

[Kandidatnummer: 6149 og 6151]

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleiere ivareta pårørendes behov til kritisk syke pasienter på intensivavdeling på sykehus?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger

12.05.2021

x

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studie

Sammendrag

Bakgrunn

Studier viser at pårørende kan oppleve å ikke bli sett av helsepersonell, og ofte er personalet for lite oppmerksomme og lite interessert i å finne ut hvilke behov pårørende har (Stubberud et al., 2019, s. 181-182). Pårørende har etter loven rett til informasjon, og vi som helsepersonell har en plikt til å gi denne informasjonen, dersom pasienten har samtykket til dette eller forholdene tilsier det (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3 første ledd).

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss kunnskap om pårørendes behov til kritisk syke pasienter innlagt på intensivavdeling på sykehus, og hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta disse behovene på en tilstrekkelig måte.

Metode

Metoden benyttet for oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, hvor fire forskningsartikler ble analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser at pårørende har behov som må ivaretas på en bedre måte av sykepleiere. Behovene som kommer sterkest frem er relasjonsbygging, informasjon og kommunikasjon, omsorg og nærhet, og medvirkning.

Nøkkelord: Sykepleie, pårørende, kritisk, sykdom, kommunikasjon, omsorg, sykepleie funksjon, kunnskaper, ferdigheter og lidelse.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Avgrensning.....	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2 TEORI	3
2.1 Lidelse.....	3
2.1.1 Hvorfor meg?.....	3
2.1.2 Hvorfor ikke meg?	5
2.2 Menneske-til-menneske forhold	5
2.3 Kommunikasjon.....	7
2.4 Kriseteori	8
2.4.1 Sjokkfasen.....	8
2.4.2 Reaksjonsfasen	9
2.4.3 Bearbeidingsfasen	11
2.4.4 Nyorienteringsfasen	11
2.5 Sykepleieprosessen	11
2.6 Medvirkning.....	14
3 METODE.....	15
3.1 Hva er metode?	15
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	15
3.3 Søkeprosess	16
3.3.1 Valg av søkestrategi.....	16
3.3.2 Valg av databaser.	16
3.3.3 Valg av søkeord	17
3.3.4 Valg av artikler.....	18
3.4 Analyse av artikler	20
4 RESULTATER	21
4.1 Kommunikasjon og informasjon.....	21
4.2 Omsorg	23
4.3 Nærhet og trygghet	24
4.4 Pårørendes rolle og medvirkning	25
5 DISKUSJON.....	27

5.1 Metodediskusjon.....	27
5.1.1 Studienes land og arena	27
5.1.2 Forskerne.....	28
5.1.3 Informantene.....	28
5.1.4 Kvalitative metoder	29
5.1.5 Etske hensyn.....	30
5.1.6 Drøfting av artiklene.....	30
5.2 Resultatdiskusjon	31
5.2.1 Relasjonsbygging	31
5.2.2 Kommunikasjon og informasjon.....	33
5.2.3 Omsorg og nærhet	34
5.2.4 Medvirkning.....	35
6 AVSLUTNING.....	37
LITTERATURLISTE.....	39
Vedlegg 1. Oversiktstabeller over analyserte artikler	

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Inspirasjonen til temaet kommer fra en bekjent som opplevde å få svært dårlig informasjon om behandlingsforløpet, da hans far var innlagt på intensivavdeling. Han opplevde at han ikke forstod hva som skjedde rundt faren. Han satt igjen med en følelse av at han ikke ble ivaretatt av helsevesenet. Dette illustrerer hvor kompleks og krevende pårønderollen kan være. Som kommende sykepleiere ønsker vi kunnskap om hvordan vi kan ivareta pårørende på best mulig måte.

1.2 Problemformulering

På grunn av besøksrestriksjoner på sykehus, ("Besøk - pasienter og beboere", 2021) kan pårørende ha blitt mer avhengig av sykepleiere for informasjon om sine nærmeste. Kritisk syke pasienter er enda mer sårbare. Vi vil undersøke hvilke behov pårørende har, og hvordan vi som sykepleiere kan ivareta dem på en best mulig måte i tråd med sykepleiefaglige prinsipper og teorier. Pårørende er en veldig viktig ressurs for helsepersonell, og kan i de fleste tilfeller være en viktig støtte for pasienten ved behandling av akutt og/eller kritisk sykdom (Stubberud, et al. 2019, s. 179). I flere av praksisperiodene har vi likevel sett at pårørende ofte blir nedprioritert i en hektisk hverdag. Ofte kan kommunikasjon og informasjonen til pårørende være for dårlig eller mangelfull. Stubberud et al. (2019, s. 182) påpeker at informasjonen kan oppleves utilstrekkelig med hensyn til både mengde, kvalitet, og måten den blir gitt på. Den nåværende koronasituasjonen i Norge har gjort at viktigheten av god kommunikasjon mellom pårørende og helsevesenet har blitt enda tydeligere. Problemstillingen lyder som følger: Hvilke behov har pårørende til kritisk syke pasienter innlagt i intensivavdeling i sykehus, og hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta disse behovene på tilstrekkelig måte?

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss kunnskap om pårørendes behov til kritisk syke pasienter innlagt på intensivavdeling i sykehus, og hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta disse behovene på en tilstrekkelig måte.

1.4 Avgrensning

Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på voksne pårørende over 18 år til kritisk syke pasienter, fordi sykepleie til barn som pårørende er et helt annet felt. Vi har avgrenset oppgaven til intensivavdelinger på sykehus, hvor vi finner flest kritisk syke pasienter og deres pårørende i samhandling med sykepleiere. Vi har i denne oppgaven ikke knyttet begrepet kritisk syk mot en spesifikk diagnose eller pasientgruppe. Vi vil dermed inkludere alle studier som omhandler kritisk syke, også studier som setter søkelys på bestemte diagnoser eller pasientgrupper. Vi har også valgt å fokusere på pårørende som befinner seg i land som er like Norge.

1.5 Begrepsavklaring

Kritisk syke

- “Med kritisk syk menes det at tilstanden er svært alvorlig, i mange tilfeller livstruende” (Stubberud et al., 2019, s. 17 -18).

Pasient

- “en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3a).

Pårørende

- “den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3b).

2 TEORI

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbees (1999) teori om menneske-til-menneske forhold og Johan Cullbergs (2007) kriseteori. Teoriene tar for seg flere sentrale områder som omhandler hvordan man kan ivareta, forstå og hjelpe pårørende til kritisk syke pasienter. I tillegg har vi benyttet litteratur og lovverk for å underbygge hovedteoriene og for å svare best mulig på problemstillingen vår. Johan Cullbergs (2007) kriseteori blir benyttet for å lettere kunne forstå de ulike fasene av krise som pårørende gjennomgår. Joyce Travelbees teori baserer seg på mellommenneskelige dimensjoner, der hennes viktigste begreper er lidelse, mening, menneske-til-menneske forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 2017, s. 123).

2.1 Lidelse

Flere av aspektene i Travelbee (1999) sin teori kan bli brukt til å forstå hvordan man som sykepleier kan ivareta pårørendes behov til kritisk syke pasienter. Lidelse defineres av Travelbee som en menneskelig erfaring og uunngåelig for alle mennesker (Kirkevold, 2017, s. 123). “Det kan dreie seg om flere ting som kan skje med en selv eller med ens kjære: sykdom, fysisk smerte, psykisk smerte, tap av alle slag, for eksempel dødsfall blant ens nærmeste” (Travelbee, 1999, s. 101). Redselen for å miste en av sine nærmeste eller at en av sine nærmeste blir syk er former for lidelse. De fleste vil unngå å oppleve lidelse; hvis lidelse oppstår er det naturlig at individet forsøker å finne ut årsaken til lidelsen og hva som har ført til at det rammer dem (Travelbee, 1999, s. 103). Travelbee beskriver to former for reaksjoner på lidelser “*hvorfor meg?*” og “*hvorfor ikke meg?*” (Travelbee, 1999, s. 103). I det neste skal vi beskrive disse to reaksjonene nærmere.

2.1.1 *Hvorfor meg?*

“*Hvorfor meg?*” er den vanligste reaksjonen på lidelse og sykdom, manglende forståelse for lidelsen kan komme til uttrykk i forskjellige følelsesmessige former. Spørsmålet uttrykker lengsel etter å holde noen eller noe ansvarlig for opphavet til urettferdigheten (Travelbee, 1999, s. 103).

Sinne og anklager innebærer det å finne noen eller noe ansvarlig, dermed kan enkelte begynne å anklage seg selv eller de nærmeste for det som har skjedd. Det kan for eksempel være at en far har røykt i flere år og fått lungekreft, barna er redd for å miste ham og begynner å anklage han for å ikke ta livsstilen sin alvorlig. Det kan også være at man havner i en bilulykke, og klandrer seg selv for å ha havnet i den situasjonen. Videre kan en begynne å klandre ytre faktorer som jobb eller livsstil som forklaringer på hvorfor det ble den enkelte i denne situasjonen (Travelbee, 1999, s. 104).

Forvirring og anklager kan ofte sees sammen, personen finner en grunn til hvorfor lidelsen eller sykdommen skjedde. Likevel kan han spørre seg "hvorfor skjedde det akkurat meg?". Noen som blir skadet under et terrorangrep, kan stille seg spørsmål om hvorfor det ble dem, de har alltid fulgt samfunnets normer og regler. Den enkelte klarer ikke å finne en sydebukk og er overfylt med mange følelser av urettferdighet (Travelbee, 1999, s. 105).

Depresjon "... defineres som sinne som vendes innover mot en selv" (Travelbee, 1999, s. 105), lidelsen fører med seg ulik grad av tristhet og håpløshet. Følelsen av å være hjelpeløs kan komme av å måtte være avhengig av andre, pårørende er helt avhengig av å stole på sykepleieren og helsevesenet til å ta vare på sine nærmeste. Det kan føre til at man taper kontroll og føler seg verdiløs, den pårørende kan ha et sterkt ønske om å bidra. Pårørende kan føle på ambivalente følelser og det å ikke strekke til (Travelbee, 1999, s. 106-107).

Lengsel etter at sine nærmeste skal bli frisk igjen og ikke vite hvor lenge det kan ta, kan være en følelse av håpløshet. Den enkelte håper og lengter, likevel vil ingenting endre på det. Det kan skape fortvilelse, som igjen kan gå over til en sorgprosess. Likegyldigheten kan føre til at personen ikke ønsker å leve. Travelbee mener at en av sykepleierens rolle blant annet er å hjelpe den som lider med å finne mening med sykdommen eller lidelsen (Travelbee, 1999, s. 108, 221).

2.1.2 *Hvorfor ikke meg?*

Aksept er den minst vanlige reaksjonen, men er også en måte å reagere på. En som aksepterer lidelsen eller sykdommen ønsker den likevel ikke, den forstår at livets gang er at de eldre skal dø, men ønsker likevel å være foruten. Selv om de pårørende er positiv i møte med en lidelse, kan det være at de ikke godtar andre plager. Hvis en pasient har fått kreft og de pårørende har godtatt det, kan det hende at de ikke godtar alle plagene som kommer med det å ha kreft. Den som godtar lidelsen trenger også støtte og oppmuntring (Travelbee, 1999, s. 109-110).

Travelbee beskriver en person som er i harmoni som vil forstå følgende ord: "Alt har sin faste tid, alt som skjer under himmelen, har sin tid: en tid til å fødes, en til å dø, en tid til å plante, en til å rykke opp, ... en tid til å gråte, en til å le, en tid til å sørge, en til å danse ..."

(Travelbee, 1999, s. 111).

2.2 Menneske-til-menneske forhold

Søken etter meningen med lidelsen er som nevnt over betydningsfullt for den enkelte.

Menneske-til-menneske-forhold kan dannes for å møte og hjelpe pårørende. Dette er helt sentralt for å kunne hjelpe den som lider med å finne meningen med lidelsen (Travelbee, 1999, s. 230). Forholdet bygges på opplevelser og erfaringer som deles mellom sykepleieren og den som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 1999, s. 41). Dette består av fem punkter: det innledende møte, dannelse av identitet, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2017, s. 125-126).

Den første fasen i et menneske-til-menneske forhold er det innledende møte. Det innledende møte er basert på forventninger og antagelser om den andre. Førsteintrykket av den andre blir basert på opplevelsen og observasjoner. Man har visse forventninger, pårørende har forventninger til sykepleieren og hvordan sykepleieren behandler pasienten. Kirkevold (2017, s.126) framlegger at sykepleier bør se på pårørende som et eget individ. Dette betyr at sykepleier i det innledende møte bør være oppmerksom på, og forsøke å legge egne subjektive forventninger til side. Dette kan bidra til å skape en bedre menneske-til-menneske forhold, og dermed bidra til en bedre forståelse av pårørendes behov

Etter hvert som en relasjon blir dannet, går man inn i den andre fasen hvor identiteten og personligheten til individene i en menneske-til-menneske forhold vil komme frem. Dette vil føre til en bedre forståelse av hverandre, og feilaktige antakelser forsvinner. Sykepleieren kan begynne å danne seg en forståelse av hvordan pårørende føler seg rundt situasjonen. Sykepleieren må se personen som et unikt menneske, og unngå å tenke likheter med andre pårørende (Kirkevold, 2017, s. 127).

Den tredje fasen i forholdet er empati. Det vil si å forstå følelsen og meningene til det andre individet, det å kunne sette seg inn i situasjonen til den andre. Dette er og en egenskap som kan benyttes i relasjonen mellom to eller flere personer. Travelbee beskriver at sykepleieren ikke trenger å like den andre personen for å ha empati. Grunnmuren til empati blir bygget på likhet, tilsvarende bakgrunn eller situasjon slik at en kan sette seg inn i den andres tanker og følelser (Kirkevold, 2017, s. 127).

Sympati er et ønske om å hjelpe den andre med å lindre lidelsen, man kan ikke ha sympati hvis man ikke føler på nærhet til den andre. Travelbee sier dette er den fjerde fasen i menneske-til-menneske forholdet. Bekymringen kommer av den andres lidelse og et ønske om å hjelpe. Det er en form for omsorg, som kan komme frem gjennom handling, men også verbal kommunikasjon (Kirkevold, 2017, s. 128).

Den siste fasen er gjensidig forståelse og kontakt for den andre part. Dette kommer av samspillet mellom pårørende og sykepleieren, de deler indre tanker, følelser og holdninger. Etter tiden med et felles mål om å bli kvitt lidelsen, har erfaringene og stundene de sitter igjen med betydd noe for begge (Kirkevold, 2017, s. 128).

2.3 Kommunikasjon

Travelbee beskriver at kommunikasjon som helt sentralt for at to personer skal danne et menneske-til-menneske forhold. Kommunikasjonen kan skje både nonverbalt og verbalt. Formålet med kommunikasjonen er å lære å kjenne pårørende, da blir det lettere å avdekke behovene deres (Kirkevold, 2017, s. 128).

Ifølge Stubberud et al. (2019) er helsepersonell ofte for lite oppmerksom til å fange opp hva de pårørende trenger og hvordan de har det. Pårørende kan føle at de er i veien og at pasientens behov kommer først, ofte skjuler de hva de føler for å være sterk for pasienten (Stubberud et al., 2019, s. 182). Profesjonell kommunikasjon er personorientert; sykepleier skal ikke se pasienten, men se hele personen. Bak hver person finnes det ressurser, verdier og ønsker når det gjelder egen situasjon. Personorientering innebærer å utforske hva som er verdifullt for pårørende og anerkjenne dette (Eide & Eide, 2017, s. 16).

Kommunikasjon er komplisert. For å fange opp hva de pårørende trenger, er oppmerksomhet, riktig tidspunkt for kommunikasjon og beherskelse av ulike kommunikasjonsformer sentralt. Dette kan være verbal og nonverbal kommunikasjon. Sykepleieren må tolke signalene fra pårørende. For at dette skal skje må sykepleieren se på pårørende som et menneske og evnene å plukke opp tegn på at pårørende ønsker å kommunisere (Kirkevold, 2017, s. 129).

Eide og Eide uttrykker at det er viktig at man benytter seg av nøkkelspørsmål for å kartlegge hva de pårørende ønsker, "hva er viktig for deg?" (Eide & Eide, 2017, s. 29). Når man som sykepleier får dette kartlagt er det nødvendig at samhandling og informasjon er tilpasset situasjonen for å oppnå god kommunikasjon (Eide & Eide, 2000, s. 29). Sykepleieren må være bevisst på hva som blir sagt, hvordan man sier det og hvem man sier det til. De færreste pårørende har en helsefaglig bakgrunn. Det er derfor helt avgjørende at sykepleieren bruker et tilpasset språk, ved å folkeliggjøre budskapet, bruke bilder og spørre pårørende hvis sykepleier ser at budskapet er uklart (Vifladt & Hopen, 2004, s. 150). Det stilles også krav gjennom loven hvordan informasjonen skal gis, det stilles krav til at sykepleieren tilpasser den

og sikrer seg at mottaker har forstått innholdet så langt det lar seg gjøre (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5 første ledd).

2.4 Kriseteori

“Ved å gjenkjenne hvilken psykologisk prosess pårørende befinner seg i, kan helsepersonell tilpasse sin støtte, omsorg og informasjon” (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 125). Pårørende kan reagere forskjellig på at deres nærmeste er kritisk syke, og Johan Cullbergs (2007) kriseteori kan benyttes for å forstå hvilken fase de pårørende er i. Cullberg deler krisens forløp i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (s. 129). Det er viktig at sykepleieren er godt kjent med de fire fasene for å kunne yte omsorgsfull sykepleie til pårørende.

2.4.1 Sjokkfasen

Tidsmessig varer sjokkfasen fra et øyeblikk til noen dager. I et forsøk på å holde virkeligheten borte er det vanskelig å ta inn det som har skjedd eller bearbeide det. Den pårørende kan virke som den tar beskjeden bra, men på innsiden er det fullstendig kaos. Som sykepleier bør man kjenne til denne fasen, da pårørende kan ha vanskeligheter med å forstå og ta til seg informasjon. I tillegg kan det være at de ikke husker å ha fått noe informasjon (Cullberg, 2007, s. 130). Det er ulikt hvordan pårørende vil reagere i sjokkfasen. Cullberg beskriver at personen kan oppføre seg likegyldig, gjentar ord eller setninger eller bli helt stille (s. 131). Hvordan de pårørende reagerer varierer ut ifra hvilken rolle og funksjon pasienten har i familien; er det et barn, oldemor eller far som rammes av kreft? Reaksjonen kan videre variere ut ifra om det er en sykdom som kan kureres eller ikke (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 108).

2.4.2 Reaksjonsfasen

Reaksjonsfasen begynner med en gang man blir virkelighetsorientert igjen, og man forstår hva som har skjedd. Her begynner forsvarsmekanismene å mobiliseres, jakten etter meningen med det urettferdige begynner. Skyldfølelse og negative tanker kan oppstå (Cullberg, 2007, s. 131). For eksempel i en bilulykke der passasjerer blir skadet, kan man føle skyldfølelse.

“Projeksjon kan bety en forsvarsmekanisme eller mestringsstrategi hvor en tillegger andre følelser, motiver eller egenskaper en selv har, men som en opplever som uakseptable og dermed benekter hos seg selv” (“Projeksjon”, 2020). Projeksjon av skyldfølelsen kan komme til uttrykk, da har personen i underbevisstheten skyldfølelse for det som har skjedd. Muligens sier den pårørende at været var umulig å kjøre i og noen burde ha varslet om det. Hvis den nærmeste dør, er det ikke uvanlig at pårørende hører eller ser den som har dødd, og ubevisst fornektelse virkeligheten. Forsvarsmekanismens funksjon er å la påkjenningen komme litt og litt av gangen, slik at personen ikke må ta inn alt på en gang. Fornektelse av det som har skjedd, er at personen legger merke til hva som har skjedd, men nekter på at det har noe å si (Cullberg, 2007, s. 132)

Regresjon kan bli benyttet som forsvar mot ytre og indre påkjenninger. “Regresjon betyr utvikling i motsatt retning; det motsatte av progresjon” (Malt, 2020) Personen blir mer avhengig at andre skal bestemme, magisk tenkning, ukontrollerte utbrudd og avhengighet av piller og alkohol (Cullberg, 2007, s. 132-133).

Rasjonalisering blir brukt til å redusere følelsen av trussel og skyld med overbevisende argumenter. For eksempel at pårørende ikke synes pasienten var særlig kvikk på besøket i dag og kan tenke at dette skyldes nok lite matinntak. Samtidig har pasienten langtkommen kreft, og de pårørende kan rasjonalisere bort at det kan tyde på at pasienten ikke har lenge igjen (Cullberg, 2007, s. 134).

Isolering av følelser kan være en midlertidig beskyttelse av de egentlige følelsene, men kan også være forvrengning av de virkelige følelsene, noe som kan føre til angstreaksjoner i senere tid. Isoleringen er ikke noe personen er klar over, men er en av forsvarsmekanismene som skjer ubevisst (Cullberg, 2007, s. 134).

Undertrykkelse av følelser er en bevisst handling for å være sterk for andre eller tilpasse seg forventinger. Personen prøver da å “ta seg sammen”, men ved å ikke få utløp for sine følelser kan sorgprosessen ta lengre tid (Cullberg, 2007, s. 134). Unrepression er fortrenge minner som vender tilbake ifølge Cullberg (s. 135). Dette er ikke en forsvarsmekanisme, men en psykisk reaksjon som kan skje i akutte krisesituasjoner, hvor minner som er vonde kan dukke opp igjen (s. 134).

Opplevelser og symptomer som kan komme i akutt krise kan være mange, hvorav noen blir beskrevet av Cullberg (2007). Sorgreaksjon er en viktig del av den akutte krisen, de ytre tegnene kan være: sorg, fortvilelse, tomhet, lav vitalitet, raseri, desperate handlinger og alkoholmisbruk. I et forsøk på å reparere seg begynner man å søke etter det tapte. Hallusinasjoner etter den døde har vi nevnt tidligere, men personen kan ha et behov for å komme nærmere den døde. Døds lengsel, mangel på matlyst, selvdestruktiv og depressiv selvforakt kan være tegn på at man ønsker å komme nærmere den som er borte. Selvmord er det ytterste tegnet på selvforakt, og langsomt selvmord der man skyver alle rundt seg bort og trekker seg tilbake i isolasjon. Opplevelsen av kaos og et liv som er meningsløst kan føre til tanker om hvorfor en lever. Spørsmålet om hvorfor kan dukke opp, og personer rundt kan føle at personen er aggressiv og utakknemlig i sin væremåte (s. 136-137). Krisen kan føre til dårlig søvn, ødelagt døgnrytme og dårlig matvaner, noe som gjør at kroppen blir utmattet psykisk og fysisk. I tillegg kan stress føre til andre psykosomatiske reaksjoner som blant annet magebesvær, hjerteklapp, hodepine, forstoppelse og diare (s. 138).

2.4.3 Bearbeidingsfasen

Etter reaksjonsfasen begynner personen å bearbeide og akseptere det som har skjedd. Gamle aktiviteter blir gjenopptatt og det blir mer åpent for nye erfaringer (Cullberg, 2007, s. 138). Pårørende vil tilpasse seg situasjonen, lære om tilstanden til pasienten og hvordan det vil påvirke livet deres (Bøckmann & Kjelleveold, 2015, s. 113). Denne fasen kan vare opptil et år, men dette kan variere.

En alvorlig hendelse kan være vanskelig å bearbeide. Hvis man ikke klarer å se fremover, kan det være tegn på at man trenger mer fagkyndig hjelp. Det kan være enkelt å tenke at livet før hendelsen var mye bedre, i tillegg kan virkelighetsforfalskning gjør det vanskelig å bearbeide hendelsen. Cullberg (2007) beskriver dette som at den pårørende kun er opptatt av gamle minner, og ikke greier å akseptere den alvorlige hendelsen og omfanget av denne. Man tenker kun på de gode minnene og ikke hvor omfattende det egentlig var (s. 139).

2.4.4 Nyorienteringsfasen

I den siste fasen, som kalles nyorienteringsfasen, har personen kommet videre, men krisen vil alltid være med. Det kan sammenlignes med et arr som ikke går bort. Det er noe man klarer å leve med, men det vil komme smerte når en blir minnet på krisen eller hvis noe minner om den (Cullberg, 2007, s. 140).

2.5 Sykepleieprosessen

Flere studier peker på at pårørende føler seg oversett av helsepersonell og at de må aktivt henvende seg selv til sykepleiere for å få dekket sine behov (Stubberud et al., 2019, s. 181). For å kartlegge behovene til pårørende kan man ta i bruk sykepleieprosessen. Har pårørende behov for mer informasjon om pasientens behandling? Sykepleier kan bekrefte eller avkrefte om pårørende har behov for ivaretagelse, ved å spørre om pårørende trenger mer informasjon, og finne ut hvordan behovet kan dekkes. Det finnes ulike brosjyrer, og sykepleier kan snakke om behandling eller annet helsepersonell. Til slutt legge en plan for hvilken metode man skal

bruke for å dekke behovet. Videre kan sykepleier utdele telefonnummer til avdelingen, sette opp et møte med flere helsepersonell eller ta med pårørende på et mer privat rom for å kunne gi informasjon og bli stilt spørsmål (Kirkevold, 2017, s. 130). Viktige behov for voksne pårørende er “å få informasjon om pasientens tilstand, å få være sammen med eller i nærheten av pasienten, å kunne støtte og berolige pasienten, å beskytte pasienten, å ha et håp og at de selv får støtte” (Stubberud et al., 2019, s. 182).

Informasjon. Pårørende har som regel et behov for stadig informasjon om hvordan det går med pasienten. Gitt informasjon har sammenheng med pårørendes forståelse og tilfredshet. Sykepleieren må vurdere ut ifra behovene til de pårørende hvor omfattende og detaljert informasjonen skal være. Likevel blir ærlighet satt pris på (Stubberud et al., 2019, s. 182). En sykepleier bør være klar over at de pårørende ikke alltid vet hva de skal spørre om. Ved krise kan pårørende være preget av konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer. Dette kan føre til redusert evne til å ta inn informasjon (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 112).

Mangelfull informasjon kan være frustrerende og stressende for pårørende. En hektisk hverdag og ulike sykepleiere som har ansvaret for pasienten, kan føre til at informasjonen ikke strekker til (Stubberud et al., 2019, s. 182). Likevel er helsepersonell pliktig til å informere pårørende om helsehjelpen som ytes og helsetilstanden til pasienten, dersom pasienten har samtykket til dette eller forholdene tilsier det (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3 første ledd).

Samvær. Det er et stort behov for pårørende å få være med pasienten. Tilstedeværelse kan gi trygghet og følelse av kontroll, ved å se hva som blir gjort. Det å se at pasienten får den behandlingen han skal ha kan være beroligende for pårørende, samtidig som tilstedeværelsen er viktig for å opprettholde kontakten med pasienten (Stubberud et al., 2019, s. 183).

Støtte. Pårørende har et ønske om å støtte og berolige pasienten. Det kan være ønskelig å få bistand fra sykepleier hvis pårørende må forholde seg til pasientens situasjon, for eksempel hvis pasienten er tilkoblet ulike instrumenter. Rollen den pårørende tar på seg kan variere, fra deltaker til observatør. Noen kan føle at de støtter pasienten gjennom å hjelpe til med praktiske oppgaver, andre ønsker å støtte med å være en samtalepartner (Stubberud et al., 2019, s. 183).

Beskytte. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, er man avhengig av at pårørende kan veilede helsepersonell i hva som er viktig for pasienten. Pårørende har rett til å medvirke i hvilke helse og omsorgstjenester pasienten kan få hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 tredje ledd). Det kan være meningsfullt å kunne bidra til at pasienten får den beste behandlingen, men pårørende kan bli slitne av å hele tiden måtte ta valg for pasienten (Stubberud et al., 2019, s. 184).

Håp er viktig for å kunne mestre situasjonen, enten om pasienten skal få en smertefri og verdig død eller at pasienten skal bli frisk. Samtidig ønsker ikke pårørende misledende informasjon om pasienten, de ønsker så ærlig informasjon som mulig (Stubberud et al., 2019, s. 184).

Støtte pårørende. Opplevelsen av å komme i kontakt med sykehuset kan virke skremmende, med nye personer å forholde seg til, nye omgivelser, og generelt det å være pårørende til en som er kritisk syk. Ivaretagelse og støtte av pårørende kan være avgjørende for at de skal føle trygghet og ikke utvikle psykiske plager i etterkant (Stubberud et al., 2019, s. 185).

2.6 Medvirkning

Bøckmann og Kjellevold (2015) trekker frem flere forskningsstudier som viser at det å involvere pårørende til kritisk syke pasienten, har betydning på flere punkter. Forfatterne beskriver at pårørendes rolle er sentral i pasientens muligheter for tilfriskning, mestring og tilpasning. Studiene viser til at det å stå nær en pasient som er kritisk syk medfører mange belastninger, og depresjon hos pasienten kan knyttes til pårørende. “Vi vet også at det kan være en sammenheng mellom forhold i familien og pasientens velvære, helsefremmende atferd, smerteopplevelser og funksjonsnivå ...” (s. 19). Det å involvere pårørende kan ha betydning for kvaliteten på helsehjelpen som blir gitt (s. 19-20). Pasienten kjenner seg selv best, men utenom pasienten er det de pårørende som kjenner til pasientens ressurser og nettverk. Pårørende kan bidra med nyttig informasjon og ønsker som pasienten har (s. 23).

3 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er et verktøy som en bruker for å tilegne seg ny kunnskap om det man ønsker å undersøke. Den kan hjelpe med å innhente data som man trenger for å løse et problem (Dalland, 2020, s. 53). Valget av metode kommer an på hva man ønsker å undersøke, en kan velge mellom: kvalitativ metode, kvantitativ metode eller en kombinasjon av disse.

Kvalitativ metode brukes når en ønsker en dypere forståelse av en opplevelse, erfaring eller mening. Dette er noe som ikke lar seg tallfestes eller måles, dette er data som må tolkes. I kvalitative studier benyttes brukes eksempelvis intervjuer som er fleksible og åpne, noe som gjør at deltakerne kan snakke fritt (Dalland, 2020, s. 54-56).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Vi har brukt metoden integrativ litteraturoversikt for å kunne skape en oversikt over fagområdet med en kvalitativ tilnærming. For å kunne besvare problemstillingen presist var det viktig å trekke ut de mest relevante og nyttige dataene. Ved å trekke ut disse fra hver artikkel, har vi gjort en datareduksjon som vi senere kan bruke til å sammenligne data. Denne metoden har mange fellestrekk med allmenn litteraturoversikt, men skiller seg ut ved at vi drar egne konklusjoner ut ifra resultatene (Friberg, 2017, s. 150). Vi har brukt fire artikler som vi ved hjelp av denne metoden kan skape en ny helhet av, ved å se sammenhenger i studienes datamateriale. Det har også gitt oss en oversikt over hvilke artikler som var nyttige for oss for å kunne svare på problemstillingen (Friberg, 2017, s. 150).

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi har anvendt strukturert litteratursøking i vår søkeprosess, vi søkte systematisk med hjelp av søkeord som vi vurderte som gode til å kunne gjøre søkene våre spesifikke opp mot vår problemstilling. Ved å utarbeide eksklusjonskriterier for søkene ble resultatet avgrenset, og en kunne lettere finne artikler som var relevante for vår problemstilling. Eksklusjonskriterier som er benyttet er: tidsspenn, geografisk avgrensning og språklig avgrensning (Dalland, 2020, s. 148). For vår studie betyr dette at vi har valgt å ikke anvende forskningsartikler som er eldre enn ti år, fordi forskning anses som ferskvare. Videre har vi kun brukt artikler som tar utgangspunkt i parametere som var like det vi kan finne i Norge. Vi har dermed utelukket utviklingsland, og land som har vesentlige forskjeller i organisering og struktur av helsevesenet. Dette betyr at vi har brukt forskning fra Norge, Sverige og Australia. Til slutt har vi en språklig avgrensning som bidrar til at vi kan lese og forstå forskningen, vi har derfor benyttet studier som er skrevet på engelsk og norsk. Alle artiklene vi så på var fagfellevurdert.

3.3.2 Valg av databaser.

For å finne aktuelle databaser benyttet vi universitetsbibliotekets søkemotor Oria for å søke opp databaser. Her valgte vi SveMed+, Cinahl og PubMed. I tillegg har vi tidligere brukt Sykepleien forskning sin nettside til å finne gode artikler, vi har derfor valgt å bruke denne til søk av artikler. Alle disse inneholdt aktuell forskning i forhold til problemstillingen. Etter hvert som vi avgrenset fant vi ut at SveMed+ ikke hadde noe forskning som vi ønsket å benytte oss av. Derimot brukte vi øvrige databaser, og fant minst en artikkel på hver database som vi ønsket å anvende.

3.3.3 Valg av søkeord

Vi avgrenset søket ved hjelp av relevante søkeord i de ulike databasene. De fleste artiklene er på engelsk, men vi ønsket også å finne norske forskningsartikler. Vi ville finne relevant forskning om hvilke behov pårørende har, og hvordan sykepleiere går frem for å ivareta disse. Vi benyttet oss derfor av mange ulike søkeord. I tabell 1 har vi lagd en oversikt over de ulike søkeordene i de respektive databasene, med søkedatoer, antall søketreff, kriterier, hvor mange sammendrag vi leste, og til slutt artikkelvalg.

Tabell 1: Oversikt over databaser benyttet i denne studien

Databaser	Søkeord	Søkedato	Kriterier	Antall treff	Lest sammendrag	Brukte artikler
SveMed +	Sykepleie AND pårørende	22.03.2021	2011 - 2019 Peer reviewed	100	4	Ingen brukte
CINAHL	Needs AND close relatives AND critically ill	01.04.2021	Peer reviewed	4	0	Ingen brukte
CINAHL	Family experience AND interactions AND intensive care	26.03.2021	2011 - 2021 Peer reviewed	28	5	Wong, P. <u>Liamputtong, P.</u> <u>Koch, S. Rawson,</u> H. (2015). Australia.
CINAHL	Nurse care AND family member AND experiences	26.03.2021	2011 - 2021 Peer reviewed	292	3	Frivold, G. Dale, B. Slettebø, Å. (2013). Norge.

Sykepleien forskning	Pårørende AND informasjon AND intensiv	22.03.2021	2011 - 2021 Kun forskning	23	3	Kyrkjebø, G., Gjeilo, K. H. & Skolbekken, J. A. (2019). Norge.
PubMed	Nurse AND close relatives AND intensive care	29.03.2021	2011 - 2021 Full text	122	7	Blom, H. Gustavsson, C. & Sundler, A. J. (2012). Sverige.
SveMed+	Kommunikasjon AND pårørende AND sykepleie	22.03.2021	2011 - 2019 Peer reviewed	23	1	Ingen brukte

3.3.4 Valg av artikler

I søket etter artikler fikk vi mange søketreff som vist i tabell 1. Problemstillingen innebærer et fagområde med stort forskningsvolum. I søket vårt etter artikler hadde vi fokus på kritisk syke pasienter, pårørendes erfaringer og hvordan studiene har involvert sykepleiere. Flere av artiklene inneholdt imidlertid deler av problemstillingen vår. Datagrunnlaget gjaldt pasienter som ikke var kritisk syke, og falt da bort fra vårt fokusområde.

Et viktig moment i problemstillingen vår er pårørendes erfaringer og opplevelser, derfor har vi valgt å bruke kvalitative studier i vår oppgave. Vi fant at studier som var gjort på kritiske syke pasienter ofte omhandlet pasienter på intensivavdelinger. Dette er en av grunnene til at vi avgrenset oppgaven til pasienter på intensivavdelinger. Vi utførte sekundære søk på flere av kildene i artiklene, og også forfatterne av artiklene. Vi undersøkte metoden, men også parameterne de brukte i utvalg av pasienter og pårørende. Det var også viktig for oss at

artiklene har holdt gode etiske linjer overfor pårørende og pasienter. Mange hensyn er tatt i de ulike artiklene, og i artiklene med intervju er spesielle hensyn tatt overfor resultater i gruppeintervju opp mot individuelle intervju. Artiklene er også publiserte i anerkjente tidsskrifter.

Tabell 2: Oversikt over de analyserte artiklene

Forfatter, år, land:	Hensikt	Metode	Resultater	Database
Kyrkjebø, G., Gjeilo, K. H. & Skolbekken, J. A. (2019). Norge.	Tilegne seg kunnskap om pårørendes erfaringer og opplevelser med opphold på intensivavdeling.	Kvalitativ metode, intervju med 6 pårørende.	Pårørende erfarer behov for informasjon, nærvær og støtte.	Sykepleien forskning
Wong, P. <u>Liamputtong</u> , P. <u>Koch</u> , S. <u>Rawson</u> , H. (2015). Australia.	Kartlegge pårørendes opplevelser av deres interaksjoner med helsepersonell, miljøet, pasienten og andre pårørende i en intensivavdeling i Australia for å kunne implementere inngrep for å minimere stress, og for å kunne gi mer omsorg orientert rundt pårørende.	Kvalitativ metode, intervju med 12 pårørende.	Pårørende opplever behov for helsepersonells informasjon og kommunikasjon.	CINAHL
Blom, H. Gustavsson, C. & Sundler, A. J. (2012). Sverige.	Utforske erfaringer knyttet til medvirkning av pårørende til pasienter på en intensivavdeling.	Kvalitativ metode, intervju med 7 pårørende.	Pårørende har behov for helsepersonells nærvær, tillit og støtte.	PubMed

Frivold, G. Dale, B. Slettebø, Å. (2013). Norge.	Sette fokus på hva det vil si å bli tatt vare på av sykepleiere og leger for pårørende til pasienter inne på en intensivavdeling i Norge.	Kvalitativ metode, intervju med 13 pårørende.	Pårørende har behov for helsepersonells informasjon og omsorg, og egen medvirkning.	CINAHL
--	---	---	---	--------

3.4 Analyse av artikler

Artiklene er uavhengige av hverandre, og danner hver sin helhet. Vi har i analysearbeidet trukket ut deler av hver helhet, og dannet vår eget helhetlige sammensetning av data. Vi sammenligner likheter og ulikheter i de ulike artiklene, og prøver å identifisere mønster på tvers av artiklene som kan bidra til å belyse temaet i problemstillingen. Vi leste gjennom artiklene, og noterte ned hensikt og resultater i teksten i en oversiktlig tabell. Slik kunne vi trekke ut de ulike delene og danne grunnlaget for resultatdiskusjon og sammenligne og drøfte artiklene. De ulike delene i artiklene omhandler pårørendes erfaringer og opplevelser med sykepleiere og leger på intensivavdelinger på sykehus. Vi ser fellesnevnerne i artiklene om pårørendes behov, og om sykepleieres ivaretagelse av disse behov. Vi har kategorisert våre resultater slik:

- Kommunikasjon og informasjon
- Omsorg
- Nærhet og trygghet
- Pårørendes rolle og medvirkning

4 RESULTATER

I denne delen vil vi trekke frem data fra de ulike artiklene der vi har delt inn funnene inn i kommunikasjon og informasjon, omsorg, nærhet og trygghet og til slutt pårørendes rolle og medvirkning.

4.1 Kommunikasjon og informasjon

Flere av studiene viser til at informasjon om pasientens situasjon og helsetilstand var et av pårørendes viktigste behov. Wong et al. (2015) understreker at samhandlingen og opplevelsene pårørende hadde med sykepleiere var fokusert rundt kommunikasjon.

Deltakerne i studien brakte lys over hvem som ga dem informasjon, hvordan den ble gitt, hvor passende den var og hvilken informasjon de fant nyttig og ikke nyttig. De pårørende opplevde å få konstant informasjon, hovedsakelig fra leger og sykepleiere. Ofte ble informasjon som skulle gis av leger og andre, gitt via sykepleiere. "Obtaining information was important to families. They obtained information from healthcare professionals either directly or indirectly and most often it was the ICU nurses who were the communication channels between other healthcare professionals and families" (s. 56). En pårørende bemerket at dersom de ikke kunne rekke et møte med legen, kunne de bare gå til sykepleieren. Noen pårørende opplevde at det var lettere å kommunisere med sykepleierne, siden de var i nærheten av pasienten døgnet rundt og var dermed lettere tilgjengelig. De ga også uttrykk for at sykepleierne var mer vennlige, og ga informasjon på et språk som var lettere å forstå. En deltaker poengterte: "Ja det kan ha vært for teknisk for meg ... jeg trengte bare det viktigste ... litt klarifisering ... og det fikk jeg av sykepleieren" (s. 36, egen oversettelse).

Tidlig i den kritiske fasen kunne ofte pårørende være i en sjokktilstand, erfarte informantene i studien til Wong et al. (2015). Språket som ble brukt for å gi informasjon ble simplificert slik at de pårørende også kunne forstå det komplekse medisinske språket brukt av helsepersonell. Når dårlige nyheter skulle gis, ønsket pårørende å få informasjonen på en måte som var ærlig og åpen, men også omsorgsfull og medfølelse på en måte som tok hensyn til deres sårbare og emosjonelle tilstand. "Families felt that by receiving information honestly and upfront, not only enabled them to prepare for the future, but it established trusting relationships with

them” (s. 36). En pårørende illustrerte dette: “Du kunne se at de snakket sant ... de glaserte det ikke for deg ... de fortalte deg alt, så du følte at du kunne stole på dem, fordi de ikke holdt ting fra deg” (s. 58, egen oversettelse). Pårørende oppga at de hadde interaksjoner som de opplevde som støttende, og andre som var ikke-støttende. Det var derfor spesielt viktig at informasjonen som ble gitt var på et språk som pårørende kunne forstå (Wong et al., 2015).

Kyrkjebø et al. (2019) beskriver i sin artikkel at informasjon var svært viktig for pårørende, der det var et ønske om at informasjonen som ble gitt skulle være åpen og ærlig. Samtidig etterlyste informantene at helsepersonell oftere tok initiativ til å gi informasjon, siden de selv nødvendig ville forstyrre helsepersonellens arbeid. Det ble ikke bare lagt vekt på hvordan informasjonen ble gitt, men også hvor og når. Flere av informantene fortalte at enerom gjorde det lettere for dem å stille spørsmål når helsepersonell var inne for behandling av pasienten. Informantene ønsket kort orientering både før og etter pasientbesøk, og et informasjonsmøte i etterkant av den første sjokkfasen. Den første beskjeden om pasientens tilstand ble beskrevet som en krise, en spenning mellom liv og død og at man går inn i en “boble”. Det å få en kort orientering om tilstanden til pasienten ved hvert besøk hadde gitt pårørende en følelse av kontroll og trygghet. Noen av informantene fortalte at det kunne være vanskelig å kombinere jobb og familieliv, og likevel være støttende for pasienten. Pårørende påpekte imidlertid at samtaler og møter utenfor pasientrommet ga god anledning til å «tømme seg» og snakke om sine reaksjoner og sin situasjon (Kyrkjebø et al., 2019).

Blom et al. (2012) intervjuet pårørende som mente at flere av sykepleierne ga dem forskjellige beskjeder om hvor mye de kunne delta i pleien og samvær med pasienten. En av de pårørende fikk beskjed fra en sykepleier at hun kunne bli med i pleien, men dagen etter var det en annen sykepleier som ga en annen beskjed: “Some [of the healthcare professionals] said that I could do this or that and so ... sometimes I felt that I was not allowed to do the same thing anymore”. Den pårørende uttrykte at hun derfor var usikker på hvordan hun skulle forholde seg (Blom et al., 2012, s. 4).

Pårørende uttrykte stort behov for åpen telefonlinje inn til intensivavdelingen. Det å kunne ringe ned til avdelingen ved alle døgnets tider gjorde at pårørende fant trygghet i at de alltid kunne ringe hvis de lurte på hvordan det gikk med pasienten og at de var trygge på at noen passet på deres kjære. Samtidig ga det trygghet å vite at hvis noe skulle skje, ville avdelingen ringe dem. Involvering av pårørende i pleien skapte et nærmere forhold til sykepleierne, noe som gjorde det enklere å stille spørsmål og få støtte hvis det var behov for det. Studien viste til at korte spontane samtaler har like stor effekt for pårørende som lenge planlagte samtaler. Desto mer de pårørende visste om tilstanden til pasienten, desto tryggere ble de (Blom et al., 2012).

4.2 Omsorg

Pårørende i studien beskrev sykepleiere som oppførte seg på en personlig og medfølede måte. De følte at sykepleieren hadde interesse i å bli kjent med dem personlig, og at de brydde seg om hvert individ. "Family members in the study described nurses who behaved in a compassionate manner. The relatives felt that nurses wanted to know them in a personal way, and that they cared for each individual." (Frivold et al., 2015, s. 236).

Omsorg var viktig for de pårørende, noen fikk det dekket av familiemedlemmer, mens andre synes det var godt å snakke med helsepersonell.

Man er jo veldig sårbar som pårørende, en skal jo være til stede for den som er syk. Da er det godt at en kan få litt trøst og forståelse fra den som kan faget sitt, og at de skjønner at du er litt skjør, at du faktisk trenger å få høre at det her går bra. Det er sånne småting som tar bort ærefrykten, som tar bort skrekken for slanger. At de tar seg tid, at du møter blick, kanskje at de gir deg et lite smil. (Kyrkjebø et al., 2019, s. 15).

De pårørende som spurte om støtte og samtaler av helsepersonell følte de ble møtt på dette. Derimot var det noen som ønsket at helsepersonell skulle ta kontakt med dem.

For min egen del, tror jeg, at jeg var i sjokk, jeg var ikke i stand til å ta kontakt selv. Så jeg tror nok det hvis det hadde vært noen der som hadde tatt kontakt med meg, og satt seg ned og pratet litt, det tror jeg hadde gjort godt. (Kyrkjebø et al., 2019, s. 15).

De pårørende var i en sårbar situasjon og hadde behov for at noen tok kontroll og initiativ til samtale (Kyrkjebø et al., 2019).

Det at sykepleierne viste følelser gjorde at de pårørende følte at de fikk respekt og medfølelse for det som hadde skjedd. Det hjalp for de pårørende å se de samme ansatte komme igjen, dette gjorde at de følte det var lettere å ta kontakt, samtidig som de følte at den ansatte kjente pasienten. En pårørende sa: "It feels safe when I see the same faces" (Blom et al., 2012, s. 5). Ved dødelig utgang opplevde pårørende at de fikk god omsorg fra sykepleierne på avdelingen. Likevel skulle de ønske at det var et tilbud om støtte i ettertid. De mente det kunne ha vært godt å snakke med de som var i situasjonen i etterkant for å mimre om hvordan bortgangen var (Blom et al., 2012).

4.3 Nærhet og trygghet

Nærhet var et sentralt punkt for informantene i studiene. De pårørende mente at deres eget nærvær var en måte å kunne støtte pasienten. Det var også viktig for dem selv å kunne se pasienten og fysisk kunne se hvordan pasienten hadde det.

Det er veldig mange som kan bli negativt overrasket over egne reaksjoner når de møter en mor eller farmor i en sånn situasjon og blir overveldet negativt fordi de opplevde intensivavdeling for første gang med måleapparat, pusteapparat og en nær slektning midt oppe i det som forandret hudfarge fra normal til grå i løpet av dagen. (Kyrkjebø et al., 2019, s. 11).

Nærhet skapte trygghet, og ga pårørende mulighet for å kunne ta kontakt med helsepersonell hvis det var noe. Samtidig skapte nærværet en kontroll over hva som foregikk og en trygghet på at pasienten var i gode hender (Kyrkjebø et al., 2019).

De pårørende mente at det å være nær pasienten skapte trygghet for dem, da kunne de følge med på at pasienten blant annet lå komfortabelt. Den beskyttende rollen kom frem; pårørende ønsket å se at pasienten hadde det bra selv om han ikke kunne snakke, de la spesielt merke til personlig hygiene. Hvis denne var bra, følte de pårørende at pasienten ble passet godt på.

Pårørende opplevde eget nærvær som en mulighet til å sikre pasientens behov (Blom et al., 2012).

Et flertall av deltakerne i studien gjort av Frivold et al. (2015) mente at sykepleierne spilte en viktig rolle i å støtte pårørende og gi dem en følelse av trygghet. De følte seg aldri etterlatt eller ansvarlige for pasienten. Et poeng som kom frem i studien, var at noen pårørende følte seg slitne av å ha delt sine følelser overfor flere helsepersonell, og det å kunne forholde seg til en sykepleier som kontaktperson var veldig nyttig.

A single nurse as a contact person to whom they could always turn to was highly valued, however, several participants experienced a lack of such support, felt lost in the system and grew tired of sharing feelings with many different professionals. (Frivold, et al. 2015)

4.4 Pårørendes rolle og medvirkning

Frivold et al. (2015) fant at pårørendemedvirkning var fundamentalt viktig for deltakerne. Dette innebar å være fysisk til stede og observere fra et sted i rommet mens helsepersonell hjalp pasienten, men også det å ta del i den daglige pleien og ikke minst å ta beslutninger for pasienten. Slike erfaringer og opplevelser fikk de pårørende til å føle seg takknemlig og trygge, og økte tilliten til helsesystemet. En pårørende i studien sa dette om å delta i den daglige omsorgen av sin ektemann: "... yes it meant everything actually. to me. Keeping me upright, being of benefit, and i did it for him also, you know..." (Frivold et al., 2015, s. 237).

Det å få medvirke i pleien skapte trygghet for de pårørende ifølge studien til Blom et al. (2012). Det gjorde at de pårørende følte at de kunne beskytte pasienten og det viste seg at stresset gikk ned når de fikk delta i pleien. Samtidig opplevde pårørende at pasienten fikk best mulig pleie når sykepleierne viste dem hvordan rutiner, medisinske apparater og undersøkelser fungerte (Blom et al., 2012).

Muligheten til å gi informasjon, og føle at en bidrar med nyttig informasjon er viktig for pårørende, og som det kom frem i Frivold et al. (2015) beskrev alle deltakerne et ønske om å få muligheten til å gi informasjon om pasienten. De var bekymret for at viktige detaljer i pasientens medisinske historie kunne bli glemt, og at sykepleiere og leger derfor burde lytte på hva de har å si. Mange satte pris at sykepleierne benyttet dem som en ressurs til å bli kjent med pasienten, mens noen opplevde at de ikke ble spurt om pasienten. Enkelte oppga også opplevelser som å være i veien for helsepersonell, "I think the first thing that came to my mind was: I am just disturbing ..." (Frivold et al., 2015, s. 237).

5 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuterer vi valg av metode, og integrerte artikler. Videre drøfter vi resultatene, før vi setter de i sammenheng med teorien og våre personlige refleksjoner for å kunne danne vår egen helhet.

5.1 Metodediskusjon

Vi vil her gjennomgå de ulike elementene i metoden vi brukte for å skrive oppgaven, og våre tanker rundt utvalget av artikler og avgrensninger som er valgt.

5.1.1 Studienes land og arena

Et viktig kriterium for de valgte studiene er relevansen opp mot det norske helsevesenet, og mer spesifikt norske intensivavdelinger. Landene som er representerte i studiene er land som har likheter i kultur og organisering av helsetjenester. Artikkene har tatt utgangspunkt i intensivavdelinger i Norge, Sverige og Australia. Selv om vi ikke har utdypende kunnskaper om helsesystem i andre land, erfarer vi studienes land som sammenlignbare med Norge. Sverige er et land som er veldig likt Norge, og Australia er et land som på tross av stor geografisk avstand, ikke har betydelige kulturforskjeller som påvirker leveringingen av helsetjenester til befolkningen. Måten studiene er organisert og gjennomført på, styrker sammenligningsgrunnlaget. Utvalget av data i studiene er gjort systematisk. De pårørende er tilfeldig utvalgte til studiene. De har alle tatt i bruk individuelle intervjuer av pårørende til kritisk syke pasienter inne på intensivavdeling. Selv om resultater fra kvalitative data ikke direkte kan generaliseres til hele populasjonen, kan de likevel gi implikasjoner for praksis i sykepleieres samhandling med pårørende i Norge (Dalland, 2020).

5.1.2 Forskerne

Vi undersøkte forfatterens bakgrunn og erfaring som et ledd i vår prosess med å velge gode artikler som kan belyse vår problemstilling. Forskerne i de ulike artiklene hadde ulike medisinfaglig bakgrunn, og flere av forfatterne eller redaktørene var aktive sykepleiere, eller hadde master- og doktorgrad innen ulike felt som intensivsykepleie eller tilsvarende. Dette medfører at resultatene fra artiklene er pålitelige og gir faglig dekning. Artiklene er i tillegg skrevet av tre eller flere forfattere som er med på å kvalitetssikre studiene. Noen artikler hadde både sykepleiere og medisinske professorer, og andre forskere med relevant bakgrunn. I noen artikler er forfatterne selv ansatte på avdelingene der de har foretatt studien, noe som er en styrke på grunn av kjennskap til forskningsfeltet, samtidig som det krever at forskerne må være bevisste på å unngå å se seg blind på eget felt eller være forutinntatt, men balansere nærhet og avstand (Dalland, 2020). Wong et al. (2015) tok hensyn til mulig bias. Alle de ulike forfatterne gikk igjennom transkriptene fra intervjuene for å unngå å få frem tolkninger kunne støttes av datamaterialet, “this form of peer review was used to seek alternative explanations to the principal researcher’s prepositions, avoiding bias and any attempt to “force” interpretations unsubstantiated by the data” (s. 56).

5.1.3 Informantene

Rekrutteringen til de ulike studiene er gjort på forskjellige måter, men har som fellestrekk at deltakerne er pårørende til pasienter på intensivavdelinger som har vært innlagt i minst et døgn. Forholdet pårørende hadde til de kritisk syke pasientene varierte, noen var foreldre, mens andre var barn, søsken eller ektefelle. Alle deltakerne var over 18 år, og i artiklene ble det rekruttert seks til 13 deltakere til intervju. De fleste artiklene har en balansert kjønnsfordeling med unntak av studien til Blom et al. (2012) hvor seks av syv deltakere var kvinner. Wong et al. (2015) rekrutterte pårørende ved hjelp av en sosionom som vurderte om pårørende var i en helsemessig tilstand til å kunne bli rekruttert av sykepleier som hadde ansvaret for pasienten. Wong et al. (2015) rekrutterte kun pårørende til pasienter som ble innlagt uventet, noe som kan ha hatt stor betydning for pårørendes opplevelser i en uventet vanskelig situasjon.

5.1.4 Kvalitative metoder

Artiklene vi har benyttet i oppgaven har brukt kvalitativ metode til å besvare deres problemstillinger. Datagrunnlaget er sentrert rundt pårørendes erfaringer og opplevelser på sykehus med kritisk syke pasienter, det er derfor helt avgjørende at det brukes en kvalitativ tilnærming for å samle deres tanker og inntrykk. Dette har vært hensiktsmessig opp mot deres problemstillinger. Funnene er systematisert etter analyse av intervjuer med deltakerne. Intervjuene er utført på ulike måter i form av innhold, form, lokasjon og lengde. Intervjuene var individuelle. De fleste ble gjennomført på sykehusene, med unntak av Kyrkjebø et al. (2019) hvor enkelte intervjuer ble gjennomført i pårørendes bolig. Wong et al. (2015) ville forsikre pårørende om at intervjuene ikke hadde noen betydning for omsorgen til pasienten. “A location independent of the ICU was necessary to make it clear that there was no connection between the care of their family member in ICU and the study” (s. 55).

Vår studie har tatt utgangspunkt i kvalitative studier, noe som fører til resultater som går i dybden på problemstillingen i et begrenset utvalg. En ulempe ved å benytte kvalitative data er at resultatene ikke lar seg generalisere til en større populasjon. For å måle forekomsten av ulike erfaringer hos pårørende til kritisk syke i intensivavdelinger i et bredere utvalg, ville det vært hensiktsmessig å benytte studier som benytter kvantitative data som et supplement til vår analyse av kvalitative studier. Det viste seg derimot vanskelig å oppdrive studier omhandlet vårt tema, og samtidig benyttet kvantitative metoder. Framtidig forskning bør derfor benytte seg av både kvalitative og kvantitative metoder for å både skape en dybdeforståelse, og generaliserbarhet.

5.1.5 Etiske hensyn

Det er tatt omfattende etiske hensyn i samtlige av artiklene som inngår i vår studie. Skriftlig samtykke måtte foreligge før deltakelse i alle studier. Det er i tillegg gjort ulike hensyn i de forskjellige de enkelte studiene. Wong et al. (2015) har fått godkjent studie av et etisk organ på sykehuset, og i utgangspunktet var det tenkt at sykepleieren som hadde ansvaret for pasienten skulle vurdere om pårørende var i stand til å delta i studien, og eventuelt rekruttere til studien. Dette førte til at avdelingslederne uttrykte bekymring over at dette ikke var forsvarlig, de mente at sykepleierne ikke hadde relevant erfaring til å vurdere pårørendes mentale tilstand til å delta i studien. Dette førte til at en sosionom ble knyttet inn for å hjelpe å vurdere om pårørende kunne delta.

Et viktig hensyn som ble gjort i Kyrkjebø et al. (2019) er både viktig for pårørende og datagrunnlaget som ble samlet inn. Kyrkjebø er selv intensivsykepleier, og foretok intervjuene på avdelingen studien foregikk på. De tok hensyn til at det kunne oppstå utfordringer med dobbeltrollen som forsker og fagutøver, og valgte å ikke rekruttere pårørende til pasienter som Kyrkjebø hadde ansvar for, slik at en unngikk underrapportering eller kritisering i intervju med sykepleier (Kyrkjebø et al. 2019). Artiklene har også opprettholdt anonymitet blant deltakerne, og har tatt hensyn til pårørendes situasjon under studien.

5.1.6 Drøfting av artiklene

Artiklene har vært hensiktsmessige i forhold til å belyse problemstilling. En forutsetning for å kunne ivareta ulike behov til pårørende til kritisk syke pasienter er i første rekke å identifisere hvilke behov de har. Derfor er det viktig å bruke primærkilden, altså pårørende selv som et godt utgangspunkt til å kunne finne indikatorene på hva de mener er uoppfylte behov og ønsker. Vi er fornøyde med de utvalgte artiklene, og utvalget er basert på systematisk søking og analysing som har gitt oss gode data som er grunnstammen for vår argumentasjon. Avgrensningene har vært gode, vi har valgt studier som ikke er eldre enn ti år, og de er utført på intensivavdelinger i land som vi mener har mange likhetstrekk med Norge.

5.2 Resultatdiskusjon

Ut ifra studienes resultater og teori har vi valgt å trekke frem fire hovedpunkter som vi mener dekker behovene til pårørende og hvordan sykepleiere kan bidra til å imøtekomme disse på en tilstrekkelig måte. I det følgende vil vi drøfte disse punktene, med hensyn til det teoretiske rammeverket, denne studiens resultater og egne erfaringer.

5.2.1 Relasjonsbygging

Det å bygge en relasjon med pårørende kan være helt avgjørende for å ivareta de på en best mulig måte. Travelbee beskriver dette i sin teori (Kirkevold, 2017, s. 125-126). Førsteintrykk for de pårørende kan være viktig, men det kan være vanskelig å vite hvordan man skal gjøre et godt førsteinntrykk. Det første møtet med pårørende setter utgangspunktet for videre samhandling. Hver part har forventninger til den andre, gjennom opplevelse og observasjon (s. 126). Som sykepleier ønsker man å fremtre med en positiv holdning, men pårørende er i en vanskelig situasjon som gjør at vi må tenke på hvordan vi opptrer. Burde man smile når man hilser? Kan det være at pårørende føler sykepleieren ikke forstår deres situasjon, eller vil de oppleve det støttende å få møte et smil? "At de tar seg tid, at du møter blick, kanskje at de gir deg et lite smil." (Kyrkjebø, et al. 2019, s. 15). En av informantene oppga dette som betryggende og støttende atferd blant sykepleierne. Hvordan sykepleieren skal forholde seg kan bli lettere når han blir mer kjent med personligheten og identiteten til pårørende (Kirkevold, 2017, s. 127).

For å enklere bygge en relasjon kan man ta i bruk kriseteorien (Cullberg, 2007, s. 129) og reaksjonsformer på lidelse (Travelbee, 1999, s. 103). Disse kan beskrive hvilke følelsesmessige reaksjoner som kan komme når de pårørende får beskjed om hvordan pasienten har det og hvordan man kan håndtere disse. Hvis den pårørende er i nyorienteringsfasen eller i akseptfasen (Cullberg, 2007, s. 140; Travelbee, 1999, s. 109) kan det være fordi deres mor på 98 år har levd et langt liv og har hatt et ønske om å dø. Likevel har de også behov for støtte og trøst, men det kan være på en annen måte. Det kan være å mimre om gode stunder eller historier moren har fortalt. På den andre siden kan det være en sønn som er alvorlig skadet etter en bilulykke. Da kan pårørende være i sjokkfasen (Cullberg,

2007, s. 130), og spørsmål om hvorfor dette skjedde oss kan komme frem (Travelbee, 1999, s. 103). For å dekke behovene kan det være fordelaktig å avdekke hvilke følelser som kommer til uttrykk. Sinne kan være et uttrykk for skyldfølelse eller et ønske om finne meningen med ulykken (s. 104). Til tross for dette kan det være vanskelig å vite hvilken fase de pårørende er i, og det kan være at pårørende reagerer forskjellig. Mange faktorer spiller inn når en skal tolke hvordan pårørende tar beskjeder om deres pårørende. Har de tidligere erfaringer med sykehus? Arv og miljø spiller også en rolle for hvordan de vil reagere.

Noen pårørende følte at det var lettere å kommunisere med sykepleierne, siden de var i nærheten av pasienten døgnet rundt og var dermed lettere tilgjengelig (Wong et al., 2015). Tilgjengelighet gjør det lettere å bygge på en relasjon, likevel opplever flere sykepleiere at arbeidsbelastningen er hard og at tid er noe de ikke har. Det kan være vanskelig å være tilgjengelig hvis man må springe mellom ulike pasienter og arbeidsoppgaver. En av studiene peker på at når sykepleieren blir kjent med de pårørende personlig, ga det dem en trygghet og følelse av å bli sett (Frivold et al., 2015), i tillegg hjalp det pårørende å se de samme sykepleierne flere dager (Blom et al., 2012). Dette understreker at det å ha faste sykepleiere som har de samme pasientene gjør at det blir lettere å danne en relasjon. Relasjonsbygging bidrar også til å skape trygghet for de pårørende. Likevel, ifølge NSF mangler det over 5000 sykepleiere i dag, noe som kan føre til økt arbeidsbelastning på de sykepleierne som allerede er ute i arbeid (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Dette kan medføre til at pårørende ikke får dekket sine behov gjennom relasjonsbygging. Det blir leid inn flere vikarer og mange av sykepleierne har lav stillingsprosent. Økt arbeidsbelastning kan føre til redusert tid med pårørende. På den andre siden kan det være mulig å få dekket noen av behovene gjennom god dokumentasjon, enkle beskjeder, og journalføring av pårørendes ønsker. Dermed kan neste sykepleier følge opp ønskene til pårørende, det skal journalføres råd og informasjon som er gitt til pårørende (pasientjournalforskriften, 2019, §7 a).

5.2.2 Kommunikasjon og informasjon

Etter hvert som sykepleieren har bygget en relasjon og kjenner pårørende bedre, kan det bli enklere å kommunisere. Verbal og nonverbal kommunikasjon ble trukket frem som viktig for de pårørende, trøstende ord eller et smil kunne signalisere til de pårørende at sykepleieren brydde seg (Kyrkjebø et al., 2019). Med Covid-19 går berøring bort og flere helsepersonell går med munnbind, det å legge en hånd på en skulder eller å gi et smil kan være vanskelig under pandemien. I tillegg har flere avdelinger besøksrestriksjoner som fører til at mye av informasjon går gjennom telefon. Det kan være utfordrende av en sykepleier å tolke hvilke behov de pårørende har i et helhetlig perspektiv gjennom telefonen, det gjør at det stilles større krav til den verbale kommunikasjonen. Nøkkelspørsmål kan være en måte å kartlegge hvilke behov pårørende har, et direkte spørsmål "hva er viktig for deg?" (Eide & Eide, 2017, s. 29).

Når dette er sagt må sykepleieren ta høyde for hvilken fase pårørende er inne i, hvis det er sjokkfasen kan pårørende ha vanskeligheter med å forstå og ta innover seg informasjon (Cullberg, 2007, s. 130). Viktigheten av å simplifisere og folkeligjøre det medisinske språket i denne fasen kommer frem i en av studiene (Wong et al., 2015). Generelt sett burde man gjøre språket mest mulig forståelig og som sykepleier er man lovpålagt å sikre at mottaker har forstått innholdet så langt det er mulig (Vifladdt & Hopen, 2004, s. 150; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5 første ledd). Samtidig som en sykepleier er pliktig til å gi tilstrekkelig informasjon til pårørende, dersom pasienten har samtykket (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3 første ledd). Ifølge Stubberud et al. (2019) er mangelfull informasjon svært frustrerende og stressende for pårørende (s. 182).

Av egne erfaringer har informasjon fra sykepleier gitt til pårørende både vært mangelfull og uforståelig. Vi mener flere sykepleiere bør kartlegge om pårørende har forstått hva som har blitt sagt, vi tror flere sykepleiere mener at pårørende vet hva ulike medisinske begreper betyr. Dersom en pårørende får vite at pasienten er hypotensiv, vet han hva det vil si? Hva er et lavt blodtrykk og hva har det å si for pasienten? Det kan være vanskelig å vite hvis en ikke har helsefaglig bakgrunn, og pårørende kan være redde for å spørre i en ellers sårbar situasjon (Stubberud et al., 2019, s. 182). Utover dette viser to av studiene at åpen og ærlig informasjon

ble satt pris på, flere pårørende ønsket ikke at sykepleieren skulle dekke over eller tone ned omfanget av situasjonen (Wong et al., 2015; Kyrkjebø et al., 2019). Sykepleieren bør ikke gå flere runder med informasjonen, men fortelle den slik den er og på en medfølende måte.

5.2.3 Omsorg og nærhet

Nærhet til pasienten og omsorg fra sykepleieren kommer frem i flere av studiene, støttet av sykepleieteorien, som et behov for pårørende (Kyrkjebø et al., 2019; Frivold et al., 2015; Blom et al., 2013; Stubberud et al., 2019, s. 183). Omsorg handler om sympati og empati for et annet menneske, noe som Travelbee trekker frem som viktig for å opprette en god relasjon i menneske til menneske forholdet (Kirkevold, 2017, s. 128). Beskytte, støtte og gi håp er noe av det som er sentralt når pårørende skal være nær pasienten, men pårørende søker også etter dette for sin egen del (Stubberud et al., 2019, s. 184 - 185). De pårørende er unike individer som har unike følelser og bakgrunn, det kan derfor være lite hensiktsmessig å ha et generalisert oppsett på hvordan man som sykepleier skal være. Likevel tror vi at det å ha en empatisk tilnærming og kjenne på følelsen av hvordan det hadde vært å være pårørende selv i den situasjonen. "Pårørende i studiet beskrev sykepleiere som oppførte seg på en personlig og medfølende måte. De følte at sykepleieren hadde interesse i å bli kjent med dem personlig, og at de brydde seg om hvert individ" (Frivold et al., 2015, s. 236, egen oversettelse).

Det å bry seg er betydningsfullt for de pårørende, når de er i en sårbar situasjon kan et smil og noe som å hente noe å drikke til dem bety veldig mye. Samtidig mener vi at det å sette seg i situasjon der pårørende har mulighet til å søke kontakt og der sykepleier kan ta initiativ til samtaler kan være en fordel. En av studiene peker på at pårørende ønsket at sykepleierne også skulle ta initiativ til samtale og at det ikke bare var pårørende som måtte ønske dette (Kyrkjebø et al., 2019). På den andre siden kom det frem at flere av de pårørende var fornøyd med hvordan sykepleierne balanserte på å ta kontakt og ikke (Kyrkjebø et al., 2019). Her igjen kommer ulike behov fra de pårørende, som kan gjøre det utfordrende for sykepleiere å vite hvordan man kan dekke behovene. Det stilles også krav til sykepleierne til å tolke

signalene fra pårørende, men også deres evne til å plukke opp tegn på at pårørende ønsker å kommunisere (Kirkevold, 2017, s. 129).

Deler av omsorgen handler om tillit og trygghet for pårørende, og som pårørende er det er viktig å ha samvær med pasienten (Stubberud et al., 2019, s. 183). Det er noe annet å få beskjed over telefon at pasienten har det bra enn å selv kunne observere det. Pårørende ønsker å beskytte pasienten, beskytte pasienten fra dårlig pleie og fra å bli objektivisert (Blom et al., 2012). Tilliten kan bli skapt gjennom å pleie godt og ta vare på pasienten, da kan det være at pårørende forstår at pasienten er i de beste hender. Trygghet kan komme ved at sykepleieren involverer pårørende til å forstå hva slags utstyr pasienten er koblet til, hvilke rutiner det er på avdelingen og hvordan de kan få kontakt med en sykepleier. Det kan handle om å sette trygge rammer for samvær med pasienten, at pårørende får alenetid, men likevel aldri er alene hvis det skulle skje noe (Frivold et al., 2015).

5.2.4 Medvirkning

Ved å inkludere pårørende i pleien av pasienten gikk stresset ned hos de pårørende, videre viser det seg at pasienten selv har større sjanse for å bli hurtigere frisk eller bedre situasjonen (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 19; Blom et al., 2012). Medvirkning innebærer det å være fysisk til stede, kunne observere og bistå hvis det skulle være behov (Frivold et al., 2015). Flere pårørende følte seg nyttig og følte de beskyttet pasientens integritet ved å fortelle bakgrunnen til pasienten (Blom et al., 2012). I tillegg kjenner pårørende pasientens ressurser og nettverk, noe som kan bidra til verdifull informasjon om pasientens ønsker og behov (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 23). Det kan oppleves som frustrerende å ikke bli spurt om hvordan pasienten normalt oppleves. Ved deltagelse kan pårørende sikre at ønskene til pasienten blir innfridd (Blom et al., 2012).

Det kan være at pårørende ønsker å bidra med å stille pasienten for å skape trygghet for dem selv og pasienten (Blom et al., 2012). Pårørende har forskjellige ønsker om å bidra, for en sykepleier kan det medføre utfordringer relatert til tidsbruk. Utfordringene skyldes tiden til å forklare hvordan de kan bidra, for eksempel stille pasienten. De som er kritisk syke har

medisinsk utstyr som overvåker viktige vitalia. Medisinsk utstyr kan føre til at pårørende blir usikre, men sykepleier kan forklare hva det brukes til for å skape trygghet (Blom et al., 2012). Tid til medvirkning kan være nødvendig for å vinne tillit til pårørende og for å støtte dem i medvirkningen. Sykepleieren må være klar på at ulike følelsesmessige reaksjoner kan komme, med tanke på hvilken fase de er inne i (Cullberg, 2007, s. 129).

6 AVSLUTNING

Studiene har betydning for praksis. For det første har vi gjennomgående i oppgaven sett at informasjon og kommunikasjon til pårørende kan være av dårlig kvalitet eller mangelfull. Sykepleiere må være bevisst på hva de sier, hvordan de kommuniserer og hvem de snakker til. Det handler om å gjøre seg forstått, og ofte må det medisinske språket omformuleres til et mer folkelig og forståelig språk (Vifladt & Hopen, 2004, s. 150; Wong et al., 2015). Flere studier peker også på at sykepleiere er for lite oppmerksom på å fange opp hva pårørende trenger og at sykepleieren tar for lite initiativ til å gi informasjon (Stubberud et al., 2019, s. 182; Kyrkjebø et al., 2019). Videre har oppgaven belyst at åpen og ærlig informasjon er viktig for de pårørende (Stubberud et al., 2019, s. 184; Kyrkjebø et al., 2019). Eide og Eide (2017) beskriver viktigheten av god verbal kommunikasjon (s. 29). Dette har vært spesielt viktig under den nåværende COVID-19 pandemien, som har lagt begrensninger for den nonverbale kommunikasjonen. For å forbedre praksis kan man ta i bruk informasjonsbrosjyrer med forståelig språk, samtalerom og sette ivaretagelsen av pårørende mer i fokus i helsetjenesten.

For det andre, har vi i denne oppgaven funnet at pårørende er avhengig av å få informasjon om pasienten fra en sykepleier. Det er derfor avgjørende at sykepleier kjenner til de ulike reaksjonsfasene. Dette vil føre til at informasjonen i større grad blir tilrettelagt for den pårørende, og bidra til bedre forståelse (Travelbee, 1999, s. 103; Cullberg, 2007, s. 129). Relasjonsbygging vil hjelpe sykepleieren å forstå hvilken fase pårørende er inne i, det vil også skape trygghet for de pårørende å bli kjent og se de samme ansiktene (Wong et al., 2015; Frivold et al., 2015; Blom et al., 2012; Kirkevold, 2017, s. 127). Ved innleggelse kan man få tildelt en kontaktperson som er lett tilgjengelig for de pårørende. Dette er for å skape relasjoner tidlig i behandlingsforløpet, da vi i oppgaven har sett at relasjonsbygging kan være avgjørende for pårørendes behov.

For det tredje har vi sett på at de psykososiale behovene til pårørende er å finne mening, skape håp og gi trøst i vanskelige situasjoner (Stubberud et al., 2019, s. 184; Kyrkjebø et al., 2019). Flere pårørende vil forsøke å finne meningen med lidelsen. Det krever forståelse og støtte fra sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 101; Kyrkjebø et al., 2019). Det står sentralt i sykepleien å vise omsorg og legge til rette for at pårørende kan medvirke i pleien og i beslutninger om pasienten. Flere av studiene peker på at dette kunne føre til økt trygghet og kontroll (Frivold et al., 2015, Kyrkjebø et al., 2019). Det å la pårørende medvirke kan gi fordel for helsehjelpen og gi mindre psykiske plager til pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 19-20). Ved å sette pårørende på dagsorden vil man kunne bidra til at pårørende får en større rolle i pasientens behandlingsforløp i tillegg blir det lettere å fange opp pårørendes psykososiale behov. Lett tilgjengelige samtalerom kan skape et mer avslappet miljø hvor man kan sammen med pårørende utveksle følelser og finne mening.

Kunnskapen over viser hvilke behov pårørende har, og hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta disse på en tilstrekkelig måte. Samtidig ser vi behovet for at framtidig forskning i større grad gjennomføres med bruk av kvantitative undersøkelser for å fastslå omfanget av disse behovene.

LITTERATURLISTE

Besøk - pasienter og beboere (2021, 19. mars). *I helsedirektoratet*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/besok-pasienter-og-beboere>

Blom, H., Gustavsson, C. & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.04.002>

Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring* (2. utg). Fagbokforlaget.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg). Universitetsforlaget

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats*. (3. utg.). Studentlitteratur AB.

Frivold, G., Dale, B. & Slettebø, Å. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006>

Kirkevold, M. (2017). *Sygeplejeteorier - analyse og evaluering* (4. utg.). Notam Gyldendal AS.

Kyrkjebø, G., Geilo, K. H. & Skolbekken, J.-A. (2019). Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle. *Sykepleien*, (14), e-76230. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76230>

Malt, U. (2020 7. januar). *Regresjon*. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/regresjon>

Rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere. (u.å). *Norsk sykepleierforbund*. <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/rekruttere-mobilisere-og-beholde-sykepleiere>

Pasientjournalforskriften. (2019). Forskrift om pasientjournal (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettighet (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Projeksjon. (2020, 13. februar). I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/projeksjon>

- Stubberud, D., Sjøberg, I. & Eikeland, A. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg.). Gyldendal.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk - samhandling om læring og mestring*. Nasjonal kompetanse for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 51–63.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>

Vedlegg 1. Oversiktstabeller over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle.
Tidsskrift/årstall	<i>Sykepleien (2019)</i>
Forfattere	Kyrkjebø, G. Gjeilo, K. H. Skolbekken, J. A
Perspektiv	Pårørendeperspektiv
Problem	Ubesvarte spørsmål om hvordan pårørende erfarer intensivavdeling og samspillet mellom pårørende, pasient og helsepersonell.
Hensikt	Hensikten med studie er å tilføre kunnskap om pårørendes erfaring og opplevelser tilknyttet intensivavdeling.
Metode	Kvalitativ metode, der data ble samlet gjennom semistrukturerte intervjuer. Fire kvinner og to menn ble intervjuet.
Resultater	De pårørende kom frem til disse behovene: <ul style="list-style-type: none"> - Lettere for pårørende å yte omsorg og gi støtte med enerom - Ønsket mer informasjon av helsepersonell - Tillit til helsepersonell - Støtte fra helsepersonell

Artikkel 2	
Tittel	Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study
Tidsskrift/årstall	Intensive and critical care nursing (2012)
Forfattere	Blom, H. Gustavsson, C. Sundler, A. J.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv
Problem	Medvirkning er viktig for pårørende til pasienter. Studier viser at omsorgspersoner undervurderer alle behovene til pårørende og ikke dekker deres behov. Studiet undersøker erfaringer i forhold til medvirkning og støtte til pårørende til pasienter på en intensivavdeling.
Hensikt	Utforske erfaringer knyttet til medvirkning av pårørende til pasienter på en intensivavdeling.
Metode	Kvalitativ metode. Syv pårørende ble intervjuet.
Resultater	Studiet trekker frem 4 områder som var viktige for pårørende <ul style="list-style-type: none"> ● Deltakelse i omsorg og å være nær pasienten ● Tillit til omsorgen pasienten mottar ● Støtte som trengs for involveringen i omsorgsgivning ● Sårbarhet

Artikkel 3	
Tittel	Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study
Tidsskrift/årstall	Intensive and Critical Care Nursing, Februar (2015)
Forfattere	Wong, P. Liamputtong, P. Koch, S. <u>Rawson</u> , H.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv.
Problem	Pårørende til kritisk syke pasienter står i fare for økt emosjonell og psykologisk stress.
Hensikt	Kartlegge pårørendes opplevelser av deres interaksjoner med helsepersonell, miljøet, pasienten og andre pårørende i en intensivavdeling i Australia for å kunne implementere inngrep for å minimere stress, og for å kunne gi mer familiesentrert omsorg.
Metode	Kvalitativ metode, med bruk av intervju.
Resultater	Resultatet viste at pårørendes interaksjoner omhandlet søking etter informasjon og å bli informert. Personalet opptrådte omsorgsfullt med hjelp av deres kommunikasjon og interpersonlige ferdigheter.

Artikkel 4	
Tittel	Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study
Tidsskrift/årstall	Intensive and Critical Care Nursing, August (2015)
Forfattere	Frivold, G. Dale, B. Slettebø, Å.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv.
Problem	Når pasienter blir lagt inn på intensivavdeling, blir også pårørende sterkt påvirket.
Hensikt	Sette fokus på hva det vil si å bli tatt vare på av sykepleiere og leger for pårørende til pasienter inne på en intensivavdeling i Norge.
Metode	Kvalitativ metode, med bruk av intervju.
Resultater	To hovedtemaer kom frem, det å være i en mottakende rolle, og det å være i en deltakende rolle. Den mottakende rollen innebærer erfaringer fra å motta informasjon og omsorg fra sykepleiere og leger. Den deltakende rolle impliserer pårørendes erfaringer med å føle seg inkludert og å være del i omsorgsaktiviteter og beslutninger for pasienten.