

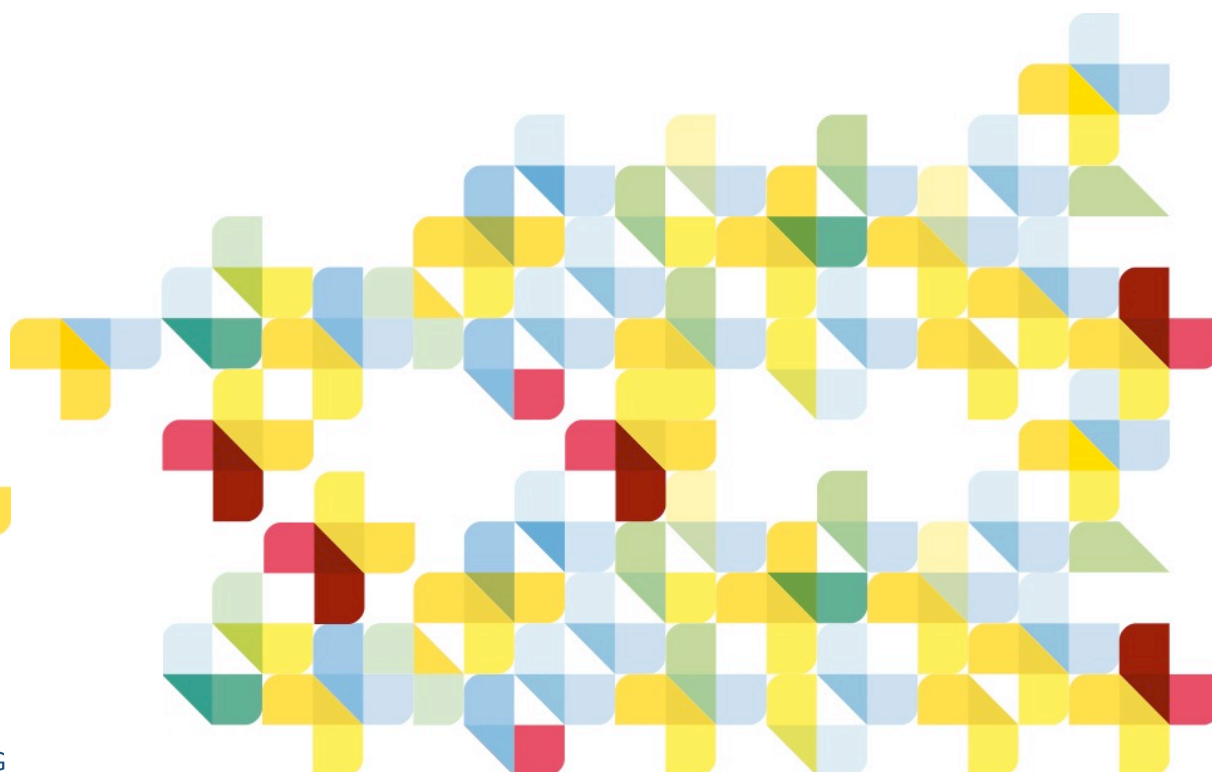


# Sykepleie til pårørende til akutt kritisk syke pasienter

Kandidatnummer: 342  
Lovisenberg Diakonale Høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9473  
Dato: 14.04.2016



Tittel  
Sykepleie til pårørende til akutt kritisk syke pasienten

#### ABSTRAKT

##### Problemstilling

*Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritiske syke pasienter?*

##### Metode

Metoden for denne oppgaven er litteræroppgave, hvorpå skiftelige kilder har lagt grunnlaget. Kildene er hentet hovedsakelig fra utenlandske og norske forskningsartikler, hvor flertallet har hatt en kvalitativ metode. I tillegg til artiklene er norsk faglitteratur brukt.

##### Teoretisk perspektiv

Pårørendes behov ut ifra Molters modell fra 1979 har vært utgangspunktet i denne oppgaven. I tillegg belyses behovene og hvordan de kan møtes av sykepleieren ut i fra Kari Martinsens omsorgsteori.

##### Drøfting

Det vil være en stadig konflikt mellom sykepleie til pasienten, sykepleie til pårørende, hvor fokuset rettes og tidsaspektet. Det sykepleieren kanskje tror er for liten tid, er nettopp det pårørende trenger. De fem behovene pårørende belyser vil bli drøftet, i tillegg til Martinsens omsorgsteori.

##### Konklusjon

De fem viktigste behovene for pårørende til akutt kritisk syke er; informasjon, forsikring, nærhet, støtte og komfort. Ved å skape en relasjon sykepleier – pårørende imellom vil det redusere mulige antakelser og misforståelser, og bidra til økt tilfredshet både for pårørende, men også for sykepleieren og pasienten.

**Nøkkelord:** pårørende, sykepleie, akutt kritisk syk, pårørendes behov

(Totalt antall ord:300)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 Avgrensninger</b> .....	<b>3</b>
<b>1.5 Oppgavens oppbygning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Metode</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Redegjørelse av metode</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Litteratur og litteratursøk</b> .....	<b>5</b>
<b>2.3 Kildekritikk</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Å være pårørende</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Hvem er den pårørende?</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Pårørendes opplevelser og behov</b> .....	<b>8</b>
3.2.1 Informasjon og måten den blir gitt .....	10
3.2.2 Håp, forsikring og støtte.....	11
3.2.3 Inkludering og nærhet til pasienten .....	12
<b>4 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>14</b>
<b>4.1 Kari Martinsens omsorgsteori</b> .....	<b>14</b>
4.1.1 Omsorgen er relasjonell.....	15
4.1.2 Omsorgen er praktisk .....	15
4.1.3 Omsorgen er moralsk .....	15
<b>4.2 Juridiske aspekter</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter?</b> .....	<b>17</b>
<b>5.1 Relasjon sykepleier – pårørende</b> .....	<b>17</b>
<b>5.1 Pårørendes behov</b> .....	<b>19</b>
5.1.1 Informasjon og måten den blir gitt .....	20
5.1.2 Håp, forsikring og støtte.....	22
5.1.3 Inkludering og nærhet til pasienten .....	23
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>26</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>28</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>32</b>

# 1 Innledning

Sykepleierne har en svært sentral rolle i møte med de pårørende (Stubberud og Eikeland, 2013). Pårørende sitter ofte på viktig kunnskap om den akutt kritisk syke pasienten, og i mange tilfeller er de en utslagsgivende ressurs for den syke. Sykepleieren må ha i bakhodet at livssituasjonen og hverdagen til de berørte parter endres ved akutt kritisk sykdom. Dette skjer ofte uventet og er på ingen måte ønskelig (Stubberud og Eikeland, 2013).

Selv om pasienten er første prioritet, er også pårørende en målgruppe for sykepleiere, og kanskje en av gruppene som blir ”glemt” i en travel sykehushverdag. Misforståelser og forskjellige oppfatninger av hva pårørendes behov faktisk er kan bli en kilde til frustrasjon både for personalet, pårørende og til og med pasienten (Ågård og Harder, 2007; Wong, Liamputtong, Kock & Rawson, 2015 ). Det kan fort oppstå den ond sirkel, der for mange antakelser ødelegger for relasjonsetableringen sykepleie – pårørende imellom (Ågård og Harder, 2007; Wong et al., 2015). Følelser som pårørende opplever når en av deres nærmeste er akutt kritisk syke er godt dokumentert i forskning (Davidson, 2009; Stubberud, 2015; Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen og Padkin, 2016; Wong et al., 2015; Ågård og Harder, 2007). Likevel kunne det vært mer informasjon om hva det er sykepleierne gjør som fungerer/ikke fungerer i møte med pårørendes behov. I forhold til fag og forskning blir ikke pårørende prioritert i like stor grad som målgruppe under sykepleieutdanningen, og samspillet med dem er noe sykepleierne må lære av selv, av/etter andre, eller ved klinisk erfaring. I og med at ”alle” er potensielle pårørende for noen, kommer man som sykepleier ikke utenom dem, og det er på bakgrunn av dette, samt et stort engasjement innenfor akuttmedisin at oppgavens tema ble valgt.

## 1.1 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritiske syke pasienter?*

## **Pårørende**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) definerer pårørende som den personen pasienten selv har oppgitt som nærmeste pårørende (§ 1-3b). Med andre ord, er det ikke nødvendigvis familien som er de nærmeste pårørende, i følge loven.

McAdam, Fontaine, White, Dracup og Puntillo (2012, s. 387-388) definerte i sin studie pårørende som den/de personen(e) i pasientens familie som ville være mest involvert i pasientens behandling og omsorgsavgjørelse, pårørende og pasient trenger derfor ikke være blodsrelaterte.

Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi hvem som er nærmeste pårørende, skal sykepleieren, i følge pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 (1999) ta utgangspunkt i den eller de personene som varig og regelmessig kontakt med pasienten. Nærmeste pårørende vil derfor komme i denne rekkefølgen; 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 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3).

## **Akutt kritisk syk**

Moesmand og Kjøllesdal (2005, s. 35) har beskrevet akutt kritisk sykdom på denne måten:

Å være akutt kritisk syk er å være i en situasjon preget av forandring, tap og krise. Situasjonen kan ha oppstått brått og kan ha medført frykt og angst. Omgivelsene kan være mottakelses-, operasjons- og intensivavdelinger, eller hjemmet, arbeidsplassen eller trafikken.”

## **Akutt sykdom**

Akutt sykdom er sykdom eller skade som oppstår brått, uten en forutgående sykdomshistorie, som utvikler seg raskt, men også kan gå fort over (Stubberud, 2013, s. 17).

## **Kritisk sykdom**

... tilstanden er svært alvorlig, i mange tilfeller livstruende. Pasienten har svikt i et eller flere livsviktige organer. I kortere eller lengre perioder kan prognosen være usikker, og pasientens tilstand kan være ustabil (Stubberud, 2013, s. 17-18).

### **1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans**

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne meg mer kunnskap om pårørende som målgruppe for sykepleie, slik at jeg som sykepleier kan lettere ivareta deres behov på en tilstrekkelig måte. Jeg mener dette teamet er av stor sykepleiefaglig relevans, da pårørende inngår under målgruppen for sykepleiere. Det står også i yrkesetiske retningslinjer, punkt tre, at sykepleieren skal vise respekt og omsorg, samhandle og bidra til ivaretagelse av pårørendes særskilte behov (Norges Sykepleieforbund, 2011). Følelser som stress, angst, sårbarhet, usikkerhet og utrygghet hos pårørende er gjentakende i flertallet av artiklene og fagbøkene som omhandler temaet (Davidson, 2009; Stubberud, 2015; Turner-Cobb et al., 2016; Wong et al., 2015; Ågård og Harder, 2007).

### **1.4 Avgrensninger**

Denne oppgaven vil ta for seg sykepleie til voksne pårørende til voksne pasienter. Med voksen menes personer over 18 år. Barn er i denne oppgaven ikke valgt som pårørende, da de har behov for en annen sykepleietilnærming enn voksne.

Begge parter er kognitivt friske fra før, pasienten har samtykkekompetanse og har kommet inn på grunn av en somatisk sykdom. Fremmedkulturer er også blitt ekskludert fra denne oppgaven, særlig med tanke på at både verbal og nonverbal kommunikasjon er kulturelt betinget.

Fokuset vil være på pårørende til en akutt kritisk syk pasient som er i en akutt fase på sykehus, hvor situasjonen for pasienten er ustabil, prognosen er usikker og kan virke kaotisk.

Ivaretagelse av pasienten har alltid første prioritet, men denne oppgaven vil konsentrere seg om pårørende og hvordan ivareta denne målgruppen, parallelt med pasienten.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

Metodedelen (kapittel 2) vil tar for seg valg av metode, samt litteratursøk og kildekritikk.

Dernest presenterer jeg pårørende som målgruppe for sykepleie (kapittel 3) og hvilke behov

denne gruppen har når en av deres nærmeste er i en akutt kritisk situasjon. Deretter presenterer jeg Kari Martinsens omsorgsteori (kapittel 4) og tar for meg hennes tre fenomener innenfor omsorg, i tillegg til å presentere juridiske aspekter. Problemstillingen så vil bli drøftet (kapittel 5), hvor jeg knytter fag- og forskningslitteratur mot hverandre, i tillegg til Kari Martinsens omsorgstenkning. Avslutningsvis presenteres en konklusjon som vil være en oppsummering (kapittel 6).

## **2 Metode**

Dette kapittelet vil redegjøre valg av metode, samt litteratur og litteratursøk som er benyttet for å belyse oppgavens tema. En kort beskrivelse av valgte forskningsartikler vil bli presentert og til sist vil det komme kildekritikk.

### **2.1 Redegjørelse av metode**

En metode er et verktøy for å innhente eller etterprøve kunnskap som allerede er kjent. Ved å ta utgangspunkt i én bestemt metode har vi en ramme, et redskap, for å kunne samle inn god data og belyse den aktuelle problemstillingen på en faglig interessant måte. Det er viktig at man har et kritisk blikk på innhentet data, slik at man forsikrer seg om at de er pålitelige, gyldige og relevante (Dalland, 2012, s. 112).

Det skilles mellom to ulike metoder, kvalitativ og kvantitativ metode. Førstnevnte har som formål å få frem opplevelsene og meningene hos personene i studiet, som for eksempel opplevelsen pasient og pårørende hadde i møte med helsevesenet. Dette lar seg ikke måle eller tallfeste (Dalland, 2012, s. 112).

Kvantitativ metode tar sikte på å presentere funn i form av målbare enheter, slik at man i etterkant kan lettere se på gjennomsnittet og prosenter hos større gruppe mennesker (Dalland, 2012, s. 112).

Metoden for denne oppgaven er litterær oppgave. Det er skriftlige kilder som legger grunnlaget for den litterære oppgaven (Dalland, 2012, s. 223). I tillegg til skriftlige kilder, kan erfaring og opplevelser fra praksis også være utgangspunktet for tema og problemstilling (Dalland, 2012, s. 223).

### **2.2 Litteratur og litteratursøk**

I denne oppgaven ble det benyttet relevant litteratur, forsknings- og fagartikler for å belyse problemstillingen. Skolens og andre nærliggende bibliotek, samt ulike databaser på internettet ble brukt for å fremskaffe litteratur. Av databaser er det blitt søkt i BIBSYS, CINAHL, MedLine, PubMed, sykepleien.no og Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Søkeordene som ble benyttet var pårørende, sykepleie, akutt, kritisk syk, critical nursing, relatives experiences,



famil\*, family needs, ICU, family nurs\*, acute nurs\*, intensive care, acute care og family integrity. Ulike versjoner, kombinasjoner og avgrensinger (for eksempel research article, peer-reviewed og tidsrom 2006-2016) av søkeordene er blitt brukt for å finne frem til aktuelle fagstoff. Bruk av "\*" i søketeksten gjør at søket blir videre. Ved å skrive for eksempel "famil\*" i stedet for kun "family", vil alle artikler med ordet "famil" komme opp (for eksempel "family" og "families"). Man helgarderer seg, og risikerer derfor ikke at noen artikler ikke kommer opp på grunn av noen bokstaver. For en mer systematisk oversikt over min søkehistorikk se vedlegg 1.

Totalt 15 artikler ble valgt på grunn av deres relevans i forhold til oppgavens problemstillingen. Jeg ønsket å få mer kunnskap om pårørendes behov og om de opplevde at de ble møtt eller ikke. Hvis ikke hvorfor? Og hvis de ble det, hva var det sykepleieren gjorde, og kan dette være overførbart i norske sykehus? På bakgrunn av dette var det nødvendig med kvalitativ forskning, som legger vekt på deltakernes opplevelser og meninger (Dalland, 2012, s. 112).

### **2.3 Kildekritikk**

Forskningsartikler som er brukt i denne oppgaven er hovedsakelig kvalitativ, med noen tilfeller av kvantitativ metode som har blitt brukt for å belyse artiklenes tema og problemstilling. På bakgrunn dette, kan forskningen ses på som ikke generaliserbar fordi utvalget er såpass lite. Sett på fra en annen side kan dette ses på som en styrke, da man har gått med i dybden på pårørendes erfaringer og følelser, i tillegg til at kvalitativ forskning gjenspeiler deltakernes oppfatning på en bedre måte enn kvantitativ forskning gjør. Det kan også tydes som om det er gjennomført lite kvantitativ forskning på området, da overvekten av funnene er basert på kvalitativ forskning.

Det kan også ses på som en svakhet at majoriteten av forskningsartiklene er fra utlandet, og man kan stille seg kritisk til om resultatene og funnene er overførbart i norske sykehus.

Likevel er dette med på å få et mer helhetlig bilde av sykepleie til pårørende, noe som jeg mener kan være en styrke, da sykepleieyrket er en universell yrkesgruppe på tvers av landegrensler. I forhold til den norske faglitteraturen som har blitt benyttet i oppgaven, ser man klare likhetstrekk mellom hva de ulike forfatterne har kommet frem til, og sykepleie er

på verdensbasis. At det er en allmennkjent yrkesgruppe med de samme grunnleggende verdier og fagkunnskaper.

Flertallet av forskningsartiklene har i sine studer brukt Leske og Molters Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) som utgangspunkt for sin forskning (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau og McVey, 2010; Buckley og Andrews, 2011; Davidson, 2009; Karlsson, Tisell, Engström og Andershed, 2011; Olsen, Dysvik og Hansen, 2009; Wong et al., 2015; Ågård og Harder, 2007). Jeg har ikke klart tilgang til Molters forskning fra 1979 og 1986, og har derfor benyttet meg av sekundærlitteratur i beskrivelsen av hva pårørendes behov er ut i fra deres modell (CCNFI). Begrunnelsen for at jeg likevel har valgt å ta det med er fordi dagens forskning fortsatt bruker deres funn som grunnstein i sin forskning, noe som indikerer at funnene som ble gjort for over 30 år siden fortsatt er aktuelle den dag i dag.

For å belyse Kari Martinsens omsorgsteori er det blitt benyttet fem bøker skrevet av henne, der hovedfokuset har vært fra boken ”Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays” fra 1989. Grunnlaget for antall bøker av Martinsen er den at det har gitt et mer helhetlig bilde av hennes filosofi, slik at det ble lettere å gjengi hennes perspektiver på en korrekt måte som mulig.

Det kan ses på som en svakhet at hovedkilden (i kapittel 4.1) er over ti år gammel, men Martinsen er og blir en klassiker, noe som understøttes av blant annet Stubberud og Eikeland (2013) og Grov (2010), som har brukt hennes teorier. Jeg mener at hennes synspunkter og perspektiver er like aktuelle den dag i dag, og i tillegg er Martinsen fortsatt aktiv i sitt arbeid om omsorgsteorien.

### **3 Å være pårørende**

Dette kapittelet vil ta for seg en mer forklarende beskriving av hvem pårørende er, ut i fra oppgavens nevnte avgrensinger. Pårørendes behov, samt sykepleierens oppfatning av pårørendes behov vil bli presentert, med utgangspunkt i fag- og forskningsartikler, i tillegg til faglitteratur.

#### **3.1 Hvem er den pårørende?**

Dagens familiestruktur og familiefunksjon har over årene endret seg (Stubberud & Eikeland, 2013). Det er ikke uvanlig at pasientens nærmeste pårørende er noen utenfor kjernefamilien eller en hun/han ikke bor med (Grov, 2010). Det er svært viktig å ha i bakhodet at det er pasienten selv som ”peker ut” hvem som skal være deres pårørende (Bøckmann & Kjellevoid, 2015). Grov (2010) skriver at nærmeste pårørende vanligvis er en person fra samme hushold, som oftest viser seg å være partner eller ektefelle, foreldre eller barn. Det kan i tillegg oppstå en situasjon der pasienten har flere personer hun/han definere som pårørende og vil inkludere. På bakgrunn av dette man lett miste oversikt og ikke vite hvem man skal rette oppmerksomhet til. Et godt virkemiddel for å få en systematisk oversikt over pasientens pårørende kan derfor være å skissere et nettverkskart (Grov, 2010). Dette er hensiktsmessig i forhold til samarbeid mellom sykepleier og pårørende, og hjelper til å få et lettere helhetlig bilde av familiesituasjonen. Grov (2010) anbefaler at dette gjøres tidlig i sykdomsforløpet.

#### **3.2 Pårørendes opplevelser og behov**

I følge samtlige forskningsartikler har pårørende rapportert følelser som panikk, kaos, angst, bekymring, stress, sårbarhet og frykt for blant annet fremtiden når en av deres nærmeste blir akutt kritisk syk (Davidson, 2009, Karlsson et al., 2011; Olsen et al., 2009; Turner-Cobb et al., 2016; Van Horn og Kautzt, 2007; Wong et al., 2015; Ågård og Harder, 2007).

Sykehusmiljøet er fremmed for mange, med mye ukjent utstyr og rutiner. I tillegg har et mindretall erfaringer fra liknende situasjoner, noe som kan være med på å forsterke inntrykkene (Ågård & Harder, 2007).

Pårørende har en tendens til å sette sine egne behov til side (Stubberud, 2015). Det kom frem i studien gjort av Ågård og Hardner (2007) at pårørende nettopp gjør dette for at sykepleierne

heller skal fokusere på pasienten og ikke bry seg så mye om dem. Pasienten kommer først, noe som dermed fører til at pårørende ofte legger skjul på egne følelser og behov, da de heller vil oppfattes som sterke i situasjonen (Stubberud, 2015). Relasjonen mellom pasient og pårørende, samt pasientens kliniske tilstand, spiller også en avgjørende rolle i hva slags behov pårørende har (Stubberud, 2015).

Et viktig tiltak for å forhindre mistillit og misforståelser mellom pårørende og sykepleier er å kartlegge pårørendes behov, slik at de opplever at behov og opplevelser blir imøtekommet. For å oppnå dette, må sykepleieren ha kunnskap om hvordan møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter, og hva deres behov er (Stubberud og Eikeland, 2013). Som nevnt tidligere er en tidlig kartlegging av hvem som er nærmeste pårørende, dersom en hel familie er involvert, er viktig hjelpemiddel (Grov, 2010). En essensiell utfordring ved dette, er at pasienten har ofte en kort behandlingstid, noe som gjør at relasjonsbyggingen mellom sykepleier/pårørende kan bli krevende. Dette kan også oppleves fra den andre siden, da pårørende opplever det som utfordrende å etablere et grunnlag for samhandling og kommunikasjon med sykepleieren på grunn av den kort liggetiden (Stubberud og Eikeland, 2013). Men, om sykepleieren klarer å kartlegge og møte pårørendes behov tidlig i sykdomsforløpet, vil det være med på å redusere stress hos familien, styrke evnen til å samhandle og positivt støtte deres kritisk syke slektning, øke pårørendes tilfredshet med omsorg og fremme tillit og trygghet mellom sykepleier og pasient (Buckley og Andrews, 2011).

Forskerne Buckley og Andrews (2011), Davidson (2009), Karlsson et al. (2011), Olsen et al. (2009), Takman og Severinsson, 2006, Wong et al. (2015) og Ågård og Harder (2007) har tatt utgangspunkt i Leske og Molters verktøy, Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), når de har samlet data om hva pårørendes behov er når en av deres nærmeste er blitt akutt kritisk syke. CCFNI er et verktøy, opprinnelig utviklet av Molter, for å belyse forståelsen av pårørende til akutt kritisk syke pasienters selvopplevde behov. Ut i fra 45 påstander som pårørende skulle rangere på en skala fra en til fire ut i fra viktighet, er deres behov begrenset til fem grupper; informasjon, forsikring, nærhet, støtte og komfort (Buckley og Andrews, 2011; Davidson, 2009; Høghaug, Fagermoen og Lerdal, 2012; Takman og Severinsson, 2006).

Informasjon innebærer at pårørende får vite hva som blir gjort for pasienten, hvordan og hvorfor. Hvem de kan spørre om informasjon og ha en primærperson de kan eventuelt ringe til. Forsikring omfatter at spørsmål blir svart ærlig og på en forståelig måte. At pårørende blir

betrygget at pasienten får best mulig pleie og at helsepersonellet bryr seg om den syke. I tillegg til å få vite om pasients prognose, progresjon og følelsen av at det er håp. Nærhet dreier deg om muligheten til å besøke pasienten hyppig på et fleksibelt grunnlag, få daglig informasjon om den sykes tilstand, bli oppringt hjemme ved endringer, ha venterom i nærheten og ha en primærkontakt de kan henvende seg til. Ved støtte menes det at sykepleieren tilbyr ulike tjenester i form av andre personer pårørende kan snakke til, at pårørende har mulighet til å trekke seg tilbake, at de får instruksjoner om hva de kan bidra med, i tillegg tilretteleggelse for at andre personer kan være tilstede når pårørende er med pasienten. Komfort i dette tilfelle vil si at pårørende har tilgang til diverse fasiliteter som toalett, telefon og mat, likeså bli forsikret at det er greit å dra fra sykehuset for en periode og at de føler seg akseptert av helsepersonalet (Leske, 1991, s. 238 – 239).

De fem identifiserte behovene har blitt utgangspunktet i de tre neste underkapitlenes oppbygning, der jeg har valgt å sette de sammen til tre punkter; (1) informasjon og måten den blir gitt, (2) håp, forsikring og støtte og (3) inkludering og nærhet til pasienten.

### **3.2.1 Informasjon og måten den blir gitt**

Å få informasjon om pasientens tilstand, behandling og prognose er i følge Van Horn og Kautz (2007) et av pårørendes viktigste behov. Dette er med på å berolige og dempe angsten. Hvor detaljert og omfattende informasjonen skulle være var ulikt fra person til person, men pårørende ønsket at det som ble sagt skulle være så ærlig som mulig (Stubberud & Eikeland, 2013; Van Horn & Kautz, 2007).

Davidson (2009) fokuserer også på pårørendes behov for informasjon. Hun kom fram til at informasjonsgiving er en viktig intervensjon for å forebygge angst, depresjon og post traumatisk stress. På tross av dette funnet, kom det frem at det ofte oppstod en konflikt mellom sykepleierne og pårørende når det gjaldt hva tilstrekkelig informasjon innebar. Pårørende opplevde at dette behovet svært sjelden ble møtt, da de følte at lite informasjon ble gitt og at sykepleierne undervurderte dette behovet.

Bøckmann og Kjellevoid (2015) forklarer dette med at det er ulike faktorer som spiller inn og som påvirker hvor mottakelige pårørende er for informasjon. For det første må informasjonen tilpasses pårørende etter hvor pasienten befinner seg i sykdomsforløpet, noe som gjenspeiler

hvilken fase de pårørende er i. I den akutte fasen kan pårørende oppleve å være i sjokk, benektelse, kaos og/eller maktesløshet. Bruk av språk er en annen faktor. Sykepleiere må så langt det gjør seg, tilstrebe og å forklare medisinske termer. Den bør gis tydelig, helst både muntlig og skriftlig. I tillegg kan det ofte være behov for gjentakelse, da pårørende, på grunn av den høye belastningen har både nedsatt konsentrasjonsevne og redusert hukommelse (Bøckmann og Kjelleveid, 2015). Informasjon må bli tilpasset mottakeren (Wong et al., 2015).

En annen faktor det er viktig å ta stilling når informasjon gis, er hvordan den gis. Wong et al. (2015) kom fram til i sin studie at pårørendes interaksjon og erfaring med helsepersonell hadde opphav i kommunikasjon. Fire punkter ble fremhevet; innhenting av informasjon, kommunikasjonsspråk, støttende og ikke støttende kommunikasjon. Pårørende opplevde ofte at det var vanskelig å få tak i en lege, det ble derfor mer naturlig å henvende seg til sykepleieren. Sykepleierne var mer tilgjengelig, og befant seg som oftest rundt pasienten i større grad enn legene, det ble derfor mer naturlig for de pårørende å ta kontakt med sykepleierne. Det kom også frem fra pårørende at måten sykepleierne fortalte om situasjonen rundt pasienten var lettere å forstå, da de ofte brukte et mer hverdagslig språk (Wong et al., 2015). I Ågård og Harder (2007) sin studie kom det blant annet frem at informasjon gitt på et nivå som en ikke-medisinsk person kunne forstå var veldig viktig for de pårørende, og at oppdatert informasjon ble gitt daglig. Dette understøtter Wong et al. (2015), og legger til at informasjon gitt med et hverdagslig språk er spesielt viktig i den tidlige fasen der familien fortsatt var i sjokktilstand.

### **3.2.2 Håp, forsikring og støtte**

Videre har Ågård og Harder (2007, s. 171) listet opp to andre viktig behov hos de pårørende, herunder følelsen av at det er håp og forsikring om at personalet bryr seg om og gir best mulig pleie og behandling til pasienten. Pårørende er opptatte av at pasienten skal overleve når det oppstår en akutt kritisk sykdom. Om ikke dette er mulig er det viktig for dem at den siste tiden blir så smertefri som mulig at pasienten får en verdig død (Stubberud & Eikeland, 2013). På bakgrunn av dette kan det være lett å anta at pårørende ønsker å bli spart for dårlig nytt. Studier (Karlsson et al., 2011; Nolen og Warren, 2014; Wong et al., 2015) sier det motsatte. Pårørende setter pris på når sykepleierne var ærlige når informasjon ble gitt. I studien til Wong et al. (2015), hjalp ærligheten ikke bare med å forberede pårørende på

fremtiden, men det bidro og til å etablere en gjensidig og tillitsfull relasjon mellom dem og sykepleierne.

Gjensidig respekt og vennlighet er to faktorer som er med på å legge grunnlaget for at pårørende følte at deres nærmeste ble godt ivaretatt. Når pårørende følte at sykepleierne ga best mulig pleie til pasienten, gjennom bekreftelse av at ”vi gjør så godt vi kan” og forklaring av hva som kan forventes og hva som blir gjort, satt de pårørende igjen med en økt opplevelse av forsikring (Takman og Severinsson, 2006). For pårørende å vite at det alltid var noen de kunne ringe til på avdelingen, etter eget ønske, uavhengig av tidspunkt, ga en enorm støtte og forsikring (Karlsson et al., 2011).

Praktisk og emosjonell støtte pårørende fikk gjennom familie og venner opplevde de som svært positivt og det bidro til å redusere angsten og usikkerheten pårørende ofte følte i en akutt kritisk situasjon (Turner-Cobb et al., 2016). Det er svært viktig å ha i bakhodet at ikke alle pårørende har et stort nettverk rundt seg, som kan møte disse behovene (Stubberud og Eikeland, 2013). Å tilby en prat med en sosionom og/eller en sykehusprest ble hos de pårørende oppfattet som et godt supplement, når de følte seg ekstra ensomme (Takman og Severinsson, 2006).

### **3.2.3 Inkludering og nærhet til pasienten**

Behovet for nærhet til pasienten avhenger ofte av pasientens sykdomstilstand og relasjonen mellom pårørende og pasienten. Behovet er spesielt stort de første dagene, da pårørende ønsker kontinuerlig eller ofte ønsker å være til stede både for å holde seg oppdatert, men også for å bevare kontakten med pasienten. Følelsen av kontroll og å være til nytte øker ved tilstedeværelse, men det kan fort snus dersom pårørende opplever å bli satt på sidelinjen, uten å få vite hva som skjer, hva som blir gjort eller hvis de opplever liten forståelse fra helsepersonellens side (Stubberud og Eikeland, 2013). Davidson (2009) sier at gjennom å møte de pårørendes behov for inkludering, støtte og beskyttelse av pasienten vil hjelpe de til å håndtere situasjonen bedre. Å møte behovet for nærhet gjennom fleksible besøkstider vil bidra til at disse behovene blir møtt.

I studien av Karlsson et al. (2011), følte de pårørende at deres behov for nærhet til pasienten ble godt ivaretatt, mye på grunn av den fleksible besøkstiden. Dette understøtter Van Horn og

Kautz (2007) og Åsgård og Harder (2007), der liberal besøkstid ble listet opp som det nest viktigste behovet hos pårørende, etter informasjon og plassen ved siden av pasients seng var det mest foretrekkende stedet. En mer åpen besøkstid bidro til at pårørende ble mer tilfredsstilt i forhold til at det; reduserte angst og ble en kilde for å innhente mer kunnskap, informasjon, støtte og forsikring fra sykepleierne (Van Horn og Kautz, 2007). Og de følte at de fikk muligheten til å være mer til nytte og se til pasienten (Åsgård og Harder, 2007).

For å møte pårørendes behov for informasjon, forsikring, nærhet, støtte og komfort (Buckley og Andrews, 2011; Davidson, 2009; Høghaug et al., 2012; Takman og Severinsson, 2006), må sykepleieren se pårørende, uten å gjøre forskjell (Martinsen, 2000, s. 26). Samtidig ser sykepleierens øye forskjellig fordi hver enkelt pårørende må hjelpes ut i fra sine egne forutsetninger uten at sykepleieren griper og ønsker å forandre pårørendes opplevelse av situasjonen, uten å anerkjenne vedkommende (Martinsen, 2000, s. 27 og Martinsen, 1989, s. 71). Utøvelsen av omsorg vil da risikere og bli utøvd ”uekte” (Martinsen, 1989). Sykepleieren ser på bakgrunn av faglig innsikt. Det er ikke å komme utenom at med økt kunnskap kommer også makt (Martinsen, 2000, s. 25). Pårørende befinner i en utsatt og sårbar situasjon, og det er på bakgrunn av sin fagutdanning at sykepleieren kan hjelpe (Martinsen, 2000, s. 25). I tillegg forholder sykepleieren seg ikke kun til det første hun/han ser, men utøver omsorg etter forandringer i pårørendes situasjon (Martinsen, 2000, s. 31). Det og se (sykepleieren) og bli sett (pårørende) på denne måten, sier Martinsen (2000, s. 28) er grunnlaget for en felles forståelse i menneskers viten om lidelse, sårbarhet og håp, og ved oppmerksomhet og nærvær vil sykepleieren kunne anerkjenne og sette seg inn i viktigheten av å møte pårørendes behov som vil kunne beskytte deres sårbarhet (Martinsen, 1989; Martinsen, 2000, s. 28).



## 4 Teoretisk referanseramme

I denne delen av oppgaven vil sykepleieteoretikeren Kari Martinsen og hennes omsorgsteori bli presentert. Juridiske aspekter sykepleieren må ta hensyn til i forhold til lovverket og pårørende vil også bli presentert.

### 4.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (1989) sier i sin bok "Omsorg, sykepleie og medisin" at omsorg er et ord vi kjenner fra vårt dagligdagse liv. Hun sier videre at omsorg må være grunnleggende når det kommer til utøvelse av sykepleiefaget (Martinsen, 1993). Allerede før man har benyttet seg av ordet omsorg i yrkessammenheng, har vi blitt kjent med ordet og dets betydning gjennom oppveksten. Ord som "ta hensyn til", "vise omtanke", "bekymre seg for" og "hjelp" er eksempler Martinsen (1989) kommer med som alle uttrykker ulike sider ved ordet omsorg. Likevel påpeker hun at omsorg ikke er så selvsagt som man først skulle trodd, ei heller i sykepleien. På den andre skalaen fra omsorg står nemlig "å klare seg selv" og "å være uavhengig". Dagens samfunn belønner i større grad de som er selvstendige og selvhjulpne. Dette tas også med inn i helsevesenet der man fokuserer mye av behandlingen på at pasienten skal bli selvhjulpne. Med andre ord; "hjelp-til-selvhjelp" (Martinsen, 1989).

Ut i fra dette sier Martinsen (1990) videre at

Omsorg er å være konkret og nåværende tilstede i et forhold. Det er alltid å være i en bevegelse bort fra seg selv og til den andre. Ofte ubemerket på en slik måte at den medfølende ikke vet at hun er medfølende. Dertil er hun for opptatt av å lette situasjonen for den andre. (s. 60)

Martinsen (1989) mener at omsorg alltid forutsetter to parter, der den ene utøver omsorg og en bekymring for den andre. Den ene lider (pasient/pårørende) og den andre "lider sammen med" og sørger for å lindre smerten (for eksempel sykepleieren). I sin fremstilling av omsorg skriver Martinsen (1989) om tre fenomener som er medvirkende når det er snakk om omsorg. Disse er den relasjonelle omsorgen, praktiske og konkrete og den moralske omsorgen (Martinsen, 1989 og 2005).

"Omsorgen er det mest naturlige og fundamentale ved menneskers eksistens. I omsorg er forholdet mellom mennesker det vesentlige. Omsorg er en sosial relasjon" (Martinsen, 1989,

s. 69). Omsorg alltid forutsetter andre. Omsorg er å ta hensyn til andre, for sin egen skyld, for å kunne realisere seg selv eller forstå seg selv.

#### **4.1.1 Omsorgen er relasjonell**

Denne delen av omsorg bygger alltid på, i følge Martinsen (1989), minst to parter. Det tar utgangspunkt i at vi er avhengig av hverandre og for å utøve omsorg forutsetter det alltid andre. Som beskrevet tidligere er den en person som utøver og viser omsorg, er støttende og hjelper med smerte eller pleie. Hun sier videre at ”Omsorgen er det mest naturlige og fundamentale ved menneskers eksistens.” (Martinsen, 1989, s. 69). Man må kunne ta hensyn til andre, for sin egen skyld, og for å videre kunne forstå eller realisere seg selv. Dette vil man ikke kunne oppnå alene eller uavhengig av andre (Martinsen, 1989).

#### **4.1.2 Omsorgen er praktisk**

Omsorg har med *forståelse* for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaringer fra, vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til *sin* situasjon (Martinsen, 1989, s. 71).

Med andre ord, den andre delen omhandler det praktiske. Det vil si en evne til å sette seg inn i hvordan en annen person har det, en stiller seg ikke utenfor. I tillegg til dette utfører man en praktisk og konkret handling ut i fra situasjonen til den hjelpetrengende, uten å forvente noe tilbake. Denne formen for omsorg viser til den mest typiske formen for omsorg. På en annen side, kan den hjelpende parten likevel oppleve en form for gjenytelse ut i fra sine omsorgshandlinger, der den som blir ”sørget for” uttrykker takknemlighet og omtanke og man kan sitte igjen med en god følelse av å ha gjort noe godt for et annet menneske. Martinsen (1989) understreker likevel at denne gjenytelsen er noe usikkert, og at ”Det viktigste i handlingsrelasjonen er at omsorgsgiver ikke forventer å få noe igjen eller at begrunnelsen for handlingen er å få noe igjen eller oppnå et resultat.” (Martinsen, 1989, s. 16).

#### **4.1.3 Omsorgen er moralsk**

Det tredje fenomenet innen omsorg, i følge Martinsen (1989) er den moralske siden. Hun har ved senere arbeid argumentert for at den moralske siden ved omsorg er overordnet (Martinsen, 2005). Dette er noe som må læres (Martinsen, 1989).

Martinsen sier videre at ”Skal omsorg være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en *holdning* (stemning, ”Befindlichkeit”) som anerkjenner den andre ut fra *hans* situasjon (Martinsen, 1989, s. 71). Noe av det samme som i den praktiske siden av omsorg går igjen her, det innebærer å være hos den andre, anerkjenne hans situasjon, uten nødvendigvis å forvente noe tilbake. Et viktig punkt her er at man ”... verken må overvurdere eller undervurdere hans evne til selvhjulpenhet” (Martinsen, 1989, s. 71). Her er det viktig med en totalvurdering av situasjonen, så man ikke på den andre siden, utøver ”uekte” omsorg ved å gripe inn i den andres situasjon, i den hensikt å forandre situasjonen uten å anerkjenne vedkommende.

## **4.2 Juridiske aspekter**

Inkludering av pårørende i sykepleien kan bidra til å reise viktige juridiske og etiske problemstillinger. Førstnevnte innebærer at sykepleieren i første omgang er forpliktet ovenfor pasienten (Stubberud & Eikeland, 2013). Det må derfor tydeliggjøres i både journal og videre dokumentasjoner hvem pasienten anser som sine nærmeste pårørende, i følge §8 i pasientjournalloven (2014). Før man eventuelt involverer pårørende, må dette godkjennes av pasienten. Dersom dette samtykkes har pårørende rett til inkludering og medvirkning sammen med pasienten (Pasient- og rettighetsloven, 1999, §3-3). I forhold hvordan informasjonen skal bli gitt, skal dette være tilpasser mottakeren og hennes/hans individuelle forutsetninger, som blant annet alder, modenhet og erfaring. At mottakeren har forstått innholdet, samt betydningen av informasjonen, skal så langt det lar seg gjøre sikres, i tillegg til at opplysningene skal gis på en hensynsfull måte. Til slutt er det svært viktig at all informasjon som er gitt, og opplysninger rundt hvordan og til hvem og eventuelle reaksjoner og tiltak, skal nedtegnes i journalen til pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

## **5 Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter?**

Hvordan sykepleieren kan møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter har vekket interesse hos forskere de siste tiårene (Nolen og Warren, 2014). I både forskning og teori er det en felles enighet om at behovet for informasjon settes høyt hos pårørende, for at de skal føle seg ivaretatt og oppleve mestring. Likevel viser det seg at dette behovet ikke alltid lar seg gjøre i praksis (Buckley og Andrews, 2011; Davidson, 2009; Van Horn og Kautz, 2007). Det har blitt identifisert flere mangler og svikt i sykepleierens evne til å omgjøre kunnskapen om hva pårørendes behov faktisk er, til konkrete tiltak og handlinger for å bedre sykehusopplevelsen for denne målgruppen (Buckley og Andrews, 2011). Buckley og Andrews (2011) drar frem i sin konklusjon og fra tidligere forskning, at selv om sykepleierne mener de innehar kunnskap om pårørendes behov blir det ikke alltid synlig i praksis. De bruker betydelig tid og energi på ikke eksisterende behov og baserer sin sykepleietilnærming til pårørende på antakelser og egne oppfatninger om hva de tror, enn pårørendes selvrapporterte behov (Buckley og Andrews, 2011). Det kan undres om dette kommer av sykepleierens redsel for eventuelle følelser pårørende vil vise og usikkerheten om hvordan sykepleieren skal handle. Frykt for ikke å klare og svare på spørsmål pårørende stiller kan være en annen faktor. Eller er det bekymringen for hvis pårørende åpner seg og stiller mange spørsmål så kan det ta lengre tid enn sykepleieren har til disposisjon og fokuset kan bli flyttet vekk fra pasienten?

### **5.1 Relasjon sykepleier – pårørende**

Grunnleggende for sykepleieutøvelsen er omsorg (Martinsen, 1993). For videre utøvelse av omsorg forutsettes det minst to parter (Martinsen, 1989), som i dette tilfellet er sykepleier og pårørende. Dernest krever det at den personen som utøver omsorg (sykepleieren) evner å sette seg inn i hvordan den andre parten har det (pårørende) (Martinsen, 1989). Relasjonsetablering fordrer at sykepleieren presenterer seg, men en relasjon kan kun bli oppnådd om pårørende inviterer sykepleieren inn til å ta del i hennes/hans smerte (Martinsen, 2000, s. 32). Som en følge av dette, kan invitasjonen kun godtas om sykepleieren våger å være aktivt deltakende i form av vennlighet og fortrolighet, og hun/han får da pårørendes tillitt (Martinsen, 2000, s. 32).

Det kan tyde på at i relasjonsfasen setter pårørende pris på at sykepleierne møter de med enkel kommunikasjon og bruk av hverdagsligspråk og at de opptrer vennlig og respektfullt (Takman og Severinsson, 2006). I tillegg til nonverbale interaksjoner som øyekontakt og et ansiktsuttrykk som bærer preg av trøst og oppmuntring (Wong et al., 2016). I og med at pårørende er i en ukjent situasjon, som kan oppleves stressende og overveldende er det en forsikring at sykepleierens adferd viser forpliktelse til familien og pasienten gjennom empati, informasjonsdeling og oppfordring til inkludering (Wong et al., 2016). Utfordringen blir hvis pårørende opplever å få motstridende informasjon, som for eksempel at innholdet er mer positivt enn den faktiske situasjonen til pasienten, vil dette føre til mistro på bakgrunn av forfalsket håp. Når sykepleierne ikke inkluderer pårørende eller anerkjenner dem føler pårørende seg i stor grad ekskludert og angsten og stresset blir styrket (Wong et al., 2016).

Tilfredshet blant pårørende øker i tråd med antall involverte sykepleiere. Jo færre sykepleiere pårørende må forholde seg til gjennom sykehusoppholdet til deres nærmeste, jo mer beroliget blir de (Davidson, 2009 og Stubberud og Eikeland, 2013, s. 176), i tillegg til at det blir lettere å opprettholde relasjonen. Det kan selvsagt reises forbehold til dette, da pårørende også gjengir at informasjon gitt fra ulikt helsepersonell kunne trøste, hvis innholdet samsvarte med hverandre (Wong et al., 2016). Likevel må det tas høyde for at pårørende må forholde seg til flere sykepleiere, da de som oftest jobber turnus. Da burde, for eksempel en ansvarssykepleier, tilstrebe at lik pleie og informasjon blir etterlevd, ved og for eksempel sørge for en oppdatert pleieplan (Bailey et al., 2010).

Når relasjonen er etablert og sykepleieren har gjort seg verdig pårørendes tillitt, er det viktig at dette opprettholdes. Takman og Severinsson (2006) foreslår at sykepleieren fortsetter å vise pårørende oppmerksomhet og er følsomme når informasjon blir gitt og hører på hva de har og si. Hyppig kontakt med pårørende hjelper sykepleieren til å danne seg et bilde av deres reaksjoner på omgivelsen, slik at hun/han blir mer oppmerksom på eventuelle forandringer (McAdam et al., 2012). Øyet som ser søker også etter forandringer og registrer endret tilstand (Martinsen, 2000). På tross av at observasjon er viktig, kan øyet mistolke og dra korte konklusjoner, fordi tiden ikke strekker til og sykepleieren opplever et økt tidspress (Segaric og Hall, 2015). Som en reaksjon på dette kan pårørende føle seg mindre sett, og reagere på to måter. De kan enten trekke seg mer tilbake og stille mindre spørsmål fordi de ser at sykepleieren har mye å gjøre og er redd for å oppfattes som pågående og plagsomme. I dette tilfellet ser sykepleieren pårørende som lite initiativtakende og antar at de ikke trenger

deres hjelp (Segaric og Hall, 2015). Eller, de kan bli mer urolige, oppsøke sykepleieren unødvendig og kreve mer svar, noe som da kan føre til at sykepleieren opplever pårørende mer som byrde enn en ressurs, som igjen kan føre til at sykepleieren unngår pårørende. Dette er opplagt starten på en ond sirkel, som kan føre til at tillitten til sykepleieren blir svekket ved at pårørende føler seg lite verdsatt. Ubekvemet sykepleieren kan føle på, kan likevel ikke ses i lys av angsten pårørende føler. I lys av Martinsens (1989) praktiske del av omsorgen må sykepleieren sette sitt eget ubehag til side, anerkjenne pårørende og ikke nødvendigvis forvente noe tilbake, noe som igjen presiseres i yrkesetiske retningslinjer om sykepleierens plikt ovenfor pårørende (Norges Sykepleierforbund, 2011).

### **5.1 Pårørendes behov**

Ettersom pasienten har første prioritet i en akutt kritisk situasjon, vil det føre til at pårørendes behov får en lav prioritet fordi sykepleierne og annet helsepersonell har hovedfokus på den syke (Nolen og Warren, 2014). Som nevnt tidligere fører dette til blant annet angst, stress, sårbarhet og frykt hos de som står pasienten nærmest (Davidson, 2009; Karlsson et al., 2011; Olsen et al., 2009; Turner-Cobb et al., 2016; Van Horn og Kautz, 2007; Wong et al., 2015 og Ågård og Harder, 2007). Videre vil en lite effektiv orientering til avdelingen også bidra til økt engstelse hos pårørende fordi de ofte antar det verste, når de ikke blir møtt på sine behov (Nolen og Warren, 2014).

Sykepleie til denne målgruppen og hvordan respondere til pårørendes behov, må baseres på best mulig tilgjengelig og oppdatert kunnskap, og bli implementert i sykepleietilnærmelsen i praksis (Buckley og Andrews, 2011). Antakelser er et springbrett for misforståelser fordi sykepleieren ofte lar være og spørre om hva behovene til pårørende er (Davidson, 2009). På en annen side kan signalene pårørende sender ut bli plukket opp og tolket riktig av sykepleieren (Wong et al., 2015). Hun/han har da evnet å bruke sitt øye til observasjon, anvendt sin kunnskap, på bakgrunn av det som blir observert, om hvordan pårørende opplever situasjonen og møter dem med følsomhet og interesse (Martinsen, 2000; Stubberud og Eikeland, 2013).

### 5.1.1 Informasjon og måten den blir gitt

For å møte informasjonsbehovet til pårørende trengs det en systematisk kartlegging av hva de reelle behovene er. Dette er ofte svært individuelt og varierer fra pårørende til pårørende og hvilken fase pasienten befinner seg i (Stubberud og Eikeland, 2013). Hvorfor så mange pårørende opplever at informasjonen de får er mangelfull eller helt fraværende (Davidson), når sykepleierne mener de møter dette, er ikke godt å si (KILDE). En mulig forklaring kan være, sett i lys av Cullenbergs kriseteori (gjengitt i Eide og Eide, 2007, s. 166-167), er at når pårørende befinner seg i en traumatisk krise (ekstraordinære påkjenner som sykdom og ulykker) reagerer de med sjokk og benektelse. Ved sjokk kan en vanlig mekanisme være blokkering eller forvirring av tankevirksomheten, noe som fører til at informasjon ikke alltid når inn. I tillegg er pårørende preget av sterke følelser, de klarer ikke helt å ta inn over seg hva som har skjedd og kan derfor slite med både konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer (Eide og Eide, 2007). Denne fasen varer dog ikke så lenge, men nok til at førstehånds informasjon ikke alltid blir forstått, selv om det kan virke som at pårørende mottar (Eide og Eide, 2008). Bøckmann og Kjellevold (2010) sier at sykepleieren må ta høyde for gjentakelse av informasjon, samt at det blir fortalt gradvis sett i sammenheng av hvor pårørende befinner seg. Dette kan være en mulighet for at sykepleierne mener de har gitt tilstrekkelig informasjon, men på grunn av en hektisk hverdag så glemmer de å gjenta og/eller forsikre seg om at informasjonen er forstått, noe som fører til at pårørende mener de ikke får nok (Davidson, 2009; Eide og Eide, 2007).

Tiltak i forhold til å informere, som har blitt opplevd som positive av pårørende, er å få informasjon om pasientens situasjon, prognose, og hva som kan forventes, og at dette er ærlig (Nolen og Warren, 2014; Takman og Severinsson, 2006). Dernest at informasjonen var oppdatert, og pårørende kunne søke informasjon til tross for forskjellige sykepleiere på jobb (Takman og Severinsson, 2006). For pårørende uten medisinsk bakgrunn kunne informasjonen bli fremmelig. Ved at sykepleieren brukte ikke-medisinsk terminologi hjalp pårørende til å forstå innholdet lettere (Nolen og Warren, 2014; Wong et al., 2015). Forslag til hvordan sykepleieren kan møte informasjonsbehovet, sett i lys av forskningsfunn og Kari Martinsens teori, er bruk av tid. Sykepleiere har tid, men ikke ubegrenset med tid. Likevel, tidspresset på norske sykehus er reelt, og man kan ikke glemme at sykepleieren er der for pasienten. På en annen side er det kanskje ikke mer enn fem minutter som skal til for å berolige pårørende. Ved å våge å se, høre og forstå pårørende, både før og etter informasjon

er gitt, hjelper øyet til å registrere for så å finne problemet, noe som igjen fører til at den lille av tiden sykepleierne har til disposisjon kan bli brukt systematisk (Martinsen, 2000, s. 33)

At noen pårørende spør mer enn andre, vil sykepleierne ofte oppleve. Det tyder på, i følge forskning, at pårørende føler informasjonen de har fått ikke har vært tilfredsstillende nok og at de derfor ikke er tilstrekkelig beroliget (Segaric og Hall, 2015). Likevel, vil denne gruppen pårørende få mer informasjon, fordi de oppsøker den aktivt, enn den andre gruppen pårørende. Glasdam (gjengitt i Stubberud og Eikeland, 2013) kaller denne gruppen for pårørendegjesten, eller i det ekstreme tilfelle for den fraværende pårørende. Denne gruppen må sykepleieren være ekstra oppmerksom på. De enten betrakter seg selv som en gjest, uten noen motsigelser, eller besøker sin nærmeste på tidspunkter der sjansen for å møte personalet er lik null. Dette kan sammenliknes med personer man kan møte på et ulykkessted. Der finner man alltid noen som skriker mer, mens andre ligger for eksempel livløst i en bil. Det er nettopp sistnevnte man burde se til først, da de mest sannsynlig er hardest skadet. På samme måte må sykepleieren være ekstra oppmerksom og litt kritisk i forhold til pårørendegjesten eller den fraværende pårørende, da det er lettere å ”glemme” denne gruppen siden de er mer stille og ikke våger å ta kontakt, fordi de er redde for å ta fokuset vekk fra pasienten. Segaric og Hall (2015) understøtter dette, og legger til at sykepleierne som deltok i sin studie sa at de så på den inaktive pårørende som lite engasjert og at sykepleierne derfor antok at de ikke hadde behov for deres tjenester. Som nevnt tidligere kan det undres over at sykepleierne er redde for hva pårørende kanskje vil si hvis de faktisk spør. En mulig tilnærming kan være at sykepleieren alminneliggjør redselen pårørende kan føle på ved at de for eksempel sier at: ”Det er mange jeg har møtt i min jobb som har spørsmål angående behandling og/eller utstyr...” Eller: ”Jeg har litt tid nå hvis du vil prate med meg? Også har jeg snakket med en kollega som vil se etter din kjære, så hun/han vil bli passet godt på mens du er borte.”

I sine studier opplyser Karlsson et al. (2011) og Wong et al. (2015) at sykepleierne ofte blir et bindeledd mellom pårørende og legene, da pårørende ofte føler det er vanskelig å forstå hva legene sier. I tillegg var det et ønske blant sykepleierne å være tilstede når legen informerer, så det er lettere svare på eventuelle spørsmål pårørende har i etterkant (Karlsson et al., 2011). At sykepleierne har mulighet til å bli med på slike informasjonssamtaler kan redusere frykten de mulig føler på i forhold til at pårørende kan komme med spørsmål de ikke kan svare på. På en annen side opplevde sykepleierne at å være med på slike samtaler til en hver tid kunne bli vanskelig, fordi de har et ansvar ovenfor pasienten og de er redde fokuset rundt behandlingen



og pleien vil bli svekket. Likevel er det viktig å fremheve betydningen av at sykepleieren er med, da se kan forklare eventuelle detaljer eller gjenfortelle, og forhindre mulige misforståelser (Karlsson et al., 2011). Å forsikre seg at pårørende har forstått informasjonen eller hvis hun/han ser at pårørende er stille, kan sykepleieren for eksempel spørre: ”Hva tenker du/dere om situasjonen slik den er nå?” eller ”Er det noe dere mangler?”. På denne måten viser sykepleieren omsorg gjennom en konkret handling og tar seg tid til å spørre slik at pårørende føler seg ”sett”. Denne handlingen kan også få den mer stille og forsiktige pårørende til å åpne seg, i tillegg til pårørende som stiller flere spørsmål blir mer beroliget og forsoner seg med opplysningene som er gitt så langt.

### **5.1.2 Håp, forsikring og støtte**

Håp er noe som er viktig for de fleste mennesker, uansett situasjon og hvilken rolle de har. Ut i fra forskning har det kommet frem at selv om opplysningene pårørende fikk ikke alltid var positive, satte de mer pris på at helsepersonellet var ærlige og formidlet informasjonen med en empatisk tilnærming (Karlsson et al., 2011; Wong et al., 2015). Som tidligere nevnt setter pårørende pris på at sykepleieren er tilstede når legen kommer med oppdatert informasjon. Det samme gjelder ved dårlig nytt, da pårørende ønsket å ha sykepleieren tilstede (McAdam et al., 2012). Sykepleieren som har kontinuerlig brukt øyet sitt, vurdert pårørende og sett deres ulike reaksjoner på for eksempel informasjon, sitter på mange verdifulle observasjoner, da de kan blant annet vurdere om pårørende er klare. Dette understøtter McAdam et al. (2012) i sin studie. Om sykepleieren ser at pårørende ikke er mentalt sterke nok til å få høre alt om sin kjæres situasjon, kan de handle med moralsk omsorg. Som vil si at de på bakgrunn av observasjoner, kan sette seg inn i pårørendes situasjon, og dermed videreformidler det aller viktigste, men holder noe tilbake, så informasjonen kommer litt av gangen. Dette kan hjelpe pårørende til bearbeide informasjonen de får før de får ny. På en annen side er kan dette ses på tidkrevende for sykepleieren da de stadig må informere pårørende, i tillegg til at pårørende har sagt at de ønsker ærlighet fra sykepleierne. Likevel er opprettholdelsen av håp, samt den moralske delen av omsorgen viktig, og ved for mye press pårørende har forskning vist at de står i stor fare for å utvikle symptomer knyttet til post-traumatisk-stress (McAdam et al., 2012).

Å gi pårørende støtte kan sykepleieren gjøre ved å betrygge pårørende at deres kjære får best mulig pleie, i tillegg til å si at personalet bryr seg om pasienten. Ved at sykepleieren forklarer

en prosedyre hun/han mestrer til pårørende mens hun/han gjennomfører den, kan bidra til å gjøre utstyret mindre skremmende, og pårørende kan bli mer beroliget og viser omsorg gjennom praktisk handling (Martinsen, 2989; Takman og Severinsson, 2006). På tross av dette, er det likevel viktig at sykepleieren føler seg trygg på det som blir gjort, før pårørende får sitte å se. I tilfeller der pårørende for lov til å bli sittende, kan sykepleieren bli mer stresset da hun/han føler at noen følger med, som kan gå ut over prestasjonen. En kan kanskje argumentere for at sykepleieren skal kunne det de gjør med en gang, og som ofte kan de det, men det her handler mer om trygghet og det opparbeider man seg gjennom gjentakelser og erfaring over tid.

Det er ikke alltid sykepleieren har tid til å sette seg ned å snakke med pårørende. I det tilfellet kan sykepleieren tilby tjenester som sosionom eller sykehusprest. Dette støttes opp av forskning (Takman og Severinsson, 2006). I tillegg kan sykepleieren komme med forskjellige instruksjoner om hva pårørende kan bidra med i forhold til for eksempel stell. Dette vil bli mer utdypet under inkludering og nærhet til pasienten.

I situasjoner der sykepleieren ikke er helt sikker på hva hun/han kan gjøre for pårørende kan det enkleste være å spørre dem, som for eksempel: ”Jeg ønsker veldig gjerne å være her for dere, men er litt usikker på hva dere ønsker av meg. Hvordan kan jeg hjelpe dere med støtte?” På denne måten viser sykepleieren seg på tilbudstiden og setter pårørendes behov i fokus. Tidsaspektet er en rammefaktor her og, men ved informering om andre tjenester kan sykepleieren faktisk få en type avlastning, samtidig som pårørende føler seg støttet.

### **5.1.3 Inkludering og nærhet til pasienten**

Faktorer som pasientens sykdomstilstand og forholdet mellom pasient og pårørende påvirker hvor stort behov pårørende har for nærhet og inkludering (Stubberud og Eikeland, 2013).

Rollen pårørende tar på seg gjenspeiles i forhold til situasjonen pasienten er i (Grov, 2010).

Tiltak som sykepleieren kan gjøre er for hvordan møte inkludering- og nærhetsbehovet er for eksempel å legge til rette for pårørendes kontakt med avdelingen, gjennom både ord og handling at de kan ta kontakt uten at det belaster personalet (Stubberud og Eikeland, 2013).

En annen måte å legge til rette for disse to behovene er gjennom fleksibel besøkstid. På de fleste intensivavdelinger i Norge er pårørende relativt frie til å besøke sine nærmeste når de måtte ønske (Stubberud og Eikeland, 2013). Studier har vist at dette har en positiv virkning på

pårørende og er med på å dempe angst og maktesløsheten (Davidson, 2009; Van Horn og Kautz, 2007). På en annen side kan fri besøkelsestid skape konflikter mellom pasient, pårørende og sykepleier. Pårørende krever ofte oppmerksomhet, informasjon og forsikring. Og engstelige pårørende som krever mer detaljert informasjon og støtte kan være vanskelig for sykepleierne å forholde seg til, da både tid og oppmerksomhet forbehold til pasienten blir forstyrret (Van Horn og Kautz, 2007). På tross av dette kan sykepleierne få mye verdifull informasjon om pasienten av pårørende når de er mye tilstede. Van Horn og Kautz (2007) sier at pårørende er med på å bidra til økt sykepleiefaglig tilfredshet med sin informasjon.

I studien av Buckley og Andrews (2011) kom det frem at kun et fåtall av sykepleierne spurte pårørende om de ønsket å delta i den fysiske delen av sykepleie til pasienten. Dette var ikke videre utforsket, men forskerne trodde det kunne ha en sammenheng med tid og formen pasienten var i, samt at sykepleierne ikke så viktigheten i å inkludere (Buckley og Andrews, 2011). Tidspres er noe som går igjen, og kan tas opp i denne sammenhengen og. Ut i fra studiene kan det tyde på at når sykepleierne sier de ikke ser viktigheten i pårørendeinkludering kan den underliggende grunnen være at de ikke har tid til den type ”opplæring”. At å inkludere pårørende kan føre til at stell for eksempel tar lengre tid enn planlagt kan forekomme, men på en annen side kan nettopp små ting pårørende gjør bidra til at sykepleieren får bedre tid til de andre pasientene. Det kan tenkes hvis sykepleieren planlegger å gjennomføre morgenstellet slik at hun/han så å si er ferdig når pårørende kommer, så kan pårørende gjøre den siste biten (for eksempel smøre føtter eller ordne håret). Dette er tiltak som øker pasientens velvære, i tillegg til at pårørende føler de gjør noe nyttig og er til hjelp og det kan styrke forholdet mellom pasienten og pårørende. Det må likevel understrekes at før pårørende bidrar i slike interaksjoner, må det avklares med pasienten. Dette kan være lurt å gjøre uten at pårørende er tilstede, da pasienten kan føle seg tvunget til å si ja fordi hun/han ikke vil såre noens følelser. Pasienten kan også føle seg i en sårbar situasjon og ikke ønske for mye involvering i stell av pårørende da det kan virke for intimt. Hvis dette er tilfellet kan sykepleieren likevel legge til rette til annen form for fysisk kontakt. Ved å sette inn en god stol ved siden av pasientsengen, og demonstrere hvor pårørende kan holde/røre pasienten til tross for mye fremmed utstyr, og si at: ”Det er ikke farlig å holde hånden selv om det er en veneflon der” eller ”Du vil ikke gjøre noen skade ved å holde henne/han i hånden.” I Olsen et al. (2009) sin studie var et av hovedfunnene nettopp viktigheten av pårørendes tilstedeværelse og at det bidro til støtte og trygghet hos pasienten, noe som igjen gjenspeiles hos pårørende.

Å ha tilgang til et pårønderom så nærme pasientrommet som mulig er viktig i forhold til nærhet til pasienten (Leske, 1991). Det kom frem i forskning at pårønderommet ikke var tilfredsstillende nok (Nolen og Warren, 2014). Dette kan være noe vanskelig for sykepleieren å gjøre noe konkret med, men det hun/han kan gjøre er å lage gode avtaler med pårørende slik av ventetiden de tilbringer på et annet sted enn ved siden av pasienten blir tålelig. Det kan være i form av enkel matsservering så de har noe å bruke tiden på, samtidig så de får tilfredsstilt et grunnleggende behov. Eller ved at sykepleieren anslår tiden hun/han vil bruke på for eksempel et stell eller en annen prosedyre og si at pårørende vil bli hentet så fort de er ferdig.

Omsorg og sykepleie til pårørende blir mer og mer viktig og å møte pårørendes behov må bli et mål innenfor sykepleieintervensjonene. Ved å kartlegge pårørendes behov, som Stubberud og Eikeland (2013) skriver om får sykepleieren en bedre oversikt i en travel sykehushverdag. For at et tillitsforhold mellom pårørende og sykepleier skal opprettholdes må den gjensidige respekten alltid være tilstede. Pårørende til akutt kritisk syke opplever at hverdagen blir snudd på hode (Davidson, 2009), og det er nettopp derfor sykepleieren må bruke sin posisjon i helseteamet til møte pårørendes behov, gjennom informasjon, forsikring, nærhet, støtte og komfort (Bailey et al., 2010; Buckley og Andrews, 2011; McAdam, 2012).

## 6 Avslutning

Pårønderollen til akutt kritisk syke pasienter er sammenfattende og kompleks. De kjenner på ulike følelser som angst, stress, frykt, kaos og sårbarhet, og kan oppleve ulike former av tap, i tillegg til at de vil møte en haug med utfordringer. For mange kan det fremmede miljøet i avdelingen og sykehuset generelt forsterke følelsene. Likevel er det ikke på grunn av dem pårørende er på sykehuset, men fordi en av deres nærmeste er i en akutt kritisk situasjon. Det er derfor svært lett at pårørende setter sine egne behov til side, fordi ikke ønsker at fokuset skal bli tatt bort fra pasienten. Det er her sykepleieren kommer inn som en viktig støttespiller, informant, bindeledd og veileder.

Ut i fra funn og resultater i forskning har fem ulike behov blitt fremhevet som de viktigste hos pårørende; informasjon, forsikring, nærhet, støtte og komfort. Alle fem behovene bygger på hverandre, men er likevel individuelle, på samme måte som pårørende er. Og de har derfor behov for tilpasset sykepleietilnærming ut i fra hvor de befinner seg. Sykepleieren må bruke sin kompetanse til å ta en vurdering av pårørende, slik at behovene kan bli møtt. Gjennom å vise omsorg ved at sykepleieren ikke stiller seg utenfor, anerkjenner pårørende ut i fra deres situasjon, vil det være lettere for pårørende å slippe sykepleieren inn i sin smerte og lidelse, noe som igjen øker sjansen for at sykepleieren klarer å forstå og dernest møte pårørendes behov. Likevel er det viktig å understreke rammefaktorer som tid og kapasitet for å ta tilstrekkelig vare på pårørende. For det er alltid pasienten som har første prioritet.

Det er blitt mer klart, gjennom arbeidet med oppgaven, at det ikke er så mye som skal til får at pårørende føler at behovene deres er møtt. Om sykepleieren bare har fem minutter, kan de være svært betydningsfulle. Det handler mer om kvalitet fremfor kvantitet, og ved at sykepleierne blir mer oppmerksom på de fremste behovene til pårørende, vil de kunne bruke de fem minuttene de har til rådighet på en strategisk og god måte.

Arbeidet med dette temaet, har fått meg til å reflektere mer over hvordan sykepleiere møter pårørende i klinisk arbeid, og hvordan jeg selv hadde ville ønsket og bli møtt dersom en av mine nærmeste skulle bli akutt kritisk syke. Jeg har blitt mer bevisst på hvordan informere pårørende, spesielt i sjokkfasen, og hva det er viktig å ta hensyn til. Samtidig viktigheten med å opprettholde håp, støtte dem, gi forsikring og legge til rette for nærhet. Pårørende og pasient speiles ofte av hverandre, og ved å møte pårørendes behov, i tillegg til utøve sykepleie for

pasienten selvfølgelig, er det store muligheter for å etablere en ”god sirkel”, der alle rundt pasienten kan bidra, være en ressurs og samarbeide med hverandre. Noe som igjen sørger for at pårørende ikke blir morgendagens pasienter.

## Referanser

- Bailey, J., Sabbagh, M., Loiselle, C., Boileau, J., og McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(2), s. 114 – 122.  
doi:10.1016/j.iccn.2009.12.006
- Buckley, P. og Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(5), s. 263 – 272.  
doi:10.1016/j.iccn.2011.07.001
- Bøckmann, K. og Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), s. 28 – 34.  
doi:10.4037/ccn2009611
- Eide, H., og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grov, E. K. (2010). Om å være pårørende. I: Unni Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg, s. 267 – 283). Oslo: Akribe.
- Høghaug, G., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2012). The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(5), s. 263-268.  
doi:10.1016/j.iccn.2011.11.009

Karlsson, C., Tisell, A., Engström, Å., Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nursing in Critical Care*, 16(1), s. 11-18.  
doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x

Leske JS (1991) Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart and Lung* 20, s. 236–244.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays*. Oslo: TANO.

Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praksis sykepleie. I Jensen, T K. mfl. (red.) *Sykepleiens grunnlagsproblemer. Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Oslo: Akribe.

McAdam, J., Fontaine, D., White, D., Dracup, K., & Puntillo, K. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 21(6), s. 386 – 393. doi:10.4037/ajcc2012582

Moesmand, A., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk : Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nolen, K. B., & Warren, N. A. (2014). Meeting the Needs of Family Members of ICU Patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(4), s. 393 – 406.  
doi:10.1097/CNQ.0000000000000040



Norges Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Hentet fra

[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)

Olsen, K. D., Dysvik, E. & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(4), s. 190 – 198. doi:10.1016/j.iccn.2009.04.004

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrett>

Pasientjournalloven (2014). Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp. Hentet fra

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

Segaric, C. A. og Hall, W. A. (2015). Progressively engaging: constructing nurse, patient, and family relationships in acute care settings. *Journal of Family Nursing*, 21(1), s. 35 – 56. doi: 10.1177/1074840714564787

Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt kritisk syk. I Stubberud, D.-G. (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 13 – 41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Stubberud, D.-G. (2015). Pårørende. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red.), *Intensivsykepleie* (3. utg, s. 124 – 144 ). Oslo: Akribe AS.

- Takman, C., & Severinsson, E. (2006). A description of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(4), s. 228 – 238.
- Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M. & Padkin, A. (2016). The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychology, Health & Medicine*, 21(1), s. 20 – 26.  
doi:10.1080/13548506.2014.997763
- Van Horn, E. R., & Kautz, D. (2007). Promotion of family integrity in the acute care setting: A review of the literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(3), s. 101 – 107.  
doi:10.1097/01.DCC.0000267803.64734.c1
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), s. 51 – 63. doi:10.1016/j.iccn.2014.06.005
- Ågård, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care—Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(3), 170-177.  
doi:10.1016/j.iccn.2006.11.008

## Vedlegg 1

Database: CINAHL og Medline (search models – Boolean/phrase)	
Search topic/restriction	Hits
Critical nursing	20 848
Relatives experiences	941
Family needs	2007
ICU	5223
Family nurs*	16 873
Acute nurs*	8 304
Intensive care	222 591
Relative*	1 219 571
Famil*	1 305 200
Acute care	47 342
Intensive care	222 591
<b>(1) Critical nursing AND relatives experiences</b>	
Avgrenset til: 2006-2016, peer-reviewed, research article	15
<b>(2) Family needs AND ICU</b>	
Avgrenset til: 2006-2016, peer-reviewed, research article	68
<b>(3) Family nurs* AND acute nurs*</b>	
Avgrenset til 2006-2016, peer-reviewed, research article	31
<b>(4) Intensive care AND relative*</b>	
Avgrenset til: 2006-2016, peer-reviewed, research article	1 244
USA, Australia og New Zealand, Europa, Storbritannia og Irland	1 157
Subject major; family, critical care nursing	131

### Artikkelfunn

(1) Wong et al.

Davidson, J. E. (2009) (funnet i Wong et al.)

- (2) Nolen, K. B. og Warren, N. A. (2014)  
 Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J. Og McVey, L. (2010)  
 Buckley, P. og Andrews, T. (2011)  
 Høghaug, G., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2012).  
 Takman, C. og Severinsson, E. (2006)  
 Olsen, K. D., Dysvik, E. & Hansen, B. S. (2009)
- (3) Segaric, C. A. og Hall, W. A. (2015)
- (4) Karlsson C., Tisell, A., Engström, Å. og Andershed, B. (2011)  
 Ågård, A. S. og Harder, I. (2007)

<b>Database: PubMed (search models – Boolean/phrase)</b>	
<b>Search topic/restriction</b>	<b>Hits</b>
<b>(1) Intensive care AND relatives experience</b>	2209
Avgrenset til: 2006 – 2016,	1327
free full text, engelsk,	385
nursing journals	36
<b>(2) Intensive care AND relatives experience</b>	2209
Avgrenset til: 2006 – 2016, free full text, engelsk	385
<b>(3) Family integrity AND acute care</b>	20
Avgrenset til: 2006 – 2016, full text, engelsk	11

### **Artikkelfunn**

- (1) McAdam, J., Fontaine, D., White, D., Dracup, K., & Puntillo, K. (2012).
- (2) Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M. & Padkin, A. (2016), nr. 14, etter ”sorted by public date”

(3) Van Horn, E. R. og Kautz, D. (2007), nr. 11