interaction	Qualitative interviews inductive content analysis Hermeneutic	26 family members in palliative care service
Bauer M, Nay R. 2011, Australia	Exploring the family staff collaboration in low level residential aged care	Qualitative interviews, thematic analysis	12 family caregivers from five assisted living facilities
Bauer M, Ferherstonhaugh D, Tarzia L, Chenco C. 2013, Australia	Examine staff and family members perception of each other`s role and responsibilities	Focus group interview	14 family members in five facilities
Johansson A, Ruzin HO, Graneheim UH, Lindgren BM. 2013, Sweden	To illuminate former family Caregivers experience of aspects that facilitate and hinder the process of relinquishing care	Narrative interviews, qualitative content analysis	10 family caregivers in six nursing homes
Lohne V, Rehnsfeldt A, Råholm MB, Lindwall L, Caspari S, Sæteren B, Høy B, Lillestø B, Heggestad AKT, Settebø Å, Aasgaard T, Nåden D. 2014, Scandinavian cross country	Focus on dignity from the perspective of family caregivers	Interviews Phenomenological – hermeneutic approach	28 family caregivers

Forfatter, år, land	Formål	Metode	Sample and setting
O'Shea F, Weathers E, McCharty G. 2014, Irland	To explore relatives' involvement in the care of older adults	Semi-structured interviews, content thematic analysis	9 family members

Etiske betraktninger

Alle artikler oppga å tilfredsstillе nasjonale og institusjonelle etiske krav. De holder riktige kildehenvisninger og følger gjeldende regelverk. Begge forfatterne har bidratt likeverdig gjennom arbeidet med artikkelen.

Analyse

Analysen utgjøres av de fire siste trinnene i metasyntesen: 3: å lese artiklene grundig, 4: å finne hvordan studiene (data) kan relateres til hverandre, 5: å se studiene i lys av hverandre og utvikle temaer som var felles for studiene, og samtidig beholde helheten (ikke utelate noe), 6: å syntetisere temaene og skape en helhet som er mer enn de individuelle delene (15). Direkte sitater fra artiklene som illustrerer funn, er markert med innrykk. Forhold som er fortolket av artikkelforfatterne, blir omtalt indirekte med tilhørende henvisning. Av temaene som kom fram, forsøkte vi å forstå helheter og å få ny innsikt om møtet mellom pårørende og helsepersonell.

Funn

Elleve artikler med 155 informanter inngår i utvalget. Til sammen utgjør artiklene et bredere tilfang av erfaringer enn hva hver enkelt gjør. Artiklenes beskrivelser gir grunnlag for å sammenligne erfaringer fra ulike situasjoner og oppnå en mer helhetlig forståelse av pårørendes erfaringer med sykehjemmet og dets pleiepersonale.

Pårørendes møter med pleiepersonalet på sykehjem skjer parallelt med pasientens, selv om erfaringene kan være forskjellige. Likevel har pasientens behov og problemer innvirkning på hvordan pårørende opplever møtet med personalet. Fortolkninger av datamaterialet kan strukturere pårørendes erfaringer i tre faser. I første fase flytter den nærstående til sykehjemmet, og pårørende er både lettet og bekymret. Vi kaller fasen *inngang*. I andre fase bor og *oppholder* den nærstående seg på et sykehjem. Pårørende og deres nære samhandler med personalet og søker å finne nye roller. Døden representerer *utgangen* fra et sykehjem og er den tredje fasen. I denne fasen er pårørende i sorg, og de har andre behov enn i de øvrige fasene.

Tabell 3 Faser i pårørendes møte med pleiepersonell

Inngang	Opphold	Utgang
<ul style="list-style-type: none"> - Om å overgi sine nære til pleiepersonalet - Overføring av ansvar og informasjon om de næres behov og preferanser 	<ul style="list-style-type: none"> - Nye roller - Å bli møtt med vennlighet - Å bli oppfattet som en relevant person med et legitimt ærend - Pårørendes opplevelse av kompetanse og engasjement i pleiergruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Nærhet og avstand i dødsprosessen - Utrygghet om kvaliteten på pleien - Å bli anerkjent som sørgende med spesielle behov - Tilbakeblikk og støttesamtaler

Første fase: Inngang

Om å overgi sine nære til pleiepersonalet

Den første fasen preges av at pårørende overgir ansvaret for sine nære til andre. De oppgir dermed den daglige omsorgen for dem. Avgjørelsen kan være vanskelig for pårørende. De kan ha tanker om og være usikre på om de har strukket seg langt nok. Opplevelsen av ansvar kan variere. Hvilket forhold pårørende har hatt til sine nære de senere årene, har innvirkning på usikkerheten. Skyldfølelse fordi man selv ikke strekker til og følelsen av å svikte er ikke uvanlig.

He didn't cry but he was just [short pause] I think he thought the whole world was dropping out of him [pause] [swallows hard] and I felt so terribly guilty (17, s. 1477).

Her beskriver en søster hvordan følelsen av skyld griper henne, når broren blir kjørt av gårde til en institusjon. Pårørende med omsorgsansvar får et forklaringsbehov når de ikke lenger makter å ivareta omsorgen, men de håper å møte forståelse for sine beslutninger.

You just couldn't go to the toilet, you couldn't answer the phone, he demanded to be fed 5 minutes after he had had his dinner. The way he was I had to keep an eye on everything. I had to put him into respite I needed sleep so badly (17, s. 1477).

Sitatet ovenfor er fra en ektefelle som gir et glimt av hvor krevende hverdagene kan være. Ikke alle pårørende opplever dårlig samvittighet når deres nære flytter til en institusjon. Materialet viser også til pårørende som uttrykker glede og lettelse over å få overgi sine nære til andres omsorg. Lettelsen forsterkes gjerne når pårørende opplever vennlighet fra personalet, som her:

From the minute that I walked in, there was just something. I can't explain it to you but I just felt like I was in my own home. It was lovely. The other places were new, but they just didn't have the warmth. It's alive, has heart and soul with friendly staff (18, s. 1235).

Sitatet viser hvordan vennlighet oppleves som å komme hjem. Å ha en god relasjon til

og god kommunikasjon med de ansatte gjør overgangen lettere. I tillegg blir overgangen bedre for pårørende når de har et støttende sosialt nettverk (19).

Overgangen til sykehjem og det å skilles fra sine nære oppleves vanskelig dersom pårørende er engstelige for om den profesjonelle omsorgen er tilstrekkelig. De kan være engstelige for personalets eventuelle negative holdninger til sine nære eller til grupper av pasienter, f.eks. til personer med demens (19). Det oppleves godt for pårørende fritt å få komme på besøk til sykehjemmet når det passer for dem.

Overføring av ansvar og informasjon om de næres behov og preferanser

Å overgi sine nære til en institusjon innebærer også å overføre ansvaret til institusjonens personale. De pårørende mister kontrollen over omsorgen, og de kan bekymre seg over om personalet fanger opp den nærstående behov. En datter forteller at det å miste kontrollen over omsorgen for sin mor var som å miste henne (17). Pårørende kan finne trøst i at de nå kan gjøre «de små tingene» for sine nære, mens personalet tar de «tunge løftene» (17).

Pårørende som har hatt omsorgsansvar for sine nære, forventer at personalet tar hensyn til informasjon som de kan gi om pasientens behov og preferanser. De ønsker at informasjonen skal gis forrang i forhold til institusjonens rutiner. I en studie forteller en datter indignert om hvordan hun, som har kjent sin mor i hele sitt liv, og i de senere årene hatt omsorgsansvaret for henne, plutselig føler seg

tilsidesatt og marginalisert når mor kommer på sykehjem (20).

Pårørende har videre behov for å bli informert om institusjonens rutiner og omsorgstilbud. Når de opplever at personalet ikke tar seg tid til å snakke med dem og utveksle informasjon, vekker det lett mistillit. Det får konsekvenser for relasjonen videre i pasientforløpet, spesielt der pårørende ønsker å være en aktiv part i omsorgen for sine nærmeste (20). Selv om pårørende kan være lettet over at deres nære får plass på sykehjem, kan lettelsen etter hvert forvandles til frustrasjon over forhold de opplever på sykehjemmet (21).

Andre fase: Opphold

Nye roller

Livet på en institusjon innebærer nye tilpasninger både for pårørende og deres nære. Den nærstående er både hjemme og borte. Han eller hun er hjemme med tanke på et permanent opphold og borte fordi vedkommende er i fremmede omgivelser og underlagt andre menneskers myndighet og omsorg. Rollen som pasient er ny. Dermed kommer også pårørende inn i en ny rolle. Denne oppleves ofte som uklar ettersom den må utformes av pårørende selv i et samspill med personalet. Besøk på sykehjem betyr begrenset tilgang til institusjonens materiellstruktur, men også begrensede muligheter til å delta i beslutninger om pasientens omsorgstilbud. Flere pårørende påtok seg rollen som talsmann for sine nære i forhandlinger om omsorgshandlinger (20). Datamaterialet viser at pårørende kan ha vansker med å finne en rolle de er komfortable med.

Å bli møtt med vennlighet

Å bli møtt med vennlighet, bli gjenkjent og bli godt behandlet av pleiepersonalet framstår som helt vesentlig for pårørende. Pårørende opplever det tillitvekkende når personalet er engasjert, viser vennlighet og respekt (22). Særlig for pårørende som er nye på sykehjemmet, bidrar smilende, hjelpsomme pleiere til at de føler seg hjemme (18).

... they say hello to you and show you that you are recognized and they often say something positive about my mother (23).

Pårørende setter pris på at personalet tar seg tid til å være samtalepartnere i en varm og vennlig atmosfære (21). Personalets varhet overfor beboeres behov kan illustreres ved en datters opplevelse: Hun hadde fortalt en av pleierne at moren elsker fugler. Neste dag var det et fuglebrett utenfor vinduet hennes (24). På den andre siden oppleves det provoserende å bli ignorert:

Sometimes when you come to visit, the staffs are just sitting there reading the newspapers (23, s. 321).

Å bli oppfattet som en relevant person med et legitimt ærend

Å finne sin nye rolle som pårørende handler bl.a. om opplevelsen av å bli anerkjent som en relevant person med rett til å ha synspunkter om pasientomsorgen og å kjenne seg hjemme i sin nye rolle. Flere informanter vektlegger betydningen av gjensidig kontakt. En ekte-mann sier:

You must have two-way communication otherwise you haven't got anything.

Unless you have two willing partners meaning staff and family, it's not going to work (22, s. 571).

Utsagnet viser hvilken betydning det har for pårørende å kunne kommunisere og samarbeide med personalet. I tillegg viser utsagnet at det ofte handler om vilje til å høre på hverandre og ta hverandre på alvor. Uten det vil samarbeidet ikke kunne fungere.

Pårørendes opplevelse av kompetanse og engasjement i pleiergruppen

Under oppholdet på sykehjem vil pårørende etter hvert erfare personalets engasjement og kompetanse. De legger merke til kvalitet i pleien. Kritikk forekommer når pårørende opplever at de må ta et større ansvar enn hva de er forberedt på. De må ofte kjempe de «små kampene», f.eks. at deres nære ligger for mye og for lenge i sengen, at klær blir borte, eller at frisørtimer ikke er bestilt. De «små tingene» har gjerne stor betydning (21, 17).

En datter setter ord på sin fortvilelse over manglende kvalifisert hjelp til sin mor – om personalet kan lastes for det, eller om det hele beror på misforståelser:

I'm so sad, I don't know if she gets the help she needs... [starts crying]. My sister thinks that the staff doesn't always listen to mom, but I do not know if mom could be the one who has misunderstood the situation (20, s. 233).

Pårørende er opptatt av at deres nære ikke må bli fratatt selvbestemmelse, men at de får oppleve trygghet og bekreftelse, og at de får ta avgjørelser i tråd med den situasjonen de er i (21). Det kan oppleves frustrerende dersom personalet blir for opptatt av de daglige systemene og rutinene. Pårørende er mer opptatt av dagliglivet til sine nære. De ulike posisjonene kan skape konflikter (21). Pårørende opplever at engasjementet i pleiegruppen blir større, og de opplever mer vennlighet fra personalet i et system med primær-sykepleie (25).

Tredje fase: Utgang

Nærhet og avstand i dødsprosessen

Sorgen over å skulle miste en av de man er glad i, preger den tredje fasen. Noen pårørende ønsker å være aktive som omsorgspersoner også i den siste tiden. Da oppleves det viktig med god kommunikasjon og samhandling med personalet gjennom hele prosessen. Pårørendes opplevelse av å være orientert om det som skjer i løpet av terminal fase, har stor betydning. Noen ganger må informasjon gjentas for at pårørende skal oppfatte det. Lundberg et al. (26) vektlegger informasjon som forutsetning for opplevelsen av hjelp og trygghet. En enke forteller hvor svimlende det kan føles å stå hos sine nære når de er døende:

... and, very importantly, then this clear message came, yes—the same nurse also gave me directions ... Because, you felt, kind of dizzy, and you didn't quite understand what was going on, why it was like this (26, s. 284).

Skriftlig informasjon virker sikrere enn muntlig. En datter uttrykker nettopp det:

... sometimes it is easier to read than to have it explained to you. Cos you might start thinking "Is it really true what she says?" But, like this, in a booklet—you feel that this is true (26, s. 284).

Å være tett på ens nære som er døende, vekker sterke følelser og kroppslige reaksjoner som tristhet, sorg og svimmelhet. Noen opplever situasjonen så krevende og presset så stort at de ikke makter å være til hjelp. Ikke alle vil vite mye om selve prosessen; de trekker seg unna og overlater ansvaret til personalet, slik pårørende uttrykker her:

I don't think I'd liked to have known [about the dying process]. Perhaps I would liked to have known much earlier but not at that time. I, I don't think I could have handled it at that time (27, s. 229).

Utrygghet om kvaliteten på pleien

Pårørende kan kjenne seg utrygge på om kvaliteten på pleien er god nok ved livets slutt. Det kan handle om den fysiske pleien eller den medmenneskelige. Hvordan skal en forstå endringer i kroppslige tegn hos den døende? Eksempelvis kan de stille spørsmål om hvorfor pasienten ikke drikker:

... I was frightened, I sort of understood "Oh well, he's not getting any nourishment, he's not getting any water. Are you just going to lie there and die like that?" (26, s. 284).

At den døende blir behandlet med medmenneskelighet, er viktig for pårørende. De opplever at det er viktig at personalet viser nærhet, fysisk kontakt og berører den døende. Ofte kan pårørende mangle kunnskap om og erfaring med døden. Det skaper utrygghet. Pårørende er følsomme overfor omgivelsene og de handlingene som skjer rundt pasienten. De ønsker at situasjonen skal preges av ro og verdighet. En datter forteller hvor utilfredsstillende det oppleves når personalet ikke viser nærhet:

There was no touching ... Mother's friends asked about giving her some massage, or something like that. "No, there's no need, because she has an air bed." But we thought, this can't make up for human touch (26, s.285).

Også de fysiske omgivelsene som møbler, farger, kunst på veggene og størrelsen på rommet preger den generelle atmosfæren i et rom. En enkemann beskriver det slik:

The environment was very nice. She had an excellent room ... That you could come and go as you wished. Ehhh, the room was so big that it was possible to have several people there ... (26, s. 285).

Det gir en god opplevelse for pårørende når deres nære blir tatt så godt vare på.

Å bli anerkjent som sørgende med spesielle behov
Å miste en av sine nærstående er en følelsesmessig påkjenning. I vårt materiale kan vi se

at sorgen gir seg ulike utslag, men uansett er pårørende i en sårbar situasjon der ord og handlinger får en spesiell betydning. Det oppleves viktig å bli anerkjent som sørgende. De har behov for at personalet viser empati. En ektefelle forteller:

There was this nurse ... We had met him the night before, and he was very quiet and comforting ... we were allowed to stay for as long as we wanted ... (26, s. 285).

En sønn forteller såret om hvordan han ble møtte av pleiepersonalet:

"Now we have to ask you to hurry up because we cannot have her lying here, so you have to call a funeral agency right away ..." when we were about to leave after mum had died. So you got really stressed and started to chase that ... You almost got pissed off. Isn't it enough that we can have our grief for a while, and then take care of that? (26, s. 285).

Tilbakeblikk og støttesamtaler

Det føles støttende når pleiepersonalet og leger tilbyr pårørende et tilbakeblikk etter en tid. Det å kunne oppsummere sine opplevelser av sine nære og tiden på sykehjem er positivt for pårørende. Kondolansbrev og støttesamtaler blir verdsatt, og særlig er pårørende opptatt av å få støtte på at de ikke har gjort noe «feil». En enke medgir:

So the conclusion of her (the physician) reasoning was that it was optimal the way it

went, and I have to say it felt really good ... because it was like this burden of guilt that I was working with, was being lifted from me (26, s. 286).

Oppsummert viser analysene at pårørende gjennomlever ulike faser, som hver har sine kjennetegn. I fase 1 kan pårørende være preget av å ha dårlig samvittighet, men også være lettet over å få hjelp. I fase 2 strever pårørende i samhandling med pleiepersonalet og deres nærstående med å finne hvilken rolle de skal fylle. Fase 3 er preget av at pårørende er i sorg, og har behov for emosjonell støtte. I alle tre fasene er de pårørende bekymret for om deres nære får god nok omsorg.

Diskusjon

Styrken i en metasyntese er potensialet til å oppsummere kunnskaper som ulike kvalitative studier har presentert på et tematisk område (13). Å vurdere troverdigheten i en metasyntese innebærer å se kritisk på kildene: hvordan data er samlet inn, og om data er behandlet i samsvar med anerkjente metoder. Vi støtter oss på at artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter, og at alle er fagfelleurdert før publisering. I utvalgsprosessen ble artiklene også kontrollert med bruk av anerkjent sjekklister. Det er funnene fra artiklene som utgjør datagrunnlaget i vår analyse.

Denne studien viser at pårørendes møte med pleiepersonalet kjennetegnes av tre faser. Utfordringene som oppstår i fasene, får betydning for hvordan pårørende opplever pleiepersonalet. Å gjennomgå ulike faser

innebærer at erfaringer i én fase legger grunnlaget for opplevelser og hendelser i den neste. Om pårørende har gode opplevelser i en fase, vil erfaringene utgjøre et godt grunnlag for å håndtere hendelser i den neste. I en slik forståelse blir førsteinntrykket og første fase viktig for hvordan møtene mellom pårørende og helsepersonalet skal bli i videre forløp. Denne kunnskapen kan pleiepersonalet trekke veksler på.

Kunnskap og innsikt i at pårørende kan gjennomleve ulike faser i den perioden deres nære er på sykehjem, kan opplyse helsepersonell og øke bevisstheten om de pårørendes situasjon og slik styrke kunnskapsgrunnlaget for samarbeid med pårørende. Denne kunnskapen er overførbart til praksis på sykehjem og boenheter der pårørende følger sine nære i deres siste tid. Et metodekritisk punkt er søkeprosessen. Søk i flere baser øker tilgangen til artikler. Ikke alle artikler lar seg sammenligne. Det totale tilfanget av data kan også utgjøre en skjev utvelgelse basert på egne forforståelser eller på behovet for å skape en konsistent analyse. Denne bevisstheten er forsøkt tatt inn i arbeidet med artiklene i denne studien.

Første fase kjennetegnes av ambivalens. Pårørende er lettet over å ha fått avlastning for tunge omsorgsoppgaver. Samtidig kan de ha dårlig samvittighet over å føle at de ikke lenger strekker til. De kan bekymre seg for hvordan deres nære har det på sykehjem: Vil de bli godt ivaretatt? Pårørendes ambivalens ved overflyttinger er påvist tidligere (2). Når nærstående flyttes fra sykehus til hjemmesituasjon, balanserer pårørende som har omsorgs ansvar, mellom sårbarhet og styrke. De må

tåle å stå i emosjonelt stress, og de strever med å opprettholde trygghet og kontinuitet for sine nære. Pårørende er både sårbare og handlingskraftige (2). Profesjonelle utøvere har hovedansvar for å utvikle fruktbare relasjoner. Pleiepersonalet bør legge vinn på å møte pårørendes sårbarhet med respekt. Som denne studien viser, er informasjon et nøkkelord. Forholdet mellom pårørende og pleiepersonalet kan bli fruktbart når informasjonsutvekslingen blir gjensidig (4). Pårørende har informasjon om pasienten som er viktig for å styrke kvaliteten i pleien. Pleiepersonalet på sin side ser og opplever pasienten daglig. Videreformidling av observasjoner og hendelser vil kunne motvirke usikkerhet hos pårørende og bidra til å skape trygghet.

Når beboeren etter hvert finner seg til rette på sykehjemmet, formes for alvor den nye pårørenderollen. Fase to preges av at pårørende strever med å finne sine roller. Gode interaksjoner med pårørende bygges ved at personalet inntar en medføleende og lyttende tilnærming (3). For mange pårørende har det stor betydning å føle seg som en del av sykehjemmet (7). Aktiv deltagelse kan f.eks. være å delta i diskusjoner om hvilken pleie deres nære skal få. Både pårørende, deres nære og pleiepersonalet kan dra vekslers på å diskutere seg fram til gode løsninger der også familien får en opplevelse av å være deltager (7). I en profesjonell sensitiv og mottagelig holdning utfordres personalet til å registrere pårørendes behov.

Fase tre er den avsluttende perioden. Pasienten er døende, og pårørende står overfor det å skulle miste sin nære. For mange er dette en

helt ny situasjon (9). Pårørende er i sorg, og de er følsomme for hvordan deres nære blir ivaretatt i terminal fase. De søker å få bekreftet at den døende har det så godt som det er mulig å ha det. Det at den døende får godt stell, mat og drikke og hjelp til å lindre smerter, oppleves som viktig. Pårørende er ofte opptatt av at deres nære ikke må sulte eller tørste (8). Personalets eventuelle beslutning om å redusere væskeinntak som en naturlig del av dødsprosessen, kan være følelsesmessig vanskelig for de pårørende. Det kan lett oppstå mistillit til personalet og mistro til om de har den rette kompetansen. Det er utarbeidet en faglig veileder for væske- og ernæringsinntak for pasienter som er i terminal fase (28). Denne oppfordrer til at beslutninger som tas om væske og ernæring til den døende, også bør diskuteres med pårørende. Samtidig har pårørende selv behov for å få sørge. Sørgende pårørende har særlig stort behov for emosjonell støtte og informasjon. De er sensitive overfor uttrykk som kan formidle verdighet, og er sårbare for opplevelser av krenkelse (10).

Overgangsfaser kan preges av ambivalens og oppleves som utfordrende både for pårørende og for pleiepersonalet. Barrierer for kommunikasjon er ofte relatert til strukturelle forhold som lite personale på vakt, lav kompetanseprofil og arbeidsmønster som ikke passer med besøkstider (5). De relasjonelle forholdene som bidrar til å skape gode eller mindre gode partnerskap i omsorgen for pasientene, synes å være enkle, mellommenneskelige aspekter.

Både pårørende og personalet kan være sensitive overfor kritikk. For pleiepersonalet

som har det profesjonelle ansvaret, vil den etiske fordring være å ta imot den som er sårbar med det de bærer på (29). Tillit er spontant og naturlig til stede i menneskelige relasjoner, hevder Martinsen (29). Hun funderer sin sykepleiefaglige tenkning på at tillit hører med til livsytringer som er fundamentale for menneskets eksistens og er til stede som en livsmulighet. Tillit kan imidlertid «skusles» bort. Det er når tillit brytes at mistillit oppstår. Fordi mennesker lever med en egeninteresse og «i selviskhet», kan det lett bli en konflikt mellom egeninteressene og omtanken for den andres beste (29, s. 83). Da kan tillit komme i spill. Selv om personalet ønsker å handle slik at de blir «tilliten verdig», kan tillit altså trues. Medieoppslag eller historier og erfaringer fra andre kan ha gitt negative inntrykk av sykehjem. Slikt nærer skepsis og mistillit. Avhengig av hva pårørende har av erfaringer og kjennskap til helsetjenesten fra før, vil de ha tillit eller mistillit til sykehjemmet i utgangspunktet.

Tillit kan stå på spill, men den forsvinner ikke, hevder Martinsen (29). I krevende situasjoner der tilliten utfordres, «pløyer den seg opp i bevisstheden med et krav om å begrunne situasjonen, slik at vi kan handle på en god måte» (29, s. 86). Når tillit trues, øker bevisstheden om det. For å ivareta tillit må sykepleieren gjøre skjønnsmessige vurderinger av situasjonen. «Gode sykepleiere må være både spontane og reflekterte» (29, s. 86).

Som regel nyter helsepersonell en grunnleggende tillit fra pårørende. Det første møtet mellom helsepersonell og pårørende kan ha stor betydning for videre samarbeid og rela-

sjon (30). Ved å være seg dette bevisst kan pleiepersonalet arbeide bevisst med å videreutvikle tilliten i møte med pårørende. Pårørende opplever situasjoner forskjellig. Det utfordrer helsepersonell til å bli godt kjent med pårørende samtidig som de også gjør seg selv synlige i bestrebelsene på å bygge tillitsfulle relasjoner med pårørende.

Konklusjon

Denne studien viser at pårørendes møter med pleiepersonalet på sykehjem farges av pasientens situasjon. Møtene mellom pårørende og pleiepersonell reflekterer fasene som både pasient og pårørende gjennomlever. Hver fase representerer behov hos pårørende som pleiepersonalet må forholde seg til. Personalets bevissthet om de skiftende behovene kan bidra til å styrke relasjonen til de pårørende.

Referanser

1. Bramle M, Moyle W, McAllister M. Seeking connection: family care experiences following long-term dementia care placement. *J Clin Nurs* 2009; 18:3118–125. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02878.x>.
2. Hvalvik S, Reiersen IÅ. Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: Next of kin's experience during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2015; 10:26554. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26554>.

3. Kemp CL, Ball MM, Perkins MM, Hollingsworth C, Lepore MJ. "I get along with most of them": Direct care workers' relationships with residents' families in assisted living. *Gerontologist* 2009; 49(2):224–35. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnp025>.
4. Haesler E, Bauer M, Nay R. Staff–Family Relationships in the Care of Older People: A Report on a Systematic Review. *Res Nurs Health* 2007; 30:385–98. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20200>.
5. Majerovitz, DS, Mollott RJ, Rudder C. We're on the same side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. *Health Commun* 2009; 24(1):12–20. DOI: <https://doi.org/10.1080/10410230802606950>.
6. Davies S, Nolan M. 'Making it better' Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(3):281–91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.04.009>.
7. Kellet U. Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. *J Clin Nurs* 2007; 16:1479–87. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1365-2702.2006.01844.x>.
8. Horntvedt ME, Romøren M, Solvoll BA. Ethical problems related to intravenous fluids in nursing homes. *Nurs Ethics* 2014; 21(8):890–901. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1177/0969733014521093>.
9. Andershed B. Relatives in end-of-life care – part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999–February 2004. *J Clin Nurs* 2006; 15(9):1158–69. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1365-2702.2006.01473.x>.
10. Cronin J, Arnstein P, Flanagan J. Family Members' Perceptions of Most Helpful Interventions During End-of-Life Care. *J Hosp Palliat Nurs* 2015; 17(3):223–28. DOI: <https://doi.org/10.1097/njh.000000000000151>.
11. Pasientrettighetsloven. [Internett]. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr 63. [hentet 2016-12-15]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
12. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet [hentet 2016-12-02]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>.
13. Bondas T, Hall E. Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qual Health Res* 2007; 17(1):113–21. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732306295879>.
14. Sandelowski M, Barroso J. Classifying the Findings in Qualitative Studies. *Qual Health Res* 2003; 13(7):905–23. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732303253488>.
15. Vaismoradi M, Wang IL, Turunen H, Bondas T. Older people's experiences of care in nursing homes: a meta-synthesis. *Int Nurs Rev* 2016; 63(1):111–21.

- DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1111/inr.12232>.
16. Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. Grouping through the fog: a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean Section) *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12(85):1–11. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-85>.
 17. Kellett UM. Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *J Adv Nurs* 1999; 29(6):1474–81. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01035.x>.
 18. Bauer M, Nay R. Improving family-staff relationships in assisted living facilities: the views of family. *J Adv Nurs* 2011; 67(6):1232–41. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05575.x>.
 19. Johansson A, Ruzin HO, Graneheim UH, Lindgren BM. Remaining connected despite separation – former family caregivers' experiences of aspects that facilitate and hinder the process of relinquishing the care of a person with dementia to a nursing home. *Aging Ment Health* 2014; 18(8):1029–36. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.908456>.
 20. Holmgren J, Emami A, Eriksson LE, Eriksson H. Intersectional perspectives on family involvement in nursing home care: rethinking relatives' position as a betweenship. *Nurs Inq* 2013; 21(3):227–37. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12046>.
 21. Lohne V, Ehnsfeldt A, Maj-Britt Råholm, Lindwall L, Caspari S, Sæteren B, Høy B, Lillestø B, Heggstad AKT, Slettebø Å, Tryve Aagard T, Nåden D. Family Caregivers' Experiences in Nursing Homes. Narratives on Human Dignity and Uneasiness. *Res Gerontol Nurs* 2014; 7(6):265–72. DOI: <https://doi.org/10.3928/19404921-20140325-99>.
 22. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Chenco C. Staff-Family Relationships in Residential Aged Care Facilities: The Views of Residents' Family Members and Care Staff. *J Appl Gerontol* 2013; 33(5):564–85. DOI: <https://doi.org/10.1177/0733464812468503>.
 23. Westin L, Øhrn I, Danielsson E. Visiting a nursing home: Relatives' experiences of encounters with nurses. *Nurs Inq* 2009; 16(4):318–25. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00466.x>.
 24. O'Shea F, Weathers E, McCharty G. Family care experiences in nursing home facilities. *Nurs Older People* 2014; 26(2):26–31. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.7748/nop2014.02.26.2.26.e543>.
 25. Laakso S, Routasalo P. Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. *J Adv Nurs* 2001; 33(4):475–83. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01687.x>.
 26. Lundberg T, Olsson M, Fürst CJ. The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2013;

- 19(6):282–88. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.6.282>.
27. Goodridge D, Bond JB, Cameron C, McKean E. END-of life-care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(5):226–32. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.5.226>.
 28. Helsedirektoratet [Internett]. Veileder IS-2091; 2009/2013. [hentet 2017-03-20]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>.
 29. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
 30. Kirkhus, CM. Det første møtet mellom pasient og terapeut og betydningen dette har for prediksjon av utfall. En kvalitativ studie av samspill i 1. og 2. time av terapi. Master thesis. Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Psykologisk institutt; 2012.