



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 382

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9507

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 24

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# Bachelor

Sjukepleiar si ivaretaking av pårørande til  
akutt kritisk sjuke pasientar

Nurses caring for relatives to acute  
critical ill patients

**Kandidatnummer: 382**

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Fakultetet for helse- og sosialvitskap

Innleveringsdato: 22.05.2020

## Abstract

### Background

When someone's loved ones become acute and critical ill and therefore hospitalized, family members may experience the situation as overwhelming, chaotic and insecure. Few have experienced such situations before, and may experience symptoms of anxiety, frustration, stress, vulnerability, grief, guilt and loneliness. Nurses are often found to have good theoretical knowledge about the needs of the relatives of the critically ill, as well as effective nursing interventions that support these needs. However, studies have shown that this knowledge is not necessarily transferred to practice.

### Aim and objective

This study addresses the following research question: "How can nurses care for relatives in crisis in acute critical illness in hospitals?"

Through published literature and existing research, the intention of this thesis is to investigate and understand the needs of critically ill patient families', nursing interventions to improve family satisfaction, mental well-being and health, and how the patient families' are able to cope and coping strategies. By understanding the patient families' experiences, nurses may be able to implement nursing interventions and critical thinking in order to minimize their distress and helping them to cope.

### Method

Literature study using the databases Cinahl, Medline and PsychINFO, as well as semi-structured searches in Web of Science, British Nursing Index and Google Scholar. And in addition, a hand search of journals via identified search terms for relevant articles published between 2010 and 2020. After a total of 494 articles were screened for relevance, six articles were included after being evaluated against the criteria for inclusion.

### Results

Four main themes were identified and formulated: Families' needs, families' experiences, coping and coping strategies and the importance of supportive communication.

### Conclusion

Main findings of this study are related to the importance of access to information and its quality. Another pervasive element is that relatives of acute critical illness are often characterized by anxiety and insecurity. Different relatives have different needs, and how the patient families' experience care, the meeting with health care systems and the fact that their loved one is acute and critical ill is subjective. In urgent situations and emergencies, nurses should work on principles such as creating security and minimize distress, contributing to coping, cohesion and hope as well as actively using social networks. Implications for nursing practice is discussed.

**(Number of words: 375)**

**Keywords:** nursing, nursing interventions, care, acute disease, critical illness, critical care, emergency care, next-of-kin, family care, family needs, hospitals, coping strategies

## Innholdsliste

<b>1.0 Innleiing</b>	<b>5</b>
1.1 Tema for oppgåva	5
1.2 Bakgrunn for val av tema	6
1.3 Hensikt med oppgåva og sjukepleiarfagleg relevans	6
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	7
1.5 Definisjon av omgrep	7
1.5.1 Sjukepleiar	7
1.5.2 Ivaretaking	8
1.5.3 Pårørende	8
1.5.4 Krise	8
1.5.5 Akutt kritisk sjukdom	8
<b>2.0 Teori</b>	<b>9</b>
2.1 Krise	9
2.2 Normale reaksjonar	9
2.2.1 Reaksjonsfasar	9
2.2.2 Tosporsmodellen for mestring av sorg	10
2.3 Omsorg for pårørende	11
2.3.1 Pårønderettleiaren	11
2.3.2 «Mestring, samhörighet og håp»	12
2.4 Patricia Benner og Judith Wrubel sin omsorgsteori	12
2.4.1 Stress og mestring	13
2.4.2 Benner og Wrubel om pårørende	14
2.6 Lov om pasient- og brukarrett	14
<b>3.0 Metode</b>	<b>15</b>
3.1 Søk og søkehistorikk	15
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterium	17
3.3 Analyse og syntese	18
3.4 Kjeldekritikk	18
3.5 Etske omsyn	19

<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>20</b>
4.1 Pårørende sine behov .....	20
4.2 Pårørende sine erfaringar og opplevingar.....	21
4.3 Mestringsevne og strategiar for mestring av vanskeleg livssituasjon.....	22
4.4 Støttande kommunikasjon i møte med pårørende.....	23
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>24</b>
Korleis møte pårørende sine behov .....	24
Korleis forstå pårørende sine erfaringar og opplevingar .....	26
Korleis bidra til mestringsevne og strategiar for mestring av vanskeleg livssituasjon.....	28
Korleis bruke støttande kommunikasjon i møte med pårørende .....	30
Metodediskusjon.....	31
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>34</b>
<b>Vedlegg</b> .....	
Vedlegg 1: Systematisk litteratursøk .....	
Vedlegg 2: Flytskjema .....	
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	
<b>Tabelliste</b>	
Tabell 1: PICO-skjema.....	16
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium .....	18

**Tal på ord: 9507\***

---

\* Ord utan innhaldsliste, tabellar, andre vedlegg, referanseliste og fortløpande referansar

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Tema for oppgåva

Når nokon nære blir akutt og/eller kritisk sjuk og treng innlegging på sjukehus, kan pårørande oppleve situasjonen som overveldande, kaotisk og usikker (Stubberud, 2019, s. 181). Det er få som har erfaring med slike situasjonar frå før, og kan oppleve angst, frustrasjon, stress, sårbarheit, sorg, skuldfølelse og einsamheit. For at sjukepleiaren skal kunne skape og oppretthalde eit tillitsforhold til pasienten sine pårørande, må ein ha kunnskap om deira opplevingar og behov i slike situasjonar. Ved å tileigne djupare kunnskap rundt kva pårørande opplever som støttande i ein slik periode, der deira nære er innlagd og akutt kritisk sjuk, kan helsepersonell styrke ressursane pårørande har, slik at dei enklare kan kome seg gjennom pasienten sitt sjukdomsforløp (Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005). Forsking viser at effektiv kommunikasjon frå helsepersonell kan betre pårørande sin situasjonsforståing og påverke graden av den psykologiske belastinga. Likevel viser det seg at denne kommunikasjonen med pårørande er inadekvat og av lågare kvalitet (Adams, Mannix & Harrington, 2017). Pårørande har ulike behov i ulike situasjonar. I følge pårøranderettleiaren (Helsedirektoratet, 2018) bør helsepersonell i akutte situasjonar og kriser bidra med psykososial støtte og informasjon, og jobbe etter hovudprinsipp som å skape trygghet og dempe uro og bidra til mestring, samhörighet og håp. Sjukepleiarar viser seg å ofte ha god teoretisk kunnskap rundt behova pårørande hos kritisk sjuke har, samt effektive sjukepleiartiltak som støttar opp mot desse behova, men at denne kunnskapen ikkje nødvendigvis blir overført til praksis (Buckley & Andrews, 2011).

I 2017 vart det registrert 10 370 dødsfall knytt til hjarte- og karsjukdom som årsak. 4615 dødsfall knytt til lungesjukdomar. Av dødsfall knytt til kreft, som no har forbigått hjarte- og karsjukdom som den hyppigaste årsaken til død i Noreg, var det 10 894 registrerte dødsfall. Voldsame dødsfall, som er dødsfall som omfattar ulukker, sjølv mord og drap, hadde i 2017 ein rate på 51 dødsfall per 100 000 innbyggjar (Folkehelseinstituttet, 2018). Med eit tal på omtrent 30 000 dødsfall i Noreg knytt til akutt og/eller kritisk sjukdom på eit år er det å sjå på som svært aktuelt at ein som sjukepleiar vil hamne i situasjonar der det er pårørande involvert som treng omsorg og god ivaretaking.

## 1.2 Bakgrunn for val av tema

På sjukepleiarutdanninga blir det i stor grad lagt vekt på ivaretaking og behandling av pasienten si helse og pasienten sitt liv i ulike livssituasjonar. Det å ivareta pårørande og dei etterlate har vore tema under utdanninga, men blir opplevt av fleire å vere lite utbredt, og er eit tema fleire opplever som vanskeleg. Det er ikkje sikkert at ein sjukepleiarstudent får opparbeida kunnskap og den erfaringa ein hadde ønskt seg gjennom utdanningsløpet sine fleire praksisperiodar. I tillegg når det gjeld å ivareta behov og pårørande i krise, kan pårørande forståeleg nok ønske å forhalde seg til eit meir erfaren og autoritært helsepersonell enn ein student. Sjølv har eg jobba på akuttpsykiatrisk avdeling ved sidan av utdanninga, og har opparbeida noko erfaring med å jobbe med pasientar og pårørande i krise, men eg har ikkje fått ønska trening i dette i praksis. Dei få tilfella eg har vore borti pårørande i praksis har tidvis vore svært utfordrande då eg har kjent på manglande kunnskap og kompetanse rundt det å ivareta pårørande, då eg har følt at ord blir fattige og at dei riktige handlingane er vanskeleg å finne. Det eg har sett, er at alle sjukepleiarar vil før eller seinare møte på pårørande i krise, og at sjølv erfarne sjukepleiarar kan oppleve usikkerheit når dei på somatisk sjukehus blir utfordra av pårørande i krise med psykiske reaksjonar.

## 1.3 Hensikt med oppgåva og sjukepleiarfagleg relevans

Hensikta med denne studien er å innhente og sjå på relevant teori og forskning slik at ein som sjukepleiar i praksis kan vere betre rusta til å gå inn i vanskelege situasjonar og ivareta pårørande på ein måte som tilfredsstillar deira behov og rettigheter. På denne måten kan pårørande få støtte til å vere i stand til å handtere situasjonen best mogleg.

I følge sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleiaren vise respekt, omtanke og inkludere pårørande. Sjukepleiaren skal bidra til at rettighetane til pårørande blir ivaretekne og ved samhandling med pårørande skal sjukepleiaren bidra til ivaretaking av deira særskilde behov (NSF, 2019). Sorg og krisereaksjonar som følge av akutt behandling på sjukehus skjer ofte brått og uventa, og blir ofte handtert av sjukepleiarar med mindre tilgang til ekspertise på feltet. Sjukepleiaren sin kunnskap og erfaring kan ha betydeleg påverknad på familien si handtering av situasjonen (Raymond, Lee & Bloomer, 2017). Dette er med å



grunngi den sjukepleiarfaglege relevansen for temaet, då samhandling mellom sjukepleiar og pårørande og ivaretaking av desse er ei oppgåve som er svært viktig og aktuell for sjukepleiaren.

#### 1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Pasientgruppa som blir presentert i oppgåva vil ikkje vere knytt til ein spesiell diagnose. Pasientane skal vere innlagt på sjukehus, og det vart forsøkt å knytte arbeidet til generell sjukepleie utan å gå for mykje inn på spesialsjukepleie. Fokus vil vere retta mot møte mellom pårørande og sjukepleiar i pasienten si akutte og kritiske fase, og i visse tilfelle der det er fare for eller har oppstått brå død. Dette vil seie at pårørande til pasientar med demens, psykisk sjukdom og palliative pasientar vil bli ekskludert. Det vil i denne oppgåva bli sett på vaksne som pårørande. Barn som pårørande er ekskludert då det er eit eige og stort fagfelt. Det vart gjort ei vurdering på at det å inkludere både vaksne og barn som pårørande ikkje vil belyse dei ulike felte nok, basert på oppgåva sitt omfang. Inklusjon- og eksklusjonskriterium er vidare presentert i kapittel 3.2. På grunnlag av dette vil denne oppgåva sjå nærmare på korleis sjukepleiarar best mogleg kan ivareta pårørande i krise, basert på følgande problemstilling:

**«Korleis kan sjukepleiar ivareta pårørande i krise ved akutt kritisk sjukdom på sjukehus?»**

#### 1.5 Definisjon av omgrep

##### 1.5.1 Sjukepleiar

Joyce Travelbee (2001, s. 29) definerer sjukepleie på følgande måte:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Sjukepleiaren innehar spesialiserte kunnskapar og kan anvende desse med mål om å hjelpe andre med å førebygge sjukdom, gjenvinning av helse, finne mening i sjukdom eller oppretthalde helsetilstanden best mogleg. Sjukepleiaren skal praktisere desse innanfor gitte

område som er klart avgrensa, og er juridisk ansvarleg for sine sjukepleiehandlingar (Travelbee, 2001, s. 72).

#### 1.5.2 Ivaretaking

Ivaretaking inneber at involverte og dei råka får nødvendig praktisk hjelp, men ikkje minst å oppleve at dei blir møtt som menneske, at nokon ser dei og deira fortvilning, og at nokon bryr seg (Skants, 2014).

#### 1.5.3 Pårørande

Pasienten sine pårørande blir definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (1999) som den pasienten oppgjer som pårørande og nærmaste pårørande, og dersom pasienten ikkje er i stand til dette, skal nærmaste pårørande vere den som i størst grad har varig og samanhengande kontakt med pasienten.

#### 1.5.4 Krise

Krise blir brukt i psykiatrien om ein livssituasjon ein person kjem opp i der personen ikkje greier å forstå eller mestre situasjonen med dei erfaringar, kunnskap og livsmønster som er utvikla (Malt, 2016).

#### 1.5.5 Akutt kritisk sjukdom

Stubberud (2019, s. 19) definerer akutt sjukdom med sjukdom eller skade som oppstår brått, utan ein tidlegare sjukdomshistorikk, og som utviklar seg raskt, men som kan gå fort over. Eksempel på akutt somatisk sjukdom kan vere hjarteinfarkt, sirkulatorisk sjokk, bruddskader og traume og ulike kreftsjukdomar. Akutt sjukdom vil som regel føre til innlegging på sjukehus for undersøking og behandling, og i nokre tilfelle vil brå og uventa død kunne oppstå. Tilstanden er svært alvorleg, og i mange tilfelle livstruande når ein er kritisk sjuk. Ein pasient som er kritisk sjuk har alvorleg svikt i eit eller fleire organsystem. Det kan i kortare eller lengre periodar vere usikkerheit rundt prognose og pasienten sin tilstand kan vere ustabil. Stubberud hevdar at ein kan omtale kritisk sjukdom som alvorleg sjukdom og ein pasient derfor kan bli omtalt som alvorleg sjuk. Omgrepa alvorleg sjukdom og alvorleg sjuk

blir i tillegg brukt i situasjonar der pasienten ikkje har moglegheit for å bli frisk (Stubberud, 2019, s. 19-20).

## 2.0 Teori

### 2.1 Krise

Hummelvoll (2012, s. 503) hevdar at ei krise kan opptre når ei livshending blir så overveldande at den overstig individet si evne til å møte dei utfordringane eller trusselen som oppstår, på ein passende måte. Ei slik hending med påfølgande reaksjonar, vil framstå som eit avgjerande vendepunkt – eit skile mellom det som var før hendinga, og det som kjem etter. Desse krisene kan vere knytt til det normale livsløp – livskriser – eller til traume som er forårsaka av dramatiske og oppskakande hendingar: traumatiske kriser (Hummelvoll, 2012, s. 522). Hummelvoll summerer at dei sentrale prinsippa i krisehjelp er å lette den akutte lidinga hos den som er ramma, rette opp igjen sjølvstendig fungering og førebygge eller lindre etterverknader av traumet og posttraumatisk stress-syndrom. Konkret betyr dette å yte rask intervensjon eller hjelp, stabilisering og mobilisering av ressursar, bidra til forståing og oversikt over det som har skjedd, fokus mot problemløysing, oppmuntring til sjølvtrillit og til å stole på seg sjølv.

### 2.2 Normale reaksjonar

På nettsida kriser.no (Senter for krisepsykologi, 2018), finn ein informasjon om vanlege reaksjonar på akutte og traumatiske hendingar. Desse er beskrive som sjokk, nummenheit og oppleving av uverkelegheit, sterke følingsmessige reaksjonar som redsel, fortviling, sinne eller gråt. Somatiske reaksjonar som kvalme, skjelving, hjartebank, uro og smerte kan også oppstå. Det blir understreke at det og kan vere vanleg å ikkje oppleve slike reaksjonar. Det er viktig med normalisering av reaksjonar til dei som er ramma i form av informasjon, og gir stadfesting til dei som ikkje opplever reaksjonar.

#### 2.2.1 Reaksjonsfasar

Skants (2014, s. 181-182) skriv at det er vanleg i krisepsykiatrien å omtale fire fasar i reaksjonar etter akutte hendingar. *Sjokkfasen*, som utartar seg i dei første minutta eller

timane etter hendinga er ofte prega av usikkerheit, indre kaos og forvirring. Denne fasen er prega av våre umiddelbare svar på akutte hendingar; fight, flight og freeze. *Reaksjonsfasen* kjem etter sjokkfasen og er prega av at den ramma er byrja å ta hendinga over seg.

Fortviling, rastlausheit og angst pregar ofte denne fasen. *Bearbedingsfasen* skil seg ut ved at reaksjonane ikkje alltid er tilstade. Pågåande følelsar og tankar kan vere fråverande i ei stund for å så kome att. *Nyorienteringsfasen* er beskrive som når ein byrjar å tilpasse seg og orientere seg mot kvardagen igjen.

Skants presenterer ei tilleggsfase for dei tilfella ein har med pårørande å gjere som kjem før sjokkfasen, *usikkerheitsfasen*, og beskriv denne fasen med situasjonen før ein veit noko om den ein er pårørande til der ein er redd for om noko har skjedd eller kva som har skjedd.

Denne fasen er prega av angst og fantasiar, og pårørande vil forsøke alle moglegheiter for å finne informasjon eller svar. Denne fasen er svært belastande dersom den varer over tid, og den pårørande kan på sikt få psykiske plagar (2014, s. 182).

### 2.2.2 Tosporsmodellen for mestring av sorg

Tosporsmodellen (*The Dual Process Model of Coping With Bereavement*) for mestring av sorg har hatt stor innflytelse på mestring av sorg og tap (Stroebe & Schut, 1999). Hensikta med modellen var å frambringe ein modell som betre kunne beskrive mestring av sorg og tap, samt forutsei god versus dårleg tilpassing til stressande livshendingar, og ved dette å betre forstå dei individuelle forskjellane i måtane menneske kjem til orde med sorg (Stroebe & Schut, 2010). Modellen beskriv at mennesket sitt sorgarbeid må finne ein balanse mellom å gå inn på tapet (*loss-orientation*) og arbeide med det dei har opplevd, og å gå vekk i frå tapet og gå vidare i livet igjen (*restoration-orientation*). Påstanden er at ein person i krise ikkje går gjennom reaksjonsfasar i ein lineær prosess men at reaksjonar, følelsar og behov vil pendle fram og tilbake utan eit kjent mønster. Stroebe og Schut (2010) hevdar at for at ein person over tid skal unngå psykologiske komplikasjonar, så må ein ha eit dobbelt fokus der ein pendlar mellom desse to prosessane.

## 2.3 Omsorg for pårørende

Ved akutt og/eller kritisk sjukdom blir pårørende ramma i tillegg til pasienten (Stubberud, 2019, s. 179). Stubberud (2019, s. 181) skriv at avhengig av kor alvorleg pasienten sin sjukdom er samt pårørende og pasients relasjon, står pårørende ovanfor fleire og varierte tilpassings- og mestringsoppgåver. Stubberud viser til blant anna frykt for pasienten sine fysiske og psykiske belastningar, trussel om komplikasjonar og forverringar, tap av pasienten sine fysiske og psykososial evne og/eller fare for at pasienten døyr. Etter Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2018) skal pasienten sine næraste pårørende vere den som i størst utstrekning har varig og samanhengande kontakt med pasienten. Stubberud (2019, s. 180) skriv at pasienten som regel er ein del av ein større heilheit, og definerer dette med familien. Familien står ofte i første linje når eit familiemedlem blir sjuk eller skada. Sjukehusinnlegging på grunn av akutt og/eller kritisk sjukdom fører til forstyrningar i familien sine rutinar, kommunikasjon og roller, og kan påverke heile familien.

Det er i krise eit overordna mål å skape ein trygg atmosfære som er prega av medmenneskelegheit, varme og ivaretaking. Dyregrov (2018, s. 86) hevdar at alle, uavhengig av fagprofesjon, kan definere det sentrale i kva god ivaretaking er: Sympati, omsorg, forståing for og aksept av reaksjonar utan å vere påtrengande, instruerande eller dømmande. Krisehjelp skal skape struktur i dei ramma sine opplevingar og nye situasjon, og at dette skjer gjennom informasjon, samtale om det som har hendt og gjennom tilrettelegging av den praktiske situasjonen

### 2.3.1 Pårøranderettleiaren

Sjukepleiaryrket har retningslinjer for arbeidet med pårørende. I *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstenesta* (Helsedirektoratet, 2018), står det om å ivareta pårørende i akutte situasjonar eller kriser. I akutte situasjonar og kriser bør helsepersonell bidra med psykososial støtte og informasjon. Vidare er akutte situasjonar eksemplifisert med akutt sjukdom, nyleg informasjon om alvorleg sjukdom, tvangsinnlegging, ei ulukke eller overdose. Helsepersonell blir oppmoda av vegleiaren til å i akutte situasjonar og kriser jobbe etter prinsipp som å skape tryggleik og dempe uro, bidra til mestring, samhørighet og håp, og å bruke sosiale nettverk aktivt.

### 2.3.2 «Mestring, samhørighet og håp»

*Mestring, samhørighet og håp*, den nasjonale rettleiaren for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofar, rettar seg mot leddarar og helse- og omsorgspersonell i kommunane og spesialisthelsetenesta som hjelper menneske som har vore utsatt for potensielt psykologisk traumatiske hendingar, deira pårørande og etterlate. Rettleiaren presenterer overordna prinsipp for intervensjon ved krise, som også er beskrive i pårøranderettleiaren. Rettleiaren presiserer at ein viktig føresetnad for å yte god hjelp er å tilby denne hjelpa tidleg etter ei krise, samt bidra til god kontinuitet i oppfølginga (Helsedirektoratet, 2016).

### 2.4 Patricia Benner og Judith Wrubel sin omsorgsteori

I boka *En hatt med slør- : om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori*, tar Konsmo (1995) for seg Benner og Wrubel sin omsorgsteori med utgangspunkt i boka *The Primacy of Caring*, som først vart utgitt i 1989. Konsmo skriv at ein viktig del av Benner og Wrubel si bok dreier seg om kva det vil seie å vere eit menneske, korleis stress og sjukdom blir opplevd og meistra av mennesket (1995, s. 21). *The Primacy of Caring* tar utgangspunkt i eit amerikansk helsevesen, og Konsmo (1995) har derfor forsøkt å overføre og få tilrettelagt deira teori til nordiske forhold.

Omsorg er grunnleggande i sjukepleie, og det heilt nødvendig at sjukepleiaren bryr og involverer seg for å kunne forstå situasjonen og kva moglegheiter som ligg til rette (Konsmo, 1995, s. 21-22). Eit omsorgsfullt forhold skapar tillit, noko som er nødvendig for å kunne ta i mot hjelp og føle at ein blir ivaretatt. Konsmo (1995, s. 22) refererer det som er Benner og Wrubel sitt mål med deira teori. Det er å demonstrere at omsorg er primærkjelde til både stress og mestring i mennesket si oppleving av helse og sjukdom, og at omsorg er det mest grunnleggande i sjukepleiepraksis, i tillegg til at omsorgsfull sjukepleiepraksis har positiv innverknad på sjukdomen sitt utfall og resultat.

### 2.4.1 Stress og mestring

Benner og Wrubel definerer stress på følgende måte (referert i Kongsmo, 1995, s. 79):

Stress defineres som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens evne til fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Man trenger å sørge og utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter.

Mestring blir definert av Benner og Wrubel (referert i Kongsmo, 1995, s. 84) som:

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende.

Benner og Wrubel meiner at folk mestrar stress på ulike måtar blant anna ut ifrå sin livsverden, kva dei meiner er viktig for seg sjølv, deira historie og noverande situasjon. Ein kan mestre stress både ved å involvere seg og engasjere seg, men og ved å halde distanse og kontroll (Kongsmo, 1995, s. 85-86). Kongsmo (1995, s. 86) understrekar at det er som omsorgsgivar viktig å forstå korleis desse faktorane påverkar pasient og pårørande sine moglegheiter for mestring. Benner og Wrubel bygger si forståing av kva stress er på psykologen Lazarus (Kongsmo, 1995, s. 79). Kongsmo refererer Lazarus, som meiner ein kan mestre stress ved å:

- Gjere noko direkte. Det kan for eksempel vere å ta opp eit problem eller å søke hjelp.
- Bevisst unngå å gjere noko. Det kan for eksempel vere å kvile seg eller å unngå situasjonar som man tykkjer er vanskelege.
- Skaffe seg informasjon. Ved å lese eller snakke med andre menneske kan ein forstå (finne mening) i det som skjer.
- Prøve å føle seg betre. Dette kan for eksempel skje gjennom avleiing.
- Prøve å forandre måten ein betraktar stresset på.

#### 2.4.2 Benner og Wrubel om pårørende

Benner og Wrubel seier at ein av dei største trugslane mot mestring er mangel på å høyre til. Dette er eit tema som blir støtta opp av forskning, som viser at støtte frå familie og venner ofte er veldig viktig for at pasienten skal mestre situasjonen sin. Sosial støtte er godt dokumentert som viktig for mental helse som kan redusere uheldige konsekvensar av stressande livskriser og situasjonar (Heinze, Kruger, Reischl, Cupal & Zimmerman, 2015; Senneseth et al., 2017).

For mange pårørende blir det å gi omsorg opplevd som truande og nødvendig (Konsmo, 1995, s. 91). I nokre tilfelle kan pasienten sin situasjon bli oppfatta som så truande at pårørende ikkje greier å ta i mot konstruktiv hjelp. Konsmo (1995, s. 91) skriv at spesielt i akutte og svært alvorlege situasjonar kan pårørende sin hukommelse svikte og deira frykt og fortviling kan føre til at tankane deira blir eit kaos. Med dette blir behovet for eit godt hjelpeapparat understreka. For helsepersonell, kan pårørende vere ein viktig ressurs ved å kunne bidra med viktig informasjon, og dei kan for pasienten vere viktige støttespelarar.

På same tid understrekar Benner og Wrubel at det er nødvendig at sjukepleiaren tek vare på pårørende då desse og kan bli ramma av sjukdomen på sin måte, og at dette igjen vil kome pasienten til nytte fordi pårørende då kan støtte pasienten betre (Konsmo, 1995, s. 91). Avslutningsvis skriv Konsmo (1995, s. 92) at pårørende og etterlate kan oppleve og streve med samvitsplager då dei kan tvile på om dei har gjort nok for pasienten. Sjukepleiar kan lindre desse følelsane pårørende har ved å involvere seg i desse, framheve og støtte opp under kva som vart gjort, og forsikre dei om at dei har gjort alt som var mogleg å gjere.

#### 2.6 Lov om pasient- og brukarrett

Pasient- og brukarrettighetsloven (1999) inneheld rettsreglar om dei rettane pasient og brukarar har ovanfor helse- og omsorgstenesta. Kapittel 3 omtalar rett til medverknad og informasjon. Pårørende har, jf. § 3-1, rett til å medverke saman med pasienten dersom pasienten ikkje har samtykkekompetanse. Jamfør § 3-3 *Informasjon til pasienten eller brukarens nærmaste pårørende*, skal nærmaste pårørende til pasienten eller brukaren ha informasjon om gjeldande helsetilstand og den helsehjelpa som blir motteke, dersom pasient eller brukar samtykker til dette eller at forholde tilseier det. Både pasient eller



brukar og pårørende har rett på informasjon dersom pasient er over 16 år og openbart ikkje kan ivareta sine interesser grunna fysisk eller psykisk forstyrning, demens eller psykisk utviklingshemming. Dersom ein pasient eller brukar døyr og utfallet er uventa ut ifrå pårekneleg risiko, har pasienten eller brukaren sin nærmaste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde til og med sjette ledd, så lenge teieplikta ikkje er til hinder for dette. § 3-2 omhandlar pasienten eller brukaren sin rett til informasjon, og fjerde til sjette ledd tar for seg situasjonar dersom pasienten blir påført skade eller alvorlege komplikasjonar, og rettar pasient og pårørende har om å bli informert om dette.

### 3.0 Metode

For å innhente informasjon og kunnskap knytt til oppgåva si problemstilling vart litteraturstudium valt som metode. Litteraturstudium er ein studie der ein systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder ved å innhente litteratur og kritisk vurdere dette (Magnus, 2009). I dette litteraturstudiet er spørsmålet kva som støttar og gir omsorg for pårørende der pasienten er akutt kritisk sjuk, og korleis sjukepleiar kan ivareta omsorga pårørende treng og har krav på. Det vart gjort ei avgjersle på å nytte både ei kvalitativ og kvantitativ tilnærming, då problemstillinga opnar opp for både erfaringar og opplevingar, men og kvantitative data eksempelvis frå spørjeundersøkingar. Kvalitativ metode kjenneteiknar djupnekunnskap, som vil seie at ein får mange opplysingar frå mindre einingar, medan ein i kvantitative studiar, nyttar seg av kvantitative data som målbare og einingar og tal. Ein får breiddekunnskap men lite opplysningar frå ei stor utvalsgruppe (Thidemann, 2015, s. 77-78). For å finne relevant litteratur, forskning og fagartiklar som kan brukast til å svare på problemstillinga, vart det nytta relevante søkedatabaser samt skulen sitt bibliotek.

#### 3.1 Søk og søkehistorikk

Tidleg i arbeidsfasen vart tema valt og ei foreløpig problemstilling formulert. Vidare vart rammeverket PICO nytta for å klargjere problemstillinga og lage ein god overgang frå denne til søket. Kvar av bokstavane i PICO tar for seg følgende element:  
population/patient/problem, intervention, comparison og outcome. Til problemstillinga i denne oppgåva vil det ikkje comparison bli brukt, då intervensjon problemstillinga spør etter

har tiltak å samanlikne med. Problemstillinga vart derfor 3-delt, og søkeord vart definert knytt til dei tre delane for å utvikle søkestrategien.

Det er viktig for eit effektivt søkearbeid å utvikle ein god søkestrategi (Thidemann, 2015, s. 87). Søkestrategi handlar om å bestemme emneord/søkeord og kombinasjonar av desse til søk i ulike databaser. Ved hjelp av standardiserte emneordsystem som MeSH (Medical Subject Headings) og Cinahl Headings, vart følgjande PICO utarbeida:

Tabell 1: PICO-skjema

	<b>Population</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparisson</b>	<b>Outcome</b>
	Pårørande i krise til akutt kritisk sjuke pasientar på sjukehus	Sjukepleiars omsorg og støtte	Ingen intervensjon	Pårørande si oppleving av omsorg og mestring av vanskeleg situasjon
<b>Norske ord</b>	Pårørande Familie Akutt kritisk sjuk Sjukehus	Sjukepleie Kommunikasjon Ivaretaking	-	Mestring Omsorg Ivaretakelse Psykologisk støtte
<b>Engelske thesaurus</b>	Relatives Family Extended family Critical illness Acute disease Hospitals Intensive Care Units	Nursing Nursing care Nursing interventions Communication Critical care Acute care Family-centered care Family nursing	-	Empowerment Life experiences Caring Empathy Compassion Coping Family coping Support, psychological

I startfasen av arbeidet vart Helsebiblioteket si teneste *Pyramidesøket* nytta (Helsebiblioteket, 2019). Pyramidesøket er ein søkemotor som søker i fleire leiande medisinske oppslagsverk, systematiske utarbeida anbefalingar, oversiktsartiklar og kvalitetsvurderte primærstudiar samtidig. Relevante funn var svært avgrensa ved bruk av Pyramidesøket, og omhandla i stor grad palliasjon og andre tema og settingar som ikkje er

relevant for gjeldande problemstilling for denne oppgåva. For å svare på problemstillinga vart det utført systematiske søk i databasane Cinahl, Medline og PsychINFO. Seinare i prosessen vart det også gjort søk i databasane Cochrane Library, Svemed+ og PubMed, men desse vart ikkje inkludert i oppgåva ettersom resultatane viste seg å innehalde anten duplikat, mindre relevans eller av andre årsaker blei ekskludert raskt. Cinahl, Medline og PsychINFO er alle tre databaser som dekkjer sjukepleie som fag, og inneheld dokumenttypar som forskingsartiklar og bøker. Alle inneheld ulike språk, men mesteparten er engelsk (Thidemann, 2015, s. 85). PsycINFO dekkjer psykologisk forskning, men og psykologiske aspekt frå andre fagområder inkludert sjukepleie og vart derfor tiltenkt som relevant database, noko som seinare vart bekrefta då hovudvekta av inkluderte artiklar kom frå denne databasen. Oversikt over systematisk søkehistorikk er presentert i vedlegg 1.

Som supplement til systematisk søk i databaser vart det utført manuell søking. Etter samtale med rettleiar og utdanningsinstitusjonen sitt bibliotekar, vart det gjort mindre systematiske søk i databasane Web of Science, British Nursing Index, samt fritekst-søk i Google Scholar. Her vart det gjort funn av relevante forskingsartiklar som belyser tema og problemstillinga for denne oppgåva. Gjennomgang av desse artiklane og referanselister på leit etter nye versjonar og relevant diskusjon, supplerte innhenta litteratur til oppgåva si teori- og diskusjonsdel ytterlegare. Fritekst-søk og enkle søk som nemnd over var basert på tesaurus i PICO. Det vart og gjort søk i tidsskrifter og fagforbund.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

For å tydeleggjere litteratursøket og avgrense mengde litteratur, vart det i forkant definert inklusjons- og eksklusjonskriterium. Dette gjer at søket er meir hensiktsmessig ut frå ønska kunnskap (Thidemann, s. 84). Litteratursøket i dei tre databasane, artiklar vurdert som relevante frå manuelle søk frå gjennomlesing av referanselister, gav totalt 494 funn. Relevante artiklar vart først valt ut etter tittel og samandrag for å så bli vurdert opp mot gjeldande inklusjons- og eksklusjonskriterium som er presentert i tabell 2. Artiklar som etter dette ikkje vart ekskludert, vart vurdert i fulltekst ved skumlesing, og dei artiklane som var aktuelle vart kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister, sjå kapittel 3.3. Utveljingsprosessen er skissert som flytskjema i vedlegg 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
- Artikkelen omhandler pårørende til akutt kritisk sjuke pasientar på somatisk sjukehus	- Artikkelen presenterer funn som ikkje er overførbare til norske sjukehus
- Pasienten er samtykkekompetent, og pårørende har fått samtykke i å få informasjon	- Studien omhandler ikkje pårørende
- Pasient er over 18 år	- Artikkelen er skriva på språk som ikkje samsvarar med inklusjonskriteriet om språk
- Artikkel er publisert etter 2010	- Pasientgruppa er i palliativ fase av kjend sjukdom
- Artikkelen er på norsk, svensk, dansk eller engelsk	- Forskinga er gjort på pasientar i kommunehelsetenesta, som er heimebuande eller bur på institusjon
- Forskinga skal vere gjort i vestlege land; Europa, Nord-Amerika, Oceania	- Pasientgruppe innan psykisk helse
- Artikkelen er tilgjengeleg i fulltekst	- Pårørende er barn
- Artikkelen har tilgjengeleg abstrakt	

### 3.3 Analyse og syntese

Ei tematisk analyse vart gjennomført for å finne felles tema som dei inkluderte studiane tar for seg. Framgangsmåten er inspirert av Aveyard sin analysemodell, beskrive og referert Thidemann (2015, s. 94-96). Etter å ha opparbeida ei detaljert forståing ved kritisk og grundig gjennomgang vart tema identifisert ved å gjennomgå resultatdelen til kvar enkelt studie. Dei ulike temaa vart markert og notert ned på papir for å enklare synleggjere kva for tema som var gjennomgåande i dei forskjellige artiklane, og kor mange av artiklane som tar for seg temaet eller ikkje. Identifiserte tema vil i ulik grad bli relatert til problemstillinga for dette litteraturstudiet. Avslutningsvis vart dei identifiserte temaa sett på i heilheit og formulert slik at dei betre passar inn til problemstillinga.

Etter analyse, tolking og vurdering av resultatata til dei inkluderte studiane vart det samanfatta ein ny tekst for å skape ein tydelegare og heilskapleg tekst med oversikt over gjeldande resultat. Denne teksten skal bidra til å belyse problemstillinga (Thidemann, 2015, s. 58). Syntesen blir presentert i resultatdelen.

### 3.4 Kjeldekritikk

Denne oppgåva er basert på kjelder frå litteratur og anna forskning. Det er derfor svært viktig å sørge for at kjeldene som er brukt er av god kvalitet. Tyngda er lagt på primærkjelder for å

ikkje tolke vidare eventuelle andre sine tolkingar av desse. Det er likevel i oppgåva si teoridel brukt fagbøker som byggjer på andre kjelder. Grunna avgrensa tilgang til utdanningsinstitusjonen sitt bibliotek som følge av COVID-19 pandemien, vart det gjort eit val av å nytte seg av Konsmo (1995) si bok for å belyse teori frå Benner og Wrubel. Sjølv om primærkjelder er å føretrekke då sekundærkjelder kan vere farga og avleia, er Konsmo si bok inkludert med tanke på si grad av anerkjenning. Alle forskingsartiklane som er inkludert er engelskspråklege noko som kan føre til misforståing og/eller feiltolking av artiklane som følge av feilomsetning.

Det å foreta kvalitetsvurderingar av vitenskaplege artiklar krev at ein har kunnskap om forskingsmetodar generelt, men og om metodane til dei inkluderte artiklane spesielt (Thidemann, 2015, s. 90). På bakgrunn av dette vart sjekklister frå CASP-modellen vald. CASP-modellen er ein anerkjend modell som er mykje brukt og produsert av Critical Appraisal Skills Programme ved Universitetet i Oxford og er tilgjengeleg på internett. CASP-modellen har sjekklister for å kvalitetsvurdere ulike studiedesign. I denne oppgåva er det nytta CASP-sjekklister for systematiske oversiktsartiklar og kvalitative studiar. Alle dei seks inkluderte studiane har fått ein score på 7 eller betre ut av 10. Studiane har alle tydelege formulerte formål, gjer greie for metode, kvalitet og resultat og inneheld relevante studiar for sitt forskingsspørsmål. Forskingsetikk og etiske omsyn i studiane er presentert i dei studiane der er aktuelt. Alle dei inkluderte studiane er fagfellevurdert.

### 3.5 Etiske omsyn

Etiske omsyn til oppgåva blir mellom anna å overhalde akademiske normer for kjeldetilvising (Thidemann, 2015, s. 12) I oppgåva er APA 6th brukt som referansestil. Korrekt sitering og referansestil er nødvendig for å enkelt finne fram til stoffet sitt opphav, samt unngå plagiat. Val av studiar til oppgåva vart blant anna basert på om forskinga er etisk godkjent og følgjande prinsipp om at frivillegheit, anonymitet og informert samtykke blir ivaretatt. Når ein skriv ei oppgåve som denne er det viktig å tenke på at ein produserer ein tekst som kan bli nytta av andre ved seinare tidspunkt. Det føreligg derfor eit ansvar til forfattaren å gjere prosessen transparent, slik at element kan gjennomførast på same måte og gje tilsvarande like resultat. Transparent metode gjeld både systematiske søk og kvalitetsvurdering av

studiar. Dette er med på å sikre at den som les oppgåva enkelt kan kontrollere korrekt analyse og tolking av data.

## 4.0 Resultat

Seks studiar vart inkludert etter prosessen som er beskrevet i kapittel 3.2. Etter analyse av funn frå desse seks studiane vart det med utgangspunkt i problemstillinga identifisert og formulert fire hovudtema som kan relatere til problemstillinga: pårørande sine behov, pårørande sine erfaringar og opplevingar, mestringsevne og strategiar for mestring av vanskeleg situasjon og støttande kommunikasjon i møte med pårørande.

### 4.1 Pårørande sine behov

Fem av dei seks inkluderte studiane har alle sett på resultat frå, og/eller sjølv nytta seg av Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). CCFNI er eit sjølvrapporterande spørjeskjema på 45 punkt som vurderer pårørande sine behov innan fem hovudtema: støtte, komfort, informasjon, nærleik og forsikring (Molter, 1979). Støtte angår behovet for å bli møtt av helsepersonell, familiemedlemar, venner og religiøse grupper. Komfort spør om faktorar rundt velvære relatert til opphaldet på sjukehus. Informasjon blir forklart ved at pårørande søker etter kunnskap om pasienten sin situasjon og tilstand på mange forskjellige måtar. Ein forstår nærleik ved det å vere fysisk nær den sjuke pasienten då pårørande kan oppleve fysisk og emosjonell nød og derfor har eit sterkt behov for å vere nær deira kjære. Til slutt, omhandlar forsikring pårørande sine behov for å bli forsikra av helsepersonell om korleis situasjonen endrar seg og korleis helsetilstanden til pasienten er (Al-Mutair, Plummer, O'Brien & Clerehan, 2013). Ved bruk av CCFNI har funn frå studiar vist at dei viktigaste identifiserte behova til pårørande var, høvesvis, informasjon og forsikring, etterfølgd av nærleik, komfort og støtte (Al-Mutair et al., 2013; Mitchell et al., 2019; Scott, Thomson & Shepherd, 2019). Rangeringa av desse behova var stort sett konsistent gjennom fleire studiar (Scott et al., 2019).

Informasjon og forsikring viser seg å vere det største universelle behovet til pårørande til kritisk sjuke pasientar (Scott et al., 2019). Pårørande ynskjer tydeleg, forståeleg og tidleg informasjon om deira nære sin medisinske tilstand og at dette er viktig utan å gi rom for

urealistiske håp (Al-Mutair et al., 2013; Koukouli, Lambraki, Sigala, Alevizaki & Stavropoulou, 2018; Mitchell et al., 2019; Wong, Liamputtong, Koch & Rawson, 2015). Mitchell et. al. (2019) fann, i ein studie om behov til pårørande til traumepasientar på intensivavdeling, at pårørande her viste teikn på å prosessere den traumatiske hendelsen og stilte spørsmål korleis det heile kunne blitt unngått. Saman med informasjon og forståing av denne, var behovet for håp, støtte og involvering sentrale behov som vart høgt ønska prioritert. I tillegg til at forskinga viser at informasjon er eit behov pårørande rangerert høgt, har pasient og pårørande rett på dette, jamfør § 3-3 *Informasjon til pasienten eller brukarens nærmaste pårørande (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)*. Nærmaste pårørande til pasienten eller brukaren skal ha informasjon om gjeldande helsetilstand og den helsehjelpa som ystast, dersom pasient eller brukar samtykker til dette eller at forholde tilseier det.

Det å beskytte pasienten sin verdigheit og velvære var av stor betydning for pårørande, hovudsakleg ved å oppretthalde nærleik. I tillegg har det vist seg at pårørande har eit behov for å beskytte pasienten mot for mykje besøk, samt å beskytte andre familiemedlem mot potensiell emosjonell traume av å sjå pasienten kritisk sjuk for første gong (Koukouli et al., 2018; Mitchell et al., 2019).

#### 4.2 Pårørande sine erfaringar og opplevingar

Tre av dei seks inkluderte studiane presenterer kvalitative data relatert til korleis pårørande blir påverka av omsorga pasienten og dei sjølv får, samt forholde dei møter på akuttmottak og deira opplevingar i møte med sjukepleiarar på akuttmottak er knytt til sjukepleiar si evne til kritisk tenking, kommunikasjon, sensitivitet og evne til å yte omsorg (Cypress, 2014). Saman med pasientane, anser pårørande at sjukepleiarar bør ha evne til å tenke kritisk for å fungere i dagens komplekse og hektiske arbeidskvardag på overfylte akuttmottak. Pårørande opplever kommunikasjon som ein svært viktig del av det å yte god omsorg til både pasient og pårørande, og Cypress (2014) skriv i sin kvalitative studie at det at pårørande og pasientar meiner det er viktig at sjukepleiaren helsar og identifiserer seg som sjukepleiar, tar seg tid til småprat og understrekar viktigheita av å gi ut informasjon. Knytt til korleis ein framstår ovanfor pasient og pårørande, kjem viktigheita av å unngå ufine kommentarar og sladder fram, samt det å vise negative følelsar ved klaging. Pasientar og deira pårørande er heile tida vitne til kompleksiteten og utfordringane på akuttmottak eller intensivavdelingar, og

kvaliteten på møte med sjukepleiaren er avgjerande for inntrykket og korleis det heile blir opplevd (Cypress, 2014). Cypress hevdar på same tid at pårørande viser empati for sjukepleiarane som har det travelt, og at dei forstår godt at andre kritisk sjuke pasientar må prioriterast etter hastegrad.

Pårørande opplever også at det er lettare å handtere informasjon og brå endringar dersom helsepersonell avgrensar bruken av fagterminologi og avansert språk, slik at de enklare å forstå. Dårlig kommunikasjon eller inkonsekvent informasjon kan føre til ytterlegare nød og angst for pårørande (Koukouli et al., 2018; Wong et al., 2015). I tillegg, med tanke på den betydingsfulle rolla sjukepleiarar har for effektiv kommunikasjon med pårørande, er det eit ønske om at sjukepleiar er tilstade under møte med pårørande til ein kvar tid så lenge det lar seg gjere.

Pårørande opplever ei rekke intense følelsar som vekslar frå håp til fortvilning, og forskning viser at pårørande til kritisk sjuke pasientar ofte viser høge nivå av psykologisk stress og angst (Koukouli et al., 2018). Stress kan bli forårsaka av brå endring i pårørande sin livssituasjon, eventuelt pasienten sin ustabile tilstand og uventa endringar i pasienten sin kropp og ansiktsuttrykk, samt vanskelege avgjersler og omsyn pårørande må ta ovanfor pasienten. Koukouli et al. (2018) hevdar at særleg kvinner og ektefeller viste høgare nivå av angst samanlikna med pasientens barn, truleg på grunn av at dei er i større grad involvert i avgjersler.

#### 4.3 Mestringsevne og strategiar for mestring av vanskeleg livssituasjon

Angst og usikkerheit vart identifisert som to hovudfaktorar som har innverknad på velvære og mestringsevne til pårørande (Scott et al., 2019). Det kjem fram ein samanheng mellom nivå av angst og pårørande si mestringsevne. Symptom på angst er auka i det kritisk sjukdom oppstår i nære relasjonar, og usikkerheit knytt til pasienten sin tilstand kan forverre desse symptoma. I følge Scott et al. (2019), vil høge nivå av angst og usikkerheit kunne påverke pårørande si evne å vurdere risiko og/eller fordelar ved pasientbehandling, svekke situasjonsforståing og evne til å ta avgjersler.



I ein kvalitativ studie som undersøkte korleis pårørande til kritisk sjuke pasientar sine behov og mestringsstrategiar, fann Koukouli et al. (2018) at deira deltakarar i hovudsak nytta seg av tre mestringsmekanismer: optimisme, spiritualitet og familiestøtte. Her viste optimisme å dreie seg om evna til å sjå framover saman med å sette seg delmål for seg sjølv og pasienten. Spiritualitet, som har mange definisjonar, vart her representert som ei sinnstemning som hjalp pårørande i å skaffe svara dei trengde på spørsmål om liv, sjukdom og død (Koukouli et al., 2018). Familien og nære av pårørande var viktigaste kjelde til komfort og støtte i å handtere utfordringane dei møter. Den kritiske situasjonen kan i seg sjølv vere med på å styrke relasjonen innad i familien. Familienettverket står att som veldig sterkt, og familiemedlemar hjalp kvarandre i å møte motgang og gav psykologisk og praktisk støtte innanfor og utanfor sjukehuset (Al-Mutair et al., 2013; Koukouli et al., 2018).

#### 4.4 Støttande kommunikasjon i møte med pårørande

Sjukepleiar bør først og fremst danne eit samarbeidande og støttande forhold til pårørande med omsyn til å hjelpe pårørande i å mestre uro og angst (Scott et al., 2019; Wong et al., 2015). Wong et al. (2015) skriv at pårørande som fekk tildelt dårlege nyhende verdsette det at helsepersonell og sjukepleiarar formidla informasjonen på ein open og ærleg måte. Det kjem og fram at pårørande ikkje ynskjer tilslørt informasjon med hensikt i å framstille situasjonen betre en den eigentleg er, i eit forsøk på å ikkje uroe pårørande. Pårørande opplevde at det å få informasjon ærleg og oppriktig ga dei både moglegheita til å førebu seg for framtida i tillegg til å etablere tillit sjukepleiar og pårørande mellom (Wong et al., 2015).

På intensivavdeling opplevde pårørande at trygging og svar på non-verbal kommunikasjon representerte kommunikasjonsstrategiar som vart opplevd som støttande (Wong et al., 2015). Pårørande som var fast bestemt på å ikkje forlate sjukehuset for å kunne vere tilstades for pasienten, vart trygga på det å vite at dei kunne kontakte avdelinga kor tid som helst for å få informasjon om pasienten. Pårørande vart også trygga ved å bli informert regelmessig om utviklinga til pasienten sin tilstand, behandling og omsorg. Regelmessig informasjon kan støttast opp ved å sjå på reaksjonar og symptom på krise. Ein person i krise som opplever symptom som er beskrive under *sjokkfasen* og *reaksjonsfasen*, kan vere prega av usikkerheit, indre kaos og forvirring samt angst og fortviling (Skants, 2014, s. 181-182). Det vil derfor vere naturleg å tenke at om pårørande opplever slike symptom at informasjon

som blir gitt ikkje nødvendigvis blir teken i mot, enten ved at den ikkje festar seg eller at den kan bli misoppfatta.

Wong et al. (2015) understreker viktigheita av at informasjonen gjeve til pårørande er konsistent uavhengig av variasjonar i kven av personalet som formidlar. I tillegg diskuterer Wong et al. (2015) sjukepleiar sin bruk av avansert fagterminologi i kommunikasjon med pårørande og at denne bør avgrensast med omsyn til pårørande si evne til å forstå. Det å forenkla og reformulere informasjon til eit meir forståeleg språk var særleg til hjelp dersom pårørande var i sjokk tidleg i pasienten si sjukehusinnlegging, og potensielt ute av stand til å prosessere gjeven informasjon (Al-Mutair et al., 2013; Mitchell et al., 2019; Scott et al., 2019; Wong et al., 2015). Som ein kontrast, kunne pårørande som Wong et al. (2015) intervjuar fortelje om opplevingar knytt til dårleg kommunikasjon, som at personalet snakkar avkorta, frekt eller gir inkonsekvent informasjon. Når gjeven informasjon er inkonsekvent, såg Wong et al. (2015) at det ofte kunne føre til ytterlegare angst og uro for pårørande.

## 5.0 Diskusjon

Følgande kapittel vil diskutere gjeldande teori og resultat opp mot problemstillinga «korleis kan sjukepleiar ivareta pårørande i krise ved akutt kritisk sjukdom på sjukehus?».

Diskusjonsdelen er bygd opp rundt dei fire temaa som er beskrive i resultatdelen. For å vinkle diskusjonen inn mot problemstillinga vil dei fire temaa bli formulert til korleis ein som sjukepleiar kan: møte pårørande sine behov, forstå pårørande sine erfaringar og opplevingar, bidra til mestringevne og strategiar for mestring av vanskeleg situasjon og korleis ein som sjukepleiar kan bruke støttande kommunikasjon i møte med pårørande.

### Korleis møte pårørande sine behov

Forskjellege pårørande har forskjellige behov. Korleis pårørande opplever og erfarer ivaretaking, møte med helsevesenet og det at deira nære er akutt kritisk sjuk er subjektivt. Det vil derfor vanskeleg å kome med ein fasit til korleis ein som sjukepleiar best mogleg kan ivareta dei pårørande og hjelpe dei i å mestre situasjonen. Forsking viser at sjukepleiarar ofte har god teoretisk kunnskap rundt behova pårørande hos kritisk sjuk har, samt effektive sjukepleiartiltak som støttar opp mot desse behova, men at denne kunnskapen ikkje

nødvendigvis blir overført til praksis (Buckley & Andrews, 2011). Stubberud (2019, s. 181) skriv at pårørende opplever situasjonen når deira nære er akutt kritisk sjuk, som overveldande, kaotisk og usikker. Pårørende kan i slike situasjonar oppleve angst, frustrasjon, stress, sårbarheit, sorg, skuldfølelse og einsamheit. I lys av gjeldande resultat og teori for denne oppgåva, ser ein at ved hjelp av god kommunikasjon om situasjonen, og kunnskap rundt pårørende sine behov kan ein bidra med å redusere desse symptoma. Ved bruk av CCFNI (Molter, 1979), har funn frå studiar vist at dei viktigaste identifiserte behova til pårørende var informasjon og forsikring, etterfølgt av nærleik, komfort og støtte (Al-Mutair et al., 2013; Mitchell et al., 2019; Scott et al., 2019). Viktigheita av informasjon og forsikring er eit hovudfunn i denne oppgåva, og tilgangen og kvaliteten på informasjon er av stor betydning for pårørende. Det å møte pårørende sine behov ved å gi god informasjon er å sjå på som svært viktig. Blir ikkje dette behovet møtt, kan det føre til at pårørende sit igjen med ein følelse av å vere dårleg informert, misfornøgd med og følelsen av å ikkje vere delaktig i behandlingmessige avgjersler og pleie av pasienten. Som vi har sett, ynskjer pårørende betimeleg, tydeleg og forståeleg informasjon om deira nære sin medisinske tilstand, men det er viktig å ikkje gi rom for urealistiske håp (Al-Mutair et al., 2013; Koukouli et al., 2018; Mitchell et al., 2019; Wong et al., 2015). I motsetning til dette har det kome fram i forskning at dårleg kommunikasjon eller inkonsekvent informasjon kan føre til ytterlegare nød og angst for pårørende (Koukouli et al., 2018; Wong et al., 2015). Fleire av dei inkluderte studiane har sett på dette og eit eksempel på å tydeleggjere informasjon til pårørende er å avgrense bruken av fagterminologi. Dette kan gjerast ved å forenkle og reformulere informasjon til eit meir forståeleg språk. Dette var særleg til hjelp dersom pårørende var i sjokk og potensielt ute av stand til å prosessere gjeven informasjon (Al-Mutair et al., 2013; Mitchell et al., 2019; Scott et al., 2019; Wong et al., 2015).

Mange pårørende vil kunne slite seg ut ved at dei kjenner på behovet for å vere tilstade for pasienten til ein kvar tid (Wong et al., 2015). Ein del av ansvaret til sjukepleiaren vil derfor vere å hjelpe pårørende med å ta vare på seg sjølv. Ei oppgåve sjukepleiaren då har kan vere å hjelpe pårørende i å avgrense det store behovet for å vere tilstade. Dette kan gjerast ved å stadfeste, informere og forsikre pårørende om at pasienten blir ivareteken og er i gode hender samt informere om pasientens tilstand og kontinuerleg oppdatere denne. Dette kjem også fram av Dyregrov (2018) som seier at det å gi krisehjelp skal skape struktur i dei

råka sine opplevingar og den nye situasjonen dei er opp i, og at dette skjer gjennom informasjon, samtale om det som har hendt og ved tilrettelegging av det praktiske. Som Benner og Wrubel seier, mestrar mennesket stress både ved å involvere seg og engasjere seg, men og ved å halde distanse og kontroll (Konsmo, 1995, s. 85-86). Det vil med dette vere gunstig, gjennom samtale med pårørande, å kartlegge deira behov og ønsker i den vanskelege situasjonen. Det er for mange heilt nytt å vere i ein slik vanskeleg situasjon, og ein tankegang og eit nyttig verktøy og for at sjukepleiaren skal forstå pårørande sine behov, ønsker og moglegheiter som ligg til rette, kan vere som Benner og Wrubel også hevdar; det å bry seg og involverer seg i situasjonen, tankane og følelsane pårørande måtte ha (Konsmo, 1995, s. 21-22).

### Korleis forstå pårørande sine erfaringar og opplevingar

I tillegg til behov er sjukepleiaren sin kunnskap om pårørande sine opplevingar og erfaringar i situasjonar som når deira nære er akutt og kritisk sjuk viktig for å kunne skape og oppretthalde eit tillitsforhold. Dette er og viktig for å kunne gi god støtte og pleie til pårørande. Ved å tileigne djupare kunnskap rundt kva pårørande opplever som støttande i ein slik periode kan helsepersonell styrke ressursane pårørande har, slik at dei enklare kan kome seg gjennom pasienten sin sjukdomsforløp (Johansson et al., 2005). På bakgrunn av dette er det naturleg å seie at ein som sjukepleiar i møte med pårørande til akutt kritisk sjuke, har eit stort ansvar i det å hjelpe og støtte pårørande i å mestre den krevjande livssituasjonen.

Forskjellege pårørande har forskjellige behov. Korleis pårørande opplever og erfarer ivaretaking, møte med helsevesenet og det at deira nære er akutt kritisk sjuk er derfor subjektivt. Benner og Wrubel seier det er heilt nødvendig at sjukepleiaren bryr og involverer seg for å kunne forstå situasjonen og kva moglegheiter som ligg til rette (Konsmo, 1995, s. 21-22). Også ved kjennskap til normale reaksjonar på stress og vanskelege situasjonar vil sjukepleiar betre si forståing av korleis pårørande kan ha det. Pårørande er til ein kvar tid vitne til kompleksiteten og utfordringane på akuttmottak eller intensivavdelingar, og kvaliteten på møte med sjukepleiaren er avgjerande for inntrykket og korleis det heile blir opplevd (Cypress, 2014). Pårørande opplever kommunikasjon som ein svært viktig del av det å yte god omsorg til både pasient og pårørande. Som beskrive under resultat, kom det fram

at det for pårørende er viktig at sjukepleiaren helsar og identifiserer seg som sjukepleiar, tar seg tid til småprat og understrekar viktigheita av å gi ut informasjon (Cypress, 2014). Som tillegg i korleis ein framstår ovanfor pasient og pårørende, vart det og beskrive situasjonar som anbefaler det å unngå ufine kommentarar og sladder, samt det å vise negative følelsar ved klaging. Ein er som sjukepleiar eit ansikt utad og representerer helsevesenet i sin framferd. Sjukepleiarar vil ofte kjenne på stress og travle kvardagar på jobb der dei har ansvar over fleire sjuke pasientar, og av den grunn må prioritere. På same tid sit pårørende med sin pasient, med sine følelsar og eit personleg behov for at pasienten og dei sjølv blir ivaretatt. Med dette er det grunn til å tru at det vil kunne oppstå ei interessekonflikt der to partar jobbar for sitt. Sjukepleiarar og andre helsepersonell må til ein kvar tid prioritere dei dårlegaste først, noko som pårørende i stor grad forstår (Cypress, 2014). Likevel er det naturleg å understreke viktigheita av det å vere tilstade på ein profesjonell måte i møte med pårørende. I tillegg vil det vere positivt at når ein først hos pasient og pårørende tar seg tid til å svare på spørsmål, gi god og forståeleg informasjon og å tilby individuell tilpassing og hjelp.

I sin studie om pårørende sine behov til traumepasientar på intensivavdeling, hevdar Mitchell et al. (2019) at det er vanleg for desse pårørende å oppleve sjokk og sterke følelsar av å vere ute av stand til akseptere det som har skjedd rett etter trauma. Ein kan som sjukepleiar støtte og ivareta pårørende ved å skape og oppretthalde samarbeid og eit tillitsforhold. Det kan tenkast at det å skape tillit og eit godt samarbeid med pårørende vil hjelpe pårørende i å opne seg meir for sjukepleiaren, slik at sjukepleiaren lettare kan sette seg inn i situasjonen og dei følelsane pårørende kjenner på. Gjennom samtale om det som har hendt kan ein også kartlegge korleis pårørende opplever møte med helsevesenet, og derfor avdekke og rette på eventuelle feil, misforståingar og konflikhtar. Ein kan og gjennom samtale kartlegge og hjelpe pårørende med tilrettelegging av praktiske utfordringar som måtte oppstå som følge av pasienten sin situasjon.

Ein måte å forstå pårørende sine opplevingar på, kan vere å opparbeide god nok kjennskap til normale reaksjonar på stressande og utfordrande situasjonar. Som beskrive i oppgåva sin teoridel, er det vanleg å omtale fire fasar i reaksjonar etter akutte hendingar: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Skants, 2014, s. 181-182). Ved å

forstå samt det å anvende desse fasane i tenking knytt til pårørandesentrert arbeid, kan det vere enklare for sjukepleiaren å sette seg inn i situasjonen til den pårørande. I arbeid med pårørande i den akutte fasen, vil det i hovudsak dreie seg om sjokkfasen og reaksjonsfasen. Dette kan gjerast ved å ta tak i og rette merksemda på pårørande sine følelsar relatert til usikkerheit, indre kaos og forvirring i tillegg til fortviling, rastlausheit og angst. Ved å anvende Stroebe og Schut (1999, 2010) sin teori i tosporsmodellen for mestring av sorg og tap saman med dei reaksjonsfasane vi er kjend med, kan sjukepleiaren støtte pårørande og normalisere tankane deira dersom dei opplever vekslende tankar og følelsar. Ved å anvende tosporsmodellen i sin tenking vil sjukepleiaren kunne hjelpe pårørande i å handtere krisa ein er i. Dette ved rettleiing og tilrettelegging for å både finne ein balanse mellom å gå inn på tapet eller sorga, og arbeide med det dei har opplevd, og å gå vekk i frå tapet og gå vidare i livet igjen (Stroebe & Schut, 2010).

#### Korleis bidra til mestringsevne og strategiar for mestring av vanskeleg livssituasjon

Angst og usikkerheit vart identifisert som to hovudfaktorar som har innverknad på pårørande si evne til mestring og velvære i akutte og kritiske situasjonar (Scott et al., 2019). Eit funn var at angstsymptom hos pårørande vil vere høgst i det den kritiske situasjonen oppstår, og usikkerheita rundt pasienten sin tilstand vil kunne forverre desse symptoma (Scott et al., 2019). Som sjukepleiar vil arbeidet med å bidra til mestring derfor kunne vere knytt til å hjelpe pårørande med å lindre desse angstsymptoma, primært ved å informere om situasjonen og å gi kontinuerleg oppdatering, då det vil vere vanskelegare å arbeide mot den naturlege reaksjonen på brå sjukdom og innlegging på sjukehus. Som sjukepleiar kan det vere nyttig å arbeide rundt sentrale prinsippa i krisehjelp som Hummelvoll har beskrive, som er å lette den akutte lidinga hos den som er ramma, rette opp igjen sjølvstendig fungering og førebygge eller lindre etterverknader av traumet og posttraumatisk stress-syndrom. Konkret betyr dette å yte rask intervensjon eller hjelp, stabilisering og mobilisering av ressursar, bidra til forståing og oversikt over det som har skjedd, fokus mot problemløysing, oppmuntring til sjølvtilit og til å stole på seg sjølv (Hummelvoll, 2012, s. 522). I tillegg blir sjukepleiarane frå Pårøranderttleiaren og rettleiaren *Mestring, samhörighet og håp* oppmoda i å arbeide etter prinsipp som å skape tryggleik og dempe uro, bidra til mestring, samhörighet og håp, og å bruke sosiale nettverk aktivt (Helsedirektoratet, 2016, 2018).

Som Lazarus hevdar (referert i Konsmo, 1995, s.89), kan mestring bli oppnådd ved å aktivt oppsøke hjelp og å ta tak i problemet ein står ovanfor, og på sjukehus vil det vere naturleg for pårørande og oppsøke sjukepleiarane for hjelp. I tillegg, basert på Lazarus, kan sjukepleiaren hjelpe pårørande i å oppmuntre til å ta avbrekk frå situasjonen og eksempelvis unngå å oppsøke eller oppdage nye følelsar eller frustrasjonar. Som diskutert under det å ivareta pårørande sine behov, kan det å oppmode pårørande i å kvile seg og trekke seg vekk når dei har det vanskeleg vere til hjelp dersom dei føler på at dei må vere tilstade og bidra over eiga evne. Sjukepleiar kan og, som eit moment Lazarus har beskrive, hjelpe pårørande i å avleie seg sjølv. Det kan tenkast at dersom pårørande sitt behov for å gjere noko konkret for pasienten er så stort, at det kan vere til hjelp å utføre andre gjeremål som får pårørande til å ta ei pause frå miljøet på sjukehuset, og ikkje inneber å fysisk opphalde seg hos pasienten eller på sjukehuset. Ein kan oppmuntre til å oppsøke andre miljø, venner eller sosiale kretsar. Som forskning viser, er støtte frå familie og venner ofte er viktig for at pasienten skal mestre situasjonen sin, og sosial støtte er godt dokumentert som viktig for mental helse som kan redusere uheldige konsekvensar av stressande livskriser og situasjonar (Heinze et al., 2015; Senneseth et al., 2017). Det viste seg at familien og nære av pårørande var den viktigaste kjelda til komfort og støtte i det å handtere utfordringane dei møtte. Som forskinga viser, står familienettverket att som veldig sterkt og ein har sett at familiemedlemar kan hjelpe kvarandre i å møte motgang og gje psykologisk og praktisk støtte både innanfor og utanfor sjukehuset (Al-Mutair et al., 2013; Koukouli et al., 2018).

I tillegg til familiestøtte, var optimisme og spiritualitet tre sentrale mestringsmekanismar som vart identifisert i studien til Koukouli et al. (2018). Som sjukepleiar kan dette bety at det å støtte pårørande i og arbeide med evna til og tankane om å framover kan vere til god hjelp for pårørande si mestring av situasjonen. Det å aktivt gå inn og å vise og ytre positivitet i vanskelege situasjonar kan tenkast å vere til god hjelp og fungere som ein god avleiing i alt det vonde. Koukouli et al. (2018) definerer spiritualitet i denne settinga som ei sinnstemning som hjelpte pårørande i å skaffe svara dei trengde på spørsmål om liv, sjukdom og død. Det å tilby pårørande samtale rundt dette temaet kan dersom pårørande ynskjer det, vere til god hjelp og ein kan som sjukepleiar tilby seg å kontakte og involvere tverrfaglege ressursar som psykolog eller annan samtalepartner, som til dømes kan vere prest eller annan religiøs representant.

### Korleis bruke støttande kommunikasjon i møte med pårørande

Det å danne eit samarbeidande og støttande forhold til pårørande er så langt blitt sett på som svært sentralt i arbeidet med pårørande i krise til akutt kritisk sjuke pasientar. Men korleis sjukepleiar står fram og kommuniserer med pårørande som fagperson og omsorgsgivar er ikkje viktig berre for relasjonen mellom sjukepleiar og pårørande, men også korleis pårørande forstår og tolkar inntrykk og den informasjonen dei blir gitt.

Kommunikasjon er eit tema som blir belyst i stor grad gjennom sjukepleiarutdanninga, og viktigheita av god kommunikasjon mellom sjukepleiar og andre part viser seg igjen i denne oppgåva som svært relevant og av stor betydning. I situasjonar der ein pasient er akutt kritisk sjuk og det er fare for at livet ikkje er å redde, fann Wong et al. (2015) i sin studie at pårørande som fekk tildelt dårlege nyhende verdsette det at helsepersonell og sjukepleiarar formidla informasjonen opent og ærleg. Deltakarane i studien ytra at det å få tildelt tilslørt informasjon ikkje var ønska, sjølv om hensikta med dette var god då det kunne vere eit ønske på å ikkje uroe pårørande. På bakgrunn av dette vil det igjen kunne vere ein fordel om ein som sjukepleiar sjølv set seg inn i pårørande sin gjeldande situasjon. Dette for å tenke på korleis ein sjølv ville få tildelt denne informasjonen, og korleis ein sjølv ville reagert dersom ein ikkje fekk den verkelege utgåva eller ein falsk-positiv beskjed. Denne framgangsmåten er igjen å sjå på som til nytte for sjukepleiaren dersom pårørande sjølv er helsepersonell. Det å få informasjonen tildelt ærleg og oppriktig gav pårørande moglegheita til å førebu seg for framtida i tillegg til å etablere tillit sjukepleiar og pårørande mellom (Wong et al., 2015).

Trygging og svar på non-verbal kommunikasjon representerte kommunikasjonsstrategiar vart av pårørande opplevd som støttande (Wong et al., 2015). Pårørande verdsett det bli trygga ved å få regelmessig informasjon om utviklinga til pasienten sin tilstand, behandling og omsorg. Det kom fram at viktigheita av at informasjonen gjeve til pårørande er konsistent uavhengig av variasjonar i kven av personalet som formidlar, og at dette har innverknad på korleis dei pårørande opplever situasjonen. Pårørande Wong et al. (2015) intervjuar kunne fortelje om opplevingar knytt til dårleg kommunikasjon, som at personalet snakkar avkorta, frekt eller gir inkonsekvent informasjon. Det kan tenkast at det som pårørande vil opplevast som svært frustrerande at forskjellige helsepersonell kjem med inkonsistent informasjon eller beskjedar som motseier andre beskjedar. Wong et al. (2015) undersøkte dette og fann



at det ofte kunne føre til ytterlegare angst og uro for pårørende. Det blir av hensiktsmessige årsakar understreke viktigheita av at bruken av avansert fagterminologi i kommunikasjon med pårørende bør avgrensast. Dette med omsyn til pårørende si evne til å forstå i situasjonar prega av sjokk og usikkerheit. Det kjem fram av fleire av inkluderte studiar, at det å forenkla og reformulere informasjon til eit meir forståeleg språk var særleg til hjelp dersom pårørende var i sjokk tidleg i pasienten si sjukehusinnlegging, og potensielt ute av stand til å prosessere gjeven informasjon (Al-Mutair et al., 2013; Mitchell et al., 2019; Scott et al., 2019; Wong et al., 2015).

### Metodediskusjon

For å svare på oppgåva si problemstilling vart litteraturstudium brukt som metode. Det er viktig å presisere at søkestrategi med val av søkeord, databaser og søkemotorar, samt inklusjons- og eksklusjonskriterium vil ha innverknad på kva for resultat ein vil få. I tillegg vil det kunne oppstå endringar i resultat eller ein vil kunne oppdage nyare forskning dersom ein gjennomfører same søk på eit seinare tidspunkt. Val av litteraturstudium som metode kan belyse eit selektivt bilde på verkelegheita, og korleis ein tolkar, analyserer og anvende kjelder har innverknad på korleis problemstillinga blir svart på og belyst. I eit litteraturstudium har ein ikkje eigen vinkling, men nyttar seg av litteratur som allereie eksisterer. Det at eit litteraturstudium baserar seg på forskning frå andre stiller krav korleis kritisk vurdere kvaliteten på ein korrekt måte. Det vil kunne kome fram som ein svakheit at forfattar av denne oppgåva tidlegare ikkje har mykje erfaring med dette. Avgrensa erfaring innan forskning og profesjonsutøvar som sjukepleiar, kan føre til at oppgåva blir prega av seleksjonsskeivheit. Dette er blitt styrka i dialog med rettleiar, kritisk vurdering av artiklar og hjelp til litteratursøk av utdanningsinstitusjonen sine bibliotekarar.

Det kan tenkast at det hadde vore av interesse og sjølv gjennomføre ein kvalitativ studie. Det kan tenkast at eit strategisk utval av informantar kunne bidra til å treffe problemstillinga ytterlegare med tanke på grunnleggande sjukepleie, då resultat i gjeldande litteratursøk i stor grad omhandlar pasientar og sjukepleie på intensivavdeling. Likevel er det gjort vurderingar av inkluderte studiar rundt fagleg relevans og om resultata kan overførast til ikkje-spesialiserte avdelingar og sjukepleiarar til tross for at studien omhandlar pasientar og sjukepleie på intensivavdeling. Det er gjort ei vurdering på at det er relevans til

grunnleggande sjukepleie, då prinsippet om å ivareta pårørande vil vere det same og i stor grad uavhengig av om pasienten er innlagt på ein sengepost eller meir spesialisert avdeling på sjukehus. Likevel er det viktig å tenke på at sjølv om prinsippet om ivaretaking er det same, så kan ein møte større utfordringar knytt til pårørande på intensivavdeling fordi pasienten ofte vil vere sjukare, og krise pårørande er i kan bli opplevd som større og meir inngripande.

Det er seks inkluderte studiar i oppgåva. Totalt sett utgir desse seks studiane eit stort utval i data. Resultata frå desse seks studiane er i stor grad samstemte og det blir derfor sett på som ein styrke at både kvalitative og kvantitative data er inkludert. Det er konkludert med at resultata i denne oppgåva er å sjå på som valide og truverdige på grunn av graden av samstemtheita i resultata. På bakgrunn av det store utvalet i dei inkluderte studiane, samt vurderingane knytt til overføringsevne frå intensivavdelingar, er resultata å sjå på som allmenngjere til sengepostar og ikkje-spesialisert sjukepleie.

## 6.0 Konklusjon

Problemstillinga som litteraturstudiet tar for seg er «Korleis kan sjukepleiar ivareta pårørande i krise ved akutt kritisk sjukdom på sjukehus?». For å svare på problemstillinga vart det identifisert og formulert følgjande fire hovudtema: pårørande sine behov, pårørande sine erfaringar og opplevingar, evne til mestring og mestringsstrategiar og sjukepleiar sin støttande kommunikasjon i møte med pårørande. Hovudfunn for denne oppgåva er relatert til viktigheita av tilgang på informasjon samt kvaliteten på denne. Eit anna gjennomgåande moment er at pårørande til akutt kritisk sjuke ofte er prega av angst og usikkerheit. Forsking viser at praksis har meir å gå på når det gjeld ivaretaking av pårørande i krise. Det eksisterer god teoretisk kunnskap og kjennskap til effektive intervensjonar, men at dette ikkje nødvendigvis blir overført til praksis. I denne studien presiserer forskinga at pårørande sine opplevingar og erfaringar av ivaretaking subjektivt. Derfor viser forskinga til at ein som sjukepleiarar i akutte situasjonar og kriser, bør jobbe etter prinsipp som å skape tryggleik og dempe uro, bidra til mestring, samhörigheit og håp, i tillegg til å bruke sosiale nettverk aktivt. Ein bør altså når ein som sjukepleiar står ovanfor pårørande i krise til akutt kritisk

sjuke pasientar vektlegge det å vere tilstade for pårørande og setje seg inn i deira situasjon, behov og ønsker.

## Referanseliste

- Adams, A., Mannix, T. & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review (Vol. 22, s. 70-80). Oxford, UK.
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O' Brien, A. & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), s. 1805-1817. doi:10.1111/jocn.12065
- Buckley, P. & 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
- Cypress, S. B. (2014). The Emergency Department: Experiences of Patients, Families, and Their Nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(2), s. 164-176. doi:10.1097/TME.0000000000000017
- Dyregrov, A. (2018). *Katastrofepsykologi* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge. Henta 4. november 2018 frå <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>
- Heinze, J. E., Kruger, D. J., Reischl, T. M., Cupal, S. & Zimmerman, M. A. (2015). Relationships Among Disease, Social Support, and Perceived Health: A Lifespan Approach. *American Journal of Community Psychology*, 56(3-4), s. 268-279. doi:10.1007/s10464-015-9758-3
- Helsebiblioteket. (2019). Om Pyramidesøket. Henta 26. mars 2020 frå <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mcmaster-plus-sok-i-kunnskapspyramiden-hold-deg-oppdater>
- Helsedirektoratet. (2016). Mestring, samhörighet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer Henta frå [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20-%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd)

- Helsedirektoratet. (2018, 18. februar 2018). Støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser. Henta 4. oktober 2019 frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-i-akutte-situasjoner-og-kriser>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in Critical Care*, 10(6), s. 289-298. doi:10.1111/j.1362-1017.2005.00136.x
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør- : om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO.
- Koukoulis, S., Lambraki, M., Sigala, E., Alevizaki, A. & Stavropoulou, A. (2018). The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive & Critical Care Nursing*, 45, s. 44-51. doi:10.1016/j.iccn.2017.12.001
- Magnus, P. (2009). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Malt, U. (2016). krisepsykiatri. Henta 4. oktober 2019 frå <https://sml.snl.no/krisepsykiatri>
- Mitchell, M., Dwan, T., Takashima, M., Beard, K., Birgan, S., Wetzig, K. & Tonge, A. (2019). The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 50, s. 11-20. doi:10.1016/j.iccn.2018.08.009
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, 8(2), s. 332-339. Henta frå <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253712>
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta 4. oktober 2019 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Raymond, A., Lee, S. F. & Bloomer, M. J. (2017). Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: a systematic review. *J Clin Nurs*, 26(13-14), s. 1787-1800. doi:10.1111/jocn.13503 Henta frå <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27504875>
- Scott, P., Thomson, P. & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6(3), s. 698-712. doi:10.1002/nop2.287

- Senneseth, M., Dyregrov, A., Laberg, J., Matthiesen, S. B., Pereira, M. & Hauken, M. A. (2017). Facing spousal cancer during child-rearing years: The short-term effects of the Cancer-PEPSONE programme—a single-center randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 26(10), s. 1541-1547. doi:10.1002/pon.4329
- Senter for krisepsykologi. (2018). Reaksjoner på traumatiske hendelser. Henta 11. mai 2020 frå <https://www.kriser.no/reaksjoner-p-traumatiske-hendelser>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støttee arbeid* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies*, 23(3), s. 197-224. doi:10.1080/074811899201046
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 61(4), s. 273-289. doi:10.2190/OM.61.4.b
- Stubberud, D.-G. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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 & critical care nursing*, 31(1), s. 51. doi:10.1016/j.iccn.2014.06.005

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Systematisk litteratursøk

CINAHL (28.02.2020)

Søkeord	Kombinasjonar	Treff
<b>S1 TX relatives</b>		150 152
<b>S2 (MH "Extended Family+") (MH "Family+")</b>	OR	208 258
<b>S3 next of kin</b>		707
<b>S4 TX stress, psychological</b>		48 055
<b>S5 TX critical illness</b>		14 940
<b>S6 acute illness, acute disease</b>	OR	36 340
<b>S7 TX hospitals</b>		1 432 768
<b>S8 TX ICU</b>		31 123
<b>S9 intensive care unit</b>		83 430
<b>S10</b>	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	1 785 925
<b>S11 nursing*</b>		1 495 895
<b>S12 nursing care, nursing interventions</b>	OR	150 047
<b>S13 communication</b>		346 876
<b>S14 critical care</b>		166 462
<b>S15 TX acute care</b>		40 889
<b>S16 TX family centred care, family centered care, fcc</b>	OR	8564
<b>S17 TX family nursing</b>		10 663
<b>S18 TX support</b>		451 832
<b>S19</b>	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	2 127 506
<b>S20 TX empowerment</b>		19 212
<b>S21 TX experience</b>		339 938
<b>S22 TX family care</b>		38 905
<b>S23 TX caring</b>		62 469
<b>S24 TX empathy</b>		12 602
<b>S25 TX compassion</b>		7723
<b>S26 TX adaptation, psychological</b>		28 303
<b>S27 TX coping strategies, coping, coping skills</b>	OR	65 455
<b>S28</b>	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	499 859

<b>S29</b>	S10 AND S19 AND S28 Limiters - Linked Full Text; Abstract Available; Published Date: 20090101- 20201231; Peer Reviewed; Human; Age Groups: All Adult; Special Interest: Critical Care; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	125
<b>Leste abstrakt 13</b>	<b>Leste artiklar 7</b>	<b>Artiklar inkludert 1</b>



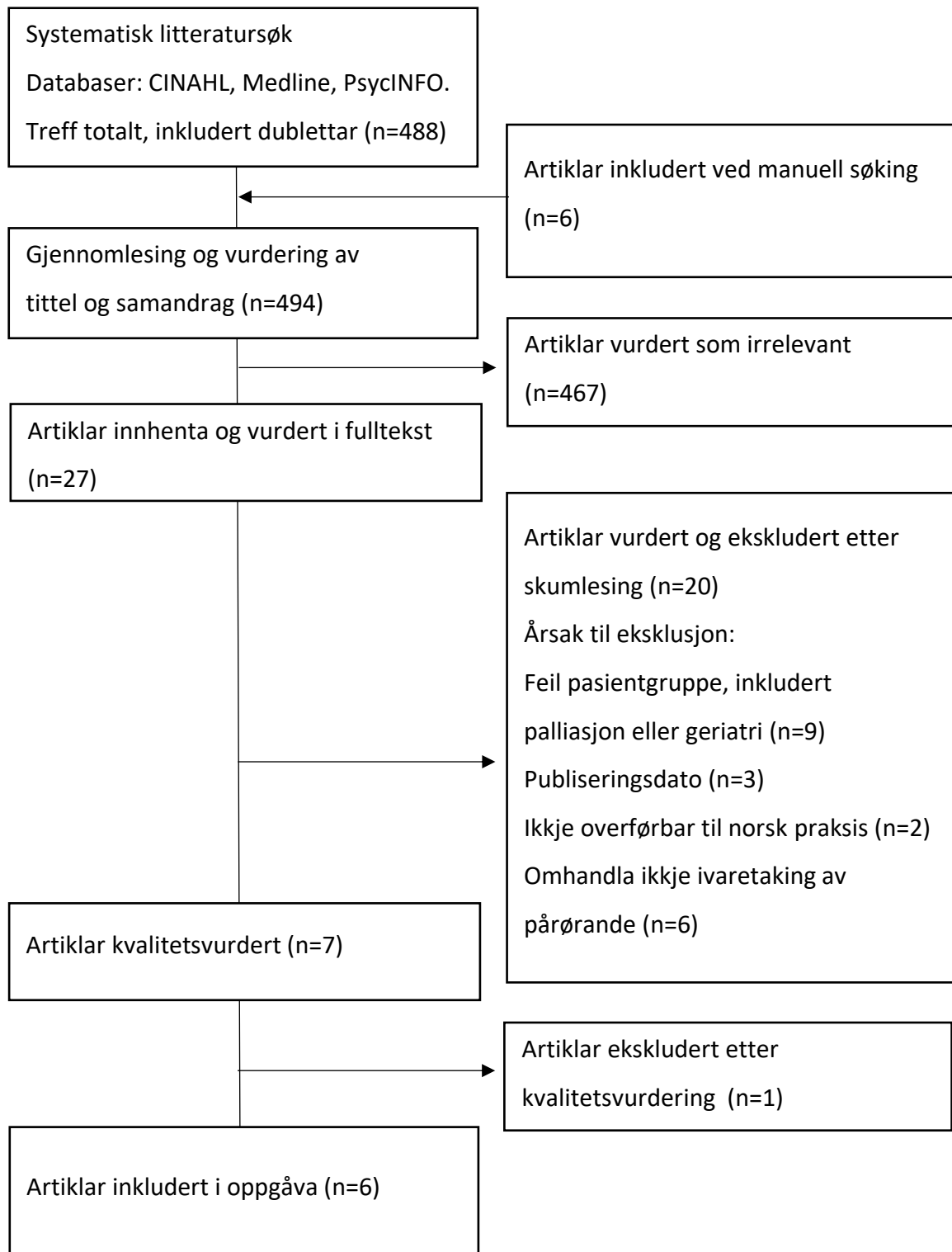
**MEDLINE (20.03.2020)**

Søkeord	Kombinasjonar	Treff
#1 relatives.mp., exp Family/	OR	359 831
#2 exp Critical Illness		27 929
#3 exp Acute Disease		211 071
#4 exp Hospitals/		270 860
#5 exp Intensive Care Units		21 124
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	1 024 575
#7 exp Nursing/, exp Nursing care/, exp Critical Care Nursing/	OR	286 360
#8 exp Critical Care/		56 674
#9 acute care.mp.		21 385
#10 exp Family Nursing/, exp Professional-Family Relations/, family-centered care.mp.	OR	16 930
#11	#7 OR #8 OR #9 OR #10	367 703
#12 exp Empowerment/		92
#13 family care		1654
#14 caring.mp., exp Empathy/	OR	55 490
#15 compassion.mp.		5787
#16 exp Adaptation Psychological/, coping.mp.	OR	152 262
#17 exp Stress, Psychological/		128 457
#18	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	208 270
#19	#6 AND #11 AND #18	9228
#20 Limit 19 to (abstracts and english language and ovid full text available and full text and humans and yr=«2010 - current» and «all adult (plus 19 years)» and (danish or english or norwegian or swedish) and last 10 years)		201
Leste abstrakt 23	Leste artiklar 8	Artiklar inkludert 2

**PsycINFO** (17.03.2020)

Søkeord	Kombinasjonar	Treff
#1 exp Family/		249 639
#2 relatives.mp.		17 906
#3 critical illness.mp.		1038
#4 exp Hospitals/		19340
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	279 705
#6 nursing*.mp., exp Nursing/	OR	66 421
#7 exp Intensive Care/, critical care.mp.	OR	6978
#8 exp Intervention/, nursing interventions.mp.	OR	102 059
#9 family centered care.mp., exp Family Intervention/	OR	3711
#10	#6 OR #7 OR #8 OR #9	169 571
#11 exp Empowerment/		7489
#12 exp Life Experiences		27 376
#13 exp Empathy/		11 120
#14 compassion.mp., exp Sympathy/	OR	8791
#15 exp Coping Behaviour/, coping.mp.	OR	80 367
#16	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	131 126
#17	#5 AND #10 AND #16	1836
#18 limit 17 to (full text and «300 adulthood <age 18 yrs and older>» and human and yr=«2010 -current»)		162
Leste abstrakt 17	Leste artiklar 10	Artiklar inkludert 3

## Vedlegg 2: Flytskjema



## Vedlegg 3: Litteratormatrise

Artikkel	Hensikt	Utval	Design, metode og analyse	Funn
<b>Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care, Scott et al. (2019)</b>	Å beskrive publisert litteratur om behov og erfaringar til pårørande til pasientar i intensiv behandling og intervensjonar for å betre pårørande si oppleving, psykologisk trivsel og helse.	43 engelsk-språklege studiar i ulike design frå ei rekke vestlege land, blant anna USA, Canada, Frankrike, Skandinavia, Australia og Belgia. Inklusjonskriterium var å omhandle pårørande til vaksne kritisk sjuke pasientar innlagt på intensivavdeling.	Scoping review. Søk i fleire selekterte databaser med to forskjellige forskings spørsmål; Medline, Cinahl, Embase, PsychINFO, Science Direct, Cochrane og Google Scholar frå tidsperioden 1979-2017. Inneheld 40 forskingsstudiar, 1 systematisk oversiktsartikkel, 2 litteraturstudium, 4 RCT, 3 kvasiekperiment og 19 tverrsnittstudiar.	Fire hovudtema vart identifisert: (1) Forskjellige perspektiv på det å møte pårørande sine behov. (2) Pårørandetilfredsheit med omsorg på intensivavdeling. (3) Faktorar som påverkar pårørande si helse og trivsel og deira evne til å mestre. (4) Psykososiale intervensjonar Ikkje-dekka informasjons- og forsikringsbehov hadde påverknad på påørandetilfredsheit og mental helse. Strukturert, skriftleg og munnleg informasjon viser noko effekt mot dette.
<b>Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study, Wong et al. (2014)</b>	Utforske pårørande til kritisk sjuke pasientar si erfaring med interaksjonar med helsepersonell, miljø, pasient og andre tilstade på intensivavdeling, og ved å utvikle ein forståing rundt dette, kan ein som sjukepleiar implementere intervensjonar for å minimaliser nød og yte ei meir heilskapleg person- og påørandesentrert omsorg.	12 familiemedlemmar til 11 pasientar på ei intensivavdeling i Australia.	Kvalitativ studie basert på datasamling og analyse, ved djupneintervju av påørande til pasientar innlagt på intensivavdeling. Intervju vart gjort i tidsperioden 2009 og 2011. Analyse av data vart gjort tematisk.	Interaksjonar opplevde av påørande var først og fremst retta mot om å søke informasjon og å bli informert. Vidare undersøking av intervjuar anslår at personalet samhandlar på støttande måtar på grunn av sine kommunikasjons- og medmenneskelege ferdigheitar. På same tid opplevde påørande ikkje-støttande interaksjonar som eit resultat av dårleg kommunikasjon.

<p><b>Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review, Al-Mutair et al. (2012)</b></p>	<p>Forstå og møte behova pårørande til kritisk sjuke pasientar. Utforske prosessen og mønster for å involvere pårørande under rutinebehandling, resuscitering og andre invasive prosedyrer.</p>	<p>30 studiar relatert til hensikt med litteraturstudiet.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt ved bruk av databasane Cumulative Index to Nursing, Allied Health Literature, Pubmed, Proquest, Google Scholar og Meditext. Manuell søking i «critical care journals» via søketerminologi. Søk etter resultat frå perioden 2000-2010.</p>	<p>Studien kom fram til at pårørande rangerte behovet for forsikring og behovet for informasjon som viktigast. Pårørande opplevde at deira viktige behov ikkje vart møtt, men kunne identifisere at sjukepleiarar var den profesjonen som var best i å møte desse behova. Å møte desse behova kan oppnåast ved støtte og å involvere pårørande i behandlinga til kritisk sjuke pasientar.</p>
<p><b>The Emergency Department, Experiences of Patients, Families and Their Nurses, Cypress B. (2014)</b></p>	<p>Utforske, forstå og beskrive opplevingar til sjukepleiarar, pasientar og pårørande ved kritisk sjukdom på akuttmottak.</p>	<p>8 sjukepleiarar, 10 pasientar og 5 pårørande.</p>	<p>Fenomenologisk hermeneutisk analyse av datasamling over ein periode på seks månadar ved djupneintervju.</p>	<p>Sjukepleiarar oppfatta at å adressere pasientens fysiologiske problem omgåande er avgjerande på akuttmottak, men indikerte også at det er like viktig å pårørande som deltakarar i omsorga. Pasientar og pårørande oppfatta kommunikasjon, kritisk tenking, sensitivitet og omsorg er nødvendig for sjukepleiarar på akuttmottak. Gjenkjenning av pasientar og pårørande som aktive deltakarar i pasientens behandling, oppmuntring av pårørande tilstade vart støtta. Retningslinjer for pasient- og pårørandesentrert omsorg er sterkt anbefalt.</p>

<p><b>The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their need and coping strategies, Koukouli et al. (2017)</b></p>	<p>Å utforske opplevingar, behov og mestringsstrategiar til pårørande til pasientar innlagt på intensivavdeling.</p>	<p>14 pårørande knytt til tre sjukehus i Kreta.</p>	<p>Beskrivande kvalitativt forskingsdesign ved hjelp av ein induktiv tematisk analyse av innhald.</p>	<p>Fire hovudtema identifisert.  (1) Generasjon av intense følelsar  (2) Å beskytte pasienten  (3) Søket etter informasjon  (4) Tilpassing av endring</p>
<p><b>The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study, Mitchell et al. (2018)</b></p>	<p>Identifisere behov til pårørande ved traumepasientar på intensivavdeling og å evaluere sjukepleiars oppfatning av desse behova.</p>	<p>214 undersøkingar; totalt 103 pårørande og 111 sjukepleiarar.</p>	<p>Sekvensiell blandingsmetodestudie ved å kombinere undersøkingsdata og semistrukturerte intervju.</p>	<p>Studien identifiserte at pårørande til traumepasientar hadde forskjellig behov en pårørande til generelle pasientar, og sjukepleiarane rangerte pårørande til traumepasientar sine behov som mindre viktig en korleis pårørande rangerte deira behov. Gjennom samarbeid med pårørande kan sjukepleiar støtte og assistere opp mot deira behov.</p>