



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave** Kull 2015

**«Hjerneslag rammer ikke bare pasienten»**

«Stroke does not only affect the patient»

Innleveringsdato: 22. mai 2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10131

Antall ord: 8159

## **Sammendrag**

Med denne oppgaven ønsker jeg å finne svar på *hvordan sykepleieren kan ivareta pårørende til pasienter innlagt med hjerneslag i akutfasen*. Hensikten med oppgaven er å sette fokus på pårørendes behov og hvordan sykepleieren kan imøtekomme behovene. Temaet for oppgaven er selvvalgt og litteraturstudie er benyttet som metode. Hjerneslag er en akutt inntreffende tilstand som kan utfordre pårørendes mestringsevne. Sykepleieren kan gjennom god kommunikasjon bidra til at pårørende mestrer situasjonen. En viktig forutsetning for god kommunikasjon er relasjon mellom sykepleieren og pårørende. Sykepleieren må bli kjent med pårørende som individer for å kunne møte deres behov for informasjon, støtte og involvering, og derav kunne bidra til håp, trygghet og empowerment slik at pårørende mestrer situasjonen.

## Innholdsfortegnelse

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INNLEDNING</b> .....   | <b>1</b>  |
| 1.1      | BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....                      | 1         |
| 1.2      | DEFINISJON AV SENTRALE BEGREP I PROBLEMSTILLINGEN .....                 | 1         |
| 1.3      | AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN .....                    | 2         |
| 1.4      | OPPGAVERS OPPBYGNING.....   | 2         |
| <b>2</b> | <b>METODE</b> .....   | <b>3</b>  |
| 2.1      | BESKRIV METODEN .....   | 3         |
| 2.2      | VITENSKAPELIG TILNÆRMING .....  | 3         |
| 2.3      | GJENNOMFØRING AV LITTERATURSØK .....                                    | 3         |
| 2.4      | SØKEHISTORIKK MED SØKETABELL.....                                       | 4         |
| 2.5      | VALG AV LITTERATUR.....   | 6         |
| 2.6      | KILDEKRIKK .....  | 6         |
| <b>3</b> | <b>EMPIRI</b> .....   | <b>8</b>  |
| 3.1      | ARTIKKELMATRISE .....   | 8         |
| 3.2      | SAMMENFATTET EMPIRI .....   | 11        |
| 3.2.1    | <i>Informasjon</i> .....  | 11        |
| 3.2.2    | <i>Støtte</i> .....   | 11        |
| 3.2.3    | <i>Involvering</i> .....  | 12        |
| <b>4</b> | <b>TEORI</b> .....  | <b>13</b> |
| 4.1      | HJERNESLAG.....   | 13        |
| 4.2      | SYKEPLEIETEORETIKER .....   | 13        |
| 4.3      | PÅRØRENDES BEHOV .....  | 14        |
| 4.3.1    | <i>Informasjon</i> .....  | 15        |
| 4.3.2    | <i>Kommunikasjon</i> .....  | 16        |
| 4.3.3    | <i>Håp</i> .....  | 17        |
| 4.3.4    | <i>Mestring</i> .....   | 17        |
| 4.3.5    | <i>Trygghet</i> .....   | 18        |
| 4.3.6    | <i>Empowerment</i> .....  | 18        |
| <b>5</b> | <b>DRØFTING</b> .....   | <b>19</b> |
| 5.1      | SYKEPLEIERENS MØTE MED PÅRØRENDE .....                                  | 19        |
| 5.2      | HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN GI INFORMASJON PÅ EN HENSIKTMESSIG MÅTE? ..... | 21        |
| 5.3      | BEHOVET FOR HÅP .....   | 25        |
| 5.4      | BEHOVET FOR Å VÆRE INVOLVERT .....                                      | 26        |
| <b>6</b> | <b>OPPSUMMERING/KONKLUSJON</b> .....                                    | <b>28</b> |
|          | <b>LITTERATURLISTE</b> .....  | <b>29</b> |

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Hvert år rammes cirka 15 000 personer i Norge av hjerneslag. Tilstanden er den vanligste årsaken til funksjonshemming i landet, og den tredje hyppigste dødsårsaken. De fleste som rammes av hjerneslag er over 65 år. Det anslås at antall tilfeller vil øke med 50 % som følge av økt antall eldre, hvis ikke forebyggingen av tilstanden blir mer effektiv (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2016). Hjerneslag er en akutt og kritisk tilstand som ikke bare rammer pasienten, men også pasientens pårørende (Stubberud & Eikeland, 2013). Forskning viser at pårørende opplever situasjonen som kaotisk når hjerneslaget inntreffer. De blir brutalt klar over alvoret i situasjonen og opplever både fysiske og psykiske plager. Sykehusmiljøet blir beskrevet som skremmende og ukjent, der pårørende føler seg usynlige for helsepersonell (Wallengren, Friberg & Segesten, 2008).

Hjerneslag er et område jeg fikk interesse for etter praksis og senere jobb. Jeg har møtt flere pasienter og pårørende med ulike behov. Tidlig erfarte jeg møter med pårørende som givende, men samtidig utfordrende. På en hektisk sengepost der pasienten ofte er i fokus kan det være utfordrende for sykepleieren å ivareta både pasienten og pårørende. Med denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap om å identifisere og møte pårørendes behov i akutfasen av et hjerneslag. Dette vil kunne bidra til at jeg som ferdigutdannet sykepleier på slagenhet opplever å være tryggere i møte med pårørende.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til slagpasienten i akutfasen?*

## 1.2 Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen

**Sykepleie** – «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29).

**Hjerneslag** – «Hjerneslag er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon» (NHI, 2017).

**Pårørende** – I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3) defineres pårørende som den pasienten selv oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Er ikke pasienten i stand til det skal nærmeste pårørende være den som har varig og løpende kontakt med pasienten.

**Akuttfasen** – Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag definerer akuttfasen som den første uken etter debut av symptomer på akutt hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017).

### **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Denne oppgaven er avgrenset til pårørende av pasienter med hjerneslag innlagt på slagenhet. Sykepleieren møter pårørende i akuttfasen og tar ikke for seg pårørendes behov videre i behandlingsforløpet. Alvorlighetsgraden av hjerneslaget vil kunne påvirke pårørendes behov og derfor avgrenses oppgaven til at pasienten har alvorlig hjerneslag med uvisst utfall.

Videre er pasientens alder avgrenset til over 60 år og at pårørende er over 18 år. Barn/unge utelukkes som pårørende fordi deres behov skiller seg fra voksnes og er et stort tema i seg selv. De fleste pasienter som rammes av hjerneslag er over 65 år og eldre pårørende blir derfor nevnt i oppgaven. I Romøren (2014) defineres eldre som personer over 67 år. Videre avgrenses oppgaven til at pårørende og pasienten har et godt forhold, og at pårørende er noen som støtter og er der for pasienten. Med ønske om å ha fokus på pårørende i oppgaven blir derfor ikke pasientens rolle inkludert, fordi temaet hadde blitt for stort.

### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Første kapittel inneholder bakgrunn for valg av tema og problemstilling, definisjon av sentrale begreper og avgrensning av problemstillingen. Videre i kapittel to presenteres valg av metode, vitenskapelig tilnærming, gjennomføring av litteratursøk, søketabell, valg av litteratur og kildekritikk. I tredje kapittel presenteres syv forskningsartikler i litteraturmatriks og sammenfatning av empiri. Valg av teori som ses på som relevant for å belyse problemstillingen presenteres i kapittel fire, med flere underkapitler. I kapittel fem drøftes teori sammen med funn fra valgte forskningsartikler og egne erfaringer, samt presentasjon av sykepleietiltak. Oppsummering og konklusjon blir sammenfattet i kapittel seks, og til slutt presenteres litteraturliste.

## **2 Metode**

Metode er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap, eller etterprøve kunnskap. Det er et redskap som hjelper å samle inn relevant informasjon for å belyse en problemstilling på en faglig interessant måte (Dalland, 2012).

### **2.1 Beskriv metoden**

Litteraturstudie er anvendt som metode i denne oppgaven og informasjonen er innhentet fra pensumliste, fagbøker og forskningsartikler. Ved en litteraturstudie gjør man en systematisk innsamling fra allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2012). Data som er innhentet er skrevet av fagfolk og forskningsartiklene er fagfellevurdert noe som gjør materialet troverdig.

### **2.2 Vitenskapelig tilnærming**

Naturvitenskapelig kunnskap er nødvendig for å kunne gripe inn i sykdomsprosesser og gi behandling, men slik kunnskap er ikke tilstrekkelig i møte med mennesker som trenger hjelp. Helsepersonell må ha kunnskap om hele mennesket med deres egne opplevelser og erfaringer for å kunne skape forståelse i relasjonen. Fenomenologi og hermeneutikk er to begreper som ofte brukes sammen. Med en hermeneutisk tilnærming ønsker man å finne frem til meningen, eller forklare noe som er uklart. Mens med en fenomenologisk tilnærming undersøker man hvordan oppmerksomheten mot verden slik den oppleves og erfares, fra for eksempel pårørendes perspektiv (Dalland, 2012). Ved å anvende disse to tilnærmingene forsøker man dermed å få innsikt i pårørendes forståelseshorisont og livsverden (Thornquist, 2003). I denne oppgaven er det brukt mest kvalitativ forskning. Kun en kvantitativ forskningsartikkel er anvendt. Kvantitativ forskning gir data i form av målbare tall, mens kvalitativ metode gir data i form av meninger og opplevelser (Dalland, 2012). For å få svar på problemstillingen må man ha kunnskap om pårørendes meninger og opplevelser i akutfasen, og derfor er flest kvalitative artikler anvendt.

### **2.3 Gjennomføring av litteratursøk**

I denne oppgaven er databasene SweMed+, Cinahl og Medline benyttet. Søkemotorene er anbefalt av bibliotek for medisin og helse og kan derfor anses som troverdige søkemotorer. SweMed+ er en svensk database som inneholder skandinaviske helsefaglige tidsskrifter fra områdene medisin, odontologi, helsevesen, arbeidsterapi, sykepleie og fysioterapi. Cinahl er verdens største kilde til fulltekst for tidsskrifter innen sykepleie og helse, og har mer enn 1300

tidsskrifter i fulltekst. Medline inneholder helsefaglige tidsskrifter fra hele verden, og er brukt av helsepersonell, sykepleiere, klinikere og forskere.

Tidlig i søkeprosessen ble søkeordene «stroke» og «family» eller «relatives» brukt for å finne ut hvor mange artikler det fantes om temaet. Ved å ha oversikten over aktuelle artikler som fantes om temaet ga det en pekepinn på hva slags søkeord som ble brukt, og dermed kunne søkene bli mer avgrenset og strukturert. På de ulike databasene ble det funnet flere artikler, men flere av disse handlet om hvordan pårørende hadde det i hjemmet. Det ble funnet artikler som var fra tidlig 2000-tallet og frem til i dag, det var dermed et stort tidsrom på artiklene som omhandlet akuttfasen. Anbefalinger fra skolen var ikke å gå tilbake mer enn ti år i litteratursøkene, men på grunn av lite treff i søkene ble tidsrommet utvidet i Cinahl.

Ved å anvende søkeordene «stroke» og «family» eller «relatives» i de fleste av søkene ble forskningsartikler om andre temaer utelukket, og treffene ble mer tilpasset problemstillingen. Søkeord som «communication», «information needs», «acute phase» og «nurs\*» ble brukt for å avgrense søkene ytterligere. For å få en bredere forståelse om hvordan pårørende har det på sykehus ble søkeord som «critical illness» og «family» brukt. Noen av søkeordene som er anvendt er hentet fra nøkkelord under forskningsartikler som er funnet på oria.no. Nedenfor presenteres søkene i en søketabell med resultater.

## 2.4 Søkehistorikk med søketabell

| Database | Dato    | Søk | Søkeord       | Avgrensing                      | Antall treff | Valgte artikler |
|----------|---------|-----|---------------|---------------------------------|--------------|-----------------|
| SweMed+  | 21/3-18 | S1  | Stroke        |                                 | 1230         | 1 (A)           |
|          |         | S2  | Family        |                                 | 3884         |                 |
|          |         | S3  | S1 AND S2     | Peer Reviewed<br>Year 2008-2018 | 22           |                 |
| SweMed+  | 21/3-18 | S1  | Communication |                                 | 5619         | 1 (B)           |
|          |         | S2  | Nurs*         |                                 | 9950         |                 |
|          |         | S3  | Family        |                                 | 3884         |                 |

|                |        |           |                         |   |            |                 |
|----------------|--------|-----------|-------------------------|---|------------|-----------------|
|                |        | <b>S4</b> | <b>S1 AND S2 AND S3</b> | <b>Peer Reviewed</b><br><b>Year 2008-2018</b> | <b>43</b>  |                 |
| <b>Cinahl</b>  | 3/4-18 | S1        | Critical Illness        |   | 9239       | <b>1 (C)</b>    |
|                |        | S2        | Family                  |   | 35 598     |                 |
|                |        | <b>S3</b> | <b>S1 AND S2</b>        | <b>Peer Reviewed</b><br><b>Year 2000-2018</b> | <b>151</b> |                 |
| <b>Cinahl</b>  | 3/4-18 | S1        | Stroke                  |   | 55 902     | <b>2 (D, E)</b> |
|                |        | S2        | Family                  |   | 35 598     |                 |
|                |        | S3        | Information Needs       |   | 10 292     |                 |
|                |        | <b>S4</b> | <b>S1 AND S2 AND S3</b> | <b>Peer Reviewed</b><br><b>Year 2000-2018</b> | <b>9</b>   |                 |
| <b>Medline</b> | 4/4-18 | S1        | Family                  |   | 70 179     | <b>1 (F)</b>    |
|                |        | S2        | Stroke                  |   | 82 819     |                 |
|                |        | S3        | Information Needs       |   | 3830       |                 |
|                |        | <b>S4</b> | <b>S1 AND S2 AND S3</b> | <b>Year 2008-2018</b>                         | <b>2</b>   |                 |
| <b>Medline</b> | 4/4-18 | S1        | Family                  |   | 70 179     | <b>1 (G)</b>    |
|                |        | S2        | Stroke                  |   | 82 819     |                 |
|                |        | S3        | Acute Phase             |   | 42 334     |                 |
|                |        | <b>S4</b> | <b>S1 AND S2 AND S3</b> | <b>Year 2008-2018</b>                         | <b>3</b>   |                 |



## **2.5 Valg av litteratur**

Syv forskningsartikler er valgt ut for å kunne belyse og gi svar på problemstillingen. Alle disse forskningsartiklene vurderes som relevante for problemstillingen. Ved å ha flest kvalitative forskningsartikler finner man ut hva pårørendes behov er i akutfasen av et hjerneslag. Teorien som er anvendt i oppgaven er pensumlitteratur og fagbøker som ses på som relevante for temaet. Bøkene anvendt er i stor grad sekundærlitteratur, og det må derfor tas i betraktning at forfatteren har tolket primærkilden. Samtidig kan jeg tolke litteraturen annerledes enn hvordan andre tolker den. Joyce Travelbee sin bok «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» fra 1966 er oversatt fra engelsk til norsk, noe som kan føre til at innholdet har fått en annen betydning. Ved å anvende bøker fra pensumlitteratur og anerkjente forfattere øker det innholdets troverdighet.

## **2.6 Kildekritikk**

Kildekritikk handler om å være kritisk til kildene man benytter seg av for å svare på oppgaven. Alle forskningsartiklene er fagfellevurdert, noe som gjør dem pålitelige og kvalitetssikret. Den vanligste oppbygningen for struktur av forskningsartikler er IMRaD-strukturen, som står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland & Tygstad, 2012). Denne strukturen er anvendt i alle artiklene som brukes i oppgaven og det er derfor ingen tvil om at det er forskningsartikler.

Fem av forskningsartiklene er publisert de ti seneste årene, mens to er fra henholdsvis år 2001 og 2005, og er dermed imot skolens anbefalinger. Likevel vurderes det til at den typen kunnskap ikke blir utdatert. Flere av forskningsartiklene støtter hverandre, noe som kan føre til at det blir færre synsvinkler i drøftingen, men på en annen side kan styrke deres troverdighet.

Forskningsartiklene er fra Sverige, New Zealand, Nederland og Finland. Dette er land som anses å ha høy standard på helsevesenet og dermed kan det trekkes likheter mot Norge. Ingen norske forskningsartikler er med i oppgaven, ettersom det er gjort lite forskning på dette temaet i Norge. Generelt er Norge et ledende land innen forskning på hjerneslag. Norske fagbøker og nettsider er blitt brukt, og alle disse kildene anses som troverdige.

Forskningsartiklene er skrevet på engelsk, noe som kan gjøre at ord er blitt endret, falt ut, eller at de tolkes annerledes.

To av forskningsartiklene omhandler ikke pårørende til slagpasienter, men begge artiklene ses på som relevante i forhold til problemstillingen ettersom pasientene er alvorlig syke. Mest sannsynlig er sykdomsbildet mer akutt og kritisk på intensivavdelingen, enn for kreftpasientene, men pasientene i begge artiklene har en usikker fremtid, og det er noe som påvirker pårørende i stor grad. Ved praksis på slagenheten møtte jeg flere alvorlig syke pasienter som var i den akutte fasen av hjerneslaget, og prognosene var svært usikre. Dette er noe som støtter begrunnelsen om å anvende disse forskningsartiklene.

## 3 Empiri

### 3.1 Artikkelmatrise

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Referanse</b> | (A) Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 22(1), 48-55. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00494.x  |
| <b>Hensikt</b>   | Å belyse betydningen av å bli en pårørende til en person med hjerneslag, fra tidspunktet slaget inntraff og de første ukene etterpå.   |
| <b>Metode</b>    | Studien har en kvalitativ tilnærming. 16 pårørende fra to slagenheter i Sverige ble intervjuet om deres erfaringer om hvordan det var å bli pårørende til en person med hjerneslag fra sykdomsdebut. Intervjuene ble gjort innen de første fire ukene etter innleggelse på slagenhet.  |
| <b>Resultat</b>  | To viktige temaer kom frem i beskrivelsen av pårørendes opplevelse; følelse av å være i kaos og søken etter orden i kaoset. Pårørende opplevde fysiske og psykiske plager. De følte seg usynlig for helsepersonell. Etter hvert når pårørende et vendepunkt, det oppstår når pårørende er nær slagpasienten og blir oppmerksom på sin styrke og aktivt søker ut til helsepersonell for å finne tilbake til orden og stabilitet i den kaotiske situasjonen de er i. Helsepersonell må være mer oppmerksom overfor pårørende for å øke deres muligheter til å få kontroll over situasjonen. Anerkjennelse fra helsepersonell ga trygghet og håp.   |
| <b>Kommentar</b> | Denne studien er relevant for oppgaven fordi den får frem pårørendes opplevelse i akutfasen av et hjerneslag. Det er flest kvinnelige pårørende i studien, noe som gjør at det mannlige perspektivet til dels faller bort. Med større forståelse for pårørendes opplevelse vil helsepersonell være mer forberedt på å ivareta pårørende under den akutte fasen av hjerneslag.  |
| <b>Referanse</b> | (B) Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P. & Åstedt-Kurki, P. (2014). The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28(2), 305-314. doi: 10.1111/scs.12060   |
| <b>Hensikt</b>   | Beskrive ulike former for støtte fra sykepleier som gis til voksne pasienter og deres pårørende på sykehus, og finne ut hvilken effekt støtten har på pasient og pårørende.  |
| <b>Metode</b>    | Kvalitativ metode. Data ble innhentet med intervjuer, både individuelle og i gruppe. De som deltok i studiet var ni pasienter med kreftdiagnose lagt inn for behandling på et universitetssykehus i Finland, sju av deres pårørende, og elleve sykepleiere ansatt ved sykehuset.   |
| <b>Resultat</b>  | Pårørende har behov for både emosjonell (omsorgsfull, empati, lytte, respekt, verdighet) og informativ (informasjon og råd) støtte. Når pårørende fikk anerkjennelse, empati og relasjon fra/med sykepleieren følte de seg som en del av behandlingsprosessen. Respekt for pasienten og høyt faglig nivå på sykepleieutøvelsen gjorde at pårørende fikk tillit til behandlingen. Motstridende og uforståelig informasjon skapte usikkerhet. Kunnskap om situasjonen gjorde at pårørende fikk en viss anelse om hva fremtiden kunne bringe. Håp var viktig for å forhindre fortvilelse. Rolig og ærlig informativ støtte ga trygghet, og dempet noe av usikkerheten og frykten pårørende hadde. |
| <b>Kommentar</b> | Studien omhandler kreftpasienter og deres pårørende, men ses på som relevant fordi den tar frem hva pårørende opplever som støttende på sykehus. Både kreft og hjerneslag er tilstander som påvirker en hel familie. Svakheter med denne studien er ingen informasjon om krefttype, prognose eller stadiet pasientene er i, noe som påvirker hvordan pårørende opplever situasjonen.   |
| <b>Referanse</b> | (C) Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? <i>Nursing in Critical Care</i> , 10(6), 289-298. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00136.x  |

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Hensikt</b>   | Få forståelse for hva pårørende opplever som støttende når en dem står nær er kritisk syk.  |
| <b>Metode</b>    | Kvalitativ metode. Intervju med 29 pårørende til voksne pasienter på intensivavdeling i sørvest Sverige. Pasientene var innlagt på ulike intensivavdelinger og alle var kritisk syke.   |
| <b>Resultat</b>  | Pårørende hadde behov for å bli empowered. Behov for å stole på sine egne evner, bli akseptert som den man er og møte mennesker som bryr seg om en opplevdes støttende. Det var viktig for pårørende å kunne delta, være sammen med pasienten og kunne dele informasjon og tanker rundt den medisinske tilstanden. Pårørende hadde behov for at helsepersonell opptrådte profesjonelt, at de viste forpliktelse og tok ansvar overfor pasienten.  |
| <b>Kommentar</b> | Studien er fra en intensivavdeling, men vurderes som relevant fordi problemstillingen i oppgaven tar for seg den akutte fasen hvor pasientens tilstand fortsatt er kritisk. Det at studien tar for seg ulike intensivavdelinger kan være en svakhet fordi opplevelse av situasjonen varierer ut fra diagnose og prognose pasienten har. Det å vite hva pårørende opplever som støttende er viktig for sykepleieren å ha kunnskap om for å ivareta pårørendes behov i en slik kritisk situasjon.   |
| <b>Referanse</b> | (D) Roy, D., Gasquoine S., Caldwell, S. & Nash, D. (2015). Health professional and family perceptions of post-stroke information. <i>Nursing Praxis in New Zealand</i> , 31(2), 7-24.   |
| <b>Hensikt</b>   | Identifisere informasjonsbehovet til pårørende til pasienten med hjerneslag, ved å se på nåværende praksis og finne ut hvordan behovet blir ivaretatt sett fra helsepersonell og pårørendes side.   |
| <b>Metode</b>    | Kvalitativ og kvantitativ tilnærming. 19 pårørende fra 13 familier, og 23 personer som var helsepersonell deltok. Det var ulike helseprofesjoner som deltok.  |
| <b>Resultat</b>  | Tilgang på informasjon for pårørende var variabel, både i kvalitet og aktualitet. Flere pårørende beskrev at de ble overveldet med informasjon de ikke kunne ta innover seg. Et fåtall kunne huske informasjon som spesielt fokuserte på de som familiemedlemmer. Helsepersonell så ikke på informasjonsbehovene til pårørende som noe annerledes enn pasientens. Helsepersonell identifiserte barrierer som arbeidsbelastning, tidsbegrensinger, språk og andre kommunikasjonsproblemer.   |
| <b>Kommentar</b> | Det var flere profesjoner som deltok i studien, noe som gjør at sykepleieperspektivet til dels faller bort, men det kan også styrke studien fordi det får et større helhetsperspektiv. Alderen på pårørende som deltok var fra 14-77 år, noe som er en svakhet med tanke på problemstillingen, ettersom i oppgavens avgrensning er pasienten over 60 år og har pårørende som er voksen. Det var flest kvinnelige pårørende deltok. Studien tar for seg ulike tidsrom etter hjerneslaget, men den ses på som relevant fordi den tar frem hvordan pårørendes informasjonsbehov er og hvordan helsepersonell ivaretar det i akutfasen. |
| <b>Referanse</b> | (E) Van der Smagt-Duijnste, M.E., Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. & Zuidhof, A. (2001). Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 33(3), 307-315. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01666.x.   |
| <b>Hensikt</b>   | Finne ut hva slags behov pårørende til pasienter rammet av hjerneslag var under sykehusoppholdet, og hvilke faktorer som påvirker behovene til pårørende.   |
| <b>Metode</b>    | Kvantitativ metode. Et spørreskjema ble laget for datainnsamling til 106 pårørende til pasienter med akutt hjerneslag som var innlagt på en nevrologisk avdeling på 19 nederlandske sykehus.  |
| <b>Resultat</b>  | Behovene til pårørende er delt inn i tre kategorier: informasjon, rådgivning (kombinasjon av kommunikasjon og støtte) og tilgjengelighet. Det aller viktigste behovet for pårørende var at deres spørsmål ble besvart ærlig. 95 % av pårørende svarte at informasjon var viktig for dem, informasjon ble gitt i mindre enn 50 % av tilfellene. 98 % mente det var viktig at helsepersonell tok seg tid til å besvare deres  |

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | spørsmål. Rundt 84 % følte behovet var imøtekommet. Kvinnelige pårørende hadde et større informasjonsbehov enn mannlige.   |
| <b>Kommentar</b> | Relevant for oppgaven fordi den viser hva pårørende opplever som viktige behov, og faktorer som kan påvirke dem. Som helsepersonell er det viktig å vite dette for å imøtekomme pårørendes behov. Svakheter i studien er at det er flest kvinnelige pårørende som har svart på undersøkelsen.  |
| <b>Referanse</b> | (F) Wallengren, C., Segesten, K. & Friberg, F. (2010). Relatives' information needs and the characteristics of their search for information – in the words of relatives of stroke survivors. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(19-20), 2888-2896. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03259.x  |
| <b>Hensikt</b>   | Finne ut pårørendes informasjonsbehov og deres søk for informasjon rett etter hjerneslaget og seks måneder senere.   |
| <b>Metode</b>    | Kvalitativ studie. Intervju med 16 pårørende etter innleggelse på to slagenheter, og seks måneder senere med ni av de pårørende.   |
| <b>Resultat</b>  | Pårørende ønsket informasjon om den medisinske tilstanden til pasienten. De ønsket også informasjon om deres egen helse, med tanke på normale reaksjoner som oppstår i en slik krisesituasjon. De fikk et sterkt behov for å søke informasjon, det måtte være informasjon som betydde noe for dem. Søken etter informasjon varierte etter pasientens, eller deres egen helsesituasjon. Det å få informasjon raskt var viktig, venting skapte frustrasjon. Pårørende søkte informasjon via bøker, magasiner, aviser, internett eller kommunikasjon med helsepersonell, venner eller organisasjoner.   |
| <b>Kommentar</b> | Kjønnsforskjeller i studien, får derfor mer med det kvinnelige perspektivet. Relevant for oppgaven fordi den får frem hva pårørende ønsker av informasjon og hvordan de innhenter informasjon i akutfasen etter hjerneslaget. Med kunnskap om pårørendes behov for informasjon i akutfasen av hjerneslag kan helsepersonell gi mer hensiktsmessig informasjon.   |
| <b>Referanse</b> | (G) de Boer, M.E., Depla, M., Wojtkowiak, J., Visser M.C., Widdershoven, G.A.M., Francke, A.L. & Hertogh C.M.P.M. (2015). Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: Interviews with relatives. <i>Palliative Medicine</i> , 29(5), 451-457. doi: 10.1177/0269216314563427.  |
| <b>Hensikt</b>   | Fremheve perspektivet til pårørende til pasienter med alvorlig hjerneslag med å se på hvordan de deltar og erfarer å være en del av beslutningsprosesser i den akutte fasen.   |
| <b>Metode</b>    | Kvalitativ tilnærming. Pasientene hadde hatt alvorlig hjerneslag. Hjerneslaget skjedde to til seks måneder før intervjuet og pårørende hadde deltatt i den medisinske beslutningsprosessen i den akutte fasen. 15 pårørende ble intervjuet.  |
| <b>Resultat</b>  | Fire kategorier av pårørendes erfaringer ble identifisert: Ta avgjørelser under tidspress, følelsen av «hvem er jeg til å avgjøre», motvilje i å si «la henne dø» og det å håndtere endringer i den medisinske tilstanden. Pårørende opplevde den akutte fasen som overveldende, og de følte de handlet i refleks, ofte der deres egne følelsesmessige preferanser dominerte beslutningsprosessen. Behandlingsforslag fra legen ble ofte rådende i beslutningsavgjørelser pårørende tok. En klar prognose, eller i det minste informasjon om usikkerheten, viste seg å være avgjørende for å ta beslutninger i tråd med pasientens verdier og preferanser. |
| <b>Kommentar</b> | Studien er relevant fordi den får frem beslutninger pårørende må ta i en overveldende situasjon og hvordan de opplever det. Beslutninger om liv og død er noe som kan komme opp når pasienten har fått et alvorlig hjerneslag med usikker prognose. Pårørende er i studien mest kvinnelige, noe som gjør at det mannlige perspektivet til dels faller bort.  |

## **3.2 Sammenfattet empiri**

### **3.2.1 Informasjon**

Informasjon er et viktig behov for pårørende. I studien til van der Smagt-Duijnste, Hamers, Abu-Saad & Zuidhof (2001) ble informasjon, og at helsepersonell tok seg tid til å besvare spørsmål, sett på som viktig. Pårørende ønsket informasjon raskt om den medisinske tilstanden til pasienten. De ønsket også informasjon om normale reaksjoner de selv kan oppleve i en slik situasjon (Wallengren, Segesten & Friberg, 2010). Det viktigste behovet var at spørsmål ble besvart ærlig (van der Smagt-Dujinste et al., 2001), noe som støttes i studien til Mattila, Kaunonen, Aalto & Åstedt-Kurki (2014). I studien til Roy, Gasquoine, Caldwell & Nash (2015) beskrev pårørende at de ble overveldet med informasjon som de ikke kunne ta innover seg og et fåtall husket informasjon som fokuserte på dem som pårørende.

Pårørende fikk et sterkt behov for å søke informasjon. Behovet var avhengig av deres egen helsesituasjon, eller pasientens (Wallengren et al., 2010). Kvinner hadde ofte et større informasjonsbehov (van der Smagt-Duijnste et al., 2001). I studien til Roy et al. (2015) ble tilgang på informasjon beskrevet som variabel. I Wallengren et al. (2010) søkte pårørende informasjon via ulike kilder og informasjonen måtte bety noe for dem. Helsepersonell beskrev tidsbegrensinger, arbeidsbelastning, språk og andre kommunikasjonsproblemer som barrierer for å gi informasjon. Samtidig så de ikke på pårørendes og pasientens behov for informasjon som ulike (Roy et al., 2015).

### **3.2.2 Støtte**

I studien til Wallengren et al. (2008) beskriver pårørende fysiske og psykiske plager. Dette støtter opp om at pårørende har behov for både informativ, emosjonell (Mattila et al., 2014) og sosial støtte (Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005). Pårørende følte seg usynlige for helsepersonell (Wallengren et al., 2008). I studien til Johansson et al. (2005) hadde pårørende behov for å stole på egne evner, bli akseptert og møte mennesker som bryr seg. De ønsket å bli empowered (Johansson et al., 2005). Helsepersonell må være mer oppmerksom for å hjelpe pårørende til å få kontroll over situasjonen (Wallengren et al., 2008). I både studien til Wallengren, et al. (2008) og Mattila et al. (2014) ble håp beskrevet som viktig. Det var viktig for pårørende at helsepersonell hadde respekt for pasienten, var profesjonell, viste forpliktelse og ansvar (Johansson et al., 2005), noe som støttes i studien til Mattila et al. (2014), det skapte tillit.

### **3.2.3 Involvering**

Pårørende har behov for å være en del av behandlingsprosessen (Mattila et al., 2014), noe som støttes i studien til Johansson et al. (2005). Når pårørende kunne være sammen med pasienten, dele tanker rundt den medisinske tilstanden (Johansson et al., 2005) og få en relasjon med sykepleieren følte de seg involvert (Mattila et al., 2014). Pårørendes opplevelse av å ta del i beslutningsprosesser ble beskrevet som overveldende i den akutte fasen. Beslutningene ble ofte tatt under tidspress og begrunnet i egne følelsesmessige preferanser. Det var viktig med en klar prognose og informasjon om usikkerheten for å ta beslutninger i tråd med pasientens verdier og preferanser. Behandlingsforslag fra legen ble ofte rådende (de Boer et al., 2015).

## **4 Teori**

### **4.1 Hjerneslag**

Hjerneslag er en samlebetegnelse for symptomene man får når deler av hjernen helt, eller delvis mister sin blodforsyning. Det skilles mellom hjerneinfarkt og hjerneblødning. Et hjerneinfarkt skyldes som regel en trombose eller emboli, mens en hjerneblødning skyldes at en arterie i hjernen, eller hjernehinnen sprekker og det oppstår en blødning. Transitorisk iskemisk anfall, TIA, er en forbigående forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen, og pasienten får et anfall av nevrologiske symptomer som forsvinner i løpet av 24 timer. Har de nevrologiske symptomene en varighet på over 24 timer blir det kalt et hjerneslag (Wergeland et al., 2016).

Symptombildet på hjerneslag er som oftest akutt inntreffende. De typiske symptomene som oftest oppstår er utydelig tale, eller ordleting, skjevt smil grunnet lammelser i ansiktet og vansker med å løfte begge armene over hodet (NHI, 2017). Hjernen er avhengig av kontinuerlig tilførsel av oksygen, og dermed er nervecellene svært følsomme for oksygenmangel. Ved uttalt sirkulasjonssvikt oppstår det irreversibel hypoksisk nervecelleskade i det affiserte området (Wyller, 2014). Hvilke symptomer og konsekvenser det gir avhenger av hvor skaden er lokalisert i hjernen. Alder, hypertensjon, røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet, diabetes mellitus, hyperkolesterolemi, hjertesvikt og atrieflimmer er alle disponerende faktorer for hjerneslag (Wergeland et al., 2016).

### **4.2 Sykepleieteoretiker**

I denne oppgaven er sykepleieteoretiker Joyce Travelbee anvendt på bakgrunn av hennes teori om sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Travelbee var spesielt opptatt av relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. I teoridelen som presenteres nedenfor er hennes teori knyttet opp mot pårørende fordi det ses på som et viktig utgangspunkt når sykepleieren skal ivareta pårørendes behov.

Travelbee (2001) forholder seg til hvert enkelt menneske som unikt, enestående og ulikt alle andre. For å oppnå sykepleiens mål og hensikt må det etableres et menneske-til-menneske-forhold. Når dette er etablert forholder sykepleieren og pårørende seg til hverandre som unike individer, og ikke som sykepleier og pårørende (Travelbee, 2001). Kommunikasjon blir sett på som et av de viktigste redskapene for å etablere et slikt forhold (Kristoffersen, 2011).



Sykepleieren bør tilstrebe en meningsfull dialog med involverte parter, og skape en gjensidig forståelse av innholdet i det som blir sagt (Travelbee, 2001).

Sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk, noe som vil si å ha evne til å bruke sin personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere en relasjon til pårørende. En forutsetning for å bruke seg selv terapeutisk er at sykepleieren er bevisst på hvordan egen atferd har innvirkning på andre mennesker (Travelbee, 2001). Det å bruke seg selv terapeutisk må kombineres med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, en kombinasjon som utvikles over tid hos sykepleieren. Med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte har sykepleieren evne til å ta i bruk kunnskap fra det teoretiske aspektet ved sykepleiens praksis, og anvender disse begreper og prinsipper i omsorgen for andre. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren og pårørende kjent med hverandre som individer, noe som gjør sykepleieren i stand til å identifisere og møte pårørendes behov for sykepleie (Kristoffersen, 2011).

En motiverende faktor bak menneskelig atferd er håp. Håp er karakterisert ved ønsket om å nå et mål, noe å strebe etter. Håp gjør mennesker i stand til å mestre vanskelige situasjoner (Travelbee, 2001). I følge Travelbee er håp knyttet til sykepleiens mål og hensikt (Kristoffersen, 2011). Det er sykepleierens oppgave å hjelpe mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Ved å opprettholde håp og unngå håpløshet må sykepleieren gjøre seg tilgjengelig og være villig til å snakke, og lytte til det vonde pårørende ønsker å snakke om. Sykepleieren skal gi den hjelpen som det er behov for, uten å måtte bli bedt om det (Travelbee, 2001). Tillit henger sammen med håp og gjennom sin atferd viser sykepleieren at hun kan og ønsker å hjelpe pårørende når behovet er der. Det å skape tillit tar tid, og det er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til (Travelbee, 2001).

### **4.3 Pårørendes behov**

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det et eget punkt som omhandler sykepleieren og pårørende. Det står nedfelt at sykepleieren skal vise pårørende respekt, omtanke og ivareta rettighetene deres (NSF, 2016). Akutt og kritisk sykdom hos en person rammer også pårørende. Når relasjonen mellom pasienten og pårørende er tett blir pårørende ofte sterkt følelsesmessig berørt av situasjonen (Moesmand, 2004). Pårørendes mestringsevne, og som ressurs for pasienten, er avhengig av tidligere livserfaringer, kultur, indre og ytre ressurser (Stubberud & Eikeland, 2013).

Pårørende kan oppleve liten kontroll over situasjonen. De frykter at pasienten lider og er i en situasjon hvor de er avhengige av helsepersonell (Moesmand, 2004). Situasjonen kan føre til tap av mening og sammenheng. Det som tidligere var trygt føles nå utrygt og uforutsigbart (Eide & Eide, 2007). Pårørende setter ofte sine behov i andre rekke og skjuler sine følelser for å kunne være en sterk støttespiller for pasienten (Stubberud & Eikeland, 2013).

Helsepersonell må være oppmerksom på særlig eldre pårørende, fordi mestringsevnen deres kan være annerledes enn til de som er yngre. Eldre pårørende kan ofte ha et mer realistisk syn på sykdom og død, men de har også behov for å bli ivaretatt og sett. Sykepleieren kan oppleve det utfordrende å måtte ivareta både pasienten og deres pårørende. Det kreves mye av sykepleieren for å gi best mulig pleie og omsorg til pasienten, og derfor kan pårørendes reaksjoner oppfattes som en tilleggsbelastning som kan være vanskelig å forholde seg til (Moesmand, 2004). For å utøve helhetlig sykepleie må sykepleieren etablere en relasjon til både pasienten og pårørende (Stubberud & Eikeland, 2013).

#### **4.3.1 Informasjon**

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-3) skal nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes hvis pasienten samtykker, eller forholdene tilsier det. Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse har pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon angående pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Er ikke pasienten i stand til å kommunisere skal helsepersonell forhøre seg med pårørende hvis tilstanden er av alvorlig karakter. Dette for å innhente informasjon om pasientens ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6). For at pårørende skal mestre situasjonen har de behov for kontinuerlig informasjon om pasientens tilstand og behandling (Stubberud & Eikeland, 2013). Når pasientens situasjon er alvorlig har pårørende ofte et stort behov for informasjon. Informasjon bør gis på et tidlig plan, selv om det kun blir av kort varighet. For lite informasjon, eller lang ventetid kan gjøre at pårørende utvikler feiltolkninger og fantasier som kan føre til engstelse og stress (Moesmand, 2004).

Helsepersonell må avdekke pårørendes behov for informasjon. Informasjonen som gis må oppleves relevant, fordi det ofte er kun det pårørende klarer å forholde seg til i en slik situasjon. Det er viktig å informere om sykdommen, behandlingen, følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå og praktiske ting. Informasjon gir økt kunnskap, følelse av kontroll og bidrar til mestring (Eide & Eide, 2007).

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte, og personellet skal sikre seg at mottakeren har forstått innhold og betydning i informasjonen som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Informasjon som gis i sjokkfasen må gjentas senere, fordi den kan bli feiltolket eller kun delvis oppfattet. Helsepersonell bør unngå å bruke medisinsk terminologi for at mottakeren skal forstå innholdet i det som blir sagt. Informasjonen skal være fullstendig og komme på rett tidspunkt (Eide & Eide, 2007). Helsepersonell har taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven (1999, § 21). Muntlig informasjon blir lett glemt i en stressende situasjon, og bør derfor suppleres med skriftlig informasjon. For mange personer å forholde seg til for pårørende kan føre til at informasjonen blir feiltolket. Det bør unngås å gi informasjon som vektlegger et fremtidsperspektiv med for eksempel rehabilitering når pasientens tilstand er kritisk. Da kan hvert fremskritt oppleves som en bonus for pårørende (Stubberud & Eikeland, 2013).

#### **4.3.2 Kommunikasjon**

I følge Eide & Eide (2007) blir begrepet kommunikasjon definert som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (s.17). Verbale og nonverbale tegn blir tolket, og det er hvordan vi tolker disse tegnene som avgjør opplevelsen i møtet med den andre. Helsepersonell kommuniserer som yrkesutøvere på jobb. Det kalles profesjonell, hjelpende kommunikasjon, fordi at den skal være begrunnet i faglig kunnskap og være til hjelp for andre. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016) heter det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.» Disse verdiene kan kun bli oppfylt gjennom god kommunikasjon med pasienter og pårørende (Eide & Eide, 2007).

Når helsepersonell formidler informasjon på en hensiktsmessig måte som kan bidra til å løse problemer, gir anerkjennelse, trygghet og tillit kan det bidra til at pasienter og pårørende opplever mestring. Med begrenset tid til å etablere et helhetlig bilde av situasjon er det en forutsetning at hjelperen har gode kommunikasjonsferdigheter for å kunne identifisere behov og dermed unngå dårlige valg og løsninger. God kommunikasjon fører til kvalitetssikring av helsefaglig arbeid. Den kanskje viktigste ferdigheten i hjelpende kommunikasjon er aktiv lytting, hvor man skiller mellom verbale og nonverbale lytteferdigheter. Det å stille spørsmål og få pårørende til å snakke er verbale lytteferdigheter, mens nonverbale lytteferdigheter kan være øyekontakt og kroppsholdninger (Eide & Eide, 2007).

Store deler av kommunikasjonen er nonverbal. Gjennom nonverbal kommunikasjon uttrykker hjelperen hvorvidt en er innstilt på å lytte og hjelpe, og det avgjør om mottakeren føler seg trygg og ivaretatt (Eide & Eide, 2007). Pårørende registrerer oppførsel, bruk av tonefall og ansiktsuttrykk. Tilliten avhenger blant annet av om det er samsvar mellom sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon (Stubberud & Eikeland, 2013).

En forutsetning for hjelpende kommunikasjon er empati. Hjelperen må ha evnen til å sette seg inn i og forstå pårørendes reaksjoner og følelser. Forståelsen kommuniseres tilbake verbalt, nonverbalt, for eksempel gjennom handling. Empati hos hjelperen vil gjøre en i stand til å oppfatte bekymringer og følelser som ofte kommuniseres vagt og indirekte. Fagkunnskap og evne til profesjonell empati har en nær forbindelse (Eide & Eide, 2007).

### **4.3.3 Håp**

Håp er en avgjørende faktor for hvordan mennesker mestrer situasjoner med sykdom, lidelse og usikkerhet. Det fører til en positiv forventning om at det er en vei gjennom vanskelighetene og tro på at disse kan mestres. Kilden til håp må hvert individ selv finne frem til, ofte har disse nær tilknytning til personlige verdier for vedkommende (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011). I begynnelsen er pårørendes opplevelse av håp ofte knyttet til tilliten til helsepersonellens kompetanse for å gi pasienten den beste behandlingen (Moesmand, 2004).

### **4.3.4 Mestring**

I Kristoffersen (2011) gjengis Lazarus og Folkmans definisjon på mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser» (s. 144). Opplevelse av mestring innebærer at personen må ha en viss tillit til at situasjonen vil komme under kontroll. Det er personens egen vurdering av situasjonen som er avgjørende for hvor belastende og stressende den oppleves. Hvordan personen er, nåværende livssituasjon og tidligere livserfaringer er faktorer som spiller inn på personens evne til å mestre situasjonen (Eide & Eide, 2007). For at sykepleieren skal kunne fremme mestring hos pårørende må hun ha kunnskap om hvilke faktorer som innvirker på personens kognitive vurdering av situasjonen (Kristoffersen, 2011).

I denne oppgaven beskrives Lazarus og Folkmans teori om mestring. De mener at hvis sentrale behov eller verdier i livet er truet, jo sterkere opplevelse av stress har personen. For å mestre situasjoner som oppleves stressende skilles det mellom problemorientert og emosjonelt orientert mestring. Ved problemorientert mestring forholder personen seg aktiv og direkte til situasjonen med den hensikt å håndtere og øke sine handlingsmuligheter i stressende situasjoner. Det kan være å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte. Følelsesmessig bearbeiding av tapet og tilpasning er vesentlig ved denne mestringsstrategien. Ved emosjonelt orientert mestring ønsker personen å endre opplevelsen av en situasjon, fremfor å endre selve situasjonen. Hensikten er å redusere ubehagelige følelser som oppstår i stressende situasjoner. Personen kan da prøve å tenke på noe annet, bagatellisere, fornekte, og unngår både informasjon og selve situasjonen (Kristoffersen, 2011).

#### **4.3.5 Trygghet**

I følge Abraham Maslow er trygghet eller sikkerhet et av menneskets grunnleggende behov. I begrepet legger han behovet for forutsigbarhet og beskyttelse. Behovet for trygghet kommer rett etter de grunnleggende behovene for mat, drikke og søvn. Trygghet har en nær sammenheng med å bli sett og få oppmerksomhet. Sykepleieren må være til stede der og da for pårørende (Thorsen, 2011).

#### **4.3.6 Empowerment**

Det finnes flere definisjoner på begrepet, men på individnivå ses empowerment på som prosessen som er nødvendig for å kunne ta kontroll over eget liv. Gjennom å styrke og aktivere menneskets evne til å ivareta egne behov, løse sine problemer og skaffe seg nødvendige ressurser (Kristoffersen, 2011). Gjennom kommunikasjon og involvering av pasienten og pårørende i beslutninger bidrar helsepersonell til empowerment. Det er begrunnet i verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensynet til pasientens beste (Eide & Eide, 2007).

## 5 Drøfting

Drøftingen skal kunne gi svar på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til slagpasienten i akutfasen?*

### 5.1 Sykepleierens møte med pårørende

En forutsetning for å utøve helhetlig sykepleie er at sykepleieren skaper en relasjon både med pasienten og pårørende (Stubberud & Eikeland, 2013; Travelbee, 2001). I følge Travelbee (2001) er kommunikasjon et av de viktigste redskapene for å skape en relasjon. Gjennom kommunikasjon skal sykepleieren kunne identifisere og møte pårørendes behov for sykepleie (Eide & Eide, 2007; Kristoffersen, 2011). I følge Eide og Eide (2007) er evnen til empati nødvendig for å kommunisere godt, fordi sykepleieren vil kunne oppfatte bekymringer og følelsesmessige reaksjoner og handle ut i fra dette. I studien til Mattila et al. (2014) opplevde pårørende det støttende å få empati hos sykepleieren og det førte dem fremover følelsesmessig. Som pårørende er man sårbar (Moesmand, 2004). Hvis pårørende blir møtt av en sykepleier som opptrer empatisk og har forståelse for deres situasjon kan det være med på å gi dem kontroll over situasjonen. Evnen til empati er ikke gitt i alle situasjoner, men det er noe sykepleieren bør tilstrebe.

Det er pårørendes egen vurdering av situasjonen som avgjør hvor belastende og stressende den oppleves, men ofte vil den være belastende når relasjonen mellom pasienten og pårørende er tett (Kristoffersen, 2011; Moesmand, 2004). Mestringsevnen og hvorvidt pårørende er en ressurs for pasienten er avhengig av nåværende livssituasjon, tidligere livserfaringer, kultur, indre og ytre ressurser (Eide & Eide, 2007; Stubberud & Eikeland, 2013). I teoridelen ble Lazarus og Folkmans to mestringsstrategier beskrevet, begrunnelsen for det er at fra egen praksis gjenkjennes mestringsstrategiene i møte med pårørende til slagpasienten og ser på det som viktig at sykepleieren har kunnskap om akkurat dette. Pårørende kan være svært forskjellige, med ulike reaksjonsmønstre. Eksempel fra praksis er at sykepleierne kan gi uttrykk for at pårørende er «vanskelige», noe som kan føre til at sykepleieren møter pårørende med utgangspunkt i det som ble sagt. I studien til Johansson et al. (2005) fant pårørende det støttende når deres måte å tenke og handle på ble akseptert. De opplevde også forståelse for at deres atferd er uttrykk på deres forsøk å takle situasjonen. Sykepleieren bør derfor bli kjent med pårørende som individer for å kunne forstå deres måte å reagere og handle på. Ved å ta i bruk verbale og nonverbale lytteferdigheter, gjennom å stille spørsmål og oppmuntre pårørende til

å snakke kan sykepleieren med aktiv lytting være i stand til å kunne identifisere og møte deres behov for sykepleie (Eide & Eide, 2007; Kristoffersen, 2011).

Forskning og teori belyser at sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon er avgjørende for om pårørende opplever de blir ivaretatt. I studien til Johansson et al. (2005) og Mattila et al. (2014) fikk pårørende tillit til behandlingen når sykepleieren viste respekt og ansvar for pasienten, og hadde høyt faglig nivå på sin sykepleieutøvelse. Det var viktig å møte mennesker som bryr seg (Johansson et al., 2005). I studien til Wallengren et al. (2008) følte derimot pårørende at de var usynlige, og de beskrev at helsepersonell gjorde jobben sin uten interesse og forpliktelse til dem. Sykepleieren må være bevisst i sin nonverbale kommunikasjon fordi den uttrykker hvorvidt sykepleieren ønsker å hjelpe pårørende (Eide & Eide; Travelbee, 2001). I følge Travelbee skal sykepleieren bruke seg selv terapeutisk og kombinere det med kunnskap fra det teoretiske aspektet ved sykepleiens praksis i omsorgen for andre (Kristoffersen, 2011). En sykepleier som har disse egenskapene vil i sin sykepleieutøvelse kunne vise faglig dyktighet og få tillit hos pårørende. Travelbee mener kombinasjonen utvikles over tid hos sykepleieren (Kristoffersen, 2011), noe som støttes av egne erfaringer fra praksis. De sykepleierne med erfaring i praksis utstrålte en trygghet i sin verbale og nonverbale kommunikasjon som smittet over på både pårørende og pasienten, og det ble så tydelig at partene hadde tillit til hverandre. Trygghet og sikkerhet har sammenheng med beskyttelse (Thorsen, 2011) og det kan derfor tenkes at pårørende ikke tørr å forlate avdelingen hvis ikke de opplever at pasienten er i trygge hender.

I studien til Johansson et al. (2005) fortalte en pårørende «there was a nurse in the ICU who asked 'how are you?' in a direct sort of way so that it was obvious that she was interested.» (s. 293). Dette belyser viktigheten av at det er samsvar mellom sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon i møte med pårørende (Stubberud & Eikeland, 2013). For eksempel hvis sykepleieren ser på klokken i en samtale, eller velger å ta en samtale når vekten snart er over vil det nonverbalt signaliseres at en ikke har tid til pårørende. Sykepleieren bør derfor være bevisst i både sin verbale og nonverbale kommunikasjon fordi det avgjør pårørendes tillit i møte med sykepleieren.

I studien til Wallengren et al. (2008) beskrev pårørende fysiske og psykiske plager. Pårørende er ofte så opptatt av pasienten at de glemmer å ivareta sine egne behov (Stubberud & Eikeland, 2013). Sykepleieren bør derfor minne pårørende på om å ta seg pauser for å få i seg

drikke og mat. I følge Maslow kommer disse behovene før trygghet (Thorsen, 2011), noe som belyser at pårørende først og fremst må få dekket sine fysiologiske behov før de kan oppleve trygghet. Tiltak fra sykepleieren kan være å tilby pårørende kaffe, drikke og kjeks. Opplever pårørende det vanskelig å forlate pasienten kan sykepleieren trygge pårørende med å ringe dem hvis det skjer endringer i pasientens tilstand. Er pårørende tilstede gjennom hele døgnet og ikke har mange rundt seg kan sykepleieren undersøke om det kan tilbys mat fra avdelingen. Sykepleieren bør spesielt være oppmerksom overfor eldre pårørende ettersom de kan ha mindre kapasitet grunnet naturlige aldersforandringer (Moesmand, 2004). Min erfaring fra praksis er at eldre pårørende ofte ikke ønsker å være til bry, noe som kan føre til at sykepleieren ikke identifiserer deres behov for sykepleie. Selv om eldre pårørende kan ha et mer realistisk syn på sykdom og død har de også behov for å bli ivaretatt (Moesmand, 2004).

Resultater fra forskningen viser at pårørende har behov for både informativ, emosjonell og sosial støtte (Mattila et al., 2014; Johansson et al., 2005). Gjennom egen praksis på slagenheten har jeg møtt flere pårørende som har det vanskelig, men opplevd at behovet for støtte fra sykepleieren varierer fra pårørende til pårørende. Mitt inntrykk fra praksis er at pårørende som har mange rundt seg ofte ikke har like stort behov for støtte som de med få rundt seg. Likevel er det viktig at sykepleieren ikke er forutinntatt, men møter pårørende ut i fra Travelbee (2001) sin teori om at alle mennesker er unike og ulike, og gjennom kommunikasjon kan identifisere deres særegne behov (Kristoffersen, 2011). Med ofte begrenset tid i et helsevesen med høyt tempo tydeliggjør det viktigheten av at sykepleieren har kompetanse og ferdigheter i å kommunisere. Det er gjennom god kommunikasjon man bidrar til kvalitetssikring av helsefaglig arbeid (Eide & Eide, 2007).

## **5.2 Hvordan kan sykepleieren gi informasjon på en hensiktsmessig måte?**

For at pårørende skal mestre situasjonen har de behov for kontinuerlig informasjon om pasientens tilstand og behandling (Stubberud & Eikeland, 2013). Dette har pårørende krav på hvis pasienten samtykker til det. Har ikke pasienten samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). I studien til van der Smagt-Duijnsteet et al. (2001) ble informasjon gitt i mindre enn 50 % prosent av tilfellene, noe som er svært urovekkende tall ettersom det er lovpålagt og forskning viser at pårørende har behov for informasjon. Kommunikasjonsproblemer, tidsbegrensning og arbeidsbelastning ble identifisert som barrierer for å gi tilstrekkelig informasjon (Roy et al., 2015). Egen erfaring fra praksis er at disse barrierene kan oppstå og føre til at behovet for informasjon ikke



blir ivaretatt tilstrekkelig. Ved alvorlig hjerneslag der prognosen er usikker har pårørende ofte et stort behov for informasjon (Moesmand, 2004).

I studien til Roy et al. (2015) presiserte sykepleierne viktigheten av å gi informasjon raskt i den akutte fasen, noe som støttes av pårørende i studien til Wallengren et al. (2010).

Pårørende kan utvikle feiltolkninger og fantasier, som kan bidra til stress hvis de får for lite informasjon, eller opplever lang ventetid. Derfor bør informasjon gis på et tidlig plan, selv om det kun er av kort varighet (Moesmand, 2004). Pårørende beskrev i studien til Wallengren et al. (2008) «I do not recognise my close ones any longer» (s. 51) og de opplevde sykehusmiljøet som skremmende og ukjent. Sykepleieren bør derfor informere pårørende om situasjonen, hvilket utstyr pasienten er tilkoblet og hvorfor på et tidlig tidspunkt. Har ikke pårørende sett pasienten etter hjerneslaget inntraff bør sykepleieren tilstrebe å gi informasjon før pårørende går inn på pasientrommet. Dette vil kunne bidra til forutsigbarhet for pårørende. I følge Maslow har behovet for forutsigbarhet en nær sammenheng med trygghet (Thorsen, 2011). Når sykepleieren informerer på et tidlig tidspunkt kan det bidra til å skape trygghet i en overveldende situasjon.

I studien til Mattila et al. (2014) kom det frem at sykepleierne ikke tok hensyn med å gi informasjon på et forståelig språk. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) skal informasjon være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte, og helsepersonell skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen i det som blir sagt. I følge Eide & Eide (2007) må helsepersonell unngå bruk av medisinske fagtermer. I praksis vil det si at sykepleieren må gi informasjon på et forståelig språk og spørre pårørende om de har forstått innholdet i det som blir sagt. Erfaring fra egen praksis når det gjelder legevisitt er at det kan ofte gis mye informasjon med bruk av medisinske fagtermer. Det er derfor viktig at sykepleieren etter visitten forsikrer seg om innholdet er forstått og eventuelt oppklarer misforståelser pårørende, eller pasienten har. Sykepleieren bør være spesielt oppmerksom på eldre pårørende fordi de kan ha nedsatt hørsel, svekket syn og har ofte behov for tid når de mottar informasjon (Moesmand, 2004). Sykepleieren må alltid gjenta informasjonen som er gitt i sjokkfasen fordi den ofte blir feiltolket, eller kun delvis oppfattet (Eide & Eide, 2007). Pårørende bør helst ikke få informasjon fra flere hold, fordi det kan føre til at informasjonen lett kan bli mistolket (Stubberud & Eikeland, 2013). I studien til Mattila et al. (2014) skapte motstridende informasjon usikkerhet hos pårørende. På en avdeling med turnusarbeid kan det være vanskelig å ha samme kontaktperson for pårørende,

men det er viktig at avdelingen prøver å legge til rette for at pårørende har færrest mulig personer å forholde seg til. Dette vil kunne bidra til kontinuitet og forutsigbarhet for pasienten og pårørende, som igjen vil kunne være trygghetsskapende.

I studien til Roy et al. (2015) beskrev sykepleierne det utfordrende å finne den rette balansen mellom å gi for mye, eller ikke nok informasjon. Kvinnelige pårørende kan ofte ha et større informasjonsbehov (van der Smagt-Duijnste, 2001). Noe som støttes av egne erfaringer fra praksis der det oppleves at pårørende ofte har veldig ulike informasjonsbehov. I følge Eide & Eide (2007) er det kun informasjon som oppleves relevant man klarer å ta innover seg i en krisesituasjon. Forskning viser at pårørende ønsker informasjon som berører dem personlig (Wallengren et al., 2010). Derimot viser også forskning at pårørende ble overveldet med informasjon de ikke kunne ta innover seg, og få husket informasjon som fokuserte på de som pårørende. Helsepersonell så ikke på pårørendes og pasientens informasjonsbehov som ulike (Roy et al., 2015). Erfaring fra egen praksis er at pasienten og pårørende ofte kan ha ulike behov for informasjon. Derfor bør sykepleieren kommunisere og bli kjent med pårørende som individ for å kunne identifisere og møte deres behov for informasjon (Kristoffersen, 2011)

Informasjonen skal være sammenhengende og komme på rett tidspunkt (Eide & Eide, 2007). Helsepersonell bør være bevisst i sin taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven (1999, § 21). Egen erfaring fra praksis på en hektisk sengepost der sykepleierne jobber på åpne kontorlandskap, såkalte «åpne» sykehus kan gjøre det problematisk. Informasjon til pårørende kan ofte bli gitt i farta, og det kan være flere personer som ønsker informasjon om pasienten, både på avdelingen og via telefon. Sykepleieren bør derfor tilstrebe å gi informasjon på egnet sted, helst med pårørende og pasienten samlet slik at begge parter får informasjon. På telefon er det nærmeste pårørende som er kontaktperson og sykepleieren bør derfor formidle til andre som ønsker informasjon om pasienten at det kun gis til kontaktpersonen. I studien til Mattila et al. (2014) fikk pårørende dempet noe av sin usikkerhet når de mottok rolig informativ støtte, noe som kan tilsi at sykepleierne bør være bevisst i at det gis tid, rom og sted for informasjon. På en annen side kan «åpne» sykehus bidra til at sykepleierne oppleves mer tilgjengelig, noe kan føles trygt for pårørende.

Pårørende fikk et sterkt behov for å søke informasjon som betydde noe for dem. De søkte informasjon via ulike kilder (Wallengren et al., 2010). Derimot viste studien til Roy et al. (2015) at tilgang på informasjon var variabel, både i aktualitet og kvalitet. Egen erfaring fra

praksis er at informasjonsbrosjyrer som ligger på avdelingen ikke blir brukt av sykepleierne, selv om det kan være et nyttig hjelpemiddel for pårørende å sette seg inn i til enhver tid. Pårørende er i en stressende situasjon som kan føre til at muntlig informasjon lett blir glemt (Stubberud & Eikeland, 2013). Et tiltak kan være at sykepleieren tilbyr pårørende skriftlig informasjon slik at de har den tilgjengelig til enhver tid. Bruk av internett kan være en god kilde til informasjon for pårørende, men samtidig trenger ikke kildene å være pålitelige, ofte kan informasjonen bidra til mer redsel enn kunnskap. Det er derfor viktig at sykepleieren legger til rette for at pårørende innhenter informasjon fra troverdige kilder. Samtidig er det viktig å huske på at disse kildene ikke erstatter den daglige og muntlige kontakten med helsepersonell.

Forskning viser at pårørende ønsker informasjon om den medisinske tilstanden, derav diagnosen, undersøkelser, behandling, komplikasjoner, prognose, medisiner og veien videre til pasienten (Wallengren et al., 2010). For at pårørende skal mestre situasjonen må de få kontinuerlig informasjon (Stubberud & Eikeland, 2013). Det er legen som har hovedansvaret for den medisinske behandlingen, så sykepleieren bør derfor i samråd med legen gi pårørende kontinuerlig informasjon om den medisinske tilstanden og behandlingen til pasienten. Når legen og sykepleieren informerer jevnlig, både om positive og negative endringer med pasienten, vil det kunne bidra til at pårørende føler seg sett og opplever at de blir tatt med i behandlingsprosessen. Har pårørende ikke mulighet å være tilstede hele tiden hos pasienten bør sykepleieren kontakte pårørende via telefon for å oppdatere om situasjonen.

Forskning viser at pårørende også ønsker informasjon om normale reaksjoner de selv kan oppleve i situasjonen de er i (Wallengren et al., 2010), noe som støttes i Eide & Eide (2007) hvor informasjon om praktiske ting også blir beskrevet som viktig. Pårørende følte seg velkommen når de for eksempel ble vist hvor toalettet var, og hvor de kunne hente kaffe (Johansson et al., 2015). Når sykepleieren informerer om normale reaksjoner og praktiske ting kan det bidra til følelse av kontroll, i en ellers kaotisk og overveldende situasjon for pårørende (Eide & Eide, 2007). Det er viktig at sykepleieren bekrefter overfor pårørende at det er normale reaksjoner på en akutt hendelse. I studien til Wallengren et al. (2010) ønsket pårørende informasjon om veien videre. Pasienten har ofte en usikker prognose i akutfasen som kan gjøre det vanskelig å informere om fremtiden. I følge Stubberud & Eikeland (2013) bør helsepersonell unngå å gi informasjon som vektlegger et fremtidsperspektiv med for eksempel rehabilitering, fordi små fremskritt da kan oppleves som en bonus. Sykepleierne fra

praksis har fortalt om tilfeller der helsepersonell har nevnt rehabilitering for pasienten ved mottak, noe som kan føre til forhåpninger hos pårørende når tilstanden fortsatt er kritisk.

### **5.3 Behovet for håp**

Pårørende har behov for at helsepersonell tar seg tid til å besvare spørsmål og at de blir besvart ærlig (van der Smagt-Duijnsteet et al., 2001; Mattila et al., 2014). På en annen side i studien til Mattila et al. (2014) beskrev pårørende at de noen ganger holdt så fast i håpet at de ikke kunne stille spørsmål om pasientens situasjon. I følge Travelbee (2001) er det sykepleierens oppgave å hjelpe pårørende til å oppleve håp. Det er avgjørende for hvordan mennesker mestrer situasjoner med sykdom, lidelse og usikkerhet (Kristoffersen et al., 2011; Travelbee, 2001). Egen erfaring fra praksis er at det kan være utfordrende å være ærlig og samtidig opprettholde håp for pårørende når tilstanden til pasienten er alvorlig. Eksempel fra praksis er at pårørende observerer og opplever at pasienten beveger paralytisk arm, eller at de får øyekontakt med hverandre. Sykepleieren, med flere helsepersonell, har ikke den samme opplevelsen som pårørende. Kilden til håp er noe pårørende selv må finne frem til (Kristoffersen et al., 2011) og derfor kan pårørendes opplevelse av kontakt med pasienten kunne bidra til håp. Samtidig er det viktig at pårørende ikke får falske forhåpninger, noe som støttes av Stubberud & Eikeland (2013), og derfor være ærlig om alvorligheten av situasjonen og hva sykepleieren observerer i møte med pasienten.

Pårørende er i en situasjon hvor de må stole på helsepersonell sin kompetanse. Deres opplevelse av håp i begynnelsen er ofte knyttet til tilliten at pasienten får den beste behandlingen (Moesmand, 2004). I studien til Johansson et al. (2005) fikk pårørende en følelse av sikkerhet når helsepersonell uttrykte at pasienten fikk best mulig behandling og de selv fikk se det. Sykepleieren bør derfor legge til rette for at pårørende i den grad de ønsker kan være tilstede for å se alt som blir gjort for pasienten. I studien til van der Smagt-Duijnsteet et al. (2001) var det viktig for pårørende at helsepersonell var tilgjengelige. I følge Travelbee (2001) kan sykepleieren få tillit hos pårørende gjennom å vise sin tilgjengelighet og gi hjelp uten å måtte bli bedt om det. Det er derfor noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til (Travelbee, 2001). Pårørende opplevde håp og trygghet når de ble sett av helsepersonell (Wallengren et al., 2008). Trygghet har en nær sammenheng med å bli sett og få oppmerksomhet (Thorsen, 2011). Sykepleieren bør derfor gjennom sin atferd vise interesse slik at pårørende føler seg bekreftet og sett, fordi det kan bidra til både håp og trygghet.

#### **5.4 Behovet for å være involvert**

Pårørende har behov for å være en del av behandlingen (Mattila et al., 2014; Johansson et al., 2005). I studien til Johansson et al. (2005) følte pårørende seg involvert når de fikk være sammen med pasienten og dele tanker rundt den medisinske tilstanden. Mens i studien til Mattila et al. (2014) følte pårørende seg involvert når de hadde en relasjon med sykepleieren. Pårørende opplevde en følelse av sikkerhet når de var til stede hos pasienten (Wallengren et al., 2008). Når pårørende fikk være nær pasienten fikk de mulighet til å holde seg oppdatert ved å indirekte få informasjon, ved at sykepleieren forklarer for eksempel prosedyrer. Det bidro til at pårørende fikk mulighet å danne sin egen mening og dermed gjenvinne kontrollen over situasjonen (Johansson et al., 2005). Sykepleieren bør derfor legge til rette for at pårørende kan være sammen med pasienten og ha mulighet til å observere det som skjer. Det vil kunne bidra til at pårørende får kontinuerlig informasjon og trygghet i å se at pasienten er i trygge hender. På en annen side fra egne erfaringer fra praksis så kan sykepleieren observere at pasienten har behov for ro og tid for seg selv. Dette bør sykepleieren informere om, og forklare for pasienten og pårørende hvorfor det er viktig. Jeg har også opplevd i praksis at pårørende ikke helt vet hvordan man skal opptre overfor pasienten og helsepersonell, noe som fører til at de unngår selve situasjonen. Pårørende kan oppleve situasjonen skremmende i et ukjent miljø, men ofte har både pasienten og pårørende behov for tilstedeværelse, og sykepleieren bør derfor oppmuntre pårørende til deltagelse. Ved å involvere pårørende kan det oppleves mindre skremmende for eksempel å berøre, eller snakke med pasienten. Sykepleieren bør derfor legge til rette for at pårørende kan delta i helsehjelpen pasienten mottar, men samtidig respektere de pårørende som ikke ønsker det.

«Who am I to decide?» (s. 455) ble beskrevet av en pårørende som deltok i beslutninger angående pasienten (de Boer et al., 2015). Hvis tilstanden er av alvorlig karakter og pasienten ikke er i stand til å kommunisere, så skal helsepersonell innhente informasjon fra pårørende om pasientens ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6). Når tilstanden til pasienten er alvorlig i den akutte fasen må pårørende ofte ta ulike beslutninger, inkludert beslutningen om å avstå fra behandling. Dette er en situasjon som er opplevd flere ganger i egen praksis. I studien til de Boer et al. (2015) opplever pårørende den akutte fasen som overveldende. De opplever å ta beslutninger under tidspress og at de handler i refleks, der egne følelsesmessige preferanser dominerer. Pårørende opplevde det viktig å få en klar prognose, eller i det minste informasjon om usikkerheten for å kunne ta beslutninger i tråd med pasientens verdier og preferanser. Behandlingsforslag fra legen ble ofte rådende i

avgjørelsen (de Boer et al., 2015). Studien belyser hvor viktig det er at helsepersonell gir informasjon på en hensiktsmessig måte for å fremme empowerment hos pårørende, dette gir nødvendig kunnskap for å fremme verdier som respekt, autonomi og hensynet til pasientens beste (Eide & Eide, 2007). Pårørende ønsket å bli empowered og kunne stole på egne evner (Johansson et al., 2005). I studien til Mattila et al. (2014) opplevde pårørende at de fikk en viss anelse om hva fremtiden kunne bringe når de mottok informasjon. Dette tydeliggjør viktigheten av at sykepleieren er bevisst i den informasjonen hun gir til pårørende for at de skal kunne delta i beslutninger angående pasienten.

## 6 Oppsummering/konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut av hvordan sykepleier kan ivareta pårørendes behov til slagpasienten i akuttfasen. Ivaretagelse av pårørende kan oppleves utfordrende for sykepleieren når tilstanden til pasienten er alvorlig. Ved å ta utgangspunkt i Joyce Travelbee sin teori om etablering av menneske-til-menneske-forhold vil sykepleieren kunne skape en relasjon med pårørende og være i stand til å identifisere deres behov. Det er gjennom god kommunikasjon sykepleieren kan oppfylle verdiene i yrkesetiske retningslinjer, og en forutsetning for det er at sykepleieren har evnen til empati.

Forskningen belyser pårørendes behov i tre kategorier; behovet for informasjon, støtte og involvering. Der behovet for informasjon blir sett på som det viktigste. Pårørende må få hensiktsmessig informasjon, med tanke på innhold, form og sted for å kunne mestre situasjonen. Det vil gi pårørende kunnskap, som vil kunne bidra til empowerment og en følelse av kontroll over situasjonen.

Sykepleieren må være bevisst i sin kommunikasjon for å oppnå tillit hos pårørende. Gjennom å vise sin tilgjengelighet for pårørende og utøve faglig dyktighet vil det kunne bidra til håp og trygghet. Sykepleierens kompetanse er avgjørende for om pårørende føler seg ivaretatt.

Pårørende har ulike forutsetninger for å mestre situasjonen og sykepleieren kan derfor ikke være forutinntatt i møte med pårørende. Sykepleieren må bli kjent med pårørende for å finne ut deres forutsetninger. Det er gjennom en slik tilnærming deres unike behov kan bli identifisert. Sykepleieren må derfor ta utgangspunkt i pårørendes opplevelse av situasjonen for å kunne ivareta deres behov, og derav bidra til mestring av situasjonen.

## Litteraturliste

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg., s. 63-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

de Boer, M.E., Depla, M., Wojtkowiak, J., Visser M.C., Widdershoven, G.A.M., Francke, A.L. & Hertogh C.M.P.M. (2015). Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: Interviews with relatives. *Palliative Medicine*, 29(5), 451-457. doi: 10.1177/0269216314563427.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=akutfasen-undersokelse-og-20014511>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5)

Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in Critical Care*, 10(6), 289-298. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00136.x

Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2.utg., s. 245-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



Kristoffersen, N.J. (2011). Den myndige pasienten. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2.utg., s. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J. (2011). Stress og mestring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2.utg., s. 133-189). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P. & Åstedt-Kurki, P. (2014). The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 305-314. doi: 10.1111/scs.12060

Moesmand, A.M. (2004). Pårørende til akutt kritisk syke. I A.M. Moesmand & A. Kjøllesdal, *Å være akutt og kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. (2.utg., s. 144-200). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk Helseinformatikk. (2017). Hjerneslag. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/>

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Romøren, T.I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Roy, D., Gasquoin S., Caldwell, S. & Nash, D. (2015). Health professional and family perceptions of post-stroke information. *Nursing Praxis in New Zealand*, 31(2), 7-24.

Stubberud, D.G. & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.G Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg., s. 165-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2.utg., s. 105-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Van der Smagt-Duijnste, M.E, Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. & Zuidhof, A. (2001). Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 307-315. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01666.x.

Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 48-55. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00494.x

Wallengren, C., Segesten, K. & Friberg, F. (2010). Relatives' information needs and the characteristics of their search for information – in the words of relatives of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2888-2896. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03259.x

Wergeland, A., Ryen, S., Ødegaard-Olsen, T.G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 2*. (5.utg., s. 303-326). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wyller, V.B. (2014). *Syk 2*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.