

Til døden skiller oss...

- Omsorg til pårørende ved uventet død i sykehus

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SY 180H 000

KULL 07H

DATO FOR INNLEVERING: 30.04.2010

KANDIDATNUMMER: 66 og 77



Funeral Blues

Stop all the clocks, cut off the telephone,
Prevent the dog from barking with a juicy bone,
Silence the pianos and with muffled drum
Bring out the coffin, let the mourners come.

Let aeroplanes circle moaning overhead
Scribbling on the sky the message He is Dead.
Put crepe bows round the white necks of the public doves,
Let the traffic policemen wear black cotton gloves.

He was my North, my South, my East and West,
My working week and my Sunday rest,
My noon, my midnight, my talk, my song;
I thought that love would last forever: I was wrong.

The stars are not wanted now; put out every one,
Pack up the moon and dismantle the sun,
Pour away the ocean and sweep up the woods;
For nothing now can ever come to any good.

W.H. Auden

INNHOOLD

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for oppgave.....	4
1.2 Valg av tema.....	4
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	5
1.4 Avgrensninger.....	5
2.0 Metode.....	7
2.1 Metodevalg.....	7
2.2 Sentrale forfattere.....	8
2.3 Metodekritikk.....	8
2.4 Oppgavens oppbygning.....	8
3.0 Teori.....	9
3.1 Del 1 – Travelbee’s teori.....	9
3.1.1 Sykepleieteori og menneskesyn.....	9
3.1.2 Syn på lidelse.....	9
3.1.3 Menneske – til – menneske forhold.....	10
3.1.4 Travelbee om kommunikasjon.....	11
3.2 Del 2 – Sentrale begrep.....	11
3.2.1 Kommunikasjon.....	11
3.2.2 Nonverbal kommunikasjon.....	11
3.2.3 Hjelpende kommunikasjon.....	12
3.3 Omsorg.....	13
3.4 Pårørende.....	14
3.5 Sorg/krise.....	14
3.5.1 Sorg og sorgreaksjoner.....	15
3.5.2 Sjokkfasen.....	15
3.5.3 Reaksjonsfasen.....	15
3.5.4 Bearbeidings- eller reparasjonsfasen.....	16
4.0 Drøfting.....	17
4.1 Historie fra praksis.....	17
4.2 Innledning.....	19
4.3 Møte med pårørende.....	21
4.4 Ett stille rom – kommunikasjon med pårørende.....	22
4.5 Pårørendes møte med avdøde.....	24
4.6 Syning.....	27
4.7 Sykepleierens dilemma.....	27
5.0 Oppsummering.....	30
6.0 Litteraturliste.....	31
6.1 Pensumlitteratur.....	31
6.2 Selvvalgt litteratur.....	31

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven:

Denne oppgaven har to forfattere, vi er begge avgangsstudenter ved bachelorstudiet for sykepleiere ved Høgskolen i Bodø. Dette er avsluttende eksamen i studiet. Gjennom studiet har vi lært masse, og fått utviklet oss både faglig og som mennesker. Vi har vært innom mange forskjellige felt, og har fattet særlig interesse for pårørende og omsorgen overfor dem ved en krise. En selvopplevd episode fra praksis gjorde sterkt inntrykk på oss, og vi har derfor valgt å fordype oss innenfor dette feltet.

1.2 Valg av tema:

Det som har vært ett av de viktigste målene for oss gjennom studiet har vært at pårørende i krise eller sorg blir sett. Gjennom å skrive om dette, håper vi å få utviklet oss både kunnskapsmessig og som mennesker, slik at vi bedre skal kunne takle å gjøre dette på best mulig måte. I en krise er det utrolig viktig for pårørende å føle seg ivaretatt, og det at noen bryr seg og ikke minst snakker med dem gjør noe med den videre sorgprosessen. Det å føle seg oversett og ”glemt” setter dype spor, og kan faktisk føre til at selve sorgbearbeidelsen blir skjøvet til side (Bugge, Eriksen og Sandvik 2003). Dette har vi selv erfart i praksis, og det er mange studenter og sykepleiere som faktisk ikke vet hvordan de skal forholde seg til pårørende etter ett uventet dødsfall. Som en medstudent sa det: *”Da jeg så de pårørende i gangen, gikk jeg inn på skyllerommet for å slippe og møte dem – jeg visste rett og slett ikke hvordan jeg skulle oppføre meg”*.

I tillegg har vi personlig erfaring som pårørende, og vet hvor viktig den omsorgen personalet gir er for at livet videre skal bli enklere. Vi håper at vi med vår oppgave skal klare å fokusere på dette slik at det kan være til hjelp både for oss selv og andre, og ikke minst at en del holdninger endrer seg. Pårørende i krise er ”bare” mennesker i dyp fortvilelse og sorg som trenger å se at noen bryr seg – og vi håper med dette at vi og andre sykepleiere kan omsette vår kunnskap i praksis.

Vi har også oppdaget underveis i studiet at det er lite pensumslitteratur i forhold til omsorg ved uventet død, og derfor tenker vi at det er ekstra viktig å fokusere på dette temaet. Det er mange som utdanner seg til sykepleiere, og ikke har opplevd døden på nært hold – verken

privat eller i praksis. Ved å sette fokus på dette, kan kanskje det første møtet med pårørende i sorg bli enklere.

1.3 Presentasjon av problemstilling:

Problemstillingen vår er som følger:

”Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta pårørendes behov for omsorg i timene etter uventet død i sykehus?”

1.4 Avgrensninger

Vi vil skrive om uventet død i somatisk sykehus, og vi vil ikke konsentrere oss om en spesiell avdeling eller sykdom. Vi vil også forholde oss bare til voksne nære pårørende. Dette på grunn av oppgavens ramme, da det å trekke inn barn og deres sorgreaksjoner ville blitt for omfattende her. Barn trenger ofte spesiell omsorg og informasjon. Oppgaven vil omhandle omsorg til pårørende fra dødsfallet skjer og til de forlater avdelingen samme dag. Vi vil også komme litt inn på hva vi må gjøre når dødsfallet skjer uten at pårørende er til stede, noe som ofte kan være realitet ved ett uventet dødsfall. Med uventet dødsfall mener vi dødsfall som ingen kunne forutsett, der personer er innlagt med en diagnose som i utgangspunktet ikke er dødelig og så oppstår det komplikasjoner. Dette kan også være etter ulykker.

Vi skal skrive om omsorg, og for å gi helhetlig omsorg må vi ta hensyn til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Dette kalles en helhetlig forståelse av mennesket (Blix og Breivik 2006, Odland 2007). Vi vil legge vekt på kommunikasjon, og hvordan vi kan gi best mulig omsorg i forhold til dette. Vi vil også komme inn på sorg og sorgreaksjoner, men vil fokusere på sjokkfasen da det er den vi vil oppleve mest. Vi vil også skrive litt om reaksjonsfasen, da disse kan gå litt inn i hverandre. Sorg kan oppleves etter tap av jobb, skilsmisse, dødsfall og så videre. I vår oppgave er sorg og sorgreaksjoner skrevet i forhold til uventet dødsfall. Vi vil kun komme inn på den første, lammende sorgen – da sorg er en prosess som går over lang tid, og vi kun vil skrive om de første timene etter dødsfallet. Den senere sorgprosessen er det som regel ikke sykepleiere i avdelingen der dødsfallet skjedde som følger opp.

Vi vil videre skrive om kommunikasjon, både nonverbal og verbal – da kommunikasjon er det viktigste virkemiddelet i tiden rett etter ett uventet dødsfall. I vår oppgave vil pårørende også være vår pasient – de har mistet en som står de meget nær – og er i dette tilfellet de som trenger vår omsorg. I oppgaven vil sykepleieren være omtalt som ”hun” da det fortsatt er slik at de fleste sykepleiere er kvinner, og pårørende som ”de” eller ”hun”.

2.0 METODE

2.1 Metodevalg

Vi bruker kvalitativ metode som fremgangsmåte for å få frem vårt budskap i oppgaven. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser og kan ikke gjøres om til målbare enheter. Vi benytter litteratursøk, erfaringer og refleksjoner fra praksis, og selvopplevde situasjoner. Da vi ser at dette temaet er lite belyst i pensumlitteraturen vil vi med hjelp av kvalitativ metode tilegne oss eller etterprøve kunnskap(Dalland 2007). Dalland støtter seg til Vilhelm Aubert når han siterer:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007:81)

Vi bruker litteraturstudium, fordi det finnes mye litteratur som angår vårt tema. Vi vil gjennomgå aktuell litteratur, og forklare sentrale begrep i teoridelen. Dette vil vi bruke i drøftingen vår, sammen med selvopplevde episoder fra praksis. Vi vil forsøke å trekke inn personlige erfaringer, uten at vi skal bruke oppgaven vår som bearbeidelse av egne følelser. I beskrevne situasjoner fra praksisfeltet, vil vi anonymisere fullstendig slik at ingen kan bli gjenkjent. Vi velger og ikke benytte oss av intervju, da vi føler at vi må intervju pårørende for å få ett riktig bilde av opplevelsene deres. I følge reglene for datasamling i bacheloroppgaven har vi ikke anledning til dette, og vil derfor kun forholde oss til andres kunnskap. Dette vil drøftingen bære preg av, det blir ingen resultater av egne undersøkelser i form av intervju.

Litteraturen vil være basert på vårt pensum fra utdanningen. Vi vil også bruke selvvalgt litteratur, og da fortrinnsvis primær litteratur. Primærlitteratur er original litteratur skrevet av forfatteren selv. I de tilfellene hvor dette viser seg og være vanskelig, vil vi måtte bruke sekundær litteratur. Ulempen med sekundærlitteratur er at den er blitt tolket av andre enn forfatteren selv, og skal igjen tolkes av oss. Selvvalgt litteratur vil være på ca 300 sider, dette er ett krav til oppgaven.

Vi vil bruke Joyce Travelbee og hennes sykepleieteori om mellommenneskelige forhold og kommunikasjon. Vi mener hun egner seg best i forhold til vårt tema og problemstilling, da hun er opptatt av de pårørende og omsorgen overfor dem. Hun sier også at hvert menneske er unikt, og at lidelse er en del av livet. Hun sier at en av sykepleierens viktigste redskaper i møtet med pasient og pårørende er kommunikasjon. Hun er derfor den sykepleieteoretikeren vi føler er best egnet for vår oppgave.

2.2 Sentrale forfattere

Vi vil bruke vår pensumslitteratur, med forfattere som Eide og Eide, Almås, Blix og Breivik og Kringelen. I vår selvvalgte litteratur vil vi undersøke nærmere de forfatterne til de bøkene og artiklene vi velger å bruke, søke på deres liv og det de tidligere har utgitt for å se om de er anerkjente.

2.3 Metodekritikk

I og med at vi bruker litteraturstudium vil oppgaven vår være preget av hva vi finner tilgjengelig. De funnene som eventuelt er gjort, blir fra andres undersøkelser. Oppgaven vil bære preg av vår egen tolkning av andres litteratur, og det kan være en svakhet. Vi har ikke utført en spørreundersøkelse – det er vanskelig å få gjennomført i forhold til vårt tema, og på grunn av oppgavens omfang. Alle våre funn vil dermed være basert på tidligere utgitt litteratur, og andres tolkninger. Vi har også egne historier og erfaringer knyttet til oppgaven, og disse kan farge vårt syn i negativ retning.

2.4 Oppgavens oppbygning

Vi har en innledning hvor vi kommer inn på valg av tema, metodevalg, problemstilling. Så følger en teoridel, og så en drøftingsdel. I drøftingsdelen har vi valgt å ta med en selvopplevd historie fra praksis, og deler av drøftinga inkluderer denne. Til slutt har vi ei oppsummering.

Oppgaven består av 9477 ord.

3.0 TEORI

Dette kapittelet består av den teoretiske tilnærmingen til oppgavens problemstilling. Som sykepleieteoretisk referanseramme har vi valgt å bruke Joyce Travelbee (1926-1973). I den første delen vil vi tar utgangspunkt i et utdrag av hennes sykepleieteori og fokusere på følgende temaer: Sykepleieteori og menneskesyn, syn på lidelse, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. I den andre delen gjør vi rede for sentrale begreper i forhold til oppgavens tema som kommunikasjon, omsorg, pårørende samt sorg og sorgreaksjoner.

3.1 Del 1-Travelbees teori

3.1.1 Sykepleieteori og menneskesyn

Travelbee er i sin teori spesielt opptatt av de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hun forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ som er enestående og uerstattelig og mener at for å forstå hva sykepleie er, må man forstå hva som foregår mellom pasient og sykepleier. Hun definerer sykepleiens mål og hensikt slik:

Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2007:41).

Travelbee tar avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket. Hun mener at ved at vi bruker termene sykepleier og pasient kategoriserer vi menneskene og reagerer på kategorien i stedet for mennesket bak den. Ved at et menneske blir kategorisert som pasient vil det for sykepleieren representere alt det som denne forbinder med denne kategorien. Det unike ved dette mennesket faller bort, til fordel for det generelle (Travelbee 2007).

3.1.2 Syn på lidelse

Travelbee sier at det å oppleve lidelse er en del av det å være menneske. Hun beskriver det som en felles livserfaring som kommer til alle mennesker, men opplevelsen av hvordan lidelsen føles og hvordan det enkelte menneske takler den er en individuell og unik erfaring. Hvordan den lidende forstår lidelsens mening er avgjørende for om vedkommende klare å holde ut eller gjennomleve denne erfaringen. Travelbee beskriver videre to stadier et individ kan nå dersom vedkommende ikke får avhjulpet en lidelse i tide. Når et menneske har lidd

over lengre tid uten at noen har kunnet hjelpe inntreer en fortvilt ”ikke bry seg”-holdning. Vedkommende er på fortvilelsens stadium og blir bittært likegyldig til alt. Travelbee beskriver dette stadiet som en mellommenneskelig nødsituasjon som krever umiddelbar handling. Det neste stadiet beskriver hun som apatisk likegyldighet. Vedkommende søker ikke lenger hjelp, trolig fordi han ikke har tro at noen kan hjelpe han. Hun anser dette stadiet nærmest som irreversibelt, noe som gjør det svært vanskelig å hjelpe vedkommende (Travelbee2007).

3.1.3 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee mener at for å oppnå sykepleiens mål og hensikt må det etableres et menneske-til-menneske-forhold. I dette legger hun en eller flere erfaringer som finner sted mellom sykepleieren og en person eller familie som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee 2007). Travelbee sier at et slikt forhold kun kan finne sted mellom individer og kan ikke etableres mellom roller. Og for at et slikt forhold skal kunne utvikles må det gjennomgå en prosess som har flere faser:

Den første fasen beskrives som det innledende møtet. Her dannes førsteinntrykket som baserer seg på den andres væremåte, handlinger og språk. For at dette møtet skal utvikles til en relasjon må sykepleieren evne å se mennesket bak pasienten. I neste fase av denne prosessen vil begges identiteter tre fram og oppfattes av den andre. De stereotype rolleoppfatningene blir svakere, samtidig som at en relasjon etableres. Empati som er den følgende fasen beskrives som å delta i og forstå meningen med andres tanker og følelser. Dette skjer samtidig med at en holder sitt eget selv adskilt fra den andre. Når empati har oppstått mellom to personer er det knyttet et bånd av kontakt. Empati bygger på erfaringsmessige likheter mellom to parter, noe som resulterer i forståelse for den andres situasjon. I tillegg til dette er en nødvendig forutsetning for empati ønsket om å forstå den andres opplevelse. Ut fra den empatiske prosessen utvikles sympati som er handlingsknyttet og som resulterer i et ønske om å hjelpe pasienten. Travelbee sier det slik:

”Empati blir til sympati når denne mentale resonans tilføyes ønsket om å samarbeide eller hjelpe” (Kristoffersen 2002:410).

Ved å uttrykke sympati formidler sykepleieren at han eller hun er engasjert i en person og bryr seg om hvordan vedkommende har det. En nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier er den siste fasen i etablering av menneske-til-menneske-forholdet. Denne fasen er nådd gjennom de andre fasene og er utviklet som et resultat av at sykepleieren i handling med

både forståelse og ønske hjelper pasienten til å få det bedre. Forutsetningene her er både ønsket om å hjelpe samt kunnskaper og ferdigheter til å iverksette adekvate sykepleiertiltak i forhold til pasienten (Kristoffersen 2002).

3.1.4 Travelbee om kommunikasjon

I følge Travelbee er det fullt mulig å kommunisere uten å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Å kunne etablere kontakt er ofte avhengig av om sykepleieren evner å anvende disiplinerte intellektuelle tilnæringsmåter til problemer, sammen med en terapeutisk bruk av seg selv. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer blant annet at man bevisst bruker sin egen personlighet og egne kunnskaper med det mål å oppnå lindring av den sykes plager. Dette krever at sykepleieren har selvinnsett, selvforståelse og evne til å tolke egen så vel som andres adferd. Travelbee sier at dette også innebærer en dyp innsikt i det å være menneske (Travelbee 2007).

”Sykepleieprosessen, det vil si alt som sykepleieren gjør for og sammen med mottakeren, tar sikte på å hjelpe enkeltindividet eller familien til å mestre eller utholde sykdom og lidelse når disse erfaringene melder seg i individets eller familiens liv”
(Travelbee 2007:33).

3.2 Del 2 - Sentrale begrep

3.2.1 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon defineres på en enkelt på måte som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide og Eide 2007)

Innen kommunikasjon opererer vi med flere former. I Kristoffersens bok *Generell sykepleie* gjør Ingrid Hanssen rede for blant annet verbal og nonverbal kommunikasjon, samt aktiv lytting. Bruken av språk muntlig og skriftlig er det vi forstår som verbal kommunikasjon. Det blir hevdet at det muntlige språket kun utgjør en tredjedel av den menneskelige kommunikasjon, resten formidles gjennom nonverbal kommunikasjon.

3.2.2 Nonverbal kommunikasjon

Defineres som all kommunikasjon mellom individer som ikke er språklig. Denne kommunikasjonsformen er av stor betydning for utviklingen av forståelse og tillit mellom

mennesker. Det er et stort spekter over måter nonverbal kommunikasjon kan komme til uttrykk, og vi vil følgelig kort komme inn på noen av måtene. Det som i størst grad uttrykker nonverbal kommunikasjon er et menneskets ansikt. Her er det et hovedskille mellom ansiktsuttrykk som viser utadvendthet og innadvendthet. Ut fra et ansiktsuttrykk kan man lese følelser som glede, sorg, overraskelse, angst, sinne og avsky. Med blick og øyekontakt kan en formidle ønske om å etablere kontakt eller omvendt. De fleste oppfatter et direkte blick som tegn på troverdighet og ærlighet, mens et flakkende blick kan avsløre usikkerhet. Videre vil kroppsbevegelser og kroppsstillinger vise et menneskes følelsesmessige tilstand. Levende og ivrige bevegelser uttrykker gjerne glede, mens langsomme og tunge bevegelser kan uttrykke sorg og depresjon. I tillegg kan kroppsstillinger uttrykke åpenhet eller lukkethet. Fysisk berøring er også en form for nonverbal kommunikasjon som mer enn noe annet uttrykker følelser. Hvordan denne formen for kommunikasjon blir mottatt har store variasjoner fra menneske til menneske. Det er derfor viktig å være var for hvordan den enkelte reagerer. Noen kan oppleve fysisk berøring som ubehagelig og truende, mens andre igjen opplever det som lindrende (Hanssen 2002).

Berøring har flere funksjoner, blant annet:

- *å formidle kontakt, sympati og omsorg (forståelse, medfølelse, støtte osv.)*
- *å gjøre oppmerksom på at en vil innlede en samtale*
- *å holde oppmerksomheten under samtalen* (Eide og Eide 2007:210).

3.2.3 Hjelpende kommunikasjon

Eide og Eide bruker denne betegnelsen på kommunikasjon som brukes innen helseprofesjonene og det som kjennetegner denne formen for kommunikasjon er at den er ment å være hjelpende for pasienten og pårørende. Denne kommunikasjonsformen skal formidle informasjon slik at den bidrar til problemløsning, samt at den hjelper pasient og pårørende til å mestre situasjoner best mulig. Den skal gi anerkjennelse samt skape trygghet og tillit. Ferdigheter innenfor denne kommunikasjonsformen er gode samtale-, rådgivnings- og intervjueteknikker samt aktiv lytting. Her regnes aktiv lytting som den mest viktige og grunnleggende ferdigheten og Ivey (1988) deler denne ferdighetene inn i følgende delferdigheter:

- *Nonverbal adferd som viser at man er henvendt mot, og oppmerksom på den man snakker med.*
- *Små verbale oppmuntringer som viser at man er til stede og følger med.*
- *Å stille spørsmål som utdyper det personen snakker om.*
- *Å parafrasere eller omformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut at man har hørt riktig.*
- *Å speile den andres følelser og dermed formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden.*
- *Å sammenfatte følelser og innhold av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakker om (Eide og Eide 2007: 20-23)*

3.3 Omsorg

I Kristoffersens bok klargjør Rolf Rønning viktige sider ved omsorg. Her omtales et allment omsorgsbegrep som kan identifiseres under følgende kjennetegn:

- *Omsorg må være begrunnet i følelser*
- *Omsorg har et handlingsaspekt*
- *Omsorg har et relasjonsaspekt*
- *Omsorg har en moralsk side*

Om det første punktet sies det at omsorg må ha sitt utgangspunkt i et følelsesmessig engasjement. Et slikt engasjement vil gjøre omsorgen ekte. Men et følelsesmessig engasjement er ikke nok, dersom det ikke resulterer i en aktiv handling. Dette kjennetegner neste aspekt. Her påpekes det at to viktige sider ved omsorg er å ville handle og å kunne handle. Men i mange tilfeller kan viljen være tilstede, uten at vedkommende har den kompetanse det kreves for å kunne handle. Dette gjelder i både i hverdagslige omsorgssituasjoner og i profesjonell omsorg (Kristoffersen 2002). I sin bok Omsorg, sykepleie og medisin sier Kari Martinsen om dette at det viktigste i et handlingsaspekt er at omsorgsgiveren ikke handler med det mål å få noe igjen for det vedkommende gjør. Hun sier videre at omsorg er et relasjonelt begrep som har utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn der det er grunnleggende at vi er avhengig av hverandre. Her står ikke

avhengighet i motsetning til selvhjulpenhet. I et individualistisk menneskesyn vil avhengighet derimot stå i motsetning til selvhjulpenhet (Martinsen 2003). Når det gjelder omsorg i et relasjonsaspekt, sier Rønning det at bortsett fra egenomsorg er det et relasjonsaspekt i all omsorg. I et omsorgsforhold vil vi finne minst to mennesker. Forholdet mellom disse menneskene kan være preget av ensidig eller gjensidig omsorg. Her er det enten snakk om at vi har omsorg for andre eller hverandre. Ensidig omsorg ytes til barn, syke, gamle, funksjonshemmete eller andre som etter allment godkjente samfunnsnormer ikke er selvhjulpne. Denne formen for omsorg går ut på at den ene parten gir og sørger for den andre. Gjensidig omsorg kommer til uttrykk i den vanlige omsorgsrelasjonen vi finner mellom friske voksne mennesker. Her yter og mottar begge parter omsorg. Den moralske siden ved omsorg er knyttet til grunnleggende verdier. Her er det snakk om vårt moralske valg som menneske og det yrkesetiske ansvar som profesjonell omsorgsgiver å sørge for hjelpetrengende (Kristoffersen 2002). Om denne siden av omsorg sier Kari Martinsen at den har med hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Her er det kvaliteten i relasjonen til omsorgsmottaker som er vesentlig (Martinsen 2003).

3.4 Pårørende

I følge tradisjoner har pårørendebegrepet blitt brukt synonymt med familie, altså nære slektninger eller inngiftede familiemedlemmer. I dagens familier finner man stor variasjon og kompleksitet, noe som har gitt begrepet pårørende en utvidet definisjon.

En nær pårørende er den som pasienten selv gir, eller ville gitt, denne status dersom han hadde hatt mulighet til det. Pårørende og pasient er personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets- og kontaktforhold.

(Moesmand og Kjøllesdal 2007:153)

3.5 Sorg/krise

”Folk lærer å takle de fleste situasjoner i livet, men når plutselige og traumatiske hendelser skjer, så oppdager vi, så vel som våre nettverk, at vi er fullstendig ute av stand til å takle situasjonen” (Dyregrov 2008:66).

Når ett uventet dødsfall skjer, medfører det sjokk og traume for de nærmeste pårørende. Det skjer brått, og man opplever at man mister kontrollen. Denne opplevelsen forsterker sanseinntrykk, og reaksjonene veksler mellom høylydt gråt, rop, aggresjon, uvirkelighetsfølelse til apati og tilbaketrekning. Sterke reaksjoner er ikke farlige, og bør aksepteres som naturlige. En del mennesker veksler mellom kraftige reaksjoner og sjokk og vantro (Dyregrov og Dyregrov 2008). Fyhr sier i boka "Hur man möter människor i sorg" at i denne situasjonen kan pårørende trenge hjelp til å ta beslutninger og til å ta vare på seg selv (Fyhr 1999).

I rapporten "omsorg for etterlatte ved brå, uventet død" beskriver de etterlatte

"hvordan dødsfallet førte til at livet ble snudd opp ned, verden ble med ett utrygg, og de opplevde at "når dette skjedde kan alt skje". Det forutsigbare og kjente ble usikkert og utrygt. Vanlige tankemønstre fungerte ikke og på mange måter kjente en ikke seg selv igjen" (Dyregrov, Nordanger og Dyregrov 2000:6-7).

3.5.1 Sorg og sorgreaksjoner

Reaksjoner på en sjokkartet nyhet vil ofte være ulike former for forsvar. Man erkjenner ikke fullt ut hva som har skjedd (Eide og Eide 2007).

I følge Kringelen kan en traumatisk krise oppstå når et individ opplever et plutselig dødsfall i nærmeste familie. Følelser som kan oppstå hos vedkommende spenner seg fra panikk og desorientering til tristhet og meningsløshet. Kringelen deler videre den traumatiske krisen inn i fire hovedfaser:

3.5.2 Sjokkfasen

I denne fasen er den som er rammet overveldet av det som har skjedd. Vedkommende kan føle seg uvirkelig og vil i noen tilfeller benekte det som har skjedd. Noen kan her virke apatiske, mens andre kan reagere voldsomt. Denne fasen kan vare fra et øyeblikk til noen dager.

3.5.3 Reaksjonsfasen

Denne fasen kan vare fra uker til måneder. Her begynner realitetene å gå opp for vedkommende og han prøver å finne mening idet som har skjedd. Her vil mange ha behov for

å snakke med andre om det de har opplevd og er ofte opptatt av hvorfor dette skulle ramme dem. I denne fasen søker noen å kvitte seg med ubevisst skyldfølelse, mens andre blir hjelpeløse og utvikler et stort forbruk av alkohol og piller. Noen kan også her trøste seg selv ved å rasjonalisere. I denne fasen er den psykiske forsvarsmekanismen svekket og tidligere traumatiske opplevelser kan dukke opp i bevisstheten. Som et tegn på at fortrenningsmekanismen igjen har inntrådt kan disse minnene uker etter dette igjen være borte.

3.5.4 Bearbeidings- eller reparasjonsfasen

I denne fasen som kan vare i flere måneder vil vedkommende bli innstilt på det som har hendt. Den etterlatte forsøker å venne seg til rollen som enke eller enkemann og prøver å se framover. Gamle aktiviteter gjenopptas. Det blir etter hvert en glidende overgang til neste fase som er nyorienteringsfasen- eller tilpasningsfasen. I denne fasen vil skyldfølelse bli borte og selvrespekten kommer tilbake (Kringelen 2008) .

4.0 DRØFTING

4.1 Historie fra praksis

Vi kom på seinvakt i praksis på en avdeling i somatisk sykehus, og da vi skulle gå inn på avdelingen så vi at det satt ei dame inne på dagligstua og gråt. Vi hadde litt tid før vakta begynte, og gikk inn og satte oss ned ved siden av henne. Vi hadde snakket med henne før, mannen hennes kom inn på sykehuset ett par dager tidligere. Hun hadde da presentert seg som Ingeborg, og fortalt at de hadde vært sammen siden de var helt unge og hadde ikke vært fra hverandre mer enn en dag eller to i løpet av alle disse årene. Hun grudde seg derfor veldig til å forlate han alene på sykehuset. Så hadde altså det verst tenkelige skjedd da hun forlot han..

Hun fortalte oss at hun hadde fått telefon denne morgenen, mannen hennes hadde dødd uventet samme morgen. Det var en sykepleier som hadde ringt henne, og samtalen hadde vært kort – omtrent bare en opplysning om at mannen hennes hadde sovnet inn like før vaktskiftet. Hun var helt oppløst, virket urolig og redd. Hun følte at hun ikke var blitt sett og tatt hensyn til, ”alt er så travelt her” sa hun. Mannen hennes hadde mistet livet akkurat i vaktskiftet, og den personen hun hadde snakket med på telefonen var gått av vakt da hun ankom avdelinga. Hun fikk være på rommet sammen med sin avdøde mann, men det var tilfeldig hvem som var innom – og hvor ofte. Ingen hadde tatt seg særlig tid til å prate med henne, og hun hadde ingen annen familie i nærheten. Det ville ta litt tid før barna kom, de måtte reise ett stykke. ”Det er så mange spørsmål jeg skulle ha hatt svar på, men jeg får meg ikke til å spørre. Personalet løper til og fra, de har jo så mye å gjøre. Jeg kan ikke forstyrre dem mer enn nødvendig”. I tillegg følte hun seg nesten som ”spedalsk”, det virket som om personalet var litt redd henne. ”Når jeg gikk ute i korridoren, møtte jeg en sykepleier. Da hun så meg, snudde hun og gikk inn på ett annet rom”.

Vi gikk inn i avdelingen og snakket med personalet som skulle på jobb samtidig med oss, og fikk ordnet det slik at hun fikk snakke med legen som hadde undersøkt mannen etter hans død. Han forklarte henne at mannen hennes hadde dødd mens han sov, og at han ikke hadde hatt noen smerter. Hun var veldig lei seg for at mannen hadde dødd uten noen av sine rundt seg, og ble litt beroliget etter samtalen med legen. Hun følte også at hun hadde fått svar på en del av spørsmålene hun hadde. Hun ble i avdelinga utover kvelden, og vi tok oss av henne som best vi kunne til hun dro hjem om kvelden. Da hadde vi også forsikret oss om at hun ikke

var alene hjemme til barna kom, en gammel venninne skulle være der sammen med henne. Vi snakket også med sykepleier på vakt om en oppfølgingssamtale, og dette ble notert. Ingeborg skulle ringes om 3-4 ukers tid. Avdelingen skulle også være behjelpelig med syning når barna og Ingeborg ville se avdøde senere.

4.2 Innledning

Gjennom vårt studium har vi lært mye om grunnleggende sykepleie i sykehus og andre institusjoner. Vi er blitt vant til å stelle, mate, vaske og hjelpe mennesker til å bli friske og klare seg selv igjen. Dette føler vi oss trygge på, og dukker det opp et problem i forhold til en sykdom – finnes det som regel en fremgangsmåte for hvordan vi skal løse dette. Det er også et fagmiljø som vi kan diskutere med og få gode råd hos. Ved et dødsfall har vi prosedyrer i forhold til den avdøde og hvordan stell skal utøves – men i møtet med pårørende etter et uventet dødsfall har vi ikke denne tryggheten, vi har ikke noen klar fremgangsmåte som forteller oss akkurat hva vi skal gjøre. For oss blir denne situasjonen like uventet som for dem den rammer, hvordan vi skal takle den er det ikke tid og rom der for å innhente kunnskap om. Akkurat her har vi bare oss selv å stole på, og vissheten om at vi MÅ være tilstede. Pårørende etter et uventet dødsfall får ”livet snudd på hodet”, og vi vet at i vårt yrke vil vi møte på lidelse og død. Travelbee sier at lidelse er en del av det å være menneske, og at den erfaringen vil komme til alle i løpet av livet (jf. 3.1.2)

Det vi har erfart i løpet av dette studiet er at mange, både studenter og sykepleiere, har problemer med å møte pårørende i dyp krise. Noen opplever kanskje sitt aller første dødsfall, og vet ikke hvordan de skal takle dette. De blir kanskje redde for å møte de pårørende, nettopp fordi de da må kjenne på egne følelser – komme nær sin egen dødelighet. Dyregrov sier i sin bok ”Sosial nettverksstøtte ved brå død” at man skal takle sin egen dødsangst eller redsel for å miste noen i møtet med et dødsfall (Dyregrov 2007) Noen kan ha tidligere erfaring med lignende dødsfall, og være redd for at de følelsene man hadde da skal dukke opp igjen. De vil dermed prøve å unngå slike situasjoner av den grunn. Ingeborg i vår historie fra praksis sa det slik: *”Når jeg gikk ute i korridoren, møtte jeg en sykepleier. Da hun så meg, snudde hun og gikk inn på ett annet rom”*. Det vi mener var at sykepleierens usikkerhet gjorde at hun valgte og ”gjemme” seg i stedet for å snakke med henne. Hun visste rett og slett ikke hvordan hun skulle forholde seg, eller så var hun kanskje redd for egne reaksjoner. Kristoffersen sier at det er viktig at vi som sykepleiere har ett avklart forhold til døden, slik at angsten for egen død ikke blir det som dominerer i møtet med pårørende. Hun sier videre at selv om vi prøver å skjule vår angst blir vi lett avslørt (Mathisen 2002).

”Når du som hjelper ikke vet, hva du skal si eller gjøre, er det nettopp det, du skal si eller gjøre. Å være rådløs og målløs er også en del av virkeligheten, og virkeligheten er alltid vår beste venn” (Moesmand og Kjøllesdal 2007: 269)

Døden er vanskelig, det har vi selv fått erfart mer enn en gang. Blix og Breivik sier at det å miste en av sine nærmeste er en av de største belastningene i livet. Man mister en av sine kjære, og får aldri se den avdøde igjen. Sjøkket og reaksjonene avhenger av forholdet til avdøde og alderen (Blix og Breivik 2007). Vi som sykepleiere blir sårbare i møte med pårørende, og redde for å gjøre vondt verre. I ”verdier ved livets slutt” sier Aakre at vi *”(...) er redde for å utløse sterke følelser. Vi ønsker ikke å legge stein til byrden.. Vi er redde for egne følelser” (Aakre 2001:60)*. Det vi vet, er at vi gjerne vil hjelpe pårørende slik at de får en best mulig opplevelse i en situasjon der ”livet er snudd på hodet”. Vi vet at vi må tørre å stå i situasjonen, og klare å være profesjonelle hjelpere samtidig som vi er medmennesker. Hvordan vi skal klare dette best mulig, er det vi vil prøve å finne svar på i drøftingen.

”Den viktigste utfordringen i møte med mennesker i krise og sorg er å være ett medmenneske” (Mathisen, 2002:290-291).

4.3 Møte med pårørende

For å kunne møte pårørende og gi dem omsorg og trygghet, må sykepleieren etablere kontakt. J. Travelbee sier at man må oppnå ett menneske – til - menneske forhold, og det kan kun etableres mellom individer og ikke mellom roller (Jf. 3.1.3). Hun bør først og fremst være medmenneske, og være ærlig og åpen. Ekvik sier:

”Sorg er en del av livet som vi som medmennesker kan hjelpe hverandre med og igjennom. Det avgjørende er at vi er tilgjengelige for hverandre, ser hverandre, har tid til hverandre, og har mot til å være til stede i det som er vondt, meningsløst og som ikke kan forandres” (Ekvik 2001: 230).

Hvis sykepleier synes det er vanskelig å vite hva hun skal si og gjøre, så kan hun si dette til pårørende. Pårørende setter pris på ærlighet, og vil føle seg trygge i hennes nærvær (Bugge et al 2003). Hun bør prøve å lære pårørende og kjenne, selv om det i vår oppgave kun er få timer det dreier seg om. Vi mener det er umulig og bli godt kjent på disse timene, men klarer sykepleieren og skape trygghet kan hun oppnå nærhet og kontakt. Sand sier at en god måte og møte pårørende på er å vise alminnelig høflighet. Det er viktig med blikk-kontakt, og å vise at man bryr seg (Sand 2007).

Dette har vi selv erfart i praksis, og Ingeborg fra historien vår følte vi at vi oppnådde kontakt med. Vi tok oss tid til å snakke med henne, og prøve å gjøre den vonde dagen best mulig. Hva var det som gjorde at nettopp vi klarte å etablere den kontakten? Var det at vi snakket med henne og gjorde noe praktisk for henne? Det at vi tok oss tid til henne – etter at hun hadde vært overlatt til seg selv det meste av dagen?

Sykepleieren må gi omsorg, vise pårørende respekt og la dem få følelsen av ivaretagelse – selv om de i utgangspunktet er ukjente for henne. Da bør hun kjenne litt til sorg og sorgreaksjoner, og ha klart for seg at hvert menneske er unikt – og hver sorgreaksjon er unik (Jf 3.5). Hun bør lytte aktivt (Jf 3.2.3), og vise med hele seg at hun ønsker å hjelpe og være tilstede for pårørende. Hun bør også opptre varsomt, og kan med ett lett håndtrykk eller ett

medfølelse ansiktsuttrykk skape en begynnende kontakt. Omstendighetene rundt det første møtet er utrolig viktig for de pårørende, og en god opplevelse her kan gjøre denne situasjonen enklere å forholde seg til (Bugge 2003).

I rapporten "omsorg for etterlatte ved brå, uventet død" sier gruppene som ble intervjuet at måten hjelpen ble gitt på og holdningen og væremåten til hjelperne var mer avgjørende enn hvilken hjelp som ble gitt (Dyregrov et al 2001). For Ingeborg var kanskje det og ikke bli sett og hørt, det som opplevdes verst for henne. Kanskje vil denne opplevelsen gjøre at hennes sorgbearbeidelse blir ekstra vanskelig? I boka "sosial nettverksstøtte ved brå død" sier etterlatte at de ønsker mer profesjonell hjelp enn de får. De ønsker hjelp tidligst mulig til å forstå hva som skjer, og de ønsker å bli "tatt vare på" av de profesjonelle som er rundt dem slik at de ikke blir avhengig av slik hjelp i lang tid fremover – men at det er en form for hjelp til selvhjelp (Dyregrov og Dyregrov 2007).

4.4 Et stille rom – kommunikasjon med pårørende

Ingeborg fikk telefon fra sykehuset om at hun hadde mistet sin mann. Når hun kom til sykehuset ble hun møtt av en annen enn den som hadde ringt henne og vist inn på rommet hvor hennes avdøde mann lå. Sykepleierne gikk litt til og fra, men ingen tok seg tid en ordentlig samtale med henne. Det var travelt i avdelingen og hun var mye overlatt til seg selv.

Derfor kan det hende at nettopp når hjelp fra andre er mest påkrevd, er den enkelte mest alene (Travelbee 2007:227).

Etter vår mening burde ikke avtroppende nattevakt ha ringt og formidlet dødsbudskapet til Ingeborg. Når hennes mann døde så nært opp til vaktskiftet på morgenen, kunne en sykepleier som kom på dagvakt tatt seg av dette. I forkant kunne dagen ha vært lagt opp slik at den samme sykepleieren som ringte til Ingeborg, kunne møtt henne når hun kom til sykehuset og tatt seg av henne videre. Slik ville kontinuitet ha blitt sikret og vedkommende sykepleier ville hatt mulighet til å skape en relasjon til Ingeborg som pårørende. Etter som at mannen hennes døde etter et kort opphold i avdelingen, var nok ikke et slikt forhold etablert. I sin sårbare situasjon ville Ingeborg ha behov for hjelp og støtte fra en hun kunne stole på var der for henne. Travelbee sier at tillit må opptjenes og at sykepleieren må vise i handling at hun er til å stole på (Travelbee 2007).

I følge Kristoffersen bør budskapet om uventet dødsfall i nærmeste familie ikke gis over telefon, men at familien bør møtes personlig når noe så tragisk skal formidles (Kristoffersen

2002). I dette tilfellet måtte dette skje over telefon. Når et dødsbudskap skal gis over telefon er det viktig å tenke på at slike samtaler er noe pårørende alltid vil huske. Sykepleieren som ringer må presentere seg og fortelle hvor hun ringer fra og pårørende bør forberedes på at man vil overbringe en dårlig nyhet. Dødsbudskapet bør formidles klart og tydelig og sykepleieren må vise forståelse for at dette er en tung beskjed å få og gi pårørende tid til å reagere. Videre bør sykepleieren tilby pårørende å komme og se den avdøde samt innby til en samtale rundt det som har skjedd. Om pårørende har behov for hjelp til å kontakte øvrige familie eller andre bør sykepleieren tilby seg å ordne dette. Det samme gjelder om pårørende har behov for hjelp til å komme seg til sykehuset. Før samtalen avsluttes må sykepleieren forsikre seg om at det hun har sagt er blitt oppfattet samt at pårørende vet hva hun skal gjøre videre (Blix og Breivik 2006). Vi mener at når Ingeborg kom til sykehuset burde hun ha blitt møtt av sykepleieren som hadde ringt til henne. I sin fortvilte tilstand ville hun ha forventninger om å bli møtt og ivaretatt når hun kom til dit. Travelbee sier at håpet er knyttet til forventningen om at andre hjelper hvis en kommer i vanskelige situasjoner (Travelbee 2007). Sykepleieren burde ha tatt henne med til et "stille rom" og vist henne medfølelse og forståelse. Her er det også naturlig at sykepleieren viser omsorg gjennom konkrete handlinger og tilbyr Ingeborg noe å drikke eventuelt noe å spise. I og med at dette er tidlig på dagen, har hun kanskje ikke rukket å spise noe før hun fikk telefon fra sykehuset. Samtale med pårørende som har mistet en av sine nærmeste brått og uventet må ikke foregå i en travel sykehuskorridor. De er naturlig nok preget av hendelsen og sjokket og bør ikke utsettes for å måtte ta seg sammen av hensyn til andre mennesker (Kristoffersen 2002). Det ville være naturlig at sykepleier i denne samtalen gjentar ting som er blitt sagt på telefonen fordi Ingeborg som nå er i en sjokkfase ikke kan ha fått med seg eller helt forstått det som ble sagt. Her sier Moesmand og Kjøllesdal i boka *Å være akutt kritisk syk* at forsvarsmekanismer kan føre til at informasjon må gjentas flere ganger eller eventuelt også omformuleres for at den andre skal oppfatte budskapet (Moesmand og Kjøllesdal 2007).

Også i følge Eide og Eide er det i samtale med pårørende viktig at man har satt seg inn i det man skal formidle. At det man forteller ikke bare blir en orientering om hva som har skjedd, men at man også kan svare på spørsmål rundt det. At man selv fremstår rolig og har tenkt igjennom hvordan man skal få formidlet det som skal fortelles, skaper trygghet rundt situasjonen. Når det som skal formidles er svært alvorlig vil vedkommende som mottar dette på grunn av sjokkreaksjon fulgt av ulike former for forsvar, være i dårlig stand til å oppfatte det som blir sagt. Det er også derfor viktig at man er rolig og formidler det som skal sies så

klart og tydelig som mulig og uten for mange detaljer. Her er behovet for omsorg og trygghet stort. Vedkommende må få ro og tid til å la budskapet synke inn samt mulighet til utløp for tanker og reaksjoner (Eide og Eide 2007). Sykepleieren bør under denne samtalen signalisere at hun har tid, opptre medmenneskelig og være aktivt lyttende til Ingeborg. Her er det ofte viktigere å tie enn å snakke. Hun bør være oppmerksom på hva hun selv sier samt tenke i gjennom hva hun formidler nonverbalt (Jf. 3.2).

Etter å ha mistet mannen sin brått og uventet vil Ingeborg naturlig nok ha spørsmål rundt dødsfallet. Da hun forlot han dagen i forveien var det ingen ting som kunne tilsi at han skulle dø. Som mange andre tenkte nok Ingeborg at når han var innlagt på sykehuset var han i trygge hender og i sin fortvilte situasjon kunne Ingeborg nå tenke at noe hadde gått galt siden mannen hennes døde. Her tenker vi at sykepleieren gjennom en samtale med Ingeborg ville ha kunnet formidlet at alt som kunne gjøres var blitt gjort. Dette og at mannen ikke hadde smerter, men døde mens han sov kan lindre den fortvilelsen Ingeborg nå føler. Selv har vi også erfart at man gjør seg mange tanker rundt dette, når man selv ikke var til stede i dødsøyeblikket. ”Var det noen hos han når han døde? Var han våken? Prøvde han å si noe? Savnet han oss der?”

I tillegg til spørsmål rundt det hvordan mannen hennes døde vil Ingeborg kanskje også ha svar på hvor lenge mannen hennes blir liggende i avdelingen. Selv opplevde vi at det føltes trygt at vår avdøde far ennå lå i sengen når vi kom for å se ham. Det at han lå i sengen og ikke var lagt ned i kisten, ga oss en følelse at vi hadde mer tid til å ta farvel med han. Kanskje ønsker Ingeborg at andre i familien skal få se mannen hennes her. Videre vil hun kanskje ha behov for hjelp til å kontakte begravellesbyrå og eventuelt prest. Her kan sykepleieren også presisere at hun ikke er forpliktet til å benytte et begravellesbyrå, dersom hun selv ikke ønsker det (Blix og Breivik 2006).

4.5 Pårørendes møte med avdøde

Ofte er ikke pårørende til stede når en person dør uventet i sykehus. Når de ankommer sykehuset vil de fleste veldig gjerne se sin kjære, og da er det viktig at det er ordnet på rommet hvor avdøde ligger. Det må være rent og ryddig, og pasienten vasket og stelt. Alt av unødvendig utstyr og annet som kan gi uro må være fjernet fra rommet. Det er viktig at alt blir lagt til rette sånn at pårørende sitter igjen med ett godt inntrykk, en god opplevelse i det

triste som har skjedd. Noen pårørende vil kanskje ønske å delta i dette stellet selv, og i rapporten *Når noen dør* sier Randi Martinsen at dette er noe sykepleier må vurdere i hvert enkelt tilfelle om hun skal tilby dette. For noen vil dette føles helt naturlig, mens det for andre – særlig eldre – kan det føles rart og være en ukjent tanke. Sykepleier må bruke en faglig vurdering med tanke på pårørendes reaksjoner og forhold til avdøde. Hvis pårørende velger å delta i dette stellet kreves det ekstra oppmerksomhet og tid fra sykepleier, og tid til pauser hvis det blir sterke reaksjoner fra pårørende underveis. Informantene i rapporten sier at de som har vært med på dette har fått positive tilbakemeldinger fra pårørende i etterkant (Martinsen 2009).

Rommet må være satt av til de pårørende så lenge de har behov for å være der, og andre familiemedlemmer må også få lov til å komme. De pårørende går ofte til og fra, og bør ha ett rom de kan sitte på når de går ut fra den døde. Sykepleier bør være tilgjengelig hele tiden, og må kunne trå til ved behov. Kanskje dukker det opp spørsmål når de kommer ut fra rommet der den døde ligger? Eller kanskje de bare trenger en skulder å gråte på? Opplevelsen rundt denne situasjonen er noe de pårørende vil huske for resten av livet (Sand 2007). Ingeborg fikk ikke noe rom som hun kunne trekke seg tilbake på, men hadde bare dagligstua der hun måtte forholde seg til mange andre mennesker. Vi mener at dette var en uverdigg situasjon, Ingeborg fikk kanskje ikke reagert slik det ville vært naturlig å gjøre. I ”Basisboken i sykepleie” siterer Blix og Breivik Løgstrup slik:

”Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget av dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en opplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede som man uddyper eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei” (Blix og Breivik 2006:87).

Ingeborg kom til sin døde mann som var stelt og ett rom som var tilrettelagt, men fikk lite eller ingen omsorg de første timene. Hun fortalte selv at ulike sykepleiere kom og gikk, hun hadde ingen faste holdepunkt. Det hjalp ikke bare med at alt fysisk var tilrettelagt for ei fin stund, når hun følte seg ensom og utrygg. Hun ble ikke sett og ivaretatt slik vi som studenter føler er utrolig viktig i en sånn situasjon. Kanskje var dette første gangen Ingeborg så ett dødt menneske, og det var i tillegg hennes egen mann. Vi mener at selv om hun ville se han med en gang hun kom på sykehuset, kan en slik opplevelse også være skremmende. Hun burde

derfor hatt noen sammen med seg hele tiden, slik at hun slapp å være alene sammen med sin døde mann. Sand sier at det er individuelt hva hver enkelt pårørende ønsker (Sand 2007), og noen vil faktisk være alene – men vi mener at Ingeborg ikke fikk noe valg. Hun ble overlatt til seg selv store deler av dagen uten at noen hørte med henne hva hun ønsket.

I vår praksis har vi vært med på å tilrettelegge rommet der avdøde lå, og uten å ha vært med på det før gjorde vi som best vi kunne. Selve stellet av avdøde gjorde vi sammen med vår kontaktsykepleier, og han ble stelt og vasket. Vi tok vekk alt av unødvendig utstyr, alt av slanger og venefloner ble fjernet. Etterpå ryddet vi nattbordet og vasket det. Så hentet vi en hvit duk og ett lys som vi satte der. Vi la også en bibel diskre på bordet, slik at den var tilgjengelig hvis pårørende ville se i den. I etterkant ga pårørende uttrykk for at det hadde vært en verdig og fin stund i sykehuset.

Sykepleier bør oppfordre alle nære pårørende til å se avdøde og til å få tatt avskjed. Dette er en viktig prosess i starten på sorgbearbeidelsen, døden blir konkretisert (Mathisen 2002). Bjørg Johansen, som mistet sin datter brått i ei bilulykke sier i boka si *Jeg hadde en gang en datter* : ”Jeg vil anbefale dette til andre pårørende. Man får en bekreftelse på hva som har skjedd” (Johansen 2004:20). En nær venn av familien til en av oss fortalte at en ting som har plaget henne i alle årene etter at hun mistet to av sine nærmeste i en ulykke var at hun aldri så dem. Hun sier: ”Vi ble frarådet å gjøre det, men det vil jeg si til alle – se den som er død” I artikkelen *Når noen dør* sier Martinsen at det er en avgjørelse de pårørende må ta, og at sykepleiers oppgave er å veilede. Hun må ikke presse de pårørende til noe de ikke selv vil (Martinsen 2009). Sykepleieren kan gå inn sammen med de pårørende til den døde, og gå bort og stryke den døde forsiktig på hånden. Da blir det kanskje enklere for pårørende å gjøre det samme, sykepleieren har ”ufarliggjort” det å ta på noen som er død (Mathisen 2002). I artikkelen sier også informantene at det er viktig å bruke god tid, og at de pårørende skjønner at de kan bruke den tiden de trenger til avskjeden, selv om de har mulighet til å se avdøde flere ganger. Her vises det også til viktigheten med å vise respekt både overfor den døde og de pårørende (Martinsen 2009).

Pårørende kan også få avdøde med seg hjem hvis de ønsker det, da bør sykepleier hjelpe til med å kontakte begravelsesbyrået som ordner med slik transport hvis pårørende vil det. De kan eventuelt ordne med transport selv. Når avdøde skal legges i kista, kan hun påvirke de

pårørende til å delta aktivt selv. Hun kan oppfordre de til å delta i stellet, kle på de klærne avdøde skal ha på seg i kista, legge ett brev eller en hilsen nedi – men hun bør hele tiden gi støtte og veiledning og være til stede sammen med dem (Bugge et al 2003).

4.6 Syning

De nærmeste pårørende vil ofte se den avdøde flere ganger, og dette må sykepleier ta hensyn til og legge til rette for. Ofte er det sykehuset i samarbeid med begravelsesbyrået som ordner dette, og de fleste institusjoner har egne rom til slike syninger. Der må det også utøves respekt både overfor den avdøde og de pårørende, slik at opplevelsen blir best mulig. Hvis det ikke finnes ett egnet rom kan man bruke sykehuskapellet. De pårørende må slippe og se sine kjære på ett kaldt kjølerom. Sykepleier bør fortelle de pårørende om endringer som skjer med den avdøde de første dagene, og oppfordre dem til å snakke med andre som skal se avdøde.

4.7 Sykepleierens dilemma

I dagens sykehusavdelinger er det strenge krav til effektivitet. Sykepleiere har mange arbeidsoppgaver i løpet av en vakt og sliter ofte med å få tid nok til disse. Det at det oppstår situasjoner som krever at sykepleieren må forlate sine rutiner, kan oppleves som krevende og vanskelig å rekke over. Vedkommende kan da velge å unnlate å gå inn i slike situasjoner eller fraskrive seg ansvaret fra å være med å løse problemer knyttet opp mot disse. Sykepleieren må for å beskytte seg selv og for å kunne fungere i hverdagen stenge av for disse områdene. Følelse av utilstrekkelighet og hjelpeløshet kan føre sykepleieren inn i en negativ spiral som kan resultere i at vedkommende ikke orker å jobbe med syke og døende lenger eller at hun blir lite empatisk overfor pasienter og pårørende (Bugge et al 2003). Yrkets mange krav styrker behovet for personlig kontroll i en hver situasjon hos mange sykepleiere. Evnen til personlig kontroll vil hos mange overskygge et viktig grunnlag for god sykepleie som er å vise medfølelse, varme og ydmykhet. For å hjelpe mennesker som lider er det viktig å erkjenne at man også må tåle å føle uvisshet, usikkerhet, uforutsigbarhet og tap av personlig kontroll (Kalfoss 2007).

En av våre tanker rundt dette er også at omsorg for pårørende ikke blir dokumentert og er dermed ikke målbar med hensyn til daglige prestasjoner i en sykehusavdeling. Alle andre

rutinemessige gjøremål i forhold til pasientene blir nøye nedfelt og blir dermed også en dokumentasjon på sykepleierens effektivitet. Om en sykepleier velger å bruke sin tid på å ivareta pårørende, blir ikke dette regnet som en målbar innsats. Og med et krav om effektivitet, må slik omsorg settes til side. Ingeborg opplevde sykehusavdelingen som travel og uttrykte dette slik: ”*Personalet løper til og fra, de har jo så mye å gjøre*”. I Brinchmanns bok om etikk i sykepleien sier Odland at de verdier som ligger i holistisk tenkning og sykepleierfaglig omsorgsfilosofi må vike for de monetære verdiene. Hun påpeker at slike verdier ser ut til å ha dårlige vilkår innenfor stramme økonomiske rammer (Odland 2007).

I Randi Martinsens artikkel *Når noen dør* er hun også inne på dette med tidspress i sykepleiehverdagen, samtidig som det kommer frem at holdningsskapende arbeid i avdelingen kan fremme betydningen av god omsorg for pårørende etter dødsfall. Informantene i hennes undersøkelse arbeidet i en avdeling der kulturen var slik at det var aksept for å bruke tid på omsorg for pårørende. Disse fastslo at de ikke direkte hadde fått formell sykepleiefaglig veiledning i forhold til hvordan de skulle ivareta pårørende i sorg, men at de brukte kolleger til å få utløp for egne reaksjoner og tanker. I tillegg hadde de mulighet til å søke støtte hos overordnet sykepleier samt sykehusprest for å sette ord på vanskelige situasjoner (Martinsen 2009). I Bugges bok *Sorg* kommer det frem at under etterveiledning blant helsepersonell etter dødsfall opplever mange ansatte at de ikke har gjort en god nok jobb. I slike grupper blir mange forbauset over at det ikke bare er dem selv som sitter igjen med en følelse av utilstrekkelighet. Her fastslås det også hvor viktig det er at de som skal hjelpe mennesker i vanskelige og kritiske situasjoner har noen de kan diskutere problemene med og som de kan hente følelsesmessig støtte hos (Bugge et al 2003).

I tillegg til tidspress kan egen uerfarenhet i forhold til død og lidelse gjøre at sykepleieren trekker seg unna slike situasjoner. I møte med noen som har mistet sine nærmeste, blir døden noe konkret som kan vekke sykepleierens dødsangst og gjøre denne mer tydelig. Det er menneskelig og nødvendig å fornekte døden for å beskytte seg selv, men det er også viktig å bli bevisst hvordan vår egen fornektning og frykt kommer til uttrykk overfor pasienter og pårørende. At vi er bevisste og godtar tanken om at vi selv skal dø en gang, gjør møte med lidende og døende mindre angstfullt (Kalfoss 2007).

I den spede begynnelse av vår utdanning snakket vi med medstudenter om hva som virket mest skremmende med dette yrket. Mange uttrykte at møte med døden og de følgende forhold rundt et dødsfall var noe av det de grudde seg mest til. I dagens samfunn skjer døden som

oftest i institusjoner og mange har kanskje det første møte med den her, enten som student eller arbeidstaker. Randi Martinsen påpekte i sin rapport at sykepleierstudenter kanskje bevisst unngikk situasjoner der de ville møte pårørende i forbindelse med dødsfall eller at deres veileder unnlot å ta dem med, for å skjerme døende og pårørende. Hun påpeker samtidig at disse studentene burde hatt mulighet til å trene konstruktivt på tilnæringsmåter i forhold til pårørende, under veiledning. Dette ville gjort dem tryggere i møte med pårørende i sorg og gjort dem bedre rustet til å by på seg selv (Martinsen 2009).

Det er forebyggende sykepleie å legge til rette for oppfølging av sørgende pårørende (Moesmand og Kjøllesdal 2007:273).

5.0 OPPSUMMERING

Det vi har lært gjennom denne oppgaven er at det finnes ingen fasit på hvordan vi skal møte pårørende etter uventet dødsfall. Hver sorg er unik, og hver reaksjon er unik. Vi må tørre å være medmennesker, og vi må tørre å vise følelser. Dette setter pårørende pris på, og vi oppnår tillit. Det kan ikke utarbeides rutiner i møte med mennesker i krise, men ved å ha ett godt faglig ståsted og ha lest litteratur om sorg og krise – er det enklere å vite hva vi skal gjøre. Personlig erfaring og erfaring fra praksis er viktig å ha med seg, og det å ha ett avklart forhold til døden og egne reaksjoner gir oss ett godt utgangspunkt i møte med de pårørende. Ved å være tilstede og gi støtte kan vi gjøre ”veien videre” enklere for familien til den avdøde, og vi gir ikke en ekstra belastning til sorgbearbeidelsen. Vi må være veiledere, som på grunnlag av vårt faglige ståsted og våre erfaringer, kan gi råd og støtte i forhold til informasjon og spørsmål som pårørende måtte ha behov for å få svar på. Noen pårørende møter døden for første gang og vi må tåle alt fra sterke reaksjoner til apati. Det vi også har lært er at det er viktig at vi har noen å prate med i etterkant, at vi som profesjonelle også trenger og få bearbeidet traumer – slik at vi er bedre rustet til å tørre å stå i situasjonen neste gang den oppstår. Vi som jobber med syke og døende og deres pårørende, må klare å se at døden er naturlig. Like naturlig som alt annet vi opplever rundt oss, og ved å få døden mer synliggjort blir den enklere å forholde seg til. Ved uventet død er det ingen tid til forberedelse, og livet blir snudd opp ned i løpet av sekunder. Ingeborg forlot en ”frisk” mann, og få timer senere var han død. Vi har selv erfart hvor fort livet kan endre seg, og alt det trygge og forutsigbare er borte – og når dette kunne skje, kan alt skje. Da må vi som sykepleiere være der, gi omsorg og håp om at en dag blir livet godt å leve igjen. Ikke med meningsløse fraser, men med handling og medmenneskelighet. Vi må også tørre å være taus og lyttende, kanskje trenger de pårørende bare en hånd å holde i. Da må vi låne dem vår..

Ved å gjøre denne situasjonen best mulig for pårørende kan vi forhindre at det de opplever her gir dem ei ekstra belastning i forhold til sorgbearbeidelsen. Dette igjen kan føre til at den første fasen og reaksjonene her må de slite med unødvendig lenge....

”Når vi leker gjemsel med livet og forsøker å gå utenom i stedet for igjennom, smile tappert der det er naturlig å gråte, kan opplevelser bli hengende ved oss unødvendig

lenge. Nåtiden er ofte preget av en fortid vi ikke har gjort oss ferdige med” (Ekvik 2008:96).

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumslitteratur

Blix, E.S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov.* Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kalfoss, M.H (2007) *Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv.* I: Almås, H. m.fl. *Klinisk sykepleie* Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kringelen, E. (2008) *Psykatri* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Martinsen, K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays.* Oslo: Universitetsforlaget

Odland, L.H. (2007) *Menneskesyn.* I: Brinchmann, B.S. m.fl. *Etikk i sykepleien.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sand, A.M. (2007) *Se også meg – om å være pårørende til en syk.* I: Almås, H. m.fl. *Klinisk sykepleie* Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

6.2 Selvvalgt litteratur

Bugge, K.E. m.fl (2003) *Sorg* Bergen: Fagbokforlaget s. 15-24, 43-59, 64-85, 170-176, 188-197

Dyregrov, K., Dyregrov, A. (2008) *Krisepsykologi i praksis* Bergen: Fagbokforlaget s. 31-47, 66-80

Dyregrov, K. m.fl (2000) *Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak.* Bergen: Senter for Krisepsykologi s. 1-9, 14-21, 35-44, 51-59

Dyregrov, K., Dyregrov, A. (2007) *Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget s.19-25, 27-39, 68-73

Ekvik, S. (2008) *Den undervurderte sorgen. Når gamle foreldre dør.* Skien: NordBook s.96

Ekvik, S. (2001) *Sorg – en disiplin for eksperter? I: Verdikommisjonen. Verdier ved livets slutt – en antologi.* s. 230-233

Fyhr, G. (1999) *Hur man möter människor i sorg.* Stockholm: Bokförlaget Natur og Kultur s.27-33

Hanssen, I. (2002) *Kommunikasjon. I: Kristoffersen, N.J. (red) Generell sykepleie Bind 2* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s.63-108

Johansen, B.P.S. (2004) *Jeg hadde en gang en datter. Om livet, sorgen, og veien videre.* Oslo: Tøyen Trykk s. 16-21

Kristoffersen, N.J. (2002) *Teoretiske modeller i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J. (red) Generell sykepleie bind 1.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 405-413

Kristoffersen, N.J. (2002) *Verdier og verdigrunnlag i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J. (red) Generell sykepleie bind 1.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 272- 274

Martinsen, R. (2009) *Når noen dør.* Hentet fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=121149 (6.4.2010) 5sider

Mathisen, J. (2002) *Sykepleie ved livets slutt*. I: Kristoffersen, N. J. (red) *Generell sykepleie* Bind 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 289-296, 315-325

Moesmand, A.M., Kjøllesdal, A. (2007) Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 152-155, 237-283

Travelbee, J. (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 17-43, 50-259

Aakre, M. (2001) ”Vi klarte det” – Pleiepersonalet og døden. I: Verdikommisjonen. *Verdier ved livets slutt – en antologi*. s. 56-66

Aakre, M. (2001) Å dø er naturlig. Snakk sant om døden! I: Verdikommisjonen. *Verdier ved livets slutt – en antologi*. s. 11-22

Totalt antall sider selvvalgt litteratur 538 s.