



## FORDYPNINGSOPPGAVE

**Tittel:**

**Pårørende på intensivavdeling –  
Hvordan gi omsorg for å oppnå mestring?**

**FORFATTERE:** ERIKA YASMIN SPRUNCK  
LINDA MARIE BACH  
KULL: AIO14V

**Dato:** 08.05.15

HØGSKOLEN I GJØVIK  
AVDELING FOR HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE  
VIDEREUTDANNING I INTENSIVSYKEPLEIE  
MAI 2015

## SAMMENDRAG

|   |
|---|
| <b>Tittel:</b><br>Pårørende på intensivavdeling – hvordan gi omsorg for å oppnå mestring?   |
| <b>Deltakere:</b><br>Erika Yasmin Sprunck<br>Linda Marie Bach   |
| <b>Veileder:</b><br>Tore Karlsen  |
| <b>Evt. Oppdragsgiver:</b> Nei  |
| <b>Stikkord/nøkkelord:</b><br>«Communication», «care», «coping», «next of kin», «family»  |
| <b>Antall sider/ord:</b> 45/8177  |
| <b>Antall vedlegg:</b> 1  |
| <b>Tilgjengelig (åpen/konfidensiell):</b> Åpen  |
| <b>Kort beskrivelse av fordypningsoppgaven:</b><br><br><p><b>Introduksjon:</b> De aller fleste pasienter har pårørende. Når et familiemedlem blir innlagt på intensivavdeling er det som oftest fordi tilstanden er alvorlig. Dette kan gi stress og opplevelse av manglende mestring for pårørende. Muligheten pårørende har til å være en ressurs for pasienten er avhengig av hvordan de mestrer situasjonen.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med fordypningsoppgaven er å undersøke hvilken betydning omsorg har i relasjon mellom pårørende og intensivsykepleier. Om det fører til økt mestringsfølelse ved det første møtet.</p> <p><b>Metode:</b> Metoden som er brukt er et litteraturstudie for innsamling av data. Dette er på grunnlag av systematisk søk i databaser, der man så at det var mange kvalitative studier som belyser forskningsspørsmålet. Det er benyttet litteratur i form av bøker, forskningsartikler og annen relevant litteratur.</p> <p><b>Hovedresultat:</b> Pårørende var opptatt av å få informasjon. Både skriftlig informasjon om praktiske ting, og muntlig informasjon om pasientens behandling og tilstand. Det at intensivsykepleieren så pårørende og anerkjente deres ulike reaksjoner var viktig for mestring. Pårørende vil gjerne bli involvert og være nær pasienten. Pårørende var også opptatt av intensivsykepleierens holdning til pasienten. Det betydde også en del at det var ryddig på rommet hvor pasienten lå.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Intensivsykepleierens kommunikasjon og utøvelse av omsorg på ulike måter overfor pårørende er viktig for at de skal oppleve mestring.</p> |

## ABSTRACT

|  |
|--|
| <b>Title:</b><br>Next of kin on the intensive care unit (ICU ) - how to provide care to help the next of kin coping with being on the ICU?   |
| <b>Participants:</b><br>Erika Yasmin Sprunck<br>Linda Marie Bach   |
| <b>Supervisor:</b><br>Tore Karlsen   |
| <b>Employer:</b> No  |
| <b>Keywords:</b><br>«Communication», «care», «coping», «next of kin», «family»   |
| <b>Number of pages/words:</b> 45/8177  |
| <b>Number of appendix:</b> 1   |
| <b>Availability (open/confidential):</b> Open  |
| <b>Short description of the in-depth project:</b><br><br><p><b>Introduction:</b> Most patients have a next of kin. When a family member is admitted on the intensive care unit it is probably because the situation is serious. This can cause stress and an experience of lack of coping for the next of kin. The possibility of next of kin being a resource for the patient depends how next of kin copes with the situation.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this assignment is to investigate what significant care has in relation to next of kin and ICU-nurse (Intensive care unit-nurse) at the first meeting, and if it leads to an experience of coping with the situation.</p> <p><b>Method:</b> The method we applied was a literature study. We have done a structured search in different databases, and we have also used literature like books, research articles and other relevant literature related to the subject.</p> <p><b>Main result:</b> The next of kin was interested in receiving information about treatment, condition and practical information in written and oral form. The fact that the ICU-nurse saw next of kin and acknowledged their different reactions was important. Next of kin wanted to be involved and to be near the patient. Next of kin was also preoccupied with the ICU-nurse's attitude towards the patient. Another important factor was that the patient's room was kept neat and tidy.</p> <p><b>Conclusion:</b> The ICU-nurse's communication and caring in different ways for the next of kin is important for the next of kin's experience and coping with being on the ICU.</p> |

## FORORD

Denne fordypningsoppgaven markerer slutten på vår videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. Fokus i denne oppgaven har vært hvordan møte pårørende på intensivavdelingen.

Dette studiet har vært lærerikt, utfordrende og krevende. Gjennom denne prosessen har vi tilegnet oss ny kunnskap og erfaring, som vi vil ta med videre som intensivsykepleiere.

For det første vil vi rette en stor takk til vår veileder Tore Karlsen for motiverende innspill, konstruktiv kritikk og god støtte.

Vi vil også rette en takk til våre familier for støtte og oppmuntring.

Erika Yasmin Sprunck og Linda Marie Bach

Mai 2015

*Herre, kan du bruke min stemme i dag  
Til å snakke med dem som har bruk for milde ord?  
Herre, i dag gir jeg deg min stemme.  
Fra Mor Teresas bønn*

|   |    |
|---|----|
| INNHold   |    |
| SAMMENDRAG.....   | 2  |
| ABSTRACT.....   | 3  |
| FORORD.....   | 4  |
| 1.0 INNLEDNING.....   | 7  |
| 1.1 Introduksjon til tema.....                                      | 7  |
| 1.1.1 Temaets relevans for intensivsykepleiere.....                 | 7  |
| 1.1.2 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområde.....         | 8  |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema.....                                  | 8  |
| 1.2.1 Begrepsavklaring.....   | 9  |
| 1.2.2 Etikk på intensivavdelingen.....                              | 9  |
| 1.2.3 Travelbees sykepleieteori.....                                | 9  |
| 1.2.4 Nonverbal kommunikasjon.....                                  | 11 |
| 1.2.5 Omsorg.....   | 11 |
| 1.2.6 Intensivavdelingen og intensivpasienten.....                  | 12 |
| 1.2.7 Stress og kriser.....   | 12 |
| 1.2.8 Krisereaksjoner.....  | 13 |
| 1.2.9 Mestring.....   | 13 |
| 1.2.10 Mestringsstrategier.....                                     | 14 |
| 1.2.11 Pårørende.....   | 14 |
| 1.3 Hensikt.....  | 15 |
| 1.4 Problemstilling.....  | 15 |
| 1.4.1 Avgrensning av problemstilling.....                           | 15 |
| 2.0 METODE.....   | 16 |
| 2.1 Picoskjema.....   | 16 |
| 2.2 Søkord/databaser.....   | 17 |
| 2.3 Søkestrategi.....   | 17 |
| 2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....                        | 18 |
| 2.5 Etske overveielser.....   | 19 |
| 2.6 Hvordan resultatene i de inkluderte artiklene er analysert..... | 19 |

|  |    |
|--|----|
| 3.0 RESULTATER .....   | 20 |
| 3.1 Litteraturmatrise .....                                  | 20 |
| 3.2 Presentasjon av resultater .....                         | 26 |
| 3.2.1 Det fysiske miljøet og praktisk tilrettelegging .....  | 27 |
| 3.2.2 Kommunikasjon - informasjon .....                      | 27 |
| 3.2.3 Hjelp til krisehåndtering - anerkjenne reaksjoner..... | 28 |
| 3.2.4 Involvere pårørende .....                              | 29 |
| 3.2.5 Trygghet og tillit som grunnlag for mestring.....      | 30 |
| 4.0 DRØFTING .....   | 31 |
| 4.1 Resultatdrøfting .....                                   | 31 |
| 4.1.2 Det fysiske miljøet og praktisk tilrettelegging.....   | 31 |
| 4.1.3 Kommunikasjon - informasjon .....                      | 32 |
| 4.1.4 Hjelp til krisehåndtering -anerkjenne reaksjoner.....  | 34 |
| 4.1.5 Involvere pårørende .....                              | 35 |
| 4.1.6 Trygghet og tillit som grunnlag for mestring.....      | 36 |
| 4.2 Metodedrøfting.....                                      | 38 |
| 5.0 KONKLUSJON.....  | 40 |
| 5.1 Implikasjoner for praksis .....                          | 40 |
| 6.0 LITTERATURLISTE .....                                    | 42 |
| VEDLEGG .....  | 45 |

Ord: 8177

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Introduksjon til tema

De aller fleste pasienter som er innlagt på en intensivavdeling vil få besøk av en eller flere pårørende. De nærmeste pårørende utgjør kanskje den viktigste støtten for pasienten, og kan bli sett på som en viktig ressurs og støtte i pasientens sykdomsforløp. Muligheten pårørende har til å være en ressurs for pasienten er avhengig av hvordan de mestrer situasjonen.

*“Pasientens pårørende kan sees på som helsevesenets “glemte ressurs”. De pårørende kan i en del situasjoner utgjøre en helt nødvendig del av de krefter som må aktiveres når et menneske blir sykt...pårørende skal være nær pasienten, hjelpe og trøste gjennom en vanskelig tid. Pårørende vil dessuten ofte være en viktig ressurs i forbindelse med selve behandlingen” (Warberg 2011, s. 420).*

Joyce Travelbees sykepleieteori beskriver systematisk det “menneske-til-menneske-forhold” som skjer mellom to mennesker ved deres første møte. Hun påpeker viktigheten av god kommunikasjon i relasjon mellom mennesker. Travelbees teori har fokus utover pasient - sykepleier aspektet, til også å omhandle familien; å mestre møtet med sykdom og lidelse (Kirkevold og Bonnevie 2010). Omsorg for andre er en overordnet verdi i sosial- og helsefaglig arbeid, og er en grunnleggende forutsetning for profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Omsorgsbegrepet kan forstås som det å bekymre seg for, eller bry seg om noen (Eide og Eide 2004).

#### 1.1.1 Temaets relevans for intensivsykepleiere

I funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere står det i punkt 4.4 om intensivsykepleierens rehabiliterende funksjon: “Intensivsykepleieren ser på pårørende som en ressurs i pasientens rehabilitering og har derfor et ansvar for å yte omsorg for pasientens pårørende” (Sykepleierforbund 2002).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det blant annet om sykepleier og pårørende. Sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende, samt samhandle med pårørende (Sykepleierforbund 2011).

### **1.1.2 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområde**

Høgskolen i Gjøvik ønsker å være drivkraft til forskning på klinisk sykepleie. Det er tre hovedområder hvor vårt tema omhandler delområdet; kvalitet i sykepleie. Temaet kvalitet i sykepleie inneholder to fokusområder; pasienters behov og sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet. "Pasienters behov og sikkerhet handler om utvikling av kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten, samt pasientsikkerhet" (Gjøvik).

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Pårørendes første møte med avdelingen kan oppleves som belastende fordi det er en ny og ukjent situasjon. Derfor er det viktig å forberede pårørende på situasjonen som møter dem. Sykepleieren har en oppgave å gjøre pårørende trygge i situasjonen, slik at de kan bruke tid og ressurser på pasienten (Stubberud 2010c). "Pårørende utgjør en like sentral målgruppe for sykepleien som pasienten selv" (Høye 2003). I en prospektiv cohort studie ble det gjennom kvalitativ og kvantitativ metode sett på hva pårørende var tilfreds med, og hvilke tiltak man burde jobbe med for å forbedre. Funnene viser at pårørende stort sett er fornøyde, men at det er bedringspotensial når det gjelder kommunikasjon. Pårørende opplevde at intensivsykepleiere og leger formidlet forskjellig informasjon. Pårørende trengte forståelig informasjon, gjerne repetert, da de var i sjokk og dermed glemte informasjonen. De trengte emosjonell støtte og trygghet, ved at personalet viste respekt og medfølelse. De sentrale funnene samsvarer med andre studier som omhandler pårørendes møte med en intensivavdeling (Schwarzkopf mfl. 2013).



### **1.2.1 Begrepsavklaring**

I oppgaven brukes både intensivsykepleier og sykepleier om hverandre for å gi variasjon.

### **1.2.2 Etikk på intensivavdelingen**

Intensivsykepleiere må til stadighet ta stilling til ulike etiske problemstillinger (Stubberud 2010a). Helsedirektoratet har fire sentrale etiske prinsipper; autonomiprinsippet, prinsippet om ikke-skade, velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Den akutt kritisk/syke pasienten har ofte manglende autonomi/selvbestemmelsesrett. Pasienten kan være tilkoblet respirator, eller på andre måter være ute av stand til å gi uttrykk for sine ønsker og behov. Når ikke pasienten har samtykkekompetanse, er det nærmeste pårørende som kan uttale seg om hva de tror pasienten ville ønsket. Ikke-skade prinsippet handler om å sikre at pasienten ikke skades av nytteløse undersøkelser og behandlinger. Velgjørhetsprinsippet ivaretas ved å handle til pasientens beste. Det å begrense livsforlengende behandling og å ivareta en verdig død hos alvorlig syke pasienter oppleves som etisk svært utfordrende (Stubberud 2010a). "Rettferdighetsprinsippet stammer helt fra Aristoteles og lyder: "Tilfeller som er like i etisk relevante henseender skal behandles likt." Det betyr at like tilfeller skal behandles likt. Men der det foreligger relevant forskjell er det grunn til forskjellsbehandling." (Slettebø 2013, s. 116).

### **1.2.3 Travelbees sykepleieteori**

Travelbees viktigste begreper i teorien er; mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske forhold og kommunikasjon. Travelbee tar sterk avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket. Hun forkaster begrepene pasient og sykepleier, da dette nesten fører til en stereotypisering av de som får disse merkelappene (Kirkevold 1992).

*"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene" (Kirkevold 1992, s. 113).*

Travelbee skisserer to typiske måter å reagere på når lidelsen rammer. Den ene er “hvorfors meg?”, den andre er “hvorfors ikke meg?”. Den mest vanlige er “hvorfors meg?” reaksjonen. Den karakteriseres ved at personen ikke forstår hvorfors lidelsen har rammet meg. Det gir en følelse av at lidelsen er meningsløs og “urettferdig”. Den andre reaksjon “hvorfors ikke meg?” handler om å akseptere at en del av livet er sykdom og lidelse. Individet som reagerer på denne måten er som regel i stand til å mestre eller holde ut lidelsen (Kirkevold 1992).

Ved å finne mening med det som skjer, og å føle seg nødvendig for noen, gir det livet betydning. Mennesker trenger ofte hjelp til å finne mening i ulike livserfaringer. Travelbees teori om at det er målrettet teoretisk tilnærming som fører til at sykepleieren erverver seg kunnskap og erfaring for å hjelpe den som lider til å mestre situasjonen, og finne mening i den (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

#### Menneske-til-menneske-forhold

Sykepleiers hensikt i følge Travelbee oppnås ved å etablere et “menneske-til-menneske” forhold. Det er sykepleieren som står ansvarlig for å få til dette selv om et er to personer involvert.

“Et menneske-til-menneske-forhold er et mål som etableres etter flere gjennomgåtte interaksjonsfaser. Travelbee stiller opp følgende faser: 1) Det innledende møtet, 2) Fremvekst av identiteter, 3) Empati, 4) Sympati, 5) Gjensidig forståelse og kontakt.” (Kirkevold 1992, s. 117).

#### Travelbee og kommunikasjon

Et av de viktige redskaper når det gjelder å etablere et “menneske-til-menneske-forhold”, er i følge Travelbee, kommunikasjon. Kommunikasjon er en prosess der tanker og følelser blir formidlet fra en person til en annen. Når mennesker møtes utspiller det seg en kontinuerlig kommunikasjon. Denne kommunikasjon kan være både verbal (med ord) og non-verbal (mimikk, tonefall, bevegelse og berøring (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011)).

### Å bruke seg selv terapeutisk

Å bruke seg selv terapeutisk er en evne som utvikles hos sykepleiere, ikke minst gjennom utdanning. Selvinnsikt og forståelse for menneskelig atferd, og evne til å forutsi både sin egen og andres atferd er viktig, i følge Travelbee. Sykepleieren må selv ha tenkt igjennom sitt forhold til sykdom, lidelse og død - samt holdninger og verdier til dette (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

#### **1.2.4 Nonverbal kommunikasjon**

“Kommunikasjon skjer kontinuerlig når to mennesker møtes, både verbalt og nonverbalt” (Kirkevold 1992, s. 119).

*“Kommunikasjon i relasjoner er gjerne av to hovedtyper: verbal og nonverbal. Med verbal kommunikasjon menes at innholdet er språklig formidlet, enten gjennom tale eller skrift. Nonverbal kommunikasjon innebærer utveksling av signaler på andre måter, for eksempel gjennom kroppsholdning, bevegelser, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring.....på mange nivåer og med ulike styrke - rasjonelt og emosjonelt, direkte og indirekte, distansert og empatisk, kontrollert og spontant, bevisst og ubevisst.” (Eide og Eide 2004, s. 19).*

Nonverbale signaler som blick, berøring og måten stemmen brukes på, kan ha en sterk effekt som dog kan være ubevisst. Ved en myk og vennlig berøring kan effekten være at mottaker føler seg trygg og akseptert. Er berøringen derimot brå, vil vedkommende lett føle seg truet og avvist. Dette kan føre til at mottaker lukker seg (Eide og Eide 2004).

#### **1.2.5 Omsorg**

Omsorg er det primære i alt menneskelig liv hevder Benner og Wrubel. De definerer det “som en måte å forholde seg til verden på, ved at personer, hendelser, prosjekter og ting betyr noe for et menneske.” (Kirkevold og Bonnevie 2010, s. 199). Et av momentene i deres teori handler om at omsorg er viktig for å kunne bry seg, ta i mot hjelp og gi hjelp. I sykepleie er omsorgen

videreutviklet fra den omsorg alle mennesker er i stand til å ha for sine medmennesker. Videreutviklingen består i at omsorgen kobles til kunnskaper og mennesker, deres helhetlige funksjon og atferd. Ordet omsorg blir brukt både i daglig tale og behandlingsøyemed. Omsorg i sykepleie er noe betydningsfullt som fører til en bevisst vilje til handling (Karoliussen og Smebye 1993).

### **1.2.6 Intensivavdelingen og intensivpasienten**

Ved de fleste sykehus med intensivavdelinger har man en blanding av ulike pasientkategorier; både kirurgisk og medisinske pasienter. Det som kjennetegner en intensivavdeling er at pasientene er de sykeste og mest skadde som andre avdelinger ikke kan ta seg av. Et av kriteriene for å være pasient på intensivavdeling er at pasienten skal ha akutt svikt i flere vitale organfunksjoner. Pasienter som er innlagt på intensivavdeling har ofte en tilstand som er kompleks og ustabil, og behandlingen er ofte komplisert og ressurskrevende. Intensivsykepleieren skal blant annet betjene avansert teknisk behandlingsutstyr og ivareta pasientens pårørende (Stubberud 2010b).

### **1.2.7 Stress og kriser**

Begrepet stress kommer av det latinske ordet "stringere" som betyr å stramme til (Bråten 2013). Stress kan defineres som psykofysiologiske reaksjoner eller spenninger, som følge av store påkjenninger som truer personens evne til å mestre (Raanheim og Raanheim 2002). Stress er en uunngåelig faktor i krise. Stressreaksjonene deler man ofte opp i tre: 1) De fysiologiske stressreaksjonene der blant annet pusten øker, hjertet slår hardere, pupillene utvides og fordøyelsen avtar. 2) Endret persepsjon, opplevelse av situasjonen. I hverdagen mottar man en rekke sanseintrykk som tas opp via de ulike sanseapparatene som syn, hørsel, lukter og smaker. Man bruker filtreringsmekanismer for ikke å bli overbelastet. Man kan for eksempel oppleve tunnelsyn ved å fokusere på faren. I tillegg redusert hørsel da fokuset ligger på andre sanser. 3) Kognitive endringer, tanker og følelser. Man kan oppfatte tanker og følelser som er ukjente. I en

situasjon med høy risiko kan man oppleve at tiden går saktere. I tillegg til endret tidsopplevelse, kan situasjonen virke som drømmeaktig eller fjern (Bråten 2013).

Når man i dagligtalen snakker om at en person er i en krise, mener man at personen er i en situasjon som er vanskelig å takle. Det brukes flere forskjellige definisjoner på kriser innenfor psykiatrien. Cullberg mener at man er i en krisetilstand når man er i en livssituasjon der tidligere erfaringer og reaksjoner, ikke er tilstrekkelig for å kunne forstå og beherske situasjonen (Cullberg og Hambro 2007).

### **1.2.8 Krisereaksjoner**

Kriser oppleves subjektivt for mennesker, og er avhengig av hvilke tidligere kriser/erfaringer og innlærte mestringsstrategier personen innehar (Bråten 2013). Krisereaksjoner deles inn i 4 kategorier. 1) Sjokkfase; kan vare fra timer til dager, og personen forsøker å holde det som har hendt ute av bevisstheten. Den kriserammede vil være lite mottakelig for informasjon, og den beste lindringen vil sannsynligvis være fysisk kontakt med sine nære. 2) Reaksjonsfase; er preget av forsvarsreaksjoner som regresjon, fornektning og isolering av følelser. 3) Bearbeidingsfase; i denne fasen slipper personen fornektelsen, og begynner å ta innover seg realiteten, og man tenker over konsekvenser av det som er skjedd. Denne fasen er som oftest mest smertefull. 4) Nyorienteringsfase; denne fasen kommer vanligvis seks måneder etter traumet. Denne fasen består av at man aksepterer fortiden og finner nye interesser og måter å tilfredsstille grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

### **1.2.9 Mestring**

Mestring innenfor psykologien forklares som menneskers evne til å håndtere livshendelser, påkjenninger og situasjoner som er utenfor det daglige. Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel mener at mestring er et vesentlig begrep i deres teori. De forklarer det på følgende måte; "Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet" (Kirkevold og Bonnevie 2010, s. 203). Mennesket kan aldri bestemme om de blir stresset eller ikke, men hvordan de håndterer stresset handler om å finne effektive

mestringsstrategier. En pårørende som opplever at ens nærmeste blir syk, kan ikke selv bestemme om en skal bli stresset eller ikke. Men en kan finne strategier på hvordan man skal mestre stresset som er forbundet med en sykehusinnleggelsen (Kirkevold og Bonnevie 2010). Benner og Wrubel hevder at omsorg handler om å “bry seg om noe”, og det skaper muligheter for mennesker til å finne meningsfulle måter å mestre en situasjon på. Det å bry seg gjør også at man utsetter seg for stress og risiko, da dem man bryr seg om kan bli syke eller bli borte. Det å bry seg skaper muligheter for å motta hjelp og yte hjelp (Kirkevold og Bonnevie 2010).

### **1.2.10 Mestringsstrategier**

Mestringsstrategier kan deles inn i to hovedtyper der den ene er problemfokusert strategi, som endrer på den spesifikke situasjonen. Den andre er emosjonelt fokuserte strategier som endrer måten situasjonen oppfattes på. Det er vanlig at man bruker problemfokusert strategi der det er mulig å endre på resultatet. Emosjonell strategi brukes der personen ikke kan gjøre noe for å endre situasjonen. I stedet for å prøve å endre på situasjonen, endrer man situasjonens betydning og mening (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

### **1.2.11 Pårørende**

Tradisjonelt har pårørende blitt oppfattet som synonymt med familie - det vil si personer som kommer fra samme slekt eller er inngiftet. Begrepet familie sier dog ikke noe om hvordan den følelsesmessige relasjonen er mellom personene (Warberg 2011). I Pasient- og brukerrettighetsloven defineres pasientens pårørende som “...den som pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende” (Lovdata 1999). Ideelt sett er det best om pasienten selv utnevner nærmeste pårørende, men i en akutt og kritisk situasjon er det ikke alltid mulig. Da skal pårørende være i nevnte rekkefølge; ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge (Warberg 2011).

Man skal også være klar over at noen familiesituasjoner er vanskelige, og at pårørende ikke er en ressurs, men kan være kjernen til problemer. Også pårørende som ikke er enige seg i mellom

kan være en utfordring. Dette vil kunne bli en byrde både for pasienten og behandlingsapparatet (Warberg 2011).

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med fordypningsoppgaven er å undersøke hvilken betydning omsorg har i relasjon med pårørende og intensivsykepleier. Om det fører til økt mestringsfølelse ved det første møtet på intensivavdeling. I en kvalitativ studie om intensivsykepleierens møte med pårørende har Nygård og Anderson kommet frem til følgende resultat: "Intensivsykepleierne beskriver at det som var viktig de første 24 timene, var å gi omsorg, god informasjon og akseptere pårørendes reaksjoner" (Nygård og Andersen 2014). Det første møtet med pårørende danner utgangspunkt for videre samhandling. Med utgangspunkt i dette blir problemstillingen følgende:

### **1.4 Problemstilling**

**Pårørende på intensivavdeling - hvordan gi omsorg for å oppnå mestring?**

#### **1.4.1 Avgrensning av problemstilling**

Vi har i oppgaven fokus på pårørendes første møte med en intensivavdeling. Dette er innenfor en tidsramme på 24 timer etter pasienten har ankommet intensivavdelingen.

## 2.0 METODE

Metode er et verktøy for ny kunnskap, Vilhelm Aubert definerer metode som:

*“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode” (Dalland 2012, s. 111).*

I denne oppgaven er det brukt teoretisk metode for innsamling av data, dette er på grunnlag av systematisk søk i databaser der man så at det var mange kvalitative studier som belyser forskningsspørsmålet.

Et litteraturstudie er en oppgave der man benytter litteratur i form av bøker, forskningsartikler og annen relevant litteratur for å finne svar på et forskningsspørsmål (Dalland 2012).

Gjennom et litteraturstudie vil man tilegne seg forskningsbasert kunnskap. Forskningsbasert kunnskap kombinert med erfaringsbasert kunnskap gjennom praksis, samspill med pasienter og pårørende, gjenspeiler brukerkunnskap og brukermedvirkning. Disse momentene tilsammen danner grunnlaget for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt 2007).

### 2.1 Picoskjema

Picoskjema brukes for å dele opp spørsmålet, slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Gjennom bruk av picoskjema, der ordene er satt inn i system, er det funnet et forskningsspørsmål som danner grunnlaget for problemstillingen (Nortvedt 2007).

Rubrikken med alternativer står åpen da denne rubrikken brukes kun der man ønsker å måle forskjeller i resultater mellom ulike grupper (Bjørk og Solhaug 2008).



| Population | Intervention | Comparison<br>(alternativer) | Outcome (resultat) |
|------------|--------------|------------------------------|--------------------|
| Pårørende  | Omsorg       |                              | Oppløve mestring   |

## 2.2 Søkord/databaser

Søkordene som er brukt er: «Intensive care unit», «intensive care nurse», «critically ill», «next of kin», «family», «relatives», «communication», «care», «coping» og «first meeting». Det er stort sett MESH termer (Medical subject headings), men noen ord som «first meeting» er ikke MESH termer, men nødvendig for å begrense søkene til hva det søkes etter.

Databaser som er blitt brukt for systematisk søk er OVID nursing database, Svemed+, Cinahl og PubMed samt helsebiblioteket. Det er også gjort usystematiske søk på Google Scholar. Google Scholar er også blitt brukt for å finne forskningsartiklene i fulltekst. Det er blitt brukt oversettelsesprogrammer for å oversette vanskelige ord og avsnitt fra engelsk til norsk. Søkestrategien går ut på å starte søkene med enkeltord for så å kombinere flere ord for å få ned mengden på antall treff. Det er blitt brukt «AND» der man ønsker å knytte to ord sammen og redusere antall treff, og «OR» der det er ønskelig med forskjellige ord av samme kombinasjon eller utvide søket.

## 2.3 Søkestrategi

| Søkord                        | Database                 | Kombinasjoner        | Antall treff |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------|
| <b>1. Family</b>              | OVID Nursing<br>database | 1. And 3.            | 8939         |
| <b>2. Communication</b>       |                          | 1. And 2.            | 12723        |
| <b>3. Critical care nurse</b> | Svemed+                  | 1. And 2. And 3.     | 283          |
| <b>1. Critically ill</b>      | Cinahl                   | 1. And 2. And 3. And | 15           |
| <b>2. Family</b>              |                          | 4.                   | 48493        |

|                               |        |                          |        |
|-------------------------------|--------|--------------------------|--------|
| <b>3. Intensive care unit</b> |        | 1. And 2.                | 2649   |
| <b>4. Communication</b>       |        | 1. Or 2.                 | 340    |
| <b>1. Next of kin</b>         |        | 1. and. 2                | 95     |
| <b>2. Intensive care unit</b> |        | 1.and 2. And 3.          | 712    |
| <b>3. First meeting</b>       |        | 1. and 2. And. 3. And 4. | 25     |
| <b>1. Communication</b>       |        |                          | 15518  |
| <b>2. Familys</b>             |        |                          | 135320 |
| <b>3. ICU</b>                 |        |                          | 12159  |
| <b>4. Coping</b>              |        |                          | 139    |
| <b>1. ICU</b>                 | Cinahl | 1.And 2.                 | 9      |
| <b>2. Family coping</b>       |        |                          |        |
| <b>1. ICU</b>                 | Pubmed | 1.and 2. and 3.          | 15     |
| <b>2. Relatives</b>           |        |                          | 27     |
| <b>3. Coping</b>              |        |                          |        |

## 2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Et av inklusjonskriteriene er voksne pårørende til voksne intensivpasienter. Barn er ekskludert da de trenger et annen form for oppfølging. I litteratursøket er det begrenset til primærstudier. Fremmedkulturelle er ekskludert særlig med tanke på kommunikasjon da både verbal og nonverbal kommunikasjon er kulturelt betinget. Litteraturen som blir valgt ut er primærkilder med IMRAD struktur. Det brukes primært litteratur fra 2008-2015, som er faglig vurdert. Eldre litteratur i form av bøker, som kan være sekundær kilder er blitt brukt, da man ser at det er relevant og aktuelt.

## **2.5 Etiske overveielser**

Akademisk redelighet innebærer å la leseren ta del i forfatterens refleksjoner gjennom valg av litteratur og kildene som er brukt i oppgaven. Dette er viktig når man skriver en oppgave som student ved høyskole eller universitet. En god oppgave kan ende opp i Høyskolens bibliotekdatabase tilgjengelig for alle. Andre lesere kan finne dette interessant og bygge videre på funnene i oppgaven. Er det plagiat (tatt fra andre verk) og blir brukt kan feilen føres videre i nye arbeider (Dalland 2012).

I Lov om opphavsrett til åndsverk står det i §1 "Den som skaper et åndsverk, har opphavsrett til verket" (Lovdata 1961).

Det er blitt brukt EndNote referanseverktøy med Harvard-HIG som referansestil, slik at leseren lett kan finne igjen referansene.

## **2.6 Hvordan resultatene i de inkluderte artiklene er analysert**

I medisinsk litteratur publiseres det hundrevis av enkeltstudier daglig. Til tross for at de er faglig vurdert, kan man ikke stole fullt ut på resultatene (Nortvedt 2007). For å få en systematisk oversikt over hovedbudskapet i de utvalgte artiklene, er de blitt satt inn i litteraturmatrisen fortløpende. Artiklene har blitt analysert ved at begge forfatterne har lest artiklene på egenhånd, skrevet ned stikkord for så å sammenligne. Til slutt er artiklene analysert i fellesskap ved hjelp av sjekklister fra Kunnskapssenteret, nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2014). Etter at artiklene ble analysert ved hjelp av sjekklisene, har vi forandret på litteraturmatrisens innhold der det har vært nødvendig. Artiklene har blitt sammenlignet med hverandre for å finne temaer som går igjen. Til slutt ble de viktigste temaene delt inn i bolker for å få en systematisk gjennomgang av resultatene.

## 3.0 RESULTATER

### 3.1 Litteratormatrise

| Referanse                           | Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål   | Metode   | Resultat/Diskusjon  | Egne kommentarer   |
|-------------------------------------|---|--|---|--|
| (Eriksson, Lindahl og Bergbom 2010) | Målet var å tolke samspillet mellom kritisk syke pasienter og deres pårørende i en ICU, og for å avsløre en dypere forståelse av de tilreisendes situasjon. | En hermeneutisk forskningsdesign med ikke-deltakende observasjon ble valgt som data-innsamlingsmetode. Det ble gjennomført observasjoner av 10 pasienter og 24 pårørende i en 20-timers periode. Teksten beskriver observasjoner av samspillet som ble tolket i samsvar med Gadamers tanker. | Fysiske miljøet ble et hinder for samspillet Det er designet for medisinsk og teknisk bruk, og dermed ble ikke helbredelse fremmet. Fagfolk er viktig for å tolke signalene fra både pasienter og pårørende, samt for å finne omsorgsfulle strategier, for eksempel fysisk kontakt som fremmer samspill, som igjen styrker tilknytning. | Følger IMRAD struktur.<br><br>Viktigste fokus er omgivelsene og det fysiske rom. Også interessant at intensivsykepleier hjelper til med at pårørende tør å omgås pasienten gjennom kroppskontakt ved massasje. |
| (Blom, Gustavsson og Sundler 2013)  | Målet med denne studien var å undersøke deltakelse og støtte som  | Denne studien benyttet fenomenologisk tilnærming som   | Fire hovedmomenter; deltakelse i omsorgen for å være nær  | Følger IMRAD struktur. Studien sier noe om pårørende føler seg ivaretatt og  |

|                           |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|
|                           | oppleves av nære slektninger til pasienter på intensiv-avdeling  | er utviklet av Dahlberg et al. (2008) som en metode for reflekterende livsverden forskning. Syv nære slektninger til kritisk syke pasienter på en ICU ble intervjuet. Dataene ble analysert med fokus på pårørendes meninger | pasienten; tillit i omsorgen pasienten får; støtten som trengs for engasjement i deltakelse ved omsorg; og sårbarhet.                            | viktigheten av å motiverer pårørende til å bidra til hjelp for pasienten.  |
| (Nygård og Andersen 2014) | Hensikten med studien er å synliggjøre intensivsykepleiers rolle i møte med pårørende til akutt kritisk syke pasienter de første 24 timene etter innleggelse i intensivavdeling i Norge. | Kvalitativ metode hvor det er utført dybdeintervju av ni intensivsykepleiere fra ulike intensivavdelinger i Norge.   | Intensivsykepleierne beskrev at det som var viktig de første 24 timene, var å gi god omsorg, gi informasjon og akseptere pårørendes reaksjoner.  | Mastergradsoppgave fra Norge. God relevans i og med at det er fra Norge. Litt få intervjuer, men de er sammenfallende selv om de kommer fra ulike sykehus. |
| (Dokk og Forgaard 2014)   | Artikkelen er basert på et kvalitets-sikringsprosjekt, utført ved OUS i samarbeid med HIOA. Man ønsker å finne svar på hva   | Kvalitativt studie med deskriptive intervjuer. Med hva og hvordan spørsmål. 15 pårørende ble spurt   | Funnene i studien viser at pårørende har behov for mer strukturert informasjon og trygghet. Pårørende er også opptatt av at de selv og pasienten | Fagartikkel. Studien omhandler pasienter som har gjennomgått en traumatisk hjerneskade. Ønske om informasjon er delt inn i fire                            |

|                        |   |  |  |   |
|------------------------|---|--|--|---|
|                        | pårørende til pasienter med traumatisk hjerneskade trenger i møtet med Intensiv-avdeling .  |  | blir møtt med empati, respekt og gode holdninger.  | underkategorier 1) Medisinsk informasjon 2) Struktur i informasjonen som gis 3) Praktisk informasjon 4) Kort og presis informasjon. Det står ingen ting om forskningsetiske overveielser i fagartikkelen.   |
| (Frivold og Dale 2013) | Hensikten med denne studien var å belyse og tolke en gruppe sykepleieres erfaring med å være i interaksjon med pårørende i en intensiv-avdeling.        | En åpen, kvalitativ, fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble brukt i studien for å få en forståelse av sykepleiernes opplevelser og erfaringer. | Funnene i studien viser at sykepleierne opplevde at gode interaksjoner med pårørende i intensiv-avdeling kjennetegnes ved trygghet og tillit mellom sykepleier og familie. Viktigheten av god kommunikasjon er essensielt for pårørende, og her har sykepleierne en nøkkelrolle. | Funnene i denne studien sammenfaller med andre studier hvor det er fokus på kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende. Studien sier også noe om at det er viktig at sykepleieren bevisst bruker sin kompetanse preget av evnen til å lytte, forstå, støtte og gi omsorg. |
| (Ellingsen 2009)       | Studiens hensikt er å beskrive hvordan brukermedvirkning oppfattes og erfares av pårørende til intensiv-pasienter. Med slik kunnskap vil helsepersonell | Mastergrads-studie. Studien er utforskende og beskrivende med kvalitativt forsknings-intervju av fem pårørende.                                    | For alle informanter var bruker-medvirkning et fremmed begrep. De hadde likevel en formening om hva ordet betydde. Informasjon og innsyn og var den  | Studien har mer vektlegging på pårørendes brukermedvirkning. Informasjon står også her sentralt som et viktig moment for å oppleve at det kan   |

|                       |   |   |  |   |
|-----------------------|---|---|--|---|
|                       | <p>kunne styrke pårørendes stilling og øke deres mulighet til å medvirke.</p>   |   | <p>viktigste forutsetningen for medvirkning. Informantene synes å ha en felles oppfatning om at trygghet og tillit var grunnleggende forutsetninger for å kunne medvirke. I den forbindelse ble pårørendes styrke, personalets holdninger og væremåte, kontinuitet og strukturelle faktorer vektlagt. Informantene beskrev sin medvirkning som informasjon, tilstedeværelse, deltakelse og dagbok.</p> | <p>hjelpe sin nære som er på sykehuset.</p>   |
| <p>(Akroute 2015)</p> | <p>Hensikten med studien er å beskrive og tydeliggjøre intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser av samhandling med pårørende til eldre pasienter (over 80 år) på Intensiv.</p> | <p>Kvalitativt studie med semi-strukturerte intervjuer.</p> <p>Seks intensivsykepleiere som hadde minimum 5 års erfaring, tre menn og tre kvinner deltok.</p> | <p>Pårørende kan være en ressurs fordi de kjenner pasientens tidligere historie. Motsatt kan pårørende være et "forstyrrende element" da de kan få reaksjoner på akutt sykdom i familien, og tar ut følelser og reaksjoner på intensivavdelingen. Pårørende opplever angst, fortvilelse,</p>   | <p>Studien viser at det er behov for familiefokusert sykepleie på intensivavdelingen. Det trengs mer åpenhet rundt vanskelige temaer. Sykepleier må møte pårørende og pasienter med åpenhet, ærlighet og respekt. Artikkelen er fra en masteroppgave i klinisk sykepleie.</p> |

|                         |   |  |   |  |
|-------------------------|---|--|---|--|
|                         |   |  | avmakt, kaos og depresjon ved oppstått sykdom. Derfor er det viktig at sykepleier har god kunnskap om krisehåndtering. Involvering av pårørende er også viktig.   |  |
| (Turner-Cobb mfl. 2015) | Hensikten med studien er å undersøke hvilken psykobiologisk virkning pårørende blir utsatt for ved besøk på intensivavdeling innen første døgn. | Studien bruker en mikset metode av kvalitativ og kvantitativ data.<br><br>På den kvalitative metoden ble det brukt semi-strukturerte intervjuer, analysert ved hjelp av fortolket fenomenologi. Den kvantitative studien brukte standardiserte selvrappor-terings-skjemaer og prøvetaking av Kortisol som en biomarkør for stress. | Den kvalitative delen av studien deler inn resultatet i 4 bolker.<br>1) Intensiv miljø: Pårørende følte aggressjon og frustrasjon over å finne frem til sykehuset. De var bekymret for utstyret og støy fra medisinsk teknisk utstyr. Empati og kommunikasjon ble viktig. De som ikke hadde erfaring med intensivavdeling, så for seg avdelingen slik de har sett gjennom tv og media.<br>2) Emosjonell respons: Pårørende opplevde bekymring og frykt. Samt frykt for å ikke ha kontroll over følelser.<br>3) Familie- | Den mikset metoden som er brukt sammenfaller med hverandre. Det kvantitative studiet med Kortisol, viser lettere depresjoner og økt angstnivå hos pårørende. |



|                         |   |  |  |  |
|-------------------------|---|--|--|--|
|                         |   |  | forhold: Mangel på kontakt til den syke skapte anger hos pårørende.<br>4) Støtte: Personalet på intensiv, familie og arbeidsgivere ble nevnt som støttespillere. |  |
| (Cypress 2015)          | Hensikten med denne studien er å beskrive og forstå hvordan sykepleier, pasient og pårørende opplever et intensiv-opphold. Forsknings-spørsmål som ble brukt var; hvilke erfaringer har pasient og pårørende av intensiv-sykepleiere på intensiv-avdelingen? Og det andre; hvilke erfaringer har sykepleieren av pasient og pårørende på intensiv-avdelingen. | Studien bruker kvantitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. De brukte dybde- intervju med åpne spørsmål. Det var 15 deltakere; fem intensiv-sykepleiere, fem pårørende og fem pasienter. | Studiens resultat var blant annet at hele familien var involvert og berørt når en av deres var syk. Studien fokuserer mer på det psykososiale aspektet.          | Interessant at studiet tar for seg de tre involverte parter; sykepleier, pasient og pårørende.             |
| (Schwarzkopf mfl. 2013) | Hensikten med studiet var å vurdere familietilfredshet på intensiv-   | Metoden som ble brukt var prospektiv kohort studie. Dette ble utført på fire   | 215 pårørende som besøkte voksne på intensiv som var der mer enn 48 timer svarte på undersøkelsen.   | En stor studie der pårørende til 775 pasienter ble invitert til å delta. Interessant at pårørende ønsket å |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  | avdelingen og finne områder for forbedring. | forskjellige intensiv-avdelinger (blandet nevrologisk, kardiologisk og kirurgisk) på et universitets-sykehus i Tyskland. Det ble brukt spørreskjema som ble besvart på en skala, og tre åpne spørsmål om styrker og svakheter. Kvantitativ analyse ble utført for å identifisere elementer med lav ytelse og høy viktighet. Kvalitativ analyse ble brukt for å identifisere viktige temaer. | Temaer som hadde forbedrings-potensial som kom frem både i det kvalitative og kvantitative analysen var; bedre hjelp til pasienten da han var agitert. Klar og fullstendig informasjon. Emosjonell støtte, respekt og medfølelse ovenfor familiene. Pårørende var også misfornøyde med venterom, intensiv-atmosfæren og fasiliteter for pårørende. Til tross for at de var svært fornøyde med omsorgen de ble vist, var det forbedrings-potensial for hvordan personalet kommuniserte med pårørende, og hvordan de ga emosjonell støtte. | vite hva som skjedde da de ble henvist venterommet. De følte at personalet hadde noe å skjule. |
|--|---|---|--|--|

### 3.2 Presentasjon av resultater

Gjennom analysen av artiklene har det utmerket seg fem hovedpunkter som går igjen i de aller fleste av artiklene. De fem hovedpunktene er; 1) Det fysiske miljøet og praktisk tilrettelegging. 2) Kommunikasjon og informasjon. 3) Hjelp til krisehåndtering hos pårørende - anerkjenne deres reaksjoner. 4) Involvering av pårørende. 5) Trygghet og tillit som grunnlag for mestring.

### **3.2.1 Det fysiske miljøet og praktisk tilrettelegging**

I Erikssons (2010) studie kommer det fram at det var viktig for familien med enerom. Blant annet fordi det var med på å styrke den generelle kommunikasjonen. Det at rommet var designet for det medisinske og instrumententelle prosedyrer gjorde at pårørende syntes rommet var upersonlig og dette hindret de i samspillet med pasienten (Eriksson, Lindahl og Bergbom 2010). Nygård og Andersen (2014) intervjuet intensivsykepleiere. Det kom fram at når pasientrommet var ryddig, ga dette et inntrykk overfor pårørende at pasienten ble behandlet med verdighet. Det kom også fram at en av intensivsykepleierens oppgave var av det mer praktiske slaget, å sørge for at pårørende fikk dekket basale behov mat, søvn og hvile. I den akutte fasen ble det lett til at de pårørende ikke tok seg tid til å spise og hvile (Nygård og Andersen 2014). Blom, Gustavsson og Sundler (2013) fremhever at det var viktig for pårørende å ha personlige ting på rommet, for eksempel bilder (Blom, Gustavsson og Sundler 2013). Turner-Cobb (2015) fant ut at pårørende opplevde stress ved ankomsten til sykehuset, både for å finne parkeringsplass og finne avdelingen. Dette kunne framkalle frustrasjon og sinne. Det hjalp hvis de pårørende hadde tidligere erfaring med intensivavdeling (Turner-Cobb mfl. 2015). Schwarzkopf m.fl. intervjuet mange pårørende. Flere av dem var misfornøyd med pårønderommet de ble sendt ut på. Det var lite hyggelig. Ved å bli sendt ut på venterommet fikk de en følelse av at sykepleieren hadde noe å skjule (Schwarzkopf mfl. 2013).

### **3.2.2 Kommunikasjon - informasjon**

Alle studiene har med informasjon som en viktig faktor. Blom, Gustavsson m.fl. (2013) nevner det med informasjon, støtte og at de pårørende blir involvert i det som skjer (Blom, Gustavsson og Sundler 2013). Akroute (2015) sier at ved god kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende kan misforståelser unngås. For eksempel kan voksne barn sitte med viktige opplysninger om sine gamle foreldre, opplysninger som kan være viktig for å forstå hvordan pasienten tilstand var før innleggelsen. Samtidig kan det være en utfordring med pårørende fordi de har ønsker og krav for sine nære som er syke. Dette samsvarer ikke alltid med hva som medisinsk er mulig og realistisk. Alle informanentene i Akroutes (2015) studie, sier at det kan oppstå ubehagelige og vanskelige situasjoner når pårørende forsøker å styre pasientens

behandling. Dette begrenser sykepleiernes handlingsfrihet. Alle informanter fremhever at informasjon til de pårørende kan redusere konfliktnivået. De fremhever blant annet viktigheten av god og forståelig informasjon til alle som har behov for det. For å få til et godt samarbeid med pårørende mener sykepleierne at de må være åpne, ærlige og tydelige i sin kommunikasjon. Videre vil dette kunne redusere stress og minske lidelse for pasient og pårørende (Akroute 2015). Nygård og Andersen (2014) fremhever at informasjon på forskjellige måter var viktig. Praktisk informasjon som overnatting, parkering og besøkstider er vanskelig å huske for pårørende så det kan gjerne gis skriftlig i tillegg. Intensivavdelingen er et høyteknologisk miljø, og det kan virke skremmende. Derfor er informasjon om det tekniske utstyret viktig før pårørende kommer inn til pasienten. Det første pårørende blir fortalt er å ha fokus på pasienten, men man vet også at det er lett å bli distraheret av lyder, lys og blinkende skjermer (Nygård og Andersen 2014). Frivold og Dale (2013) poengterer viktigheten av god kommunikasjon som det essensielle for å gi trygghet og tillit (Frivold og Dale 2013). Forgaard og Dokk (2013) har erfaring med at flere pårørende påpeker verdien av at informasjonen de får er individuelt tilpasset. De så en sammenheng mellom behovet for informasjon og omfanget av skaden. Pårørende som gjennomgår en krise kan ha problemer med å lagre informasjon og beskjeder. Det er derfor viktig at informasjonen er kort og presis. Et hverdagslig språk er lettere å forstå en vanskelig medisinske terminologi (Dokk og Forgaard 2014).

### **3.2.3 Hjelp til krisehåndtering - anerkjenne reaksjoner**

Akroutes (2015) forskning har vist at pårørende opplever angst, fortvilelse, avmakt, depresjon og kaos ved akutt sykdom. Det er svært viktig at intensivsykepleieren har kunnskap om krisehåndtering, slik at man tidlig i prosessen kan hjelpe pårørende, og dermed gjøre de pårørende i stand til å være en ressurs for pasienten. Skal man lykkes med samhandling med de pårørende er det en ting som blir fremhevet; anerkjennelse av de pårørendes reaksjoner, at de opplever å bli sett og hørt. Da eldre er en stadig større andel av de som blir innlagt på sykehus, vil deres pårørende (voksne barn) gjerne være yrkesaktive selv, og har flere forskjellige belastninger på hjemmebane. Hos disse stilles det krav til å yte omsorg for egne barn og for den syke, eldre samtidig. Følelsesmessig medfører dette store utfordringer. Når pårørende får hjelp

til krisehåndtering, og god og ærlig informasjon om pasientens tilstand, oppleves mestring. De pårørende kan ha dårlig samvittighet fordi de ikke strekker til, og kan da uttrykke ulike følelsesmessige reaksjoner som intensivsykepleieren må håndtere (Akroute 2015). Turner og Cobb (2015) undersøkte at pårørende på grunn av stress fremviste lette symptomer på mild depresjon og økt kortisolnivå i kroppen (Turner-Cobb mfl. 2015). (Nygård og Andersen (2014) erfarte at pårørende er i en sjokk- og krisesituasjon, og de erfarer mange ulike reaksjoner. Det som nevnes er aggressivitet, forvirring, taushet, apati, gråt og redsel. Flere intensivsykepleiere synes det er utfordrende å møte pårørende i den første fasen, da de ikke vet hvilke reaksjoner og behov de pårørende vil ha. For noen av deltakerne er det viktig å gi pårørende aksept for ulike reaksjoner og møte de der de er, selv om det kan være vanskelig (Nygård og Andersen 2014).

#### **3.2.4 Involvere pårørende**

Nygaard og Andersen (2014) påpeker at pårørende ønsker å være nær pasienten hele tiden. Når en ny pasient kommer til avdelingen er det ofte stress og mye som skjer. Likevel er det viktig å bruke tid på pårørende så de føler seg ivaretatt. Samtaler og omsorgsfulle handlinger kan bidra til å skape den tillitt og trygghet pårørende trenger i den akutte fasen av sykdomsforløpet. Pårørende har et stort behov for å bli sett, lyttet til, trøstet og fortjener å bli behandlet med respekt og verdighet. Det ble fremhevet at i den første tiden var færrest mulig intensivsykepleiere involvert, for å skape trygghet (Nygård og Andersen 2014). Blom, Gustavsson m.fl. (2013) er kommet fram til at det essensielle av involvering og støtte er beskrevet i følgende setninger; deltakelse i pleien og å være nær til pasienten. Det var ikke nødvendigvis det at de pårørende må gjøre så mye, men det å være der var viktig. Her er det av stor betydning å snakke med de pårørende om hva de ønsker. Tillit til pleien pasienten mottar; de nære pårørende følte trygghet og sikkerhet rundt pleien når de hadde tillit til sykepleieren. Da ble de mindre sårbare. Når helsepersonell involverte de pårørende i pleien av pasienten gjennom informasjon, og spurte spørsmål på en respektfull måte, opplevde de pårørende at det var meningsfullt å være der. Uansett om pasienten overlevde eller døde (Blom, Gustavsson og Sundler 2013). Ellingsen (2009) fremhever at for pårørende var det viktig å være på besøk ofte, gjerne hver dag. Fravær av kontakt uten å kunne kommunisere med pasienten gjorde at det opplevdes vondt å være på

besøk og bli konfrontert med virkeligheten. Situasjonen ga en følelse av å være hjelpeløs og maktesløs. Likevel var det godt å komme på besøk for å få bekreftelse om håp. Det ble også sagt at det var forskjell på sykepleiere, og hvor mye de lot pårørende være inne på rommet ved stell og prosedyrer. Ulik holdning og praksis blant sykepleierne førte uforutsigbarhet for pårørende (Ellingsen 2009). Cypress (2011) fant ut at det var en sammenheng, ikke bare mellom pasient og sykepleier, men også mellom sykepleier og pårørende. Det var viktig å støtte pårørende som omsorgspersoner og inkludere dem i bestemmelser som tas (Cypress 2015).

### **3.2.5 Trygghet og tillit som grunnlag for mestring**

Frivold og Dale (2013) nevner viktigheten av de spesielle egenskaper man innehar som omsorgsyter i en profesjonell relasjon; egenskaper som å kunne lytte, å vise forståelse, å gi muligheter for deltakelse, og å trøste og støtte. Funnene i studien viser at sykepleierne opplevde at gode interaksjoner med pårørende i intensivavdeling kjennetegnes ved trygghet og tillit mellom sykepleier og familie. En inkluderende atmosfære er ofte en forutsetning for å oppnå tillit og trygghet når en familie plutselig befinner seg i en ny og skremmende situasjon. Ved å gjøre situasjonen så "hjemlig" som mulig, og ved å vise at sykepleier ivaretok pasientens integritet på best mulig måte. Dette gjorde at pårørende følte seg trygge, velkomne og inkludert (Frivold og Dale 2013). Dokk og Forgård (2014) fant at sykepleierens holdninger påvirker pårørendes opplevelse på avdelingen. De er opptatt av at sykepleieren behandler pasienten med verdighet, respekt og at det ble vist omsorg for den syke. I møtet med pårørende og pasient må sykepleieren fremstå som et medmenneske samtidig som sykepleieren også skal være profesjonell. Sykepleieren skal være tilstede i sitt arbeide, anerkjenne pårørende og vise forståelse (Dokk og Forgaard 2014).

## 4.0 DRØFTING

### 4.1 Resultatdrøfting

#### 4.1.2 Det fysiske miljøet og praktisk tilrettelegging

Det fysiske miljøet i et venterom er viktig for pårørendes tilfredshet. Det viser seg at manglende skjerming på venterom kan øke angsten hos pårørende (Schwarzkopf mfl. 2013). Venterommet på vår avdeling er i en gang med kontinuerlig gjennomgangstrafikk til og fra avdelingen. Det er få muligheter for å skjerme pårørende fra hverandre. I forbindelse med bilulykker har vi opplevd at pårørende til begge involverte parter har sittet på samme venterom. Manglende skjerming har ført til ubehagelige situasjoner for alle parter. Pårørende ønsker at venterommet skal være mer vennlig med mulighet for privatliv (Schwarzkopf mfl. 2013).

Når pårørende blir varslet om sykdom i nær familie, vil dette utløse stressfaktorer før de ankommer sykehuset. Informasjonen er ofte vag, da tilstanden til pasienten er uavklart og usikker (Turner-Cobb mfl. 2015). De fysiske reaksjonene på stress er en naturlig respons, som kan gjøre det vanskeligere å mestre enkle gjøremål, som å finne parkeringsplass. Følelsen av å ikke mestre enkle oppgaver, genererer til økt stressnivå som kan gi utslag i frustrasjon og sinne (Turner-Cobb mfl. 2015). Vår erfaring viser at det er lite intensivsykepleieren kan gjøre for å forandre på det praktiske rundt situasjonen før pårørende ankommer avdelingen. Travelbee mener at intensivsykepleieren er ansvarlig for å etablere et menneske-til-menneske forhold ved det første møtet (Kirkevold 1992). Derfor blir det viktig at intensivsykepleieren viser forståelse for at de pårørende opplever ekstra stress ved enkle gjøremål. Vår erfaring er at ved å bekrefte deres frustrasjon ved å stille spørsmålet; "gikk det greit å komme hit?" er med på at pårørende føler seg sett ved ankomst.

På vår intensivavdeling blir pårørende bedt om å ringe på en ringeklokke, og vente inntil noen åpner for dem. Noen pårørende gir uttrykk for at det er vanskelig å finne ringeklokken, da denne er plassert lite synlig bak en dør. Dette kan også ses i sammenheng med at pårørende er stresset når de ankommer avdelingen. Den forståelsen sykepleieren viser pårørende er en medvirkende

faktor som skaper trygghet og tillit som grunnlag for mestring (Moesmand og Kjøllesdal 2004). En annen måte å vise pårørende omsorg er å bidra til å dekke pårørendes grunnleggende behov (Nygård og Andersen 2014). Pårørende setter ofte sine egne grunnleggende behov til side, fordi de har pasienten i fokus (Burr og Severinsson 2001). Dersom pårørende har tidligere erfaring med lignende situasjoner, vil de ikke bruke uhensiktsmessige ressurser på praktiske oppgaver. Dette er fordi mestringsstrategier fra tidligere erfaringer er lagret i langtidshukommelsen (Turner-Cobb mfl. 2015), (Bråten 2013).

#### **4.1.3 Kommunikasjon - informasjon**

“Ulike sider ved kommunikasjon tas opp fordi det er gjennom kommunikasjon at mestring kan fremmes”(Moesmand og Kjøllesdal 2004, s. 239). Et overraskende moment var at i noen tilfeller kan bruk av humor selv i alvorlige situasjoner, bidra til at interaksjonen blir preget av trygghet og tillit. Humor kan føre til at pårørende blir mer avslappet i forhold til situasjonen og lette på kommunikasjonen mellom sykepleier og pårørende. Men det er svært viktig at det er et klart skille ved humor og alvor. Erfaring bidrar til å velge ut i hvilke settinger humor kan brukes, og når det ikke skal brukes. Dette må vurderes ulikt ut i fra person og situasjon om det passer inn (Frivold og Dale 2013).

Travelbee mener at kommunikasjon er et viktig redskap for formidling når to mennesker møtes. Kommunikasjon kan være både verbal og non-verbal (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Annen teori fremhever også at non-verbal kommunikasjon antas å være en mer pålitelig kilde av å formidle hva som menes. Dette er fordi man ikke i samme grad bevisst kontrollerer den non-verbale atferd (Karoliussen og Smebye 1993).

I utvalget av forskningsartikler, var det lite fokus på nonverbal kommunikasjon blant pårørende. Men flere av artiklene påpeker at pårørende er opptatt av at sykepleier viser god holdning og respekt (Dokk og Forgaard 2014) (Frivold og Dale 2013). Dette tolker vi som nonverbal kommunikasjon. Non-verbal informasjon var informasjon pårørende observerte ut fra overvåkingsutstyret, samt personalets væremåte og holdninger overfor pasienten (Ellingsen 2009).



Det som ble fremhevet i artikkelen til Nygård, var kommunikasjon i forbindelse med informasjon, både om pasientens tilstand og utstyret rundt pasienten, var viktig for å redusere stress (Nygård og Andersen 2014). Dette sammenfaller med flere av de andre artiklene. I en doktorgradsavhandling om reaksjoner og relasjoner på intensiv, påpeker intensivsykepleierne viktigheten av å forberede pårørende før det første møtet med pasienten. Intensivsykepleierne synes det var en utfordring de gangene de ikke hadde mulighet til å forlate pasientrommet. De måtte da forberede pårørende i døren inn til pasienten. Dette opplevdes vanskelig for begge parter. For intensivsykepleiere ble det en uverdigg måte å møte pårørende på. For pårørende ble det en situasjon som ikke fremmet trygghet, men heller fremmet usikkerhet. Dette var fordi pårørende ikke forstod hvorfor de ble stanset utenfor døren. For det eneste de ville var å komme inn til pasienten (Burr og Severinsson 2001). Når pårørende første gang skal inn til pasienten kan det virke skremmende, både på grunn av hvordan pasienten ser ut koblet til utstyr, og eventuelt har et forandret utseende. Ved å forberede de pårørende på hva de kommer til å se, kan det være med på å redusere angst for situasjonen (Stubberud 2010c).

Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pårørende har rett til informasjon, forutsatt at pasienten har samtykket til det (Lovdata 1999). I de tilfeller hvor pasienten ikke vil at pårørende skal vite noe, skal det ganske gode grunner til at de pårørende kan informeres. Taushetsplikt er hovedregelen. En kan stå i en situasjon hvor ikke pasienten er i stand til å samtykke, og hvor det ikke fra før er nevnt hvem som er nærmeste pårørende (Warberg 2011). Da skal Pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3b om hvem som er pasientens nærmeste pårørende brukes (Lovdata 1999). For at pårørende kan hjelpe pasienten best mulig er det en forutsetning at de mottar forståelig informasjon om pasientens situasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004). I Schwarzkopfs studie påpeker pårørende at det de var mindre fornøyd med, var når personalet brukte medisinsk terminologi og ikke dagligtale (Schwarzkopf mfl. 2013). Dette sammenfaller med andre studier.

Sykepleiere opplever ofte at pårørende stiller spørsmål om diagnose og utfallet av behandling. Det å våge å være ærlig er utfordrende, men fremstår som viktig del av dialogen med pårørende (Nygård og Andersen 2014).

Vår erfaring er at det viktigste er ikke hva du sier men at du sier noe. For eksempel i en situasjoner der all behandling er avsluttet, og pårørende spør; “ hvor lenge pasient har igjen?”

I slike tilfeller kan det være til hjelp å forklare pårørende hvordan man antar at den siste tiden blir, og hvilke tegn vi ser etter når det begynner å nærme seg slutten. Selv om pårørende ikke får et konkret svar, hjelper det dem likevel å ha noe å forholde seg til. Det er viktig å være oppmerksom på at informasjon kan misforstås. Det kan både være sykepleier som er uklar, men også pårørende som ikke er mottakelig for informasjon der og da (Nygård og Andersen 2014).

Vi har erfart at av flere ulike måter å gi omsorg til pårørende på, er at kommunikasjon er en av viktigste måtene å skape trygghet og tillit på. Det fascinerende med kommunikasjon er at det ikke finnes noen eksakt oppskrift på hvordan man kan kommunisere med pårørende.

#### **4.1.4 Hjelp til krisehåndtering -anerkjenne reaksjoner**

Når en person blir akutt kritisk syk rammes også pårørende (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Pårørende gjennomgår ofte en krise. Dette kan være en livssituasjon de ikke har vært borti før, og dermed ikke har erfaring med hvordan man mestrer situasjonen (Cullberg og Hambro 2007). Intensivsykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende, og se på dem som en ressurs (Sykepleierforbund 2011), (Sykepleierforbund 2002). Akroute (2015) mener at intensivsykepleiere må inneha kunnskap om krisehåndtering. Denne kunnskapen er med på å forstå pårørendes reaksjoner og hjelpe de tidlig, slik at pårørende kan være en ressurs for pasienten. Intensivsykepleier bør informere pårørende om psykiske reaksjoner som de kan oppleve, og trygge dem i at dette er normale reaksjoner (Walderstrøm 2007). Når pårørende får hjelp til krisehåndtering oppleves mestring (Akroute 2015). Travelbee mener at sykepleiere må kunne bruke seg selv terapeutisk ved at de anerkjenner pårørendes reaksjoner, gjennom å vise forståelse for hvorfor pårørende reagerer slik de gjør. Sykepleieren må også selv ha tenkt igjennom sitt forhold til liv og død (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Dersom ikke

sykepleieren har et avklart forhold til hvordan en reagerer i akutt situasjon, vil det være vanskelig å kunne hjelpe pårørende. Evnen til å vise omsorg er personavhengig og kommer med erfaring. En sykepleier med god teoretisk kunnskap om ivaretagelse av pårørende er nødvendigvis ikke dyktig i sitt møte med pårørende (Nygård og Andersen 2014).

I en doktorgradsavhandling kommer det fram at når pårørende er i en truende situasjon, mente de at det var viktig å bevare kontrollen over følelsene, og heller ha fokus på pasienten. Pårørende nevnte at de gråt og viste følelser når de var alene, og ikke sammen med pasienten (Burr og Severinsson 2001). Moesmand (2004) nevner det som viktig at pårørende skjuler sine bekymringer når de er inne hos pasienten. Dette er for å gi pasienten håp i en alvorlig situasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Vår tolkning av funnene i artiklene viste at det var viktigere for pårørende å være tilstede uavhengig av deres sinnstilstand. Selv om det kan være vanskelig å møte pårørendes ulike reaksjoner, er det essensielt å gi dem aksept for deres følelser (Nygård og Andersen 2014). Vi ser at pårørende klarer å samle seg når de er inne hos pasienten, hvis vi på forhånd har anerkjent deres følelser. Dette gjør vi ved å bekrefte overfor pårørende at den følelsen de har der og da, er akseptabel.

#### **4.1.5 Involvere pårørende**

Erfaring viser at i det pasienten ankommer intensivavdelingen er det gjerne flere sykepleiere og leger involvert. Det skjer mye på en gang, og pårørende blir gjerne bedt om å vente på gangen til situasjonen er mer oversiktlig. Ved å bruke et par minutter til å forklare pårørende hva som skjer, kan det i den akutte fasen skape tillit og trygghet som pårørende trenger (Nygård og Andersen 2014). Hvis noen tar seg tid til å gå ut til pårørende underveis mens det jobbes med pasienten og tydelig viser at pårørende ikke er glemt, betyr det veldig mye (Frivold og Dale 2013). Studier viser at når pårørende blir sittende på gangen, føler de at sykepleierne har noe å skjule (Schwarzkopf mfl. 2013). Det er omdiskutert om pårørende skal være til stede i akuttsituasjoner. Det har vært vanlig å henvise dem til korridor eller venterom (Stubberud 2010c). Argumentet for at ikke pårørende skal være til stede, er at det kan være stressende både for pasienten og personalet. Et argument for å la pårørende være tilstede er at de kan være en ressurs for pasienten, og at pårørende ser det som blir gjort for pasienten (Stubberud 2010c). Ut fra Pasient- og

brukerrettighetsloven har pårørende anledning til å være hos pasienten, både under invasive prosedyrer og ved hjerte- lunge redning (HLR) (Moesmand og Kjøllesdal 2004) . Internasjonale retningslinjer om HLR anbefaler at pårørende får tilbud om å være tilstede under HLR når det er mulig (Lexow mfl. 2012). Studier har vist at flertallet av pårørende som har fått være med i resuscitering av sine nærmeste ville valgt det samme igjen. Argumentene for å være til stede var blant annet av det er lettere å forholde seg til døden, når pårørende så at alt som var mulig, ble gjort. Det handler ofte også om at det er verre å sitte på gangen enn å vite hva som skjer (Lexow mfl. 2012). Vår erfaring er at pårørende i de aller fleste tilfeller blir bedt om å gå ut ved stell, snuing, ved prosedyrer og undersøkelser. Det er svært sjelden at pårørende forlanger å bli værende. Vi ser det som at intensivsykepleieren har et ansvar for at pårørende blir mer involvert, hvis de ønsker det. I studien til Ellingsen viste det seg at pårørende hadde stor respekt for personalet. Dette gjorde at de opplevde det vanskelig å si at de ønsket å bli mer involvert. Dette fordi de på den ene siden ville bli akseptert av personalet, mens de på den andre siden ikke ønsket å være til bry. De trodde at pasientens behandling var avhengig av at de ble akseptert av sykepleierne (Ellingsen 2009).

Pårørendes stress og hvordan de håndterer situasjonen vil være av betydning om pårørende er en ressurs for pasienten eller ikke (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Benner og Wrubel mener at sykepleieren har en videreutviklet omsorgsevne som består i at omsorgen kobles til kunnskaper og mennesker (Karoliussen og Smebye 1993) Denne kunnskapen kan intensivsykepleieren bruke for å forstå den omsorgen pårørende trenger for å føle seg involvert og bedre kunne mestre situasjonen. For pårørende var det viktig å observere at sykepleierne ga omsorg til pasienten. Dette var med på å økte tryggheten og tilliten til sykepleieren (Ellingsen 2009).

#### **4.1.6 Trygghet og tillit som grunnlag for mestring**

“ Måten helsepersonell møter pårørende er betydningsfull. Det gjør forskjellen mellom å kjenne seg ivaretatt eller avvist. Måten de pårørende blir møtt på, har betydning for tilliten de opplever som er grunnleggende i relasjonene til helsepersonell. Et godt og

tillitsvekkende møte gir pårørende en opplevelse av å bli tatt på alvor, som igjen får betydning for hvordan de pårørende makter å involvere seg og å støtte pasienten i hans eller hennes situasjon.” (Betty-Ann mfl. 2013).

For å kunne signalisere trygghet overfor pårørende var det viktig at sykepleieren selv mestret situasjonen. Egenskaper; som å lytte, vise forståelse, trøste og støtte er essensielt. Dette relateres til kompetanse, kunnskap og erfaring (Frivold og Dale 2013). Travelbee har en teori om hvordan en person takler lidelsen og sykdommen har noe å si for mestringsfølelsen (Kirkevold 1992). Travelbee fremhever at når sykepleieren erverver seg kunnskap og erfaring kan man hjelpe den som lider med å mestre situasjonen (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

Når intensivsykepleieren viser støtte til pårørende ved blant annet å se dem i større grad som en ressurs, og at man har et felles mål; nemlig pasienten og dennes beste, vil dette medføre at pårørende lettere kan takle sin egen situasjon (Stubberud 2010c). Vår erfaring er at det i perioder er travelt på intensivavdelingen og manglende ressurser. Dette kan medføre at pårørende dessverre ikke blir “sett” på den måten som pårørende trenger for å mestre . Dette støttes av forskningen til Dokk og Forgård (Dokk og Forgaard 2014). Forskning sier også at det som var viktig for pårørende var tilstrekkelig med bemanning, og at personalet var kjent. Oppmerksomhet, omsorg og faglig dyktighet skaper tillit til sykepleieren og avdelingen (Dokk og Forgaard 2014).

På vår intensivavdeling er det stor variasjon av pasientgrupper. Dette medfører at intensivsykepleieren må beherske et stor utvalg av medisinsk teknisk utstyr. Ikke alt utstyret blir brukt i det daglige, noe som gjør at man aldri kan bli utlært. Det løses på vår avdeling ved at det er ulike ressursgrupper på ulikt medisinsk tekniske utstyr. Sammensetningen i personalgruppen vil da føre til at det stort sett hele tiden er høy faglig kompetanse. Det at sykepleieren mestrer situasjonen, fører til at pårørende opplever trygghet og tillit til avdelingen. Det som også er med på å gi trygghet og tillit er konkret og ærlig informasjon som nevnt tidligere i oppgaven. Disse momentene tolker vi som omsorg og støtte som bidrar til at pårørende føler mestring i situasjonen.

## 4.2 Metodedrøfting

I et litteraturstudie bruker man ingen spesiell metode, men beskriver fremgangsmåten som er brukt for å finne svar på problemstillingen (Dalland 2012). Det ble brukt en del tid på å finne et emne og lage en klar problemstilling.

Når den endelige problemstillingen forelå var den såpass avgrenset at det var forholdsvis greit å holde seg til temaet. Søkerord som ble brukt var relevante for å finne artikler. Det vises kun et lite utdrag av søkestrategien. Da kildesøket startet ble det raskt funnet mye nyere forskning rundt temaet. Mange av artiklene ble raskt forkastet da mye av litteraturen går på pårørende til barn og ved organdonasjon. Kun en av artiklene omhandler pasienter med konkret diagnose. De andre artiklene beskriver pasienter på generelt grunnlag. Noen artikler ble også forkastet på grunn av manglende troverdighet. Artiklene som har blitt brukt er fra vestlig orienterte land for å unngå store kulturelle forskjeller. I en av artiklene kunne vi ikke se at det var tatt hensyn til forskningsetiske overveielser. Dette ble oppdaget litt sent, slik at vi ikke kunne ekskludere artikkelen. Det ble sendt mail til forfatter og kort tid etterpå fikk vi svar, se vedlegg. De øvrige artiklene har søkt til Etisk forskningskomite om studien. Og sendt skriftlig informert samtykke til deltakerne.

Til tross for at forfatterne er rimelig ferske på å søke i forskningslitteratur, har vi prøvd å være objektive i tolkningen av artiklene. Vi utelukker ikke at vi kan ha mistolket noe av den engelske litteraturen til tross for bruk av verktøy til oversettelse. Mesteparten av forskningen om temaet velger kvalitativ metode med for eksempel fenomenologisk og/ eller hermeneutisk design. Kvalitativ metode er hensiktsmessig da det er vanskelig å måle pårørendes reaksjon og følelser. Designene er også hensiktsmessig da fenomenologi handler om å forstå og forklare et fenomen, og hermeneutikk hevdes å være et grunnlag for humanvitenskaplig tradisjon (Thomassen 2010). Det er to studier som har kvantitativ forskning som metode og det er blant annet der de måler Kortisol nivået hos pårørende. Begge studiene bruker både kvantitativ og kvalitativ metode.

Man kunne ha brukt empirisk studie og intervjuet intensivsykepleiere om deres erfaringer, men det var ønskelig å se på hvordan pårørende også opplevde situasjonen. På dette utdanningsnivået har det ikke vært mulighet til å intervju pårørende, og man ser at tiden heller ikke ville ha strukket til. Man kan stille spørsmål om utvalget av forskningsartikler er noe tynt. Men etter å ha lest gjennom artiklene ser man at de er sammenfallende med samme temaer som går igjen, og flere av artiklene bruker samme sekundærlitteratur som vi har brukt. De artiklene som er valgt ut, har ulike vinklinger som hovedsakelig inkluderer sykepleier og pårørende. Artiklene svarer godt på vår problemstillingen.

## **5.0 KONKLUSJON**

Pårørende som kommer til en intensivavdeling for første gang vil kunne befinne seg i en ny og ukjent situasjon. Derfor trenger pårørende omsorg for å mestre situasjonen. Gjennom denne studien kommer det frem at det er flere måter å gi god omsorg på. Bevisst kommunikasjon er et viktig redskap for å formidle ulike typer informasjon. Kommunikasjonens form sier også mye om hvilken holdning intensivsykepleieren har til pasient og pårørende. Derfor er det viktig som sykepleier å inneha kunnskaper om forskjellige måter å kommunisere på, slik som verbal og nonverbal kommunikasjon. Gjennom klar, tydelig og gjentakende informasjon formidler man at man bryr seg om pårørende som er i krise. Ved å tilegne seg kunnskaper om krisehåndtering, kan man lettere vise forståelse og anerkjenne pårørendes følelser. Ved å la pårørende ta del i hverdagen til pasienten følte de seg involvert. Dette var med på å gi trygghet og tillit til intensivsykepleieren. Dersom intensivsykepleieren i en travel hverdag viser pårørende omsorg på ulike måter, vil det føre til mestring av situasjonen. Hvis pårørende mestrer situasjonen vil de lettere være en ressurs for pasienten.

### **5.1 Implikasjoner for praksis**

Resultatet av de inkluderte artiklene er sammenfallende med tidligere studier. Vi oppdaget også at utvalget av artikler som er blitt brukt i studiet er sammenfallende med hverandre. Dette er med på å styrke overførbarheten til intensivavdelingen. Denne overførbarheten kan også gjelde andre avdelinger med tanke på at man også møter fortvilet pårørende på andre sykehusavdelinger.

Når sykepleieren viser at hun har kunnskap og er trygg i utførelsen av sitt arbeid, og samtidig ser og inkluderer pårørende bidrar dette til at pårørende opplever tillit til sykepleier. Videre fører dette til at pårørende opplever at de har en viss kontroll over situasjonen og opplever mestring.



I vår studie kommer det tydelig frem at kommunikasjon og informasjon er det viktigste for pårørende. Legestudenter går på kommunikasjonskurs og trener på å overbringe alvorlige beskjeder (Ekeberg 2014). Det bør være mer fokus på kommunikasjon, siden det er sykepleier som tross alt tilbringer mest tid med pårørende.

Gjennom studiet har vi sett i praksis at intensivsykepleiere har god brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap når det kommer til kommunikasjon. Vi ser også at forskningsbasert kunnskap har potensiale for videreutvikling. Disse tre områdene danner grunnlag for kunnskapsbasert praksis som er med på å bevisstgjøre hvor du henter din kunnskap fra (Nortvedt mfl. 2012).

## 6.0 LITTERATURLISTE

Akroute, A. R. (2015) Intensivsykepleiere og pårørende - en ambivalent interaksjon I: *Tidsskrift for anesthesi- og intensivsykepleiere*, s. 8-9.

Betty-Ann, S. mfl. (2013) En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende – og seg selv. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, Vol 9, Iss 1, Pp 82-94 (2013)*.

Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.

Blom, H., C. Gustavsson og A. J. Sundler (2013) Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. I: *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), s. 1-8.

Bråten, O. A. (2013) *Håndbok i krisehåndtering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Burr, G. og E. Severinsson (2001) *Reaktioner och relationer i intensivvård : närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur.

Cullberg, J. og C. Hambro (2007) *Mennesker i krise og utvikling : en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. 3. utg., 3. oppl. [i.e. Ny utg.]. utg. Kris och utveckling en psykodynamisk och sosialpsykiatrisk studie. Oslo: Universitetsforl.

Cypress, B. S. (2015) The Process of Transformation Experienced by the Patients, Their Families, and Nurses During Critical Illness in the Intensive Care Unit: Perspective From a Phenomenological Study. I: *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(3), s. 161-169.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dokk, L. og M. Forgaard (2014) Jo mer informasjon, jo bedre I: *Sykepleien*, <https://sykepleien.no/forskning/2014/03/jo-mer-informasjon-jo-bedre>.

Eide, T. og H. Eide (2004) *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeberg, Ø. (2014) Krevende kommunikasjon. I: *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 16.

Ellingsen, K. M. (2009) Brukermedvirkning i en intensivavdeling sett med nære pårørendes øyne. I.

Eriksson, T., B. Lindahl og I. Bergbom (2010) Visits in an intensive care unit—An observational hermeneutic study. I: *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), s. 51-57.

Frivold, G. og B. Dale (2013) Sykepleieres opplevelser av å være i interaksjon med pårørende i intensivavdeling. I: *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(02), s. 90-104.

Gjøvik, H. i. *Kvalitet i sykepleie* [online]. Gjøvik Høgskolen i Gjøvik URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (27.04).

Høye, S. (2003) Pårørendes status. Semantisk analyse og juridisk tolkning av begrepet pårørende i et sykepleieperspektiv. I.

Karoliussen, M. og K. L. Smebye (1993) *Sykepleie : fag og prosess*. Søkelys på sykepleien. Oslo: Universitetsforl.

Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.

Kirkevold, M. og A. Bonnevie (2010) *Sygeplejeteorier: analyse og evaluering*. København: Munksgaard.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (2011) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapssenteret (2014) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. [online]. Oslo: Kunnskapssenteret. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler> (20.04.15).

Lexow, K. mfl. (2012) *AHLR : norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning : retningslinjer 2010*. Rev. A. utg. Stavanger: Laerdal Medical.

Lovdata (1961) *Lov om opphavsrett til åndsverk m.v. (åndsverkloven)*. [online]. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1961-05-12-2> (22.04.15).

Lovdata (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetslover)*. [online]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. URL: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3) (27.04).

Moesmand, A. M. og A. Kjøllesdal (2004) *Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M. W. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Nortvedt, M. W. mfl. (2012) *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe AS.

Nygård, A. K. og K. Andersen (2014) "Trygghet i det utrygge": en kvalitativ studie av intensivsykepleierens møte med pårørende. I.

Raanheim, A. og K. Raanheim (2002) *Psykologiske fagord*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schwarzkopf, D. mfl. (2013) Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. I: *Intensive care medicine*, 39(6), s. 1071-1079.

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Stubberud, D.-G. (2010a) Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde. I: Gulbrandsen, T. og D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe, s. 32-49.

Stubberud, D.-G. (2010b) Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: Gulbrandsen, T. og D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe, s. 23-31.

Stubberud, D.-G. (2010c) Pårørende. I: Gulbrandsen, T. og D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe, s. 77-93.

Sykepleierforbund, N. (2002) *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*. [online]. URL: [www.nsf.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier](http://www.nsf.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier) (25.04.14).

Sykepleierforbund, N. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer* [online]. URL: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (06.01.15).

Thomassen, M. (2010) *Vitenskap kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Turner-Cobb, J. M. mfl. (2015) The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. I: *Psychology, Health & Medicine*, 10.1080/13548506.2014.997763 s. 1-7.

Walderstrøm, E. (2007) *Psykisk førstehjelp ved katastrofer, ulykker og kriser*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysnin.

Warberg, L. A. (2011) *Norsk helserett*. Oslo: Universitetsforl.

## VEDLEGG

Hei.

Vi innhentet både muntlig og skriftlig samtykke fra pasienter (der det var mulig) og hos pårørende. Prosjektet fulgte de etiske retningslinjene i Helsingfors deklarasjonen. Vi søkte om godkjenning til Etisk komite og Personvernombudet. Prosjektet ble gjennomført som et ledd i kvalitetssikring av tilbudet til pårørende og styrking av tjenesteutøvelsen.

Lykke til med spennede og viktig arbeid :)

Med vennlig hilsen

Linda Dokk  
Ledende sykepleier fag  
Fysikalsk medisin og rehabilitering  
Klinikk for kirurgi og nevrofag  
Oslo universitetssykehus, Ullevål  
Bygg 7, 2. etasje

Tlf: (kontor:23018861)/ (vaktrom: 22118727)



IKKE SENSITIVT INNHOLD