

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 521 _____

Eksamensnavn: SYBAD3900 _____

Dato: 01.06.17 _____

Klasse: D _____

Kull: 2013 _____

Antall ord: 11652 _____

”Pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter”

”Hvordan kan sykepleier møte og ivareta pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter på sykehus?”

Gi meg ikke din styrke
Men vær sterk
Så jeg kan finne min
Gi meg ikke din visdom
Men fortell hvor den har kilden sin

Gi meg ikke ditt liv
Men lev så jeg kan leve mitt
Gi meg ikke din kjærighet
Men elsk – elsk mitt hjerte fritt

Gi meg ikke din glede
Men vær glad
Så jeg kan finne min
Ta gjerne fra meg min sorg
Men gjør den ikke til din

(Bjørn Eidsvåg)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter kan utsettes for store følelsesmessige belastninger og omfattende stress. Samtidig kan de være en viktig ressurs og av betydning for pasienten. Hensikten med oppgaven blir derfor å belyse hvilken kunnskap sykepleier må ha for å møte og ivareta pårørende, på en best mulig måte, slik at de kan forbli en støtte og ressurs for pasienten.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier møte og ivareta pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter på sykehus?”.

Metode: Oppgavebesvarelsen er et litteraturstudie bestående av kvantitative og kvalitative forsknings studier. Det er foretatt systematiske søk og kritisk gjennomgang av faglitteratur. Sentralt rammeverk for denne oppgaven er Johan Cullbergs kriseteori og Joyce Travelbee's teori om menneske som et *unik*t individ og etablering av et menneske-til-menneske forhold.

Resultater: For å møte pårørende må sykepleier ha kunnskaper om symptomer på psykologiske og fysiologiske krisereaksjoner som kan utspille seg hos pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke. Samtidig må sykepleier evne å se pårørende som *unike individer* for å kunne etablere et tillitsforhold. For å ivareta pårørende må sykepleier blant annet dekke deres behov for; informasjon, å få være i nærheten av pasienten og være deltakende i behandlingen og pleien. Sykepleiers rolle blir derfor å identifisere hvilke behov pårørende har og iverksette tiltak for å møte disse behovene, slik at pårørende føler seg ivaretatt.

Diskusjon: Det fremkommer at sykepleiers evne til å møte og ivareta pårørende vil avhenge mye av sykepleiers kunnskaper, sosiale kompetanse og evne til å iverksette tiltak mot pårørendes behov. For sykepleier på medisinske sengeposter kan erfaring med pårørende til denne pasientgruppen være avgjørende, samt at ytre faktorer som tidspress og ressurser kan svekke pårørendes opplevelse av ivaretakelsen. På den andre siden kan krisens psykologiske innvirkninger være et hinder for pårørende i å håndtere situasjonen.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.4 Avgrensninger	3
1.5 Begrepsavklaringer	3
1.6 Oppgavens oppbygning	5
2.0 METODE	6
2.1 Søkestrategi	6
2.1.1 Avgrensninger i databasesøk	6
2.2 Presentasjon av sentrale forskningsartikler	7
2.3 Presentasjon av faglitteratur	8
2.4 Kildekritikk	10
3.0 TEORI	12
3.1 Å være alvorlig og/eller kritisk syk	12
3.2 Pårørendes rolle og funksjon	12
3.3 Pårørendes behov	13
3.3.1 Informasjon	13
3.3.2 Å få være tilstede eller i nærheten av pasienten.....	14
3.3.3 Å kunne støtte, beskytte og berolige pasienten.....	14
3.3.4 Å få støtte selv	14
3.4 Kriseteori ved Johan Cullberg	16
3.4.1 Den traumatiske krisen.....	16
3.4.2 Opplevelser og symptomer i den akutte krisen.....	17
3.5 Travelbee`s teori om mellommenneskelige forhold	18
3.5.1 Et menneske-til menneske-forhold	18
3.6 Kommunikasjon	20
3.6.1 Profesjonell kommunikasjon ved å bruke seg selv terapeutisk	21
3.6.2 Den gode samtalen	21
3.6 Samspillet mellom sykepleier og pårørende	22
4.0 DRØFTNING	24
4.1 Å møte pårørende i krise	24
4.2. Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende?	27

4.2.1 Å gi informasjon.	28
4.2.2 Tilrettelegge for pårørendebesøk.....	30
4.2.3 Tilrettelegge for deltakelse i behandling og pleie.....	32
5.0 AVSLUTNING	35
6.0 KILDER	37
7.0 VEDLEGG.....	40

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Fra jobberfaring ved siden av studiet og fra praksis har jeg vært så heldig å få møte sykepleiere som innehar en helt egen tilnæringsmåte til pasienter og pårørende. Jeg har iaktatt disse med stor beundring og tenkt at ”slik vil jeg også bli når jeg blir ferdig sykepleier”. På den andre siden har jeg møtt sykepleiere hvor jeg selv har ”tenkt mitt” og overhørt pasienter og pårørende uttrykke sin misnøye.

Jeg har også erfart at mine kunnskaper har kommet til kort i møte med pasienter og pårørende som er i en vanskelig situasjon. Jeg har følt at jeg ikke har fått formidlet den informasjon, støtte eller hjelpen på den måten jeg har ønsket. Dette har resultert i at jeg har reist meg flere spørsmål omkring pårørende som en gruppe og hvordan jeg burde møte disse.

I en travel hverdag på en medisinsk sengepost kan sykepleiere ha ansvar for mange pasienter. Jeg har erfart at pårørendes behov fort kan bli nedprioritert, ikke møtt eller oversett da sykepleiers første ansvar er å ivareta *pasientenes* behov.

På medisinske sengeposter kan det også ligge alvorlige og/eller kritisk syke pasienter. Fra min jobberfaring fra infeksjon og gastro medisinsk sengepost har jeg sett flere pasienter med for eksempel leversvikt som har havnet i leverkoma. Utfallet og det videre forløpet er ofte uforutsigbart og innleggelsene er ofte lange. Noen dør, og noen overlever. Felles for veldig mange av disse er at de har hatt pårørende ved sin side.

Derfor vil jeg i denne oppgaven fokusere på pårørende og ikke pasienten. Pårørende kan utsettes for store følelsesmessige belastninger og omfattende stress. Samtidig kan de være en viktig ressurs og av betydning for pasienten (Bøckmann & Kjellebold, 2015).

Det er derfor ikke bare pasientene som rammes ved innleggelse på sykehus, men også de nærmeste pårørende. Derfor vil sykepleieres møte med disse, og evne til ivaretagelse, bli svært viktig for å hjelpe de i å være en ressurs for pasienten og å ”stå i situasjonen”.

1.2 Problemstilling.

” Hvordan kan sykepleier møte og ivareta pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter på sykehus? ”

1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans.

Viktigheten av pårørendes rolle og funksjon har blitt tydeliggjort i media og i det norske samfunn de siste årene. Et eksempel på dette sees i Stortingsmeldingen som kom i april 2013 ”Morgendagens omsorg”. Her legger Regjeringen frem en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk med hensikt for å synliggjøre, anerkjenne, verdsette og å støtte pårørende (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013, s. 22).

Helsedirektoratet kom også i år med en ny revidert utgave av Pårørendeveilederen. Denne inneholder blant annet råd og anbefalinger til helsepersonell i møte med pårørende i akutte situasjoner og kriser, hvor involvering og støtte er to hovedtemaer (Helsedirektoratet, 2017).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det også et eget kapittel som omhandler sykepleier og pårørende, hvor det blant annet står at; sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende, bidra til å ivareta deres rett til informasjon, og å samhandle med og behandle pårørendes opplysninger med fortrolighet (Norsk sykepleier forbund, 2011).

For å møte og ivareta pårørende skriver Joyce Travelbee (1971) at det kun kan realiseres igjennom et virkelig menneske- til- menneske- forhold, igjennom en interaksjonsprosess hvor, i dette tilfelle pårørende og sykepleieren, virkelig *ser* hverandre, og forholder seg til hverandre som unike personer.

Jeg vil derfor se nærmere på hvordan sykepleier kan møte og ivareta pårørende til en alvorlig og/eller kritisk syk pasient, herunder hvilken belastning dette er for pårørende og hvilke behov de har. Hva skjer når vi opplever en krise, og hvilken kunnskap burde sykepleier ha i møte med disse pårørende? Jeg ser på dette som en svært viktig universell kunnskap i mitt kommende arbeide som sykepleier, da denne kunnskapen likeledes kan overføres til pasientene.

1.4 Avgrensninger.

I denne oppgaven vil jeg ikke ta for meg det flerkulturelle perspektivet relatert til innvandring, selv om språk og kultur kan være en ekstra barrierer i møte med pårørende. Jeg velger å avgrense pårørende til ungevoksne og voksne som pårørende til *voksne* pasienter, derfor vil jeg ikke ta for meg barn som pårørende eller pårørende til barn. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i at pårørende tilhører pasienter på medisinske sengeposter på sykehus, altså ikke kirurgiske sengeposter, eller spesialavdelinger som overvåkning, intermediaær eller intensive avdelinger.

Jeg ønsker ikke å knytte problemstillingen opp til noen diagnose, da jeg anser belastningen som pårørende til alvorlig/kritisk syke pasienter som likeverdige og dermed ikke diagnoseavhengig.

I Cullberg (2010) sin fremstilling av krisens fire faser i kapittel 3.3 velger jeg å kun redegjøre for sjokk- og reaksjonsfasen, som utgjør den akutte krisen, da den er mest relevant for min problemstilling.

På grunn av ordramme vil ikke sykepleiers veiledende- og pedagogiske funksjon bli utdypet, i stedet vil jeg si litt om kommunikasjon i teoridelen, som kan sies å være en forutsetning for den veiledende- og pedagogiske funksjonen. Sykepleiers egenomsorg er heller ikke med på grunn av ordramme. I stedet har jeg valgt å kort ta med litt om samspillet mellom sykepleier og pårørende i kapittel 3.6.

I drøftingen tar jeg utgangspunkt i at pårørende er familie og/eller den personen pasienten ønsker skal få informasjon. Det blir derfor ikke drøftet utfordringer relatert til at pasienten ikke ønsker at familie eller annen pårørende skal få informasjon, eller liknende.

1.5 Begrepsavklaringer.

Pårørende: Paragraf 1-3 Definisjoner i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) definerer pårørende slik :

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner,¹ personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn

over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

Alvorlig og/eller kritisk syk: Det er bevisst valgt å ikke benytte begrepet *akutt og/eller kritisk syk* da disse pasientene ofte innlegges på intensiv og overvåkningsavdelinger på sykehus, og denne termen blir hyppigere brukt innenfor spesial-sykepleie.

Alvorlig og/ eller kritisk syk vil derfor forstås ved at pasienten har en alvorlig diagnose, som kan ha betydning for liv og død. Begrepet vil bli videre redegjort for i punkt 3.2 i teoridelen.

Å ivareta: Det er vanskelig å finne litteratur med definisjon på begrepet ivareta, men de fleste tenker seg nok dette som å ta hånd om eller å støtte, hjelpe eller å passe på, og dette blir bakgrunnen for begrepet i denne oppgavebesvarelsen.

Å møte: Vil i denne oppgavebesvarelsen bli sett ut ifra Travelbee`s (1971, s. 26) utgangspunkt i mennesker som *unike* individer.

Krise: Innen for psykiatrien blir krisebegrepet betegnet som en krisetilstand. En krisetilstand vil karakteriseres ved at en personen befinner seg i en situasjon hvor tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig for å forstå og beherske den aktuelle situasjonen (Cullberg, 2010, s.13-14).

Traumatisk krise: Ordet *trauma* betyr på gresk sår, skade. Med *traumatisk krise* menes ”plutselige eller uventede vanskelige ytre påkjenninger – en nær slektnings død, økonomisk ruin, plutselig oppsigelse fra arbeidet, alt dette kan innebære trussel mot ens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet, eller mot ens grunnleggende mulighet til å innrette seg i tilværelsene” (Cullberg, 2010, s.15). I denne oppgaven vil traumatisk krise forstås når pårørende opplever at deres nære blir innlagt sykehus med en alvorlig og/eller kritisk sykdom.

Empati: Evne til å få en realistisk forståelse av hvordan et annet menneske føler og opplever sitt liv- ut fra vedkommendes utsagn og oppførsel. (Cullberg, 2010, s.145).

Sykepleie: Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin definisjon på sykepleie hvor hun sier at: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1971, s.7).

1.6 Oppgavens oppbygning.

I Metodedelen (kapittel 2.0) vil jeg belyse hvilke kilder jeg har benyttet i denne oppgaven, presentere kildekritikk, samt redegjøre for søkestrategi og presentere funn i de mest sentrale forskningsartiklene. I teorikapittelet (3.0) vil jeg redegjøre for sentrale temaer og begreper for oppgavebesvarelsen, herunder forståelsen av å være kritisk og/eller alvorlig syk, pårørendes rolle og funksjon, kriseteori ved Johan Cullberg (2010) med symptomer og reaksjoner, og møte med pårørende i krise og hvilke behov disse har. Avslutningsvis i teorikapittelet tar jeg for meg litt om kommunikasjon og samspillet mellom sykepleier og pårørende.

I drøftingskapittelet (4.0) vil forskningsfunn i tråd med teori bli diskutert for å drøfte hvordan sykepleier kan møte pårørende i krise og hvordan sykepleier kan ivareta pårørende igjennom deres behov.

Avslutningsvis (5.0) vil jeg oppsummere drøftingsdelen og avrunde oppgavebesvarelsen.

2.0 METODE

Denne oppgaven er et litteraturstudiet. Det vil si at jeg bygger oppgaven på skriftlige kilder, altså eksisterende kunnskap (Dalland, 2012). Et litteraturstudie vil også si at man systematiserer kunnskapen fra de skriftlige kildene. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap på det område problemstillingen omhandler (Thidemann, 2015). Det metodiske redskapet jeg har brukt i denne oppgaven vil være utformingen av kildekritikk i punkt 2.4 nedenfor (Dalland, 2012). Her vil jeg redegjør for mine vurderinger av de skriftlige kildene jeg har benyttet.

Denne oppgavebesvarelsen er i overtall understøttet av kvalitativ forskning. Kvalitative metoder fanger opp opplevelser og meninger, som ikke kan måles eller tallfestes. Det vil si at disse studiene ofte får mange opplysninger, men fra få undersøkelsesenheter. I motsetning til dette vil kvantitative metoder gi data i form av målbare enheter, som man kan foreta beregninger på, noe som gir mer generaliserende data (Dalland, 2012).

2.1 Søkestrategi.

Det er benyttet PICO skjema for å strukturere oppgavens problemstilling og for å synliggjøre søkestrategien i databasene.

For å finne forskningsartikler har jeg foretatt mine søk i Medline, Chinal og SveMed+. Jeg har også benyttet SveMed+ for å oversette norske ord til engelsk og til å finne de engelske MeSH-termene som er blitt benyttet under søkene.

Søkeordene jeg har benyttet er; nursing care, nurses role, family, spouses, next of kin, relatives, acute care, critical illness, critical ill, relation, needs, empathy, communication, Jeg har søkt enkeltvis på ord og deretter foretatt forskjellige kombinasjoner av disse søkeordene med ”and” og avgrenset som utdypes i punkt 2.1.1 nedenfor.

Det ble forsøkt søk i databasen The Cochrane Library, men dessverre uten resultater.

2.1.1 Avgrensinger i databasesøk.

Felles for alle databasene har jeg valgt inklusjonskriteriene; Alder :”all adults (19+ years)”, publiseringsdato 2007- 2017, samtidig er språket avgrenset til norsk, engelsk, dansk og svensk for alle søkene.

I databasen Chinal har jeg også haket av for fagfelle vurderte artikler, ”research article” og ”inpatients” da denne databasen har dette som et avgrensingsvalg.

I SweMed+ har jeg også avgrenset ved å også velge ”peer reviewed tidsskrifter”.

Jeg har ønsket å finne forskning som tar for seg både sykepleieperspektivet og pårørendeperspektivet, og studier på hver av disse alene.

Etter gjennomgang av søkeresultatene falt min vurderingen på å utelate studier fra land som jeg anså som ikke overførbare til Norge, på bakgrunn av blant annet kulturforskjeller med mer. Eksempler på studier fra land jeg kom over var; Sudan, Saudi-Arabia, Iran, Kina, Israel.

2.2 Presentasjon av sentrale forskningsartikler.

”Promotion of family integrity in the acute care setting- a review of the literature”.

Skrevet av: Elizabeth R. Van Horn & Donald Kautz.

År: 2007.

Land: North Carolina, USA.

Hensikt: Å se på litteratur og tidligere forskningsfunn som har til hensikt å se på aktiviteter/tiltak som styrker ivaretagelsen av pårørendes integritet.

Design / Intervensjon: Oversiktsartikkel.

Funn: Tiltakene som ble høyest ansett eller hadde mest verdi var: Tilrettelegge for pårørendebesøk, gi pårørende informasjon, tilrettelegge for pårørendedeltakelse i pleien, og å møte pårørendes følelser.

”Family members` experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study”.

Skrevet av: Gro Frivold, Bjørg Dale & Åshild Slettebø.

År: 2015.

Land: Norge.

Deltakere: 13 pårørende til kritisk syke.

Hensikt: Å belyse betydningen av og pårørende opplevelse av å bli ivaretatt av sykepleiere og leger på en norsk intensivavdeling.

Metode: En fenomenologisk hermeneutisk studie.

Funn: Betydningen av å være pårørende ble forklart opplevd som å være i en mottakerrolle, og samtidig i en deltakerrolle. Kvaliteten i relasjonene ble beskrevet som avgjørende når

pårørende skulle vurdere sin opplevelse av omsorg og ivaretagelse gitt av sykepleiere og leger på avdelingen. De som opplevde informativ og støttende omsorg, og hadde mulighet til å delta, uttrykte følelser som takknemlighet og tillitt til helsesystemet. I motsetning for pårørende som ikke hadde disse erfaringene, spesielt når det gjaldt informativ omsorg, uttrykte de følelser av frustrasjon, forvirring og tap av tillit. Imidlertid oppveiede pasientens behandling og omsorg pårørendes egne følelser, for alle deltakerne.

” Nurses experiences of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospitals wards ”.

Skrevet av: Tove Lindhardt, Ingalill Rahm Hallberg, Ingrid Poulsen.

År: 2007.

Land: Sverige.

Deltakere: 8 sykepleiere på akuttavdelinger.

Hensikt: Å belyse sykepleiernes erfaringer om samarbeid med pårørende til svake og eldre pasienter på akuttavdelinger på sykehus, samt hvilke eventuelle barrierer som hindrer et samarbeid eller hvilke faktorer som stimulerer til samarbeid.

Metode: Kvalitative intervjuer.

Funn: Hovedtemaet som utspilte seg var: Å møte pårørende; å bli fanget mellom idealer og praksis. Dette reflekterer sykepleiernes motstridende holdninger til samarbeid med pårørende. Den ene siden gjenspeiler de faglige sykepleierverdiene, mens den andre gjenspeiler hvilke verdier som sees i praksis på en vanlig hverdag på avdelingen. Disse holdningene ble igjen delt inn i to undertemaer: ”Samarbeidet, i det tilfeldige møtet” og ” Pårørende, en krevende ressurs”.

2. 3 Presentasjon av faglitteratur.

Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur, men har også måtte finne annen faglitteratur som kunne utdype problemstillingen.

De mest sentrale bøkene for denne oppgavebesvarelsen er:

”Kommunikasjon i relasjoner ”. (2012) av Eide, H. & Eide, T. Jeg har benyttet meg av kapittel 1 ”Hva er hjelpende kommunikasjon?” og kapittel 6 ”Krise og mestringsteori”. Disse anser jeg som viktige i sykepleiers møte med pårørende i krise og ivaretagelse av dem.

"Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom". (2013) Av Dag Gunnar Stubberud.

Boken definerer også begrepet alvorlig og/eller kritisk sykdom, noe jeg ønsket å bruke bevisst i denne oppgavebesvarelsen. Videre har boken et eget kapittel angående pårørende til alvorlig syke pasienter hvor forfatter belyser flere sider av deres rolle og hvilke behov som utspiller seg.

"Mennesker i krise og utvikling" (2010) er skrevet av Johan Cullberg, en svensk psykiater.

Boken er en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie. I del tre i boken; Den traumatiske krisen, blir krisebegrepet godt beskrevet, og dette har blitt benyttet for å redegjøre for krisens forløp og symptomer/reaksjoner.

"Interpersonal aspects of nursing" (1971) Av Joyce Travelbee. Boken, som utgjør hennes interaksjonsteori, inneholder blant annet hennes teori om det unike selvet, menneske-til-menneske forhold og kommunikasjon. Disse har vært betydningsfulle for meg med tanke på sykepleierfaglig tilnærming og sykepleiers rolle og er derfor med i oppgavebesvarelsen.

"Pårørende i helse- og omsorgstjenesten" (2015) Av Kari Bøckmann og Alice Kjellevoll.

Boken har en klinisk og juridisk innføring, hvor oppmerksomheten rettes mot pårørende til personer som rammes av alvorlig sykdom og deres rolle, reaksjoner og behov. Denne ble derfor sentral for oppgaven.

"Å være der du er" av Bent Falk (2016) syntes jeg er en flott, praksisnært og enkel formulert bok. Hans bakgrunn som tidligere sykehusprest, psykoterapeut og foredragsholder for helsepersonell kommer tydelig frem i boken. I boken deler forfatteren av sin kunnskap og erfaring. Selv om boken blir lite presentert i teoridelen, har den i gang satt flere refleksjoner hos meg, som har gagnet oppgavebesvarelsen. Noen av hans utsagn blir presentert under drøftingen.

2.4 Kildekritikk.

I litterære oppgaver er det vurdering av kildene som er det metodiske redskapet. Kildekritikk vurderer om en kilde er sann ved at man undersøker validitet, holdbarhet og om kilden er relevant for problemstillingen (Dalland, 2012). Jeg har derfor i denne oppgavebesvarelsen støtte meg på bøkene ”Metode og oppgaveskriving” (2012) av Olav Dalland og ”Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter” (2015) av Inger- Johanne Thidemann igjennom arbeidsprosessen.

”*Interpersonal aspects of nursing* ” (1971) av Joyce Travelbee er en primærkilde. Denne er skrevet på engelsk og jeg vil derfor gjøre oppmerksom på muligens egne oversettelses- eller tolkningsfeil. For å få en større forståelse av hennes syn på et menneske-til-menneske forhold og mennesker som et unikt individ har jeg støttet meg på ”*Sykepleieteorier- analyse og evaluering* ” av Marit Kirkevold. Selv om dette er en sekundærkilde av Marit Kirkevolds egen tolkning og analyse av Travelbee sin teori, anser jeg den som akseptabel da den har vært pensumlitteratur i løpet av studiet.

En annen sekundærkilde som har blitt benyttet er oversiktsartikkelen ” *Promotion of family integrity in the acute care setting- a review of the literature* ” av Elizabeth R. Van Horn & Donald Kautz (2007). Det var ønskelig å finne en systematisk oversiktsartikkel da disse tar for seg alle relevante studier, istedenfor et utvalg (Thidemann, 2015). Dette lykkes jeg ikke med. Allikevel anser jeg oversiktsartikkelen som valid da den er fagfellevurdert, og det er strenge kvalitets- og utvalgsriterier for å utarbeide en oversiktsartikkel (ibid, 2017).

Alle forskningsartikler som er presentert i denne oppgavebesvarelsen er publisert på engelsk, derfor skal det også her tas forbehold om eventuelle oversettelses- eller tolkningsfeil. Det har vært et tidkrevende arbeid da det akademiske språket på engelsk kan være utfordrende. Samtidig kan mange av de engelske uttrykkene ”romme mer” enn de norske begrepene. Det er tilstrebet å oversette slik at innholdet og essensen i studiene kommer tydelig frem.

Tidlig i søkeprosessen forstod jeg at de fleste forskningsartiklene med studier som belyste pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke (og som var av min interesse) nesten utelukkende hadde blitt foretatt av pårørende på intensivavdelinger eller av intensivsykepleiere. Selv om mange av studiene er foretatt på spesialavdelinger og av spesialsykepleiere har jeg har valgt å

benytte disse, da jeg anser funnene i studiene som overførbare i møte med og ivaretagelsen av pårørende til alvorlig og /eller kritisk syke pasienter på medisinsk sengepost også.

Ved funn av pårørendes behov er overførbarheten sterk gjeldene. Samtidig ønsker jeg å belyse en begrensning ved mitt bruk av disse studiene; erfaringen. Det må tas høyde for erfaringsforskjeller med pårørende til denne pasientgruppen da spesialsykepleiere har hyppigere omgang med denne pasientgruppen enn sykepleiere på sengepost, selv om erfarne sykepleiere på sengepost vil ha opparbeidet seg denne erfaringen med pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter over tid.

Det er tilstrebet å finne nyere forskning i denne oppgavebesvarelsen, men jeg har allikevel valgt å ta med noen studier som er nesten ti år gamle, fra 2007-2008, da jeg anser de som relevante for oppgavebesvarelsen.

3.0 TEORI.

3.1 Å være alvorlig og/eller kritisk syk.

Stubberud (2013, s.17) beskriver sykdom som en fellesbetegnelse på forskjellige tilstander i kroppen der de normale funksjonene forstyrres. Sykdom kan debutere brått eller utvikle seg over tid. Akutte sykdommer oppstår ofte brått og er som oftest kortvarige, mens kroniske sykdommer utvikler seg over tid og kan være uhelbredelige. Betegnes en pasient som kritisk syk kan tilstanden være så alvorlig at den kan bli livstruende. Pasientene vil da kjennetegnes ved at de har svikt i et eller flere livsviktige organer, og de kan derfor ha en usikker prognose som dermed gjør tilstanden ustabil. Stubberud (2013) setter også likhetstegn ved kritisk sykdom og alvorlig sykdom, hvor han presiserer at disse to begrepene kan også bli benyttet i situasjoner hvor pasienten ikke har mulighet til å bli frisk.

3.2 Pårørendes rolle og funksjon.

De fleste vil i løpet av livet erfare pårønderollen i større eller mindre grad. Å være pårørende er juridisk forankret i norsk lov. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) blir pårørendes rolle beskrevet i § 4-6 som viktig for å ivareta pasienten ønsker og for å bidra til beslutninger til pasientens beste, hvis pasienten av forskjellige årsaker ikke er i stand til å uttrykke disse. I samme lov, §3-3 (1999) kan også pårørende gis rett til informasjon: ”Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.” På den andre siden gir også denne loven pasienten rett til å *nekte* pårørende å få informasjon.

Pårørende vil ha ønske om forskjellig grad av kontakt, ha ulike funksjoner eller forutsetninger for pårønderollen. De kan fungere som en viktig informant, en som innehar store omsorgsoppgaver for pasienten i dagliglivet, være pasientens representant eller være en del av pasientens nærmiljø. Pårørende vil kunne være en *kunnskapskilde* i form av å ha informasjon om pasientens synspunkter, livshistorie, mestringsnivå og/eller symptombilde (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

3.3 Pårørendes behov.

Pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter har økt risiko for å pådra seg helsesvikt selv. Bøckmann & Kjellevold (2015) sier at pårørende utsettes for store følelsesmessige belastninger og omfattende stress. Videre understreker de viktigheten av et godt og tillitsfullt samarbeid mellom helsepersonell og de pårørende, hvor herunder helsepersonell er observante slik at de imøtekommer pårørendes behov, for å kunne hjelpe dem i å ivareta egen helse. Slik vil også pårørende kunne forbli en ressurs og støtte for den syke.

Stubberud (2013) påpeker at behovene vil variere ut ifra pårørendes alder, relasjonen til pasienten og pasientens kliniske tilstand. Videre redegjør Stubberud (2013, s.170) for de sentrale behovene som utspiller seg blant voksne pårørende til voksne pasienter;

- å få *informasjon* om pasientens tilstand,
- å ha muligheten til å kunne *være sammen med* eller *være i nærheten* av pasienten,
- å få *støtte*, beskytte og *berolige pasienten*,
- og selv kunne *motta støtte* og *ha et håp*.

For å kunne møte pårørendes behov skriver Stubberud (2013, s. 174) at sykepleier må gjøre rede for hvem pårørende er og hvilken relasjon det er i mellom pasienten og den/de pårørende. Videre må sykepleier finne ut av hvilken informasjon pårørende har om det som har skjedd så langt og hvordan de oppfatter situasjonen, hva situasjonen vil bety for dem nå og fremover, hvilke ressurser som er tilgjengelig for å hjelpe dem, om de har tidligere erfaringer med tilsvarende opplevelser, og om det er andre situasjoner i livet som vanskeliggjør situasjonen de er i nå.

Nedenfor blir det presentert kort, og litt mer utfyllende om hva disse behovene innebærer.

3.3.1 Informasjon.

Å få informasjon er et kontinuerlig behov pårørende har. Informasjonen burde inneholde pasientens tilstand, behandling og prognose. Ærlig og konkret informasjon er viktig i en situasjon hvor pårørende kan føle på frustrasjon og hjelpeløshet, da de trenger å føle seg trygge på at de får ærlige svar på sine bekymringer (Stubberud, 2013). Ut i fra pasientens sykdomsforløp vil pårørendes behov om informasjon variere, og informasjon burde tilpasses pårørendes tilstand. Dette sier også Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-5 hvor det blant

annet gis følgende krav til informasjonens form; Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Videre skal det tilstrebes så langt som mulig at innholdet og betydningen av opplysningene er forstått (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

NOU, 1997:2, s.61 Gjengitt av Bøckmann Bøckmann & Kjellevoid (2015, s. 77):

” Informasjon er det pasienten og pårørende har forstått, ikke det som blir sagt”.

3.3.2 Å få være tilstede eller i nærheten av pasienten.

Dette behovet vil avhenge av hvilken tilstand pasienten er i. For pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke er det naturlig at de ønsker å være tilstede, enten kontinuerlig eller ofte. Å være tilstede kan øke følelsen av kontroll og å være til nytte. Å være tilstede gir også pårørende innsyn i behandlingen og pleien, slik at de kan forsikre seg om at pasienten får best mulig behandling (Stubberud, 2013).

3.3.3 Å kunne støtte, beskytte og berolige pasienten.

Pårørendes rolle kan veksle mellom å være observatør eller deltaker. Hvis det er naturlig for pasient og pårørende kan pårørende delta i praktiske handlinger som stell eller matsituasjoner. For at pårørende skal være en støttespiller for pasienten i behandlings- eller rehabiliteringsprosessen har de behov for informasjon om pasientens behandling og tilstand. Pårørende vil være opptatt av at pasienten får best mulig behandling og pleie, og vil derfor kunne ”overvåke” den medisinske behandlingen pasienten får, ved at de ser på seg selv som en ”talsperson” for pasienten (Stubberud, 2013).

3.3.4. Å få støtte selv.

For å kunne håndtere situasjonen er pårørende ofte i behov for å få støtte selv. Sykehusmiljøet kan være nytt eller virke skremmende, og er pasienten tilkoblet mye utstyr kan dette også oppleves skremmende. Det å være en ressurs for pasienten kan også oppleves som slitsom. For at pårørende skal oppleve økt trygghet og selvfølelse er det viktig at sykepleier ser og anerkjenner pårørende (Stubberud, 2013).

Slik jeg forstår essensen av dette blir derfor sykepleiers oppgave å ivareta de gjeldene behovene nevnt ovenfor. Igjennom dialog må sykepleier identifisere i hvilken grad disse behovene er gjeldene for pårørende, da dette kan variere ut i fra relasjon eller forutsetninger pårørende har. Å rette tiltak mot og ivareta disse behovene vil kunne styrke pårørendes evne til å håndtere situasjonen og forbli en ressurs for pasienten.

I neste kapittel skal jeg ta for meg Johan Cullberg (2010) sin kriseteori som også vil være viktig kunnskap knyttet til å ivareta disse behovene.

3.4 Kriseteori ved Johan Cullberg.

Johan Cullberg (2010) sin kriseteori er relevant for min problemstilling da pårørende i større eller mindre grad vil bli psykisk påvirket av situasjonen de befinner seg i. Som sykepleier anser jeg det som viktig å ha kjennskap til denne teorien for å kunne gjenkjenne, møte og ivareta pårørende i krise.

Cullberg (2010) sier at det kan være to typer livssituasjoner som kan utløse en krisetilstand, og at disse også ofte kan gli over i hverandre. Det kan enten være en traumatisk krise, utviklingskrise og/eller livskrise. Forfatteren understreker også at det er viktig å bemerke seg at tidligere ubearbeidede kriser kan blusse opp igjen ved opplevelse av en ny krise senere i livet.

I denne oppgaven vil det være *traumatisk krise* som vil være den mest relevante krisen sykepleier vil møte pårørende i på en medisinsk sengepost.

3.4.1 Den traumatiske krisen.

Cullberg (2010) har delt krisens forløp inn i fire faser. Han forklarer modellen ved at hver av fasene har egne egenskaper og terapeutiske problemer. Disse krisefasene skal ikke betraktes som en fast modell, men som et hjelpemiddel for å forstå hvor i forløpet personen befinner seg i sin krisetilstand. Hver av de fire fasene har glidende overganger og skal ikke betraktes isolert sett, da en persons krise kan mangle en av fasene eller krisefasene kan være innvevd i hverandre.

Nedenfor er de to siste fasene utelatt da "bearbeidingsfasen" starter et halvt år til et år etter sjokkfasen og "nyorienteringsfasen" kan sies å ikke ha noen avslutning, men at personen vil leve med de opplevelser av en gjennomgått traumatisk krise, som et lite arr som ikke forsvinner (Cullberg, 2010).

Sjokkfasen: Sjokkfasen varer kun fra noen få minutter til noen døgn. I denne fasen kan pårørende virke normal utad, men på underflaten eller innsiden vil opplevelsen av totalt kaos kjennes. Dette resulterer ofte i at pårørende senere kan ha vanskeligheter med å huske hva som ble sagt eller gjort. Beskjeder og opplysninger, gjerne i samsvar med sjokkartet meldinger, som blir gitt i denne fasen, bør derfor gjentas for å ikke bli glemt. En skal være observant på at enkelte mennesker kan oppføre seg merkelig ved at de kan begynne å skrive,

dra seg i klærne eller gjenta ord eller setninger eller snakke om likegyldige ting. Det er sjeldent at en sjokkfase går over i en psykose, hvor virkelighetsoppfatningen brister (Cullberg, 2010).

Reaksjonsfasen: Sjokk- og reaksjonsfasen utgjør til sammen den akutte fasen i krisen. Denne fasen kan vare fra en til åtte uker. I reaksjonsfasen begynner pårørende å åpne øynene for det som faktisk har skjedd (eller kommer til å skje), noe som igangsetter en voldsom omstilling i det ”psykiske apparatet”. Dette medfører at forsvarsmekanismene blir mobilisert. For utenforstående øyne vil den kriserammede i reaksjonsfasen ofte forsøke å finne mening i den kaotiske livssituasjonen og spørsmål som ”hvorfors” blir ofte stilt og gjentatt, med uttrykk for meningsløshet og urettferdighet. Når hele det ”psykiske apparatet” er aktivert kan det forsøke å fastholde på den døde, døende eller syke. Dette kan vise seg ved at den kriserammede kan beskrive hørsels- og/eller syns hallusinasjoner eller illusjoner hvor den døde, døende eller rammede ”lever” i bevisstheten dag og natt. Under disse opplevelsene er det mange som kan frykte at de blir gale. Virkelighetssansen er nedsatt i denne fasen under regresjonen, noe som gjør muligheten for å ubevisst fornekte virkeligheten tilstede (Cullberg, 2010).

3.4.2. Opplevelser og symptomer i den akutte krisen.

Sorgreaksjoner: De fysiske reaksjonene på sorg kan være ”sammensnøringer i halsen, pustebesvær, behov for å sukke; en sugende tomhetsfølelse i magen, muskelsvakhet og et intenst subjektivt ubehag, anspenhet eller psykisk smerte” (Cullberg, 2010, s.136).

Å føle seg forlatt: kan vises igjennom ytre tegn som sorg, tomhet, fortvilelse eller lav vitalitet. Men tegn som raseri og desperate handlinger (alkoholmisbruk eller seksuelle kontaktforsøk)

Selvforkastelse: Kan vise seg som selvdestruktivitet og depressiv selvforakt. Alkoholmisbruk skyldes ofte en selvdestruktiv holdning.

Tretthet og sykkelighet: I en krisetilstand kan den psykiske energien bli ytterligere redusert hvis personen i tillegg har en sykdom eller legemlig svakhet. Det samme gjelder for perioder med uteblitt eller redusert nattesøvn og for lite hvile. I akutte krisetilstander vil personer kanskje ikke være medgjørilige i form av å sørge for god helse og hvile selv da den selvdestruktive tendensen kan dominere.

En akutt krise med langvarig høyt angstnivå fører til som nevnt dårlig søvn, dårlig døgnrytme og dårlige matvaner. For kroppen blir dette etter hvert en for stor stressfaktor med fysiske og psykiske påkjenninger. Stress symptomer kommer til uttrykk som allmenn irritabilitet,

magebesvær, hjerteklapp, arytmier, hodepine, forstoppelse eller diarè (Cullberg, 2010, s.138).

Slik jeg forstå dette har sykepleier en stor oppgave i å gjenkjenne symptomer på fasene. Da det er beskrevet som krevende på grunn av glidende overganger. Men med bakgrunn i kunnskap om krisetilstander kan sykepleier i dialog med pårørende spørre om krisereaksjoner, hvis disse ikke er tydelige eller uttrykket. Et eksempel på dette kan være ”hvordan går det med nattesøvnen din?”. Da vil kunnskap om kriseteori gi sykepleier et innblikk i pårørendes krisetilstand.

I det neste kapittelet vil jeg presentere Travelbee . Sammen med kriseteori og pårørendes behov vil Travelbee sin teori være et utgangspunkt for etableringen av et tillitsforhold og samarbeid med de pårørende.

3.5 Travelbee`s teori om mellommenneskelige forhold.

Joyce Travelbee (1926-1973) er en kjent sykepleieteoretiker, hvor hennes arbeide er like gjeldene og godt forankret i nåtidens sykepleierutdannelse. Hennes teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter fokuserer på begrepene mennesket som individ, lidelse, mening, menneske- til- menneske-forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 1998).

Travelbee tar utgangspunkt i at ”mennesker er uerstattelige og enestående individer, engangs-eksisterende-vesener tilstede i denne verden, like men også ulik en hver person som har levd eller noen gang vil leve” (Travelbee, 1971, s. 26).

Nedenfor vil jeg redegjøre for hennes teori om et menneske-til-menneske forhold som vil være essensielt for at sykepleier kan møte pårørendes behov.

3.5.1 Et menneske-til menneske-forhold.

Et menneske-til-menneske forhold beskrives som ”en erfaring eller serier med erfaringer mellom mennesket som sykepleier, og en syk person eller individ som har behov for sykepleierens tjenester” (Kirkevold, 1998, s.116).

Dette forholdet karakteriseres ved at sykepleiebehovet til de pårørende vil bli oppfylt. For å lykkes med dette må sykepleier og pårørende igjennom en prosess som Travelbee (1971)

deler inn i fem faser. For å oppnå dette må det foreligge et gjensidig forhold, men sykepleier stilles ansvarlig for etablering og opprettholdelse av dette forholdet (Kirkevold, 1998, s.116).

Det innledende møte er første fase i et menneske-til-menneske forhold. Her vil første møte mellom sykepleier og pårørende være preget av generaliserte, ”stereoptype” oppfatninger av og forventninger til den andre. Begges førsteinntrykk dannes her på bakgrunn av observasjoner og inntrykk. Sykepleiers oppgave i denne fasen er å være klar over sine egne forutfattete oppfatninger og hvordan disse kan prege hennes inntrykk av pårørende. For å komme videre i neste fase må sykepleier evne å ”se” pårørende, hvor hun skiller mellom det særegne individet i pårørende, og ha interesse for separate individer.

Dette vil gi grobunn for *fremvekst av identiteter*, som er den andre fasen. Her vil de stereotype oppfatningene svinne hen, og for sykepleier og pårørende vil oppfattelse av hverandres personligheten og identitet gradvis tre frem. Her vil sykepleier få innsikt i pårørendes oppfatning av situasjonen og pårørende vil se sykepleieren som en enestående person, og ikke rolle. Resultatet av dette blir at et bånd mellom sykepleier og pårørende blir etablert. Empati blir et resultat av dette båndet (Kirkevold, 1998).

Empati utgjør den tredje fasen. I denne fasen blir ”empati” definert som ”en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i utgangspunktet evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand, i et gitt øyeblikk” (Travelbee, 1971, s.135-136). I denne fasen vil sykepleier og pårørende føle mer nærhet ovenfor hverandre og få klarer følelse av hverandres individualitet. Empati skal ikke forstås som en vedvarende prosess, men noe som skjer av og til. Resultatet av denne fasen er sykepleiers og pårørendes evne til å forutsi hverandres handlinger, hvor de har et ønske om å forstå den andre personen, noe som derfor vil resultere i sympati.

Sympati utgjør den fjerde fasen og i motsetning til empati, hvor målet er å ”kjenne” den andre, utvikles derimot en holdning, en type tankegang og følelser som kommuniseres til den andre. I sympatien vil omsorg komme til uttrykk i måten sykepleier og pårørende omgås på, og hvordan sykepleier utfører pleien.

Den siste fasen i dette menneske-til-menneske forholdet er ”en nær, *gjensidig forståelse og kontakt* mellom to personer” (Kirkevold, 1998, s. 188).

Som et resultat av interaksjonene i de tidligere fasene vil sykepleier og pårørende i denne siste fasen ha delte følelser, tanker og holdninger, som vil være meningsfulle og betydningsfulle for begge (Kirkevold, 1998, s. 116-118).

Jeg forstår dette menneske-til-menneske-forholdet, som en prosess hvor sykepleiers intensjon er å skape en kontakt med pårørende basert på individuelle behov, empati og sympati. Dette, eller disse erfaringene som deles i kontakten, vil være en forutsetning for et godt samarbeid, og for sykepleiers evne til å ivareta pårørende og deres behov, for å igjen hjelpe dem i å være en ressurs for pasienten og å håndtere situasjonen.

For å få til et vellykket menneske-til-menneske forhold sier Travelbee (1971) at kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleiere besitter. Dette vil jeg derfor redegjøre for i neste kapittel 3.6.

3.6 Kommunikasjon.

Travelbee sier: Ikke bare er kommunikasjon et viktig redskap for sykepleieren; kommunikasjon består av en komplisert *gjensidig* prosess der man deler eller overfører tanker og følelser. For sykepleier kan kommunikasjon være en formålsstyrt prosess som har til hensikt å bli kjent med pårørende og avdekke/oppfylle deres behov (Kirkevold, 1998).

Stubberud (2013) sier at sykepleiere må være bevisst sin kommunikasjon, da pårørende registrer oppførsel, tonefall og ansiktsuttrykk, og at tillitten avhenger av om det er samsvar i den verbale og non-verbale kommunikasjonen.

Eide & Eide (2012, s.12) sier at kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre ved å benytte aktiv lytting, være åpen og samtidig direkte.

Essensen i dette blir derfor for sykepleier å være bevisst sin kommunikasjon og å benytte dette i møte med pårørende, for å bli kjent med dem, herunder å forstå deres situasjon, for å kunne ivareta og identifisere deres behov. Forståelsen av kommunikasjonsbegrepet blir derfor at sykepleier må være bevisst verbal. og ikke minst nonverbalkommunikasjon, benytte aktiv lytting og stille åpne spørsmål for å invitere pårørende til dialog.

3.6.1 Profesjonell kommunikasjon ved å bruke seg selv terapeutisk.

Profesjonell kommunikasjon kan sies enkelt å være faglig velfundert og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2012,s.12)

Travelbee (1971, s.103-107) skriver at sykepleier må inneha en spesiell evne som blant annet innebærer kunnskap om kommunikasjon og å anvende denne, samt følsomhet og en velutviklet sans for ”timing”. Videre skriver Travelbee (1971, s.107) at å benytte kommunikasjonsteknikker ikke alene har en ”magisk” effekt på å skape relasjoner, og disse dermed ikke er en mirakelkur som løser problematiske møter med pårørende. I følge Travelbee (1971) vil kommunikasjonen mislykkes hvis sykepleier ikke evner å se pårørende som *unike* individer, eller å bruke ens ”terapeutiske selv”.

Terapeutisk bruk av seg selv er ”bevisst brukt av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Forandring er terapeutisk når den hjelper personens plager” (ibid, 1971, s. 19).

Cullberg (2010) beskriver også sykepleierens terapeutiske rolle ved at den *ikke vil være å gi til tilbake* det som pårørende har tapt, står i fare for å tape, eller å bidra til å fornekte den smertefulle virkeligheten. Sykepleiers rolle vil bli å støtte pårørende i forsiktig konfrontasjon med virkeligheten. I gjennom kommunikasjon kan sykepleier da hjelpe pårørende til å gi ”fritt uttrykk for smerte, sorg, skyld, eller aggressivitet for å bidra til å krisesymptomene oppfattes mindre naturlige” (ibid, s.2010).

Ut ifra Stubberud (2013), Cullberg (2010) og Travelbee (1971) forstår jeg det ditt hen at profesjonell kommunikasjon i sykepleiefaglig relevans samsvarer med at sykepleier benytter seg selv terapeutisk, da begge har til hensikt å hjelpe pårørende basert på sykepleierens faglige kunnskaper.

3.6.2 Den gode samtalen.

Den gode, hjelpende samtalen burde startes med åpne spørsmål slik at pårørende kan starte sin fortelling om det som ligger deres hjerte nært. Når fortellingen er i gang, dannes kommunikasjonen, ved at sykepleieren benytter aktiv lytting, viser forståelse og utforsker hvilke følelser samtalen vekker (Eide & Eide, 2012).

Falk sier at selv om et emnet kan være komplisert ”trenger ikke samtalen om det å være det” (2016, s.21). Videre presiserer han betydningen av enkelt eller lett. Meningen med å si noe er enkelt, er for å presisere hva som er vanskelig. Enkelt er ikke nødvendigvis det samme som lett. Å fortelle den andre hva som foregår inni seg selv, kan være enkelt.

Når det er vanskelig å føre for eksempel en eksistensiell samtale er det ikke fordi det er komplisert, men at det kan være vanskelig fordi man ikke orker å bære smerten ved at en annen har det vanskelig og/eller smerten ved å selv føle seg maktesløs i situasjonen ” (Falk, 2016, s.22). Hvis man gjør maktesløsheten til et problem i tillegg til vanskeligheten man føler maktesløshet ovenfor, får man dermed to problemer i stedet for ett. Å være maktesløs er å være skyldfri, (ibid, 2016, s. 28).

Hvis sykepleier opplever at ord eller handlinger ikke strekker til, er det nettopp dette som burde formidles til pårørende. Ved å fortelle om ens egne begrensninger viser sykepleier en tillitsskapende ærlighet i samtalen, noe som kan gjøre det lettere for pårørende å leve med sin egen begrensning (Falk, 2016). Den profesjonelle sykepleieren begrensninger er derfor en ressurs ved at den lar begge parter fremstå akkurat slik som de *er*, og hvem de *ikke* er. Denne grensen bidrar til kontakt selv om hjelp ikke kan gis i ”ønsket” form (Falk, 2016).

En verdifull samtale vil for sykepleier og pårørende oppleves ved at møte i mellom dem har skapt ny innsikt og nye ideer, som beriker dem. Dette skjer ved at rommet i mellom dem under samtalen er aktivt og berører hverandre (Falk, 2016).

3.6 Samspillet mellom sykepleier og pårørende.

Sykepleiere trenger den *sosiale kompetansen*, det vil si evne til samhandling, kommunikasjon og samarbeid, for å kunne møte mennesker på en respektfull måte, og på den måten danner relasjoner preget av vilje til samarbeid med både pasienter, pårørende og fagfolk. Denne *sosiale kompetansen* forutsetter at sykepleier har evne og vilje til å kritisk vurdere sin egen måte, og å være orientert og utholdende i møte med den andre, på bakgrunn av empati, situasjonsforståelse og et profesjonelt mot (Damsgaard, 2010, s.57).

Igjennom utviklingen av et tillitsforhold sier Stubberud (2013, s. 175) at sykepleier igjennom å vise åpenhet og medfølelse i pårørendes situasjon bidrar til at pårørendes forventinger om å

blir tatt godt i mot og bli tatt på alvor blir innfridd, noe som hjelper pårørende å mestre situasjonen bedre.

I noen tilfeller kan pårørende oppføre seg annerledes enn man kunne ønske, vet at de ikke forstår, er kritiske eller urimelige. Da er det viktig at sykepleier tar et skritt tilbake og beholder roen, slik at møte forblir respektfullt og kan åpne for et konstruktivt samspill. Det er i disse krevende møtene at profesjonaliteten blir satt på prøve (Damsgaard, 2010, s.61).

Stubberud (2013, s.176) skriver at det kan være vanskelig å være profesjonell hele tiden. Særlig i situasjoner hvor pårørende uttrykker misnøye eller aggresjon på grunn av angst og stress. Han sier at en naturlig reaksjon kan være å grue seg til å møte pårørende i engstelse for hva de kommer til å si, og at sykepleiere da lett kan trekke seg tilbake.

Mennesker i livskriser eller traumatiske kriser trenger støtte, medmenneskelig kontakt og noen de kan dele tanker og følelser med. Damsgaard (2010) påpeker at de trenger en sykepleier som føler med, men som ikke overtar pasientens fortvilelse og på den måten gjør det til sin egen. Denne over-identifiseringen kan neglisjere han eller hennes behov da sykepleier vil bli mer opptatt av egne følelser og reaksjoner. Dette kan sees på som en privat tilnærming, som igjen kan føre til at sykepleier kan føle som personen og ikke *med* han eller henne.

Et annet uttrykk for privat tilnærming kan være at man synes synd på personen i den grad at det kan gjøre personen mer hjelpeløs og dysfunksjonell da det kolliderer med ressurs og mestringsfølelsene.

Essensen i dette kapittelet er å belyse noen av de faktorene som kan ha innflytelse på samspillet mellom sykepleier og pårørende. Jeg forstår dette som at sykepleiers *sosiale kompetanse* er svært viktig i den profesjonelle rollen, og at denne kan være en forutsetning for å etablere kontakt med pårørende. Særlig hvis pårørende kan ha adferd som kan være preget av de befinner seg i en krisetilstand, da vil kunnskaper om den *sosiale kompetansen* kunne fungere som en veileder for sykepleier i å opprettholde en profesjonell tilnæringsmåte ovenfor pårørende.

4.0 DRØFTNING

For pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter kan situasjonen oppleves som krevende da de kan bli rammet av følelsesmessige belastninger og omfattende stress.

I dette drøftingskapittelet vil jeg først drøfte hvordan sykepleier kan møte pårørende i krise, med fokus på det psykologiske perspektivet igjennom kriseteori, et menneske-til-menneske forhold og funn i forskning. Deretter vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan ivareta pårørende med fokus på behovene som utspiller seg; informasjon, tilrettelegging for pårørende besøk og deltakelse. Felles for begge disse underkapitlene vil syn på sykepleiers utfordringer tas med. For å strukturere drøftingen har ”møte” og ”ivareta” derfor blitt separert. Disse to kapitlene kan forstås hver for seg, men å møte og ivareta pårørende i krise vil for sykepleier være en kontinuerlig prosess så lenge innleggelsen varer, og disse interaksjonene og intervensjonene vil foregå parallelt.

4.1 Å møte pårørende i krise.

” I mange situasjoner kan det være nok at sykepleier bare våger og evner å være til stede, tåler pårørendes smerte og bare er et medmenneske ” (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.47). Dette utsagnet støttes av Cullberg (2010) ved at han forteller at i sjokkfasen er det god allmenn omsorg som gjelder. Dette kan vises så enkelt ved å; gi noe håndgripelig til den pårørende, for eksempel et glass med drikke. Dette vil være en symbolhandling hvor sykepleieren viser sin ”moderlige” funksjon samtidig som den kriserammede tillates sin regresjon.

For sykepleier og pårørende vil førsteinntrykket bli dannet på bakgrunn av observasjoner og inntrykk av hverandre. Derfor burde sykepleier opptre vennlig, være oppriktig, og vise forståelse (Bøckmann & Kjellevold, 2015). Sagt med andre ord kan førsteinntrykket sykepleier gir ha stor betydning i møte med pårørende i krise, også med tanke på å utvikle et tillitsforhold (Stubberud, 2013).

Sykepleier burde derfor stille åpne spørsmål som innleder til samtale, hvor pårørende kan fortelle fritt. På denne måten kan sykepleier også få rede på hvem de pårørende er, hvilken relasjon de har, hvilken informasjon pårørende har om situasjonen og spesielt hvordan de oppfatter den (Stubberud, 2013). På den andre siden kan sykepleier da også foreta, med bakgrunn i sin kunnskap om kriser, vurderinger om hun ser tegn til symptomer i den akutte

krisen hos pårørende. Et annet relevant punkt vil være at pårørende også vil føle seg ivaretatt igjennom å bli sett og hørt i det gjeldende øyeblikket (Frivold, Dale & Slettebø, 2015).

Å undersøke hvordan pårørende oppfatter situasjonen er viktig i møte med pårørende i krise, da den traumatiske krisen kan ha store psykologiske innvirkninger (Cullberg, 2010). I studiet til Nolen & Warren (2014) kom det frem at pårørende var fornøyde med kommunikasjonen og ærligheten sykepleierne visste, men at de opplevde at sykepleierne gjorde liten ekstra innsats i å rette kommunikasjonen mot pårørendes oppfattelse av situasjonen og følelsene deres. Sett ut i fra et pårørendeperspektiv kan dette problematisere den akutte krisen, da funnene i studiet til Frivold et al., (2015) visste at støtte fra sykepleierne var helt avgjørende for pårørendes evne til å absorbere og takle situasjoner som for dem virket skremmende. Videre fortalte deltakerne at sykepleiers evne til å vise forståelse og medfølelse, og å kommunisere dette ut riktig var av stor betydning for pårørende i sin krise. På den andre siden visste studiet også at deltakere som ikke fikk dette følelsesbehovet oppfylt; følte større frustrasjon, forvirring og tap av tillit til avdelingen (Frivold et al., 2015). Helsedirektoratets Pårørendeveileder (2017) anbefaler også sykepleier om å etterspørre hva de pårørende har opplevd når de møter pårørende i krise. Samtidig, anbefaler de at sykepleier snakker med pårørende om vanlige krisereaksjoner, og har skriftlig informasjon om krisereaksjoner som kan gis til pårørende i den akutte krisen. Dette vil være et aktivt tiltak sykepleier kan gjøre i møte med pårørende i den akutte krisen. Ved å gi pårørende innsikt og kunnskaper om de fysiologiske og psykologiske reaksjonene situasjonen kan gi, vil det kunne virke avskrekkende og mer naturlig. På sikt vil det også kunne bidra til at pårørende opplever å mestre situasjonen bedre, ved å forstå hvilke symptomer de opplever, og at dette da er normalt (Cullberg, 2010).

I reaksjonsfasen, hvor pårørende kan stille spørsmål som "hvorfor" og vise fortvilelse er det naturlig at en forklaring er ønskelig. Sykepleier kan også føle på dette ønske om å kunne gi en forklaring, hvor en kan føle at en ikke klarer å møte den pårørende på disse vanskelige emnene, som mangler rettferdighet (Stubberud, 2013). På den andre siden er ikke å trøste og gi noen forklaring på at det som er urettferdig i virkeligheten skulle ha en form for rettferdighet. Den beste trøst kan kun vises igjennom medlidelse eller medfølelse (Falk, 2016). I motsetning til studiet av Nolen og Warren (2014) hvor de gjorde liten innsats i å innlede til samtale på et emosjonelt nivå, burde sykepleier våge å undersøke, og heller

erkjenne ens begrensninger. Dette understøtter Falk (2016) ved at denne ”grensen” (i begrensningen) bidrar til kontakt, selv om hjelp kanskje ikke kan gis i ”ønsket” form. Begrensningene kan heller komme til uttrykk ved noe sånt som: ”jeg kjenner at jeg får vondt inni meg av å høre dette, eller å se dere i denne situasjonen”.

Å se pårørende lide eller å vitne deres sorg kan gi følelse av maktesløshet. På den andre siden kan maktesløshet bli sett på noe positivt, ved at det man ikke *kan gjøre*, er også det man ikke skal *gjøre*. Falk (2016) sier at ”skal” og ”bør” forstummer når noe er helt umulig. Dette tror jeg det ligger gode praksisnære refleksjoner i for sykepleiere i møte med pårørende i krise, da følelsen av å ”måtte gjøre noe” ofte kan påvirke oss. Som gjengitt innledningsvis i dette kapitlet støttes dette i at noen ganger må sykepleiere; ”våge og evne å *bare være tilstede*” (Bøckmann & Kjellehold, 2015, s.47).

For sykepleiere som ikke har erfaringer med å være pårørende til alvorlig eller kritisk syke, eller ha opplevd tap av nære selv, kan det tenkes at det kan vanskelig å relatere seg til gitte situasjoner hvor pårørende uttrykker sorg, frykt, fortvilelse, eller maktesløshet. Hvis sykepleier da tar initiativ til dialog og benytter aktiv lytting kan sykepleier få innsikt i og oversikt over de engstelser eller følelser pårørende har inne i seg (Cullberg, 2010). Derfor blir kommunikasjon, og sykepleiers evne til å benytte dette, et viktig verktøy for sykepleier i å etablere et menneske-til-menneske forhold i møte med pårørende (Travelbee, 1971). Deretter, kan sykepleieren, igjennom empati, få en realistisk forståelse av hvordan pårørende føler og opplever livet sitt i den gitte situasjonen, ut ifra pårørendes fortellinger og oppførsel. På den andre siden, kan pårørende i krise virke skremmende for en uerfaren sykepleier, og på bakgrunn av dette kan sykepleier vegre seg for å gå inn i dialog (Stubberud, 2013). I studiet til Lindhardt, Halleberg & Poulsen (2007, s. 668–681) fortalte sykepleierne at de ofte opplevd pårørende som krevende og de innrømmet at de ofte bevisst forsøke å unngå dem. Dette ble relatert til sykepleierens usikkerhet, på grunn av mangel på kunnskap, kjennskap til pasienten og følelsen av å bli kritisert av pårørende. Men, dette kan også betraktes fra en annen synvinkel hvor muligens sykepleierne har kommunisert dårlig, ikke betraktet pårørende som *unike individer*, eller ikke å ha vært initiativtaker til dialog om hva som måtte ligge pårørendes hjerte nært. Dette vil da resultere i at kommunikasjonen mislykkes, og at en gjensidig forståelse og respekt ikke blir grunnlagt (Travelbee, 1971). Dette vil igjen kunne

påvirke samarbeidet og det kan tenkes at det kan få en negativ innvirkning som kan føre til at sykepleier vegrer seg for å møte pårørende.

Pårørende beskriver at kvaliteten på relasjonen er avgjørende når de skal vurdere ivaretagelsen og opplevd støtte fra sykepleiere (Frivold et al., 2015). Derfor blir sykepleiers profesjonelle mot også en viktig faktor i møte med pårørende (Damsgaard, 2010).

Pårørende vil ha individuelle behov (Stubberud, 2013). Sykepleier må derfor, med sin *sosiale kompetanse*, ”føle” seg frem til hva den spesifikke pårørende kan trenge i den akutte krisen. For noen vil det kanskje ikke være naturlig å dele eller å snakke for mye om personlige nærliggende (Damsgaard, 2010). Et annet relevant punkt vil være at pårørende også kan bli lei av å måtte dele sine følelser med forskjellige fagfolk og sykepleiere. På bakgrunn av dette uttrykte pårørende at å forholde seg til én eller få sykepleiere var sterkt ønskelig (Frivold et al., 2015). Dette blir da viktig kunnskap som sykepleier må overveie i møte med pårørende, hvor den naturlige balansen må være tilstede. Sykepleier på medisinsk sengepost burde derfor forsøke å tilstrebe å gi pårørende kontinuitet og forutsigbarhet når det kommer til hvilke sykepleiere de skal forholde seg til. Dette vil igjen lette sykepleiers møte med pårørende vet at de selv vil få stabilitet i etableringen av et menneske-til-menneske forhold (Damsgaard, 2010; Travelbee, 1971). På den andre siden vil få kontaktsykepleiere igjen styrke ivaretagelsen av pårørende ved at pårørendes følelse av frustrasjon, forvirring eller tap av tillit til avdelingen reduseres (Frivold et al., 2015). Sykepleiers rolle vil derfor være å ta initiativ og tilrettelegge for et godt møte med pårørende ut i fra deres forutsetninger og behov, for å hjelpe pårørende til å håndtere og å ”stå i situasjonen” (Van Horn & Kautz, 2007).

4.2. Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende?

I en oversiktsartikkel utført av Van Horn & Kautz (2007), som har til hensikt å se på aktiviteter/tiltak som styrker ivaretagelsen av pårørendes integritet, ble tilrettelegging av pårørendebesøk, gi pårørende informasjon, tilrettelegge for deltakelse i behandling og pleie, og å møte pårørendes følelser, presentert som sentrale funn. Disse funnene samsvar med pårørendes behov presentert i boken til Stubberud (2013) og i studiene til Frivold et al. (2015, s.232-240), Nolen & Warren (2014, s.393-406), Blom, Gustavsoon & Sundler (2012, s1-8). For at pårørende skal føle seg ivare tatt er det nettopp disse behovene sykepleier må mestre å ivareta ved å rettet tiltak mot dem (Nolen & Warren, 2014). Nedenfor vil derfor disse

behovene utgjøre undertitlenes overskrift hvor jeg drøfter disse enkeltvis ut ifra et sykepleier - og pårørendeperspektiv.

4.2.1 Å gi informasjon.

De siste 10 årene er det gjort mye forskning på pårørendes behov til kritisk syke pasienter. Disse studiene viser at *informasjon* er det behovet pårørende uttrykker som viktigst eller av størst verdi (Van Horn & Kautz, 2007). For pårørende i en krisetilstand, hvor angst, frykt og høyt stressnivå er vanlige reaksjoner, viser forskning også at ved å gi god informasjon på en hensynsfull og god måte, reduseres dette betraktelig, noe som igjen øker tilfredsheten og pårørendes evne til å være en ressurs (Van Horn & Kautz, 2007).

Derfor kan man si at for å ivareta pårørende må sykepleier sørge for at hun har oppdatert og tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand, og at hun kan kommunisere denne på en måte slik at pårørende forstår innholdet (Stubberud, 2013). På den andre siden kan pårørende i den akutte krisen, herunder spesielt i sjokkfasen, ha vanskeligheter med å prosessere komplisert eller følelsesladet informasjon og/eller ha nedsatt hukommelse (Cullberg, 2010). Det kan derfor være en utfordring for sykepleier å vite om pårørende har forstått informasjonen tilstrekkelig. Ved å etterspørre informasjonen som har blitt gitt, eller å be om en oppsummering kan sykepleier på denne måte forsikre seg om at pårørende har forstått det hun har sagt (Eide & Eide, 2012). På den andre siden overholder sykepleier også pasientrettighetsloven angående ”krav til informasjonens form” ved at informasjonen er tilpasset pårørendes forutsetninger (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Helsedirektoratets Pårørendeveileder (2017) støtter også dette hvor de anbefaler sykepleiere å være rolig, bruke tid og gi tilpasset generell informasjon i situasjonen i møte med pårørende i krise.

Skulle pårørende oppleve å ha nedsatt hukommelse kan en mulig løsning være at sykepleier gi pårørende penn og papir og ber dem skrive ned spørsmål de kommer på etter hvert. Dette kan også tenkes å styrke pårørendes opplevelse av at informasjonsbehovet blir ivaretatt.

I reaksjonsfasen kan pårørendes virkelighetssans være noe redusert, fordi det hele kan føles så uvirkelig, og derfor tillates psyken en viss regresjon (Cullberg, 2010). I studiet til Adams, Docherty & Steinhauser (2014, s. 406-415), var det pårørende som uttrykte misnøye ved å

motta informasjon fra sykepleierne. Dette på bakgrunn av at sykepleier da ikke kunne svare på spørsmål, gav vage svar, gjettet på hva som kunne være galt eller gav unøyaktig informasjon. Resultatet av dette ble at pårørende oppgav å ha redusert tillitsforhold til sykepleierne og at det påvirket deres evne til å håndtere situasjonen. Dette vil være ugunstig da pårørende i en reaksjonsfase vil være i en sårbar fase (Cullberg, 2010).

På den andre siden kan dette betraktes igjennom en annen synsvinkel hvor pårørende kanskje ønsker informasjon som lege må gi svar på. I studiet til Frivold et al., (2015, 232-240) kom det frem at sykepleiere ofte forklarte medisinsk informasjon, og at det bød på problemer for pårørende da ulike opplysninger ble gitt av ulike omsorgspersoner, herunder leger og sykepleiere. Sykepleier burde derfor holde informasjonen til sitt kompetanse nivå, og vise pårørende tillitt ved å være ærlig om sine begrensninger, innhente informasjonen de etterspør eller videreformidle spørsmålet, da dette øker troverdigheten og styrker tillitsforholdet (Falk, 2016; Stubberud, 2013). Sett i lys av Travelbee (1971) sin teori om etableringen av et menneske-til-menneske forhold, vil sykepleier i dette tilfelle, uten pårørendes tillitt, ha store vanskeligheter med å ivareta pårørende på best mulig måte, da gjensidig tillitt blir grunnlaget for ivaretagelsen. Dette forteller også sykepleierne i studiet til Engström & Söderberg (2007, s.1651-1659) hvor pårørende kunne beskyldte sykepleierne for å ikke gi dem nok informasjon. Pårørende opptrådte da kritisk, stresset og aggressive mot sykepleierne. Sykepleiernes erfaring var da at når tillitsforhold mellom sykepleier og pårørende fikk en dårlig start, kunne sykepleierne måtte bruke mye tid på å få opparbeidet tilliten igjen. På den andre siden kan det tenkes at pårørendes oppførsel ved å få for lite informasjon kan si noe om hvor viktig denne informasjonen oppleves for pårørende.

I motsetning til de pårørende som var misfornøyde med informasjonen sykepleier gav, fortalte andre pårørende i det samme studiet til Adams et al. (2014) at sykepleiere som fortalte dem hva de gjorde; sørget for at pårørende fikk tillit til sykepleierne og det hjalp dem med å håndtere situasjonen bedre. Studiet visste også at sykepleiers vilje til å dele av kunnskap og informasjon gav pårørende en større situasjonsforståelse. En større situasjonsforståelse hjelper pårørende i reaksjonsfasen ved at de i denne fasen blir tvunget til å åpne øynene for hva som har skjedd eller vil skje (Cullberg, 2010). Ved å få informasjon og kunnskap klarte flere pårørende å kombinere ervervet kunnskap med pasienten tilstand og foreta egne vurderinger i situasjoner. Dette gav økt trygghetsfølelse (Adams et al., 2014). På den andre siden viser det seg at ikke bare pårørendes håndteringsevne, men også pårørendes oppfattelse av meningsfylthet var avhengig av informasjonens tilgjengelighet og kvalitet (Frivold et al.,

2015). Sykepleiers tilgjengelighet på telefon ble også ansett av pårørende som svært viktig for å dekket behovet for informasjon (Adams et al., 2014).

I neste avsnitt vil jeg derfor drøfte hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers tilgjengelighet for å gi informasjon og kvaliteten på informasjonen.

På en medisinsk sengepost vil sykepleier stå ovenfor flere utfordringer. I studiet til Lindhardt et al. (2007), visste det seg at det ofte var stor belastning på avdelingen slik at medisinske oppgaver og prosedyrer fikk høyeste prioritert på avdelingen. Pårørendes behov og sykepleiers samarbeid med disse fikk dermed svært lav prioritet. I tilfeller som dette kan jeg av erfaring se for meg at avdelingen er full, sykepleier har ansvar for mange pasienter og pårørende, hvor igjen tid og ressurser kan være en utfordring. Dette kan tenkes å være en faktor for pårørendes opplevelse av informasjonens tilgjengelighet og at kvalitet på informasjonen ble redusert, være seg om sykepleier har mulighet til å lese seg grundig opp på alle pasientene, eller om tid til å gi grundig og velformulert informasjon ikke er tilstede.

I midlertidig viser det seg at sykepleierens kompetansenivå og erfaring kan være en forutsetning for et vellykket samarbeid og tillitsforhold til pårørende på en hektisk avdeling (Frivold et al., 2015). Dette kan tolkes som at sykepleiere med lengre erfaring kan ha forutsetninger for å strukturere arbeidsdagen, prioritere oppgaver og ha erfaring med hvor viktig pårørende anser å få tilfredsstillende informasjon. Dette understøttes i studiet til Lindhardt et al. (2007) hvor tidspress ble ofte brukt som forklaring for et fraværende samarbeid. I midlertidig visste studiet at sykepleierne var motvillig i å bruke begrepet som en unnskyldning for å kommunisere med pårørende. Det ble heller fastslått at det var et spørsmål om dårlig prioritering.

Selv om pårørende forklarer viktigheten av at sykepleiere er tilgjengelig på telefon, setter de viktigheten av å få lov til å være i nærheten og tilstede som enda høyere. Dette ble sett på som en forutsetning for å blant annet få god informasjon og få vite hva som skjer, ved å være tilstede (Adams et al., 2014; Nolen & Warren, 2014).

I det neste kapittel vil jeg derfor drøfte behovet pårørende har for å være i nærheten av og tilstede for pasienten.

4.2.2 Tilrettelegge for pårørendebesøk.

Pårørende med erfaringer om å få lov til å være tilstede og i nærheten av sine kjære på sykehus visste stor takknemlighet, uttrykte trygghet og tillitt til sykepleierne (Frivold et al.,

2015). En av grunnene til dette kan være at pårørende i den akutte krisen vil oppleve å bli rammet av sorg, ensomhet og fortvilelse; følelser som kan komme og gå (Cullberg, 2010). På den måten vil sykepleiers tilrettelegging for tilstedeværelse og pårørendebesøk være av stor betydning for pårørende da dette kan redusere symptomene på krise og hjelpe pårørende i å håndtere situasjonen (Blom et al., 2012). Et annet relevant punkt vil være at dette vil lette pårørendes bekymringer rundt pasienten tilstand og situasjon (Stubberud, 2013). Ved å få være sammen med pasienten vil pårørende oppleve følelse av kontroll. På den andre siden oppga pårørende som i liten grad fikk tilbringe tid med pasientene, økt utrygghet (Blom et al., 2012). Ved å få være hos pasienten vil pårørende også være i en posisjon hvor de kan trygge og berolige pasienten (Stubberud, 2013). Dette vil igjen føre til at deres tilstedeværelse oppleves som meningsfull og øker selvfølelsen, noe som igjen er med på at pårørende håndtere situasjonen bedre og kan være en ressurs for pasienten (Blom et al., 2012). På den andre siden anser pårørende seg som en viktig informant om pasientens personlighet og vanlige liv, og ved å være tilstede kan de påse at pasienten ikke blir umenneskeliggjort eller objektifisert, og viktigst av alt; forsikre seg om at pasientens behov blir ivaretatt (Blom et al., 2012). Et annet aspekt vil være at pårørendes tilstedeværelse i det store bildet vil lette arbeidsdagen for sykepleiere, da pårørende er en *kunnskapskilde* og kan være en ressurs for pasienten. Hvis sykepleier ivaretar pårørende, kan pårørende hjelpe til med å ivareta pasienten, noe som vil kunne redusere stress for både sykepleier og pårørende (Nolan & Warran, 2014).

Av erfaring vet jeg at besøkstid vil kunne variere på medisinske sengeposter. Besøkstid kan brukes for å skjerme pasientene eller for å vise hensyn til medpasienter på dobbeltrom, ved at man da kan si at "besøktiden over for i dag". For pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke har jeg erfaring med at besøkstiden ikke er relevant, og at pårørendes behov for tilstedeværelse vektlegges. Har pårørende uttrykt ønske om å få overnatte har dette som regel blitt møtt. Dette støtter Helsedirektoratet (2017) ved at de sier at sykepleier burde legge til rette for samvær med pasienten når dette er mulig og ønskelig. På den andre siden er det viktig at sykepleier, for å ivareta pårørende, vurderer om tilstedeværelsen alltid er hensiktsmessig. Store omsorgsoppgaver for pasienten før innleggelsen eller sykehusoppholdets lengde kan være en faktor for at pårørende kan oppleve å bli utsatt for isolasjon, stress, belastning og helsesvikt, som depresjon og utmattelsessymptomer, som igjen vil redusere pårørendes evne til å være en ressurs (Bøckmann & Kjellevoid, 2015; Helsedirektoratet, 2017).

Dette blir da viktige observasjoner for sykepleier. Igjennom dialog med pårørende burde sykepleier anerkjenne pårørende og den innsatsen de gjør, og tilrettelegge for pårørendes egenomsorg, ved å kommunisere sine observasjoner; da noen pårørende kan ha behov for dette for å tillate seg å trekke seg tilbake når de er i en krisetilstand (Stubberud 2013; Cullberg, 2010).

Å få være deltakende ble beskrevet av pårørende som å få være i nærheten av pasienten eller tilstede på avdelingen. Tilstedeværelse ble like mye ansett som å være der for pasienten, men å også gjøre noe for pasienten (Blom et al., 2012).

I neste kapittel vil jeg drøfte pårørendes behov for deltakelse i behandlingen og pleien.

4.2.3 Tilrettelegge for deltakelse i behandling og pleie.

I studiet til Blom et al., (2013) oppga pårørende at de følte sikkerhet og trygghet med pleien pasienten mottok da de igjennom egen deltakelse fikk en visshet om sykepleiers behandling av pasienten. Et annet relevant punkt i studiet var at igjennom å være tilstede og delta under omsorgsaktiviteter, oppga pårørende at deres egen sårbarheten og at følelsen av innvendig stress ble redusert.

Hvilke omsorgsaktiviteter pårørende ønsker å delta i vil variere. På den andre siden vil grad av ønske om deltakelse naturlig nok variere ut i fra hvilket forhold pårørende har til pasienten (Stubberud, 2013). Dette understøtter studiet til Blom et al. (2010) hvor det visste seg at behovet for å være deltakende varierte. Pårørende opplyste om at det var omsorgsaktiviteter som de ønsket å delta i, og andre aktiviteter de ikke ønsket å delta i. Derfor må sykepleier ta initiativ til dialog og finne ut av hva pårørende ønsker og er komfortable med slik at pårørende og sykepleier etablerer en fungerende dynamikk seg i mellom (Stubberud, 2013). I studiet til Garrouste-Orgeas et al. (2010), kom det frem at bare 14 av 101 pårørende spontant deltok i pleie eller omsorgsaktiviteter eller spurte sykepleierne om å få hjelp til. Like interessant er det at studiet visste at 97% av de 101 pårørende ønsket å få være deltakende i pleie og behandlingen av pasientene. Dette kan tenkes å komme av flere grunner. En av grunnene kan være at pårørende føler de er i veien eller til bry (Frivold et al., 2015). Et annet relevant punkt kan være grad av inkludering fra sykepleier, og hvordan /eller om dette kommuniseres ut til pårørende. Dette belyses i studiet til Engström & Söderberg (2007) hvor

sykepleierne innrømmet at de kunne bli flinkere til å spørre pårørende om de ville delta i visse aktiviteter, slik at ikke pårørende forble en observatør. Lite involvering og deltakelse kom rett og slett av at sykepleierne glemte å spørre (Engström & Söderberg, 2007). På den andre siden kan høyt tempo eller tidspress for sykepleiere på en medisinsk avdeling føre til redusert involvering fra sykepleiernes side (Lindhardt et al. 2007).

Grad av involvering kan også betraktes fra en annen synsvinkel hvor sykepleier kan føle seg ukomfortabel eller iaktatt med pårørende i tilstede i visse omsorgsaktiviteter. Studiet til Garrouste-Orgeas et al. (2010) visste at 10 % av sykepleierne uttrykte bekymringer ved å ha pårørende tilstede i visse omsorgsaktiviteter da de engstet seg for uønskede hendelser som kunne oppstå og at ikke pårørende skulle bevitne dette. På den andre siden kan dette også tolkes som uerfarenhet med bakgrunn i sykepleiers usikkerhet (Garrouste-Orgeas et al., 2010). Men det kan også tenkes at muligens sykepleiernes engstelse var relatert til nedverdiggende situasjoner for pasienten. I studiet til Engström & Söderberg (2007) fortalte nemlig sykepleierne at de ba pårørende forlate rommet i situasjoner hvor integriteten til pasienten kunne svekkes.

Det viser seg at pårørende og sykepleiere har delt syn på hvilke pleie eller omsorgsaktiviteter pårørende skal eller burde inkluderes i. Gode oppgaver kan være å tørker pasientens øyne, fuktet munnhulen, hydrere leppene, forhindrer trykksår, massasje med mer. Aktiviteter som sykepleier og pårørende ser på som uhensiktsmessige innebar stell (intimstell) og dusj/bading (Garrouste-Orgeas et al., 2010).

Å få oppgaver kan gi pårørende en naturlig måte å føle at de kommer nærere den syke pasienten (Engström & Söderberg, 2007). På den andre siden vil det også være hensiktsmessig for pårørende i en krisetilstanden da dette kan redusere følelser som blant annet ensomhet, forlatthet, og meningsløshet (Cullberg, 2010). Flere pårørende har uttrykt at å føle seg nyttig, hvor de deltok i daglige omsorgsaktiviteter rundt pasienten, hjalp ikke bare pasienten, men også deres egne behov (Frivold et al., 2015; Blom et al., 2012).

Avslutningsvis må et annet relevant punkt, nemlig pasientens verdighet og autonomi nevnes i form av sykepleiers rolle i involvering av pårørende behandling og pleie. Studiet til Garrouste-Orgeas et al. (2010) visste at 70 % av pasientene ønsket deltakelse fra pårørende i omsorgsaktiviteter. Herunder må det understrekes at de fleste av pasientene var eldre pasienter og at disse omsorgsaktivitetene ble utført av ektefeller eller fra voksne pårørende. Et

viktig aspekt er at 30% ikke ønsker dette. Dette kan betraktes som en høy andel, og dersom om pasienten er i stand til å uttrykke det, skal dette vektlegges (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). På den andre siden vil mange pasienter ha ønsker om deltakelse fra pårørende, og det kommer frem som et viktig behov for pårørende selv også. Sykepleier burde derfor skape en atmosfære som oppmuntrer til deltakelse og involvering fra pårørende, samt å dele av sine kunnskaper. På denne måten vil sykepleier kunne ivareta pårørendes behov som resulterer i at de føler seg betydningsfulle og nyttige ovenfor pasienten, samt at sorg, ensomhet, og meningsløshet i forbindelse med krisereaksjoner kan reduseres (Blom et al. 2012; Cullberg, 2010).

5.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven ble det tilstrebet å besvare følgende problemstilling:

” Hvordan kan sykepleier møte og ivareta pårørende til alvorlig og/eller kritisk syke pasienter på sykehus? ”

Innledningsvis i denne oppgaven ble det hevdet at det ikke bare var pasienten som rammes ved innleggelse på sykehus, men også de nærmeste pårørende. Sykepleiers møte med disse og evne til ivaretagelse, ville derfor være viktige i å hjelpe pårørende i å være en ressurs for pasienten og å ”stå i situasjonen”.

Etter gjennomgang av forskning og litteratur fremkommer det at pårørende føler seg best ivaretatt når sykepleier møter behovene deres for informasjon, å få være tilstede og deltakende i behandlingen og pleien, samt at sykepleier møter pårørendes følelser og viser forståelse for situasjonen.

For at sykepleier skal møte pårørende på en best mulig måte er det viktig at hun ser pårørende som *unike* individer og har kunnskap om krisereaksjoner for at pårørende skal føle at de blir møtt med forståelse. Sykepleier burde skape en atmosfære der pårørende føler at de kan dele fritt av det som ligger deres hjerte nært. En vennligsinnnet og forståelsesfull tilnærming vil være viktig. Et tillitsforhold må etableres for et videre samarbeid, og initiativtakeren må være sykepleieren. Herunder er kommunikasjonsverktøyet viktig og at sykepleier våger å innlede kommunikasjon rettet mot pårørendes forståelse og opplevelse av situasjonen de er i, samt at sykepleier viser sitt sanne ”jeg” ved å være ærlig og erkjenne sine begrensninger. I utfordrende møter vil sykepleiers sosiale kompetanse, profesjonelt mot og erfaring kunne styrke sykepleiers evne til å opprettholde et respektfullt møte.

Det viser seg at sykepleiers kunnskaper skaper tillitt hos pårørende. For å kunne ivareta pårørende må derfor sykepleier inneha kunnskaper om pasientens behandling og tilstand, og dele denne kunnskapen med pårørende. Videre er det viktig at sykepleier i samspill med pårørende avklare hvilken rolle og grad av delaktighet pårørende ønsker. Ved å ha en åpen dialog om dette vil det forhindre misforståelser. Sykepleiers rolle blir derfor å tilrettelegge for pårørendes deltakelse og tilstedeværelse i den grad de ønsker. Dermed kan man si at for

pårørende i en krisetilstand vil inkludering, involvering og oppdatering rundt pasienten tilstand styrke følelsen av støtte, trygghet, tillit og mestring, noe som igjen vil redusere de negative krisereaksjonene som blant annet; stress, isolasjon, fortvilelse, ensomhet, håpløshet og maktesløshet.

Ved at sykepleier er bevisst denne kunnskapen og iverksetter tiltak rettet mot pårørendes behov vil pårørende oppleve å bli ivaretatt. På den måten kan sykepleier hjelpe pårørende til å håndtere og ”å stå i situasjonen” slik at de kan forbli en ressurs for pasienten.

Etter å ha fordypet meg i forskning og litteratur anser jeg fremdeles pårørende til denne pasientgruppen som en utfordrende gruppe å møte på sykehus. Samtidig har arbeidet med oppgaven bidratt med å gi meg en klarere forståelse for hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan møte og ivareta disse pårørende, med bakgrunn i kunnskaper om konkrete behov og tiltak rettet mot disse, samt hvilken forståelse jeg som kommende sykepleier må utvise for denne gruppen.

6.0 KILDER

- Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Steinhauser, K., E. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung*, 43, 406-415. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001
- Blom, H, Gustavsson, C., Sundler, A., J., (2012). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 1-8. doi:10.1016/j.iccn.2012.04.002
- Bøckmann, K & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. (3.utg, 4.oppl.) Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Damsgaard, H.L. (2010) *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Eide, H. & Eide, T (2012). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eidsvåg, B. (udatert). Sangtekst, gi meg ikke din styrke. Hentet 20.05.2017 fra:
<http://hannekrogh.com/gi-meg-ikke-din-styrke/>
- Engström, Å. & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 1651- 1659. doi:10.1111/j.1365 2702.2005.01520.x
- Falk, B. (2016). *Å være der du er* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Frivold, G., Dale, B., Slettebø, Å. (2015) Family members` experiences of being cared for by

nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 232-240.
doi:10.1016/j.iccn.2015.01.006

Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J-F, Diaw, F., Brochon, S., Vasing, A., ... Missel, B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, s. 634–640. doi:
10.1016/j.jcrc.2010.03.001

Helsedirektoratet. (2017) *Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*(Veileder IS-2587/2017). Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder/seksjon?Tittel=stotte-til-parorende-i-9248#ivareta-paarorende-i-akutte-situasjoner-eller-kriser>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindhardt, T., Halleberg, I. R., Poulsen, I. (2007) Nurses experiences of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospitals wards. *International Journal of Nursing Studies* 45. 668–681. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Nolen, K. B. & Warren, N. A. (2014). Meeting the needs of family members of ICU patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37 (4), 393–406. doi:10.1097/
CNQ.0000000000000040

Norsk Sykepleier forbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet fra :
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#§3-4

Stubberud, D.G. (Red.) (2013) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, Joyce (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2.utg). Philadelphia: F. A. Davis Company

Van Horn, E. R. & Kautz, D. (2007). Promotion of family integrity in the acute care setting – a review of the litterature. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 26(3), 101-107.

7.0 VEDLEGG

1) Database søk i Medline.

Søkeord: Relatives, and Crisis, and Nurses role = 288 treff.

Avgrenset søket = 71 treff.

Artikkelen kom som nr. 64:

"Promotion of family integrity in the acute care setting- a review of the literature".

Skrevet av: Elizabeth R. Van Horn & Donald Kautz.

År: 2007

Land: North Carolina, USA

Hensikt: Å se på litteratur og tidligere forskningsfunn som har til hensikt å se på aktiviteter/tiltak som styrker ivaretagelsen av pårørendes integritet.

Design / Intervensjon: Oversiktsartikkel.

Funn: Tiltakene som ble høyest ansett/hadde mest verdi var: Tilrettelegge for pårørendebesøk, gi pårørende informasjon, tilrettelegge for pårørendedeltakelse i pleien, og å møte pårørendes følelser.

2) Databasesøk i Medline.

Søkeord: Nursing care, Relatives, Criticall ill, = 842 treff.

Avgrenset søket (2010-2017) = 86 treff.

Artikkelen kom som nr. 9:

"Family members` experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study".

Skrevet av: Gro Frivold, Bjørg Dale & Åshild Slettebø.

År: 2015

Land: Norge

Deltakere: 13 pårørende til kritisk syke

Hensikt: å belyse betydningen av og pårørende opplevelse av å bli ivaretatt av sykepleiere og leger på en norsk intensivavdeling.

Metode: En fenomenologisk hermeneutisk studie (kvalitativ).

Funn: Betydningen av å være pårørende ble forklart opplevd som å være i en mottakerrolle, og samtidig i en deltakerrolle. Kvaliteten i relasjonene ble beskrevet som avgjørende når pårørende skulle vurdere sin opplevelse av omsorg og ivaretagelse gitt av sykepleiere og leger på avdelingen. De som opplevde informativ og støttende omsorg, og hadde mulighet til å delta, uttrykte følelser som takknemlighet og tillitt til helsesystemet. I motsetning for pårørende som ikke hadde disse erfaringene, spesielt når det gjaldt informativ omsorg, uttrykte de følelser av frustrasjon, forvirring og tap av tillit. Imidlertid oppveiede pasientens behandling og omsorg pårørendes egne følelser, for alle deltakerne.

3) Databasesøk i Medline.

Søkeord: Nursing care, Relatives, critical ill = 842 treff.

Avgrenset vanlig= 86 treff.

Artikkel kom som nr. 49:

” Nurses experiences of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospitals wards”.

Skrevet av: Tove Lindhardt, Ingalill Rahm Hallberg, Ingrid Poulsen

År: 2007

Land: Sverige

Deltakere: 8 sykepleiere på akuttavdelinger.

Hensikt: Å belyse sykepleiernes erfaringer om samarbeid med pårørende til svake og eldre pasienter på akuttavdelinger på sykehus, samt hvilke eventuelle barrierer som hindrer et samarbeid eller hvilke faktorer som stimulerer til samarbeid.

Metode: Kvalitative intervjuer

Funn: Hovedtemaet som utspilte seg var: Å møte pårørende- å bli fanget mellom idealer og praksis. Dette reflekterer sykepleiernes motstridende holdninger til samarbeid med pårørende. Den ene siden gjenspeiler de faglige sykepleierverdiene, mens den andre gjenspeiler hvilke verdier som sees i praksis på en vanlig hverdag på avdelingen. Disse holdningene ble igjen delt inn i to undertemaer: ”Samarbeidet, i det tilfeldige møtet” og ” Pårørende, en krevende ressurs”.

4) Databasesøk i Medline

Søkeord: Nursing care, Relatives, critical ill = 842 treff. Avgrenset vanlig= 86 treff. Artikkel kom som nr. 56.

” Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. ”

Forfattere: Helene Blom, Christina Gustavsson, Anneli Johansson Sundler.

År: 2012

Land: Sverige

Deltakere: 7 nære pårørende til pasienter på en intensiv avdeling.

Hensikt: Å undersøke pårørendes erfaringer med å få støtte og å være deltakende på en intensivavdeling.

Metode: Kvantitativ, fenomenologisk studie.

Funn: Studiet visste at å få være deltakende og få støtte av helsepersonell var svært viktig, herunder for deres egen selvfølelse og evne til å bidra i pleie av pasienten.

Deres erfaring kan deles opp i fire temaer; deltakelse i pleie og å få være nær pasienten, trygghet på pleien pasienten mottar, behov for egen støtte i involvering av omsorg ovenfor pasienten og på grunn av egen sårbarhet.

5) Databasesøk i Medline

Søkeord: Nursing care, Relatives, critical ill = 842 treff. Avgrenset vanlig= 86 treff. Artikkel kom som nr. 63.

“ Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses”.

Skrevet av: Åsa Engström & Siv Söderberg

År: 2007

Land: Sverige

Deltakere: 24 intensivsykepleiere.

Hensikt: Å beskrive intensivsykepleieres erfaringer med nære pårørende på intensivavdeling.

Metode: Kvalitativ metode, diskusjonsgrupper.

Funn: Det kom frem at sykepleierne tok nærvær av pårørende for gitt og at det var frustrerende hvis en kritisk syk pasient ikke hadde pårørende. Dette på bakgrunn av at nære pårørende ville inne informasjon om pasienten, og på denne måten var det lettere for sykepleiere å gi individuell pleie. For å støtte pårørende gav de dem informasjon, forsøkte å

være nære og tilgjengelige for dem, samt å skape et godt forhold til dem.

Sykepleierne anså nære pårørende som viktig.

6) Database søk i Medline

Søkeord: Nurses role, Relatives, crisis = 288 treff. Avgrenset vanlig= 71 treff. Artikkel kom som nr. 9.

“Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying”.

Skrevet av: Judith A. Adams, Ruth A. Anderson, Sharron L. Docherty, Karen E. Steinhauser.

År: 2014

Land: USA

Deltakere: 32 pårørende

Hensikt: Å undersøke hvordan pårørende til pasienter som har høy risiko for å dø, responderer på sykepleiernes kommunikasjonsstrategier.

Metode: Beskrivende (deskriptiv) kvalitativ studiet.

Funn: Pårørende kunne beskrive fire forskjellige tilnæringer fra sykepleierne; uttrykker bekymringer, lager rapporter, viser profesjonalitet, gir faktisk informasjon, å støtter i avgjørelser. Dette studiet viser at når sykepleierne benytter disse tilnærmingene, hjalp sykepleierne pårørende i å håndtere situasjonen, opprettholde håp, trygghet, og tillitt.

7) Database søk i Medline

Søkeord: Nursing care, Kinship, Relation, Fikk 2830 treff. Avgrenset vanlig= 108 treff.

Artikkelen kom som nr. 24.

“Meeting the needs of family members of ICU patients”.

Skrevet av: Kalie Brooke Nolen & Nancy A. Warren

År: 2014

Land: Tennessee, USA

Deltakere: 28 deltakere.

Hensikt: Å undersøke og identifisere oppfattelsene av behov og å konstantere om disse behovene ble møtt eller ikke møtt hos pårørende til pasienter på intensivavdelinger

Metode: Kvantitativ og kvalitativ metode, for å studere det samme fenomenet.

Funn: To hovedemner ble avdekket som ikke møtt; spirituell og emosjonelle behov, samt et mer komfortabel venteværelse etc. Videre understreker de viktigheten av helhetlig sykepleie ovenfor pas. og pårørende da disse har innvirkninger på hverandre.

8) Databasesøk i Medline.

Videreført til www.sciencedirect.com.ezyproxy.hioa.no, artikkelen kom opp som ”relaterte artikler”.

”Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units”

Forfatter: Maité Garrouste-Orgeas, Vincent Willems, Jean-François Timsit, Frédérique Diaw, Sandie Brochon, Aurelien Vesin, François Philippart, Alexis Tabah, Isaline Coquet, Cédric Bruel, Marie-Luce Moulard, Jean Carlet, Benoit Misset.

Land: Frankrike.

År: 2010.

Deltakere: 101 pårørende til intensivpasienter.

Metode: Kvantitativ spørreundersøkelse.

Hensikt: å vurdere meninger fra omsorgspersoner, familier og pasienter om involvering av familier i pleie av pasienter på intensiv avdelinger (ICU): Å evaluere forekomsten av symptomer på angst og depresjon hos familiemedlemmer; Og å måle familie tilfredshet med forsiktighet.

Funn: Pårørende og sykepleiere var veldig støttende til pårørendedeltakelse i behandlingen/pleien. De fleste av pasienten favoriserte å bli tatt hånd om av pårørende. Sykepleiere og pårørende delte samme oppfattelse av hvilke omsorgsaktiviteter som var hensiktsmessige at pårørende deltok i.