

## **Pårørende til akutt kritisk syke**

Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter, slik at de pårørende opplever seg ivaretatt?

Kandidatnummer: 1077

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11 SYKHEL

Antall ord: 9752

Dato: 13.03.14

Kom ikke med heile sanningi  
Kom ikkje med havet for min torste  
Kom ikkje med himmelen når eg bed um ljøs  
Men kom med ein glimt, eit dogg, eit fjon  
Slik fuglane ber med seg vassdropar frå lauget  
Og vinden eit korn av salt

Lyrikeren Olav H. Hauge (1980), (Moesmand og Kjøllesdal 2004:263)

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Sykepleier møter de pårørende i større eller mindre grad. Pårørende vil være en viktig samarbeidspartner for sykepleieren. I denne oppgaven vil fokuset rettes mot pårørende til akutt kritisk syke, og hva sykepleiere kan bidra med for å ivareta dem. Sykepleierens egenomsorg vil også belyses i oppgaven.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven, er å se nærmere på hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta pårørende til akutt kritisk syke som er kommet til sykehus.

**Metode:** Jeg har benyttet litteraturstudie i denne oppgaven.

**Funn:** Kommunikasjon og informasjon, relasjon mellom sykepleier og pårørende, og sykepleierens egenomsorg er elementer som bidrar til å kunne ivareta pårørende.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter, slik at de pårørende opplever seg ivaretatt?

**Konklusjon:** Gi rett informasjon til rett tid, skape relasjon som bygger på trygghet og tillitt, ivaretagelse av pårørende ved å unngå utbrenthet.

**Nøkkelord:** Relatives, next of kin, family, acute, critical, illnes, nurse, caregiver

## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.0 Innledning</b> .....                             | <b>5</b>  |
| 1.1 Avgrensning og presisering av problemstilling ..... | 6         |
| 1.2 Begrepsavklaringer .....                            | 6         |
| 1.3 Disposisjon av oppgave .....                        | 9         |
| <b>2.0 Teoridel</b> .....                               | <b>9</b>  |
| 2.1 Juridiske aspekter .....                            | 9         |
| 2.2 Pårørende .....                                     | 10        |
| 2.3 Omsorg .....  | 11        |
| 2.4 Kommunikasjon og informasjon .....                  | 12        |
| 2.5 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende .....     | 13        |
| 2.6 Mestring .....                                      | 14        |
| 2.7 Håp .....   | 16        |
| 2.8 Sykepleierens egenomsorg .....                      | 17        |
| <b>3.0 Metode</b> .....                                 | <b>18</b> |
| 3.1 Litteraturstudie som metode .....                   | 19        |
| 3.2 Veiledning for kvalitative artikler .....           | 20        |
| 3.3 Litteratur og litteratursøk .....                   | 21        |
| 3.4 Kildekritikk .....                                  | 21        |
| <b>4.0 Presentasjon av funn</b> .....                   | <b>21</b> |
| 4.1 Artikkel nr 1 .....                                 | 22        |
| 4.2 Artikkel nr 2 .....                                 | 22        |
| 4.3 Artikkel nr 3 .....                                 | 23        |
| 4.4 Artikkel nr 4 .....                                 | 23        |
| 4.5 Artikkel nr 5 .....                                 | 24        |
| 4.6 Artikkel nr 6 .....                                 | 24        |
| 4.7 Artikkel nr 7 .....                                 | 25        |
| 4.8 Artikkel nr 8 .....                                 | 25        |
| <b>5.0 Drøfting</b> .....                               | <b>26</b> |
| 5.1 Kommunikasjon og informasjon .....                  | 26        |
| 5.2 Relasjonen mellom sykepleieren og pårørende .....   | 29        |
| 5.3 En sykepleiers egenomsorg .....                     | 31        |
| <b>6.0 Konklusjon</b> .....                             | <b>33</b> |
| <b>Litteraturliste</b> .....                            | <b>34</b> |

## 1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt pårørende som tema. Dette ga sin interesse da jeg selv begynte å jobbe innenfor helsevesenet for flere år siden. I tillegg fikk jeg erfaring med det å være pårørende da min mor ble akutt kritisk syk. Interessen ble ikke mindre da jeg begynte i praksis, hvor jeg observerte hvor involvert de pårørende var. Det ble tydelig for meg at også de hadde behov for å bli ivaretatt. Gjennom de neste praksisperiodene, møtte jeg mange pårørende og så også hvor ulike behov de hadde. Den siste praksisen var i akuttmottak, og der opplevde jeg kortere møter med pårørende. Da ble det enda tydeligere hvor viktig det var hvordan dette møtet ble. Pårørende opplever ofte usikkerhet i en slik situasjon, hvor det og trygge de slik at de opplever en mestringsfølelse vil være viktig.

Mange pårørende slet med sine reaksjoner, og noen følte de av og til kom i skyggen i den akutte situasjonen. Dette ga meg inspirasjon til å fokusere på pårørende til akutt kritisk syke pasienter. Jeg møtte mange sykepleiere og observerte dem i møter med pårørende, noe som gjorde meg litt nysgjerrig på hvor ulike disse møtene var. Ikke minst hvor ulik vekt sykepleieren la på samarbeid med pårørende. Ved svært travle vakter kunne det bli litt liten tid til pårørende. Allikevel virket det som om de som var trygge i rollen sin som sykepleier tok seg tid på en effektiv måte, samtidig som de viste empati. Til tross for tidspress opplevde mange pårørende seg ivaretatt i den situasjonen de var i.

Økende fokus på sparing, gjør noe med arbeidssituasjonen til sykepleiere. Slik jeg ser det, kan det være viktig for en sykepleier å ha et fokus på hvordan hun kan ivareta pårørende samtidig som hun unngår utbrenthet. Dette vil jeg også komme litt inn på i oppgaven.

Ut ifra litteratur og forskning, ser jeg at det er forsket mye på pårørende relatert til pasienter med demenslidelser, psykiske diagnoser og pårørende til palliative pasienter. Jeg finner i liten grad forskning direkte relatert til pårørende til akutt kritisk syke. Det har tydeliggjort for meg viktigheten av å sette dette på dagsorden. Slik jeg ser det er temaet for oppgaven min svært relevant.

## **1.1 Avgrensning og presisering av problemstilling**

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på pårørende til akutt kritisk syke pasienter uavhengig av diagnose. Pasientene er innlagt på sykehus, hvor jeg retter oppmerksomheten til den akutte fasen under innleggelsen. Jeg har valgt å fokusere på voksne pårørende, og voksne pasienter, som da er over 18 år. Utgangspunktet mitt er også at pasienten har samtykkekompetanse, og har samtykket i at pårørende skal få informasjon. I dagens flerkulturelle samfunn kan språkproblemer oppstå i akuttsituasjoner. Det er viktig at sykepleieren er bevisst pårørendes kulturbakgrunn og språk. På grunn av oppgavens omfang vil ikke dette bli omtalt nærmere i oppgaven. Jeg har valgt følgende problemstillingen:

**Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til akutt kritisk syke pasienter, slik at de pårørende opplever seg ivaretatt?**

## **1.2 Begrepsavklaringer**

### *Pårørende*

Pårørende defineres som den personen pasienten selv oppgir som nærmeste pårørende, noe som dekker mer enn familiebegrepet. Pårørendes rett til informasjon er omtalt i pasientrettighetsloven § 3.

En nær pårørende er den pasienten selv gir, eller ville ha gitt, denne status dersom han hadde hatt mulighet til det. Pårørende og pasient er personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets- og kontaktforhold. (Moesmand 2004:153).

Pasientens pårørende er de eller den personen pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten ikke er i stand til å gi en slik opplysning skal nærmeste pårørende være den personen som står pasienten nærmest. Som oftest vil det være i denne rekkefølgen. Pårørendes rett til informasjon er omtalt i pasientrettighetsloven § 3-1, § 3-2, § 3-3.

Travelbee's definisjon av sykepleie i møte med pårørende:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene (Travelbee 1999:29). Et menneske- til- menneske- forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller familien hans får sine behov ivaretatt (Travelbee 1999:177).

### ***Etikk***

Etikk kan defineres som systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger (Eide og Eide 2007:51).

Etikkbegrepet referes opprinnelig fra sedvaner og skikker, og som representerer en refleksjon hva som er rett og galt, godt eller ondt, samt personens gode eller dårlige egenskaper (Johannesen, Molven og Roalkvam 2007:108).

### ***Akutt kritisk syk***

Å være akutt kritisk syk, vil si å være i en situasjon som er preget av forandring, tap og krise, noe som kan medføre frykt og angst (Kjøllestad 2004:37). "Akutt vil si brå, forbigående, hurtig, kort, kortvarig, kvass, plutselig, tilfeldig, øyeblikkelig, aktuell." "Kritisk vil si akutt, brå, alvorlig, avgjørende, betenkelig, (livs)farlig, prekær, risikabel, tilspisset, vanskelig." (ibid).

### ***Stress***

Stress defineres som et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon, slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, eller nye ferdigheter plutselig er påkrevd (Kirkevold 2008:202).

### ***Mestring***

Benner og Wrubel definerer mestring på denne måten:

Det folk gjør når det de opplever som meningsfylt blir revet opp og 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 (referert fra Kongsmo 1995:84).

### ***Omsorg***

I følge Benner og Wrubel er begrepet omsorg definert som en måte å være i verden på. Det innebærer et uttrykk for at noe betyr noe for en. Det være seg mennesker, hendelser, ting eller annet. Det å føle omsorg for noen eller noe er det som gir mening i tilværelsen, men det er også det som gjør at man blir utsatt for stress og usikkerhet i løpet av livet, og selv kan ha behov for hjelp og omsorg (Benner og Wrubel 2001:23). Omsorg blir også definert som ved at en stiller seg selv til rådighet for en annen (Johannesen, Molven og Roalkvam 2007:47).

### ***Kommunikasjon***

Kommunikasjon forklares som: "Utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter". Begrepet "kommunikasjon" betyr å gjøre noe felles, samt meddele, i tillegg ha forbindelse med. Kommunikasjon og relasjon er uttrykk som er nært knyttet sammen, noe som benyttes ofte når det er snakk om kontakt mellom mennesker (Eide og Eide 2007:17).

### ***Håp***

Jeg velger å benytte Joyce Travelbees definisjon av håp, som er en mental tilstand karakterisert med ønske om å oppnå eller oppfylle et mål. Dette kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, vil kunne være oppnåelig (Travelbee 1999:117).

### **1.3 Disposisjon av oppgave**

I teoridelen (kapittel 2) vil jeg ta for meg pårørende til akutt kritisk syke, og hva slags rolle sykepleieren har overfor de pårørende. Benner og Wrubel's teori vil bli benyttet når jeg belyser pårørende og sykepleierens egenomsorg. Jeg drar også inn noe av Travelbee's teori i for å belyse håp og relasjon mellom sykepleier og pårørende. Annen relevant litteratur vil også bli benyttet. I metoddelen (kapittel 3) beskriver jeg hvilke metode jeg har brukt i oppgaven. I funndelen (kapittel 4), presenterer jeg funnene fra forskningsartiklene, for deretter å drøfte funnene i drøftingsdelen (kapittel 5). Avslutningsvis presenteres konklusjon som vil være en oppsummering (kapittel 6).

## **2.0 Teoridel**

### **2.1 Juridiske aspekter**

Når en sykepleier møter pårørende må hun ha et bevisst forhold til sin lovpålagte taushetsplikt. Det bør komme tydelig frem i journalen og dokumentasjon hvem som regnes som den nærmeste pårørende, hvor dette er omtalt i forskrift i pasientjournal §8. Ved å involvere pårørende i sykepleien, kan det reise seg etiske og juridiske problemstillinger som er viktig. Dersom pårørende skal involveres, må dette være godkjent fra pasienten (referert fra Stubberud 2013:172). Det er et unntak dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, hvor pasientens nærmeste pårørende har rett til å bli inkludert, samt medvirke sammen med pasienten, som står omtalt i lov og-og brukerrettigheter § 3-3, men som nevnt i innledningen, har jeg fokusert på pasienter med samtykkekompetanse.

Som sykepleiere har vi retningslinjer og lover som vi skal forholde oss til. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 3. presiseres det at man skal ivareta pårørende, disse skal tas hånd om med respekt og omsorg (Norsk Sykepleierforbund 2011). Informasjonens form skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, i tillegg skal helsepersonell forsikre seg så langt det er mulig at innholdet og betydningen av informasjonen er forstått, hvor dette står omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven §3-5. Sykepleierens plikt til å informere er omtalt i helsepersonelloven §10, og hvor den som har krav på det etter reglene er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til §3-4.

Pårørendes rett til informasjon, dersom pasienten har samtykket dette, står omtalt i pasientrettighetsloven § 3-3. Dette viser at pasientens pårørende har rett til å få informasjon ved samtykke. Dersom samtykke ikke gis fra pasienten eller om det står nedskrevet i journalen at pårørende ikke skal få informasjon, skal pasientens hensyn prioriteres (Norsk Sykepleierforbund 2011), og står omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Det er ingen juridisk plikt ved å ta omsorg for sine nære personer som pårørende, bortsett fra når det gjelder barn under 18 år, hvor foreldre har ansvaret (Stubberud 2013:48).

## **2.2 Pårørende**

Forholdet mellom pårørende og pasient, kan både være en styrke og bekymring. Dette kommer an på hvilke konsekvenser sykdommen til pasienten vil få for den som står en nær. Et eksempel kan være at pasienten vil være bekymret for hvordan det skal gå med de etterlatte dersom vedkommende dør (Konsmo 1995:90). For mange av de nære pårørende, kan det å gi omsorg oppleves som både truende og nødvendig. Dette har en sammenheng med at livsverden til pårørende i stor grad er definert av forholdet til personen som er syk. Noen ganger kan situasjonen oppleves som så truende at pårørende til pasienten ikke makter og gi noe form for konstruktiv hjelp (Konsmo 1995:91).

Benner og Wrubel (referert fra Kongsmo 1995:91) understreker at det er nødvendig at sykepleiere ivaretar de pårørende. De trenger hjelp til å mestre den vonde situasjonen, da deres normale liv har brutt sammen. Dette er som følge av at pårørende også er rammet av sykdommen, men da på sin måte (ibid). Som følge av at pasienten er blitt akutt kritisk syk, vil pårørende komme i en ny situasjon. Pårørende kan ses på som en ressurs for både pasienten og helsepersonell (Kjøllestad og Moemand 2004:19). Sykepleier kan lindre samvittighetsplager en pårørende kan slite med, ved å støtte de på at de har gjort alt som har vært mulig for pasienten, der hvor de pårørende sliter med samvittighetsplager over at de ikke har gjort nok for den de har mistet (Kongsmo 1995:92).

### **2.3 Omsorg**

Ordet "omsorg" benyttes i Benner og Wrubels teori. Det som kjennetegner menneskets oppførsel i verden, og som danner grunnlaget for våre reaksjoner og handlinger, er evnen til å vise omsorg for noe eller noen (Kristoffersen 2005:71). Gjennom den omsorgen man viser for noe eller noen, kan en skille mellom hva som er viktig eller mindre viktig for en person. En har ofte et begrenset handlingsvalg, siden evnen til å vise likegyldighet blir borte når en viser mye omsorg for noen eller noe (ibid). Omsorg gir mennesket mening og innhold i livet, da mennesket knytter seg til og verdsetter verdier som er utenfor seg selv. Allikevel skaper omsorg likefullt stress og risiko, for omsorg gjør mennesket både utsatt og sårbart, som både kan innebære begrensninger, men også muligheter (Kristoffersen 2005:71).

Ved et omsorgsfullt forhold, vil pårørende kunne sette seg i stand til å ta imot, samtidig som vedkommende vil føle at en får omsorg. Dette vil være noe av de viktigste årsakene til at sykepleie aldri vil bli ren teknikk. Humor, sinne, kjærlig, bestemthet, medisiner og undervisning av pasienter virker annerledes i en omsorgsfull kontekst, enn i en ikke-omsorgsfull kontekst (Benner og Wrubel 2001:26). Jeg vil også nevne teknisk omsorg, da det vil være en del teknisk utstyr koblet til den akutt kritisk syke pasienten. Det er en forutsetning at sykepleier har fortrolighet med teknologien, for at pasienten og pårørende skal oppleve trygghet (Kjøllestad 2004:109). Jeg vil komme litt nærmere inn på fortroligheten med det teknologiske medisinske utstyret i neste kapittel, og hvordan dette kan oppleves for pårørende.

## 2.4 Kommunikasjon og informasjon

I følge Kjøllesdal og Moesmand er all atferd kommunikasjon. En ikke-kommunikativ atferd er noe som ikke eksisterer (Kjøllesdal og Moesmand 2004:27). Utfra dette er det viktig med samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004:241). Det at pasienten er så kritisk syk kan innebære mye teknologisk medisinsk utstyr. Dette kan oppleves svært skremmende for pårørende (Stubberud og Eikeland 2013:171). Det er naturlig at pårørende trenger informasjon om alt det tekniske utstyret, men samtidig er det viktig at sykepleieren er bevisst på at de færreste har erfaring eller kunnskap for å forstå denne teknologien (Kjøllesdal 2004:125).

Noe av det viktigste for pårørende rett etter at akutt sykdom er skjedd, er at de får forsikring om at pasienten får høyt kvalifisert behandling og pleie, samtidig som pasienten blir smertelindret og lindres av ubehag (Kjøllesdal og Moesmand 2004:169). Ved at sykepleieren mestrer sine prosedyrer, samt det utstyret som anvendes i behandlingen av pasienten, vil dette være en vesentlig faktor (Stubberud og Eikeland 2013:180). Dersom pårørende skulle oppleve at sykepleier ikke mestrer dette, vil de kunne ta på seg et ansvar for å følge opp den sykepleieren pasienten mottar (ibid). Det er min erfaring at pårørende trygges ved at sykepleieren har den tekniske kompetanse som situasjonen krever og at hun formidler dette på en respektfull måte. For å kunne kommunisere godt og hensiktsmessig, og samtidig gi god omsorg vil etisk bevissthet være en forutsetning. Etisk kommunikasjon innebærer hvordan vi forholder oss til den vi kommuniserer med, som f.eks pårørende (Eide og Eide 2007:51). Noe som er karakteristisk for en erfaren omsorgsutøver, vil være at de kan se hva en pasient og pårørende har behov for, samt gjøre det beste utifra et faglig ståsted. Noe som innebærer erfaringsbasert innlevelse, men også solid kunnskap til faget og relevante forhold, og en vilje til å handle til det beste for den andre. Dette for å nå profesjonens mål. Empati, fagkunnskap og målorientering er forutsetninger for god, profesjonell kommunikasjon (Eide og Eide 2007:36).

I forskningsartikkelen av Stayt (2009), beskriver hun at god informasjon må gis med selvsikkerhet av helsepersonell til de pårørende. Informasjon er svært viktig for pårørende, på grunn av at det bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og oversiktlig. Det vil også kunne skape litt mer forutsigbarhet i den kaotiske situasjonen som de befinner seg i. Informasjon er også en stor del av kommunikasjonen med pårørende i den akutte fasen (Eide og Eide 2007:178). God kommunikasjon kan bidra til en bedre bearbeidelse og mestring av en krise. For å oppnå den gode kommunikasjon, vil det kreve et godt samarbeid mellom pårørende og sykepleier. I en sjokkfase, kan informasjonen bli feiltolket, eller kun tildels oppfattet. Derfor må den alltid gjentas senere. I denne fasen, har en primært behov for en og støtte seg til, så nonverbal kommunikasjon vil i tillegg være viktig (ibid). I følge Kristoffersen har pårørende et stort behov for kunnskap i tilknytning til prognose, behandling og forventet forløp (Kristoffersen 2005:255).

## **2.5 Relasjoner mellom sykepleier og pårørende**

Sykdom og krise vil alltid påvirke den som står en nær, og dermed blir det viktig at sykepleier også møter de pårørendes krisereaksjoner i tillegg til pasienten som er rammet (Eide og Eide 2007:169). Relasjonen mellom pårørende og sykepleier, må være åpen og medfølelse i situasjonen til de pårørende, samtidig som det er en faglig vurdering i situasjonen (Stubberud og Eikeland 2013:175). Enkelte pårørende opplever at deres følelser er helt styrt av hvordan pasienten har det, noe som er en naturlig reaksjon (Stubberud og Eikeland 2013:166). Dette er noe jeg har erfart i de årene jeg har arbeidet. Har pasienten det vondt, det være seg både fysisk og psykisk vil pårørende ofte lide *med* den som er syk. Spesielt ved kritisk sykdom, har sykepleiere blitt mer oppmerksom på betydningen av å trekke inn pårørende. Pårørende blir mer å betrakte som medspillere og ressurs i sykepleien. I tillegg vet en at pårørende som regel har en viktig betydning for behandlingsresultatet til pasienten. Samtidig er det viktig å være bevisst den belastningene pårørende kan oppleve når et medlem av familien blir akutt og/eller kritisk syk (Stubberud og Eikeland 2013:171).

I følge Travelbee er hvert enkelt menneske en unik person, enestående og uerstattelig. Mennesket er alltid et individ som er i vekst, utvikling og endring (Travelbee 1999:54-55). Travelbee beskriver menneske-til-menneske-forhold som er en prosess, men også et hjelpemiddel, dette for å imøtekomme den enkeltes behov for sykepleie. Det som er det viktigste gjennom denne relasjonen er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt (Kirkevold 1992:103). Det vil være sykepleieren som står ansvarlig for å etablere, i tillegg opprettholde relasjonen. Forholdet skal være gjensidig, og kan derfor ikke etableres uten samarbeid med den andre. Travelbee presiserer at dette forholdet ikke kan etableres mellom to abstrakte roller (som sykepleier- og pårørende- rolle), men at det kun kan etableres mellom konkrete mennesker (ibid).

## **2.6 Mestring**

Benner og Wrubel ser stress og mestring i sammenheng (referert fra Kirkevold 1992:203). Stress er en forstyrrelse i mening, forståelse og uhemmet funksjon, og at mestring er det man stiller opp med mot denne forstyrrelsen. Det er utifra personens egen vurdering og forståelse at vedkommendes mestring vurderes (ibid). Mestring kan ikke kurere eller fjerne smerte og tap, men kan hjelpe mennesker med på å forholde seg til situasjoner (Benner og Wrubel 2001:86). Utifra fenomenologisk perspektiv, vil ikke mestring handle om å overvinne eller takle en situasjon på en objektiv bra måte. I følge Benner og Wrubel, kan ikke mestring måles objektivt, men må ses ut i fra personens egen forståelse, mulighet og bedømmelse (Benner og Wrubel 2001:87).

Mestring er det en person føler, tenker og faktisk gjør i den gitte situasjonen for å kunne endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgivelsene, eller endre meningen av dette forholdet (Moesmand 2004:70). I en prosess foregår det en mestring der det ikke vises til resultatene, men til selve anstrengelsen for å takle kravene. Der en person opplever større krav enn denne personens egne ressurser, vil det foregå en mestring eller mestringsforsøk i situasjonen (ibid). Det å ha personlig kontroll vil blant annet si at vedkommende kan forvente og forutsi noe om situasjonen, for så å kunne påvirke den. Men ved at personen opplever manglende kontroll, kan dette føre til økt opplevelse av usikkerhet, og som da kan gi en redusert effektiv mestring. Dette kan disponere til utvikling av hjelpeløshet, som kan føre til håpløshet og passivitet (ibid).

Personlig kontroll hos pårørende kan påvirkes dersom de selv ser hva som kan gjøres for pasienten, i tillegg hvordan det kan gjøres (Moesmand 2004:171). Ved at det betyr noe for pasienten at pårørende er der, kan det øke den personlige kontrollen hos dem. Noe som kan gi grunnlag for realistiske vurderinger i situasjonen, er at pårørende får være hos pasienten, og får svar på spørsmål og uklarheter (ibid). Når pasient og pårørende står overfor en akutt kritisk sykdom, vil viktige mål som liv, helse og velvære være satt på spill. Dette vil starte en prosess fylt av fortvilelse, frykt og angst (Moesmand 2004:70). Akutt kritisk sykdom utløser en krise, som betyr tap av helse for kortere eller lengre tid, og trussel om tap av funksjonsevne, i værste fall død. En fysiologisk krise vil være en traumatisk krise, men ikke minst kan det være en traumatisk krise for de pårørende (ibid).

For de pårørende kan situasjonen oppleves som både kaotisk og uhandterlig når alvorlig sykdom rammer. Noe som vil bidra til forutsigbarhet og kontroll for pårørende, er å klargjøre hensikten med samtalen i dialog med pårørende, slik at det rom for at de kan komme med sine ønsker (Bøckmann og Kjellehold 2010:64). Noe som kan være avgjørende for hvordan familien vil mestre situasjonen, er at hjelper gir støtte til pasient og pårørende (Eide og Eide 2007:169). Det er ikke alle pårørende som mestrer situasjoner med akutt kritisk sykdom like hensiktsmessig. Ofte kan pårørende ha behov for å snakke om sin egen frykt og fortvilelse (Stubberud og Eikeland 2013:181). Dersom de er kritisk til pasientens behandling, i tillegg personale, bør dette taes opp så snart som mulig. En bør da få kartlagt pårørendes oppfatning av situasjonen, hvordan de oppfatter pleien og behandlingen. For å kunne støtte dem i deres mestringsarbeid, er det viktig å komme inn tidlig for en helhetlig oppfølging. Vise interesse for pårørende, samtidig som feiloppfatninger rettes opp på en varsom måte. Noe som vil være forebyggende sykepleie er å understøtte pårørendes mestrings- og emosjonsprosesser (Moesmand 2004:165). For at pårørende selv skal mestre situasjonen de er, har de et stort behov for kontinuerlig informasjon. Ønskelig informasjonen går som oftest på at de får vite om pasientens prognose, tilstand og behandling. Selv om det kan være dårlige nyheter, ønsker de så ærlige informasjon som mulig (Stubberud og Eikeland 2013:169). Et mål vil være å hjelpe pårørende til å kunne mestre situasjonen på best mulig måte, slik at de kan være en ressurs for pasienten (Stubberud og Eikeland 2013:175). Mestringsbegrepet begrenser seg til uvanlige stressfylte situasjoner, hvor det stilles store krav til personen. For pårørende vil disse kravene dreie seg om å bli plassert inn i svært stressende situasjon som de ikke har hatt noe mulighet til å forberede seg til (Moesmand 2004:70).

Noe som vil være til betydelig støtte for pårørende, er å oppleve at noen tar seg tid til dem, i tillegg har øyekontakt, og setter seg ned og lytter til det de har og si i en stress- og krisesituasjon (ibid). Dette kan innebære å komme tett på et annet menneskets dypeste fortvilelse og livskrise, samtidig som en mottaker skal være forståelsesfull, uten at det settes opp et eget forsvar (Eide og Eide 2007:177). Noe av det mest sentrale etter at et menneske har vært utsatt for traumatiske påkjenninger, vil være å vise medmenneskelighet (ibid). Behovet for omsorg, støtte og trygghet vil være stort etter en truende og alvorlig hendelse (Eide og Eide 2007:178).

## **2.7 Håp**

Ved å ha håp, viser flere studier og erfaringer som tyder på at det er avgjørende for hvordan mennesker takler sine liv og mestrer livssituasjonen når de opplever usikkerhet, lidelse og tap (Kristoffersen og Breievne 2005:177). I følge Travelbee er mennesket i høy grad avhengig av hverandre på tross av at selvstendighet og uavhengighet er idealer i vår del av verden. I situasjoner der personens egne ressurser blir utilstrekkelig, vil dette være svært tydelig. Håpet vil da være knyttet til forventningen om å kunne motta hjelp fra andre (referert fra Kristoffersen 2005:27). Travelbee mener håp er sentralt knyttet til sykepleierens mål og hensikt. Ved å understøtte håpet hos det lidende mennesket, vil en kunne bidra til at personen vil kunne mestre sin lidelse. Noe som innebærer at den lidende kan bære sykdom og tap i større grad enn de ellers ville ha gjort. Ved at håpet forsvinner, mister en troen på å løse problemene, eller en vei ut av de vanskelighetene som opplevers. I situasjoner hvor personens egne ressurser blir utilstrekkelig, vil dette være svært tydelig. Håpet vil da være knyttet til forventningen om å kunne motta hjelp fra andre (ibid). Travelbee belyser at når håp er knyttet til det å ønske, så må personen som håper, tro det er mulig å oppnå det en håper på. Evnen til å prøve på nytt gjentatte ganger, knytter håp til utholdenhet, og mot kreves for at vi skal kunne erkjenne våre tap, lidelse og sykdom (refert fra Kristoffersen 2005:27).

Hva håp helt konkret er knyttet til, avhenger av den enkelte person selv, og hans livssituasjon. En livssituasjon med lidelse og tap vil alltid være en individuell opplevelse vil være smertefull. Ved at sykepleier tilbyr sitt nærvær, respekt og hjelp overfor pasienten i krise, vil hun finne ut hvor den enkeltes håp er å finne. Sykepleier må vise respekt for betydningen av håpet, i tillegg ha tilstrekkelig ydmykhet i forhold til å erkjenne at ingen kjenner sannheten om et annet menneskes liv. Håpet må aldri sykepleier ta fra et menneske (Kristoffersen og Breievne 2005:179). En viktig rolle for sykepleier, vil være å hjelpe til med å fremme menneskers opplevelse av håp, holde fast ved håpet, noe erfaringer og studier viser også (Kristoffersen og Breievne 2005:177).

Det som er sentralt i et menneskes håp synes å være positive forventninger om at det finnes en vei ut av lidelsen, og at en har tro på mestring av vanskelighetene. Ved å bevare håpet har en erfaringsmessig direkte innvirkning på det å kunne overleve alvorlige krise og sykdom (ibid). Oppmerksomhet rettes mot en framtidig endring til det bedre for den som håper. Håpet gjør at fortvilelsen man føler der og da blir utholdelig. Den som håper vil tildels oppleve en mulighet til å velge. Dette gir en opplevelse av frihet og autonomi, noe som igjen gir følelsen av kontroll over eget liv og skjebne (Kristoffersen 2005:27). Håp vil være et behov, og da et av pårørendes viktigste behov, noe som kan gi mening i situasjonen. I dette ligger det tillit til at helsepersonell har kompetanse, og at de gjør alt for pasienten (Moesmand 2004:170). Pårørende vil være opptatt av at pasienten skal overleve ved kritisk sykdom, og dersom dette ikke er mulig, at vedkommende skal få en smertefri og verdig død (Stubberud og Eikeland 2013:170). En form for håp i seg selv, er å oppleve at noen er interessert i deg og din situasjon, samt tar vare på deg (Moesmand og Kjøllestad 2004:241).

## **2.8 Sykepleierens egenomsorg**

Benner og Wrubel er opptatt av sykepleierens egenomsorg. Det kan ofte oppleves krevende for omsorgsgiver å skulle involvere seg i pasienter og pårørendes situasjon (Benner og Wrubel 2001:326). Det kan føre til at sykepleier blir utbrent, hvor hun ikke lenger vil være i en posisjon hvor hun kan utøve sykepleie med både engasjement og involvering (ibid). Utbrenthet er fremmedgjøring og manglende livslyst, ledsaget av fysiske symptomer som hodepine, magesmerter, utmattelse, depresjon, irritabilitet, forverring av kronisk sykdom og søvnvansker (Benner og Wrubel 2001:404).

Når en er utbrent virker alt meningsløst, hvor sykepleier ikke klarer å engasjere seg lenger i pasientens situasjonen. Benner og Wrubel beskriver det som tap av menneskelig omsorg. En mestringsstrategi kan være å søke støtte hos kollegaer, og å ta seg en pause eller ferie (Benner og Wrubel 2001:326). Studien av Stayt, Louise Caroline (2009) ser vi at sykepleierens belastninger-/påkjenninger ved å arbeide med pårørende til akutt kritisk syke ble tatt opp. Undersøkelsen fokuserte på at det ble satt store krav til sykepleiere som jobber med pårørende som opplever krise. Dette gjelder spesielt hvor sykepleiere involverer seg følelsesmessig i situasjonen, som beskrives som følelsesmessig stress av Stayt (2009). Det kan være en stor påkjenning for mange sykepleiere å skulle bistå både den akutt kritisk syke pasienten og i tillegg hjelpe pårørende i en svært vanskelig situasjon. Ved å gi følelsesmessig støtte, samtidig formidle trist informasjon var også for mange en stor utfordring, da de var blitt engasjert i både pasienten, samt familien. I følge Stayt (2009) blir det ofte ikke tilrettelagt for at sykepleiere skal få hjelp og støtte til å bearbeide sine følelser. Grunnen er et hektisk arbeidsmiljø, og at det rett og slett blir nedprioritert (ibid).

Det fagartikkelen av Nordang (2007) viser, er at kunnskap om utbrenthet vil være nødvendig for å ivareta de ansatte. Dette vil kunne gi mulighet til å fange opp faresignaler. Møtet med alvorlig syke pasienter kan være sterkt fordi det berører noe eksistensielt i oss selv. Mange helsearbeidere har periodevis vært preget av det de både har sett og opplevd. Utbrenthet utvikler seg over lang tid, det vil si ett til to år. Det finnes en klar sammenheng mellom manglende jobbtillfredshet og risiko for utbrenthet, så arbeidsmiljø vil ha en innvirkning. Tidspresset i en sykehuspost vil variere fra uker til måneder, hvor det kan oppstå slitasje.

### **3.0 Metode**

Under dette kapittelet vil jeg presentere hvordan jeg har gått fram for å løse problemstillingen i denne bacheloroppgaven.

En metode er et verktøy for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Dette er noe som benyttes for å samle inn relevant data, som vil gi forskeren den informasjonen han trenger for å belyse sine spørsmål (Dalland 2007:81). Metodelæren skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Da jeg har benyttet den kvalitative metoden, velger jeg og beskrive kun denne metoden.

I den kvalitative metoden går det ut på å finne karaktertrekkene og egenarten til fenomenet. Ved kvalitativ forskning bør forskeren være nysgjerrig og fleksibel i sin forskning, og ha fokus på å finne menneskets følelser, meninger, oppfatning og erfaring om temaet. Ved kvalitativ metode, oppnår forskeren å komme så nært forskningsobjektet som mulig. (Dalland 2007:82-83). Den kvalitative metoden gir oss mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Det er viktig og være kritisk i utvelgelsen av data, da etterarbeidet kan bli omfattende og tidkrevende.

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Metode kan vi betegne som et redskap i prosessen mot å frembringe eller etterprøve kunnskap. Dette vil si noe om hvordan vi skal arbeide med å erverve den kunnskapen vi søker (Dalland 2007:81). Dalland benytter ordbokens forklaring av begrepet. Der heter det seg at en metode er å følge en tildels vei mot et mål. Det må gjøres rede for fremgangsmåten som ble anvendt for å fremskaffe kunnskapen, for at dette arbeidet skal kunne vurderes og valideres av andre (Dalland 2007:85).

Veien til målet beskrives med andre ord for å vise hvor kunnskapen er hentet fra, for at gyldigheten av kunnskapen kan vurderes. For å nå målet om kunnskapen som omfatter et avgrenset område, er det litteraturstudie som jeg har valgt i denne oppgaven. Valget bør fortrinnsvis velges utifra den metoden som er best anvendelig for å innhente et godt informasjonsgrunnlag slik at problemstillingen kan belyses på en faglig relevant måte (Dalland 2007:81). Dette har jeg da valgt for å belyse, samt innhentet godt grunnlag for informasjon som Dalland skriver. Videre skriver Dalland at valget av metoden bør ta hensyn til eventuelle begrensninger i oppgaven, så vel som hos oppgaveforfatteren, i tillegg vurdere etiske perspektiver ved oppgavens art (Dalland 2007:85).

Begrensning av oppgaven i forhold til tid og omfang var også en avgjørende faktor for valg av metode, med tanke på at for eksempel intervju vil innebære en mer omfattende arbeidsprosess (Dalland 2007:128). På en annen side kan et litteraturstudie gi et selektivt bilde av virkeligheten. Det vil være utifra kilder som anvendes hvordan problemstillingen blir både besvart og belyst. Ukritisk bruk av kilder kan føre til en unyansert og uriktig besvarelse av oppgaven (Dalland 2007:129).

I følge Dalland kan etikk betegnes som normer for god og riktig livsførsel. Noe som kan gi grunnlag for refleksjon og overveielse, før en handler, er at etikken kan benyttes. Videre skriver Dalland at forskningsetikk bygger på de samme prinsippene som ved de etiske normene vi lever etter i det daglige (Dalland 2007:232). Siden det allerede foreligger forskning som har anvendt kvalitativ metode og bruk av dybdeintervjuer, kan det vurderes som rett å anvende den kunnskapen som allerede er kjent. Med tanke på ivaretagelse av de involverte i en eventuell ny undersøkelse vil det kunne argumenteres for at det ville vært uetisk å foreta intervjuer (Dalland 2007:148,426). Jeg valgte ikke å foreta noen intervju, på grunn av oppgavens omfang og mine etiske overveielser. Som informant i en kvalitativ studie kan man bli utfordret til å tenke gjennom og sette ord på følsomme temaer, som kan være krevende å besvare (Dalland 2007:148, 426). Dalland påpeker at arbeid med mennesker som informanter i undersøkelser forutsetter at en reflekterer rundt etiske utfordringer som kan oppstå underveis (Dalland 2007:232).

### **3.2 Veiledning for kvalitative artikler**

Jeg har benyttet Kirsti Malterud sin guideline til vurdering av kvalitative artikler. Malterud legger stor vekt på relevans og validitet og at forskerens rolle og perspektiver underveis bestemmer hvilken side av virkeligheten som skal beskrives, fortolkes og analyseres. Hun har utarbeidet et skjema til bruk for å vurdere kvalitative artikler (refert fra Glasdam 2011:50). Dette skjemaet har jeg gått igjennom for å få et grunnlag til å vurdere artiklene i forhold til inklusjonskriteriene.

### **3.3 Litteratur og litteratursøk**

Jeg mener å ha benyttet relevant litteratur og forskningsartikler som belyser problemstillingen min. Skolens bibliotek er benyttet for å finne relevant litteratur, hvor jeg har søkt i BIBSYS Cinahl og PubMed, hvor jeg har funnet mine forskningsartikler i Cinahl og PubMed. Mine søkeord rettet mot pårørende til akutt kritisk syke for å finne relevante forskningsartikler, har vært: Relatives, next of kin, family, acute, critical, illnes, nurse, caregiver. Jeg markerte for fagfellevurdert, ”peer reviewed.” For å få frem forskningsartikler som var i full tekst, krysset jeg av for at artiklene skulle være ”linked full text” og ”research article” i søkemotoren. I samråd med veileder, skulle jeg søke oppdatert forskning, hvor jeg begrenset søket fra 2003 til 2013. Siden jeg har valgt og ekskludere alle barn, både som pårørende og som pasient, var søket basert på forskning som omhandlet personer over 18 år. Jeg benyttet flere synonymer av pårørende oversatt til engelsk. Derav benyttet jeg “OR” og “AND” som knyttet det opp mot pårørende til akutt kritisk syke.

### **3.4 Kildekritikk**

Svakheter ved noen av forskningsartiklene jeg har funnet, er at det er få deltakere i intervju og spørreundersøkelser, som resulterer i at det ikke gir funn med stort omfang. Men på en annen side, belyser mine funn temaet i oppgaven, hvor jeg ser på det som en styrke. Mine funn var av kvalitativ forskning, noe som kan tyde på at det kan være lite kvantitativ forskning.

Boken av Benner og Wrubel er oversatt fra engelsk til dansk, selv om det etter min mening er enklere og lese den danske utgaven, kan dette innebære en svakhet. Det er på grunnlag av at det kan være aspekter som blir borte ved at den er oversatt.

Jeg har også benyttet boken av Kirkevold, som analyserer og evaluerer sykepleieteorier, som også kan være en svakhet da den er tolket av en annen enn primærkilden. Men styrken her kan være at det fremhever mitt fokus i oppgaven.

### **4.0 Presentasjon av funn**

I dette kapittelet ønsker jeg å vise til resultatene av de forskningsartiklene jeg har valgt å benytte i oppgave min. Jeg vil da presentere både de viktigste og relevante data fra hver artikkel. Funnene i artiklene vil bli omhandlet nærmere i drøftingsdelen av oppgaven.

## 4.1 Artikkelen nr 1

**Tittel:** Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative.

**Forfattere:** Wallenberg, C., Friberg, F., Segesten, K.

**Årstall:** 2008

**Land:** Vest-Sverige

**Deltakere:** 16 pårørende

**Hensikt:** Hvordan det oppleves å være pårørende til en slagpasient i tidsperspektivet fra sykdomsdebut til noen uker etter slaget.

**Design-/intervensjon:** Kvalitativt studie

**Metode:** Intervjuene besto av åpne spørsmål for å oppnå tilstrekkelig data. Intervjuet besto av seksten pårørende hvor de ble forespurt om de erfaringer de hadde, og hvordan de opplevde å være pårørende til en slagpasient fra den første dagen til den dagen de ble intervjuet.

**Funn:** Enkelte pårørende, følte seg ikke sett av helsepersonell, og derav følte de seg i "skyggen". De gjorde forsøk på å håndtere situasjonen gradvis bedre over tid, samtidig som de gjorde forsøk på å tilegne seg kunnskap.

**Kommentar i forhold til kvalitetskontroll:** Godkjent av etisk komite

## 4.2 Artikkelen nr 2

**Tittel:** The Educational Needs of Caregiver of Stroke Survivors in Acute and Community Settings

**Forfattere:** O'Connell Bev, Baker Linda, Prosser Amy

**Årstall:** 2003

**Land:** Australia

**Hensikt:** Å undersøke innvirkning av omsorgsrollen for pårørendendes livskvalitet

**Design-/intervensjon:** Kvalitativ metode

**Metode:** Intervju med 28 pårørende

**Funn:** Det viste seg at pårørendes utrygghet ble forsterket ved at de ikke fikk den informasjonen som de hadde behov for.

**Kommentar i forhold til kvalitetskontroll:** Godkjent av etisk komite

### 4.3 Artikkel nr 3

**Tittel:**

Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care.

**Forfattere:**

Stayt Louise Caroline

**Årstall:** 2009

**Land:** England

**Hensikt:** Her var hensikten å finne ut hvordan sykepleier opplever omsorg for pårørende i en intensivavdeling opp mot ressursmangel og tidsnød.

**Design-/intervensjon:** Kvalitativt studie

**Metode:** Intervju av 12 sykepleiere.

**Funn:** Utfra funnene her, viser det seg at det settes store krav til sykepleiere som arbeider med pårørende i krise. Dette viser seg når sykepleieren involverer seg følelsesmessig i situasjonen, noe betegnes som følelsesmessig stress. Det var en stor utfordring for sykepleierne, da de skulle overbringe triste budskap, var kilder til stress, og eventuelt utbrenthet. Et annet funn var at et hektisk arbeidsmiljø er en av årsakene hvor sykepleierne ikke får bearbeidet egne følelser.

### 4.4 Artikkel nr 4

**Tittel:**

Relatives' view on collaboration with nurses in acute wards: Development and testing of a new measure

**Forfatter:** Lindhardt Tove, Nyberg Per, Rahm Hallberg Ingalill

**Årstall:** 2008

**Land:** Danmark

**Hensikt:** Undersøke samarbeidet mellom sykepleier og pårørende. Det skulle også undersøkes forholdet mellom tilfredshet og deltakernes betegnelse og dimensjonen av samarbeid.

**Metode:** Selvrapportert, strukturert spørreundersøkelse.

**Funn:** Mangel på tid for sykepleier, skapte en hindring for å opprettholde samspillet med pårørende. Sykepleierne betegnet pårørende som ressurs, men dette var dersom personalet hadde samme oppfatning av situasjonen til pasienten som personalet. Om pårørende oppfattet motsatt, hvorav de da etterspurte informasjon, ble de betegnet som krevende.

## 4.5 Artikkel nr 5

**Tittel:** Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: Relatives' experience

**Forfatter:** Löf Susanna, Sandström Agneta, Engström Åsa

**År:** 2010

**Land:** Sverige

**Hensikt:** Det var å finne ut hvordan pårørende opplevde at en av de nærmeste hadde hatt hjertestans, i tillegg behandlingen som ble gitt.

**Design-/intervensjon:** Kvalitativt studie.

**Metode:** Intervju med 8 pårørende som har opplevd at en av sine nærmeste har opplevd hjertestans.

**Funn:** Utfra funn i artikkelen, viser det seg at pårørende til pasienter med hjertestans opplever at de ikke klarer å ta til seg all informasjon i den akutte fasen.

Funn i studien viser også at pårørende har behov for kontinuerlig informasjon gjennom forløpet, samtidig som pårørende har behov for å bli støttet i håpet de har. Dette håpet går ut på et realistisk utfall for pasienten, samt at de trenger muligheten til å formidle sin egen situasjon og bekymringer.

## 4.6 Artikkel nr 6

**Tittel:** Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of challenging task

**Forfattere:** Ågård Anne Sophie og Maindal, Helle Therkildsen

**Årstall:** 2009

**Land:** Danmark

**Hensikt:** Det er å se på samhandlingen mellom sykepleiere og pårørende i en intensiv avdeling

**Metode:** 68 sykepleiere benyttet spørreskjema.

**Funn:** Utfra studien tyder det på at samspillet med pårørende ikke bare påvirkes av kunnskaper, ferdigheter, og utfallet forventninger. Det er i tillegg personlige verdier som også synes å være en grunnleggende faktor, hvor dette også vil påvirke sykepleiernes hverdag i interaksjonen med de pårørende.

## 4.7 Artikkel nr 7

**Tittel:**

Family- Centered Care. Meeting the needs of patient`s families and helping families adapt to critical illness

**Forfatter:** Judy E. Davidson

**År:** 2009

**Land:** Calefornia

**Hensikt:** Det er å finne tiltak som kan forebygge uhensiktsmessig mestring hos de pårørende til akutt kritisk syke.

**Design-/intervensjon:** Kvalitativt studie

**Metode:** Bygger på flere studier

**Funn:** I denne artikkelen, viser deg seg at behovet for informasjon til de pårørende sjeldent blir fulgt opp av sykepleiere. Dette førte til ytterligere frykt blant de pårørende, noe som i senere tid kunne utvikle depresjon og post traumatisk stress.

## 4.8 Artikkel nr 8

**Tittel:** Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care units

**Forfattere:** Wåhlin, I., Ek, A-C og Idvall E.

**Årstall:** 2009

**Land:** Sverige

**Hensikt:** Det var å få kunnskap om hvordan sykepleier kan styrke pårørende i en intensivavdeling på en mer hensiktsmessig måte.

**Intervensjon-/design:** Fenomenologisk metode.

**Metode:** Ti intervjuer ble gjennomført med intensivsykepleiere og pårørende.

**Funn:** Det vil ikke bare være den faglige kunnskapen som har betydning i denne sammenheng, men også en støttende atmosfære og et godt kollegialt samarbeid anses også som svært viktig for å opprettholde styrke og utholdenhet og forebygge utbrenthet blant sykepleiere.

## **5.0 Drøfting**

Jeg vil nå videre i oppgaven knytte teori sammen med funn fra artikler samt annen relevant litteratur. I dette kapitlet, har jeg valgt å drøfte hovedfunn, da disse elementene er sentrale med tanke å besvare min problemstilling.

### **5.1 Kommunikasjon og informasjon**

Ut fra litteratur og forskning, har jeg nå sett at det er informasjon, som er noe av det viktigste for de fleste pårørende. Ved at pårørende opplever mangel på informasjon, kan det føre til utrygghet, noe som støttes i artikkelen til O`Connell, Baker, Prosser (2003), hvor det viste seg at pårørendes utrygghet ble forsterket ved at de ikke fikk den informasjonen som de hadde behov for. Informasjon vil være svært viktig for de pårørende, da dette vil kunne bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig og oversiktlig (Eide og Eide 2007:178). Noe som også kan skape mer forutsigbarhet i den kaotiske situasjonen. Informasjon vil være også en stor del av kommunikasjonen med pårørende i den akutte fasen (ibid). I studie av O`Connell, Baker, Prosser (2003), viste de seg også at de pårørende savnet både muntlig og skriftlig informasjon. De var ikke alltid sikre på hva de skulle spørre etter siden de var ukjent med miljøet på sykehuset. Etterhvert var det noen pårørende som tok mot til seg og fikk da etterspurt informasjon, hvorav disse funnene viser hvor viktig det er å få informasjon så tidlig som mulig da dette vil kunne skape en trygghet for de pårørende. Et interessant funn i dette studiet, var at helsepersonell hadde skriftlig informasjon i form av brosjyrer, men som de ikke hadde rutine på å gi ut. Et annet funn var at de pårørende som ikke aktivt spurte etter informasjon, ble ”left in the dark”, hvor de da ikke ble involvert i pleie og behandlingen av deres nærmeste.

På en annen side, viser det seg mange pårørende opplever at de ikke greier å få med seg all informasjon i den akutte fasen. Mye informasjon feiltolkes eller blir oppfattet kun delvis (Moesmand 2004:86). For å kunne støtte dem i deres mestringsarbeid, vil det være viktig å komme inn på et tidlig tidspunkt for å få en helhetlig oppfølging. Vise interesse for pårørende, samtidig som feiloppfatninger korrigeres og klareres på en skånsom måte. Det vil være forebyggende sykepleie å understøtte pårørendes mestrings- og emosjonsprosesser (Moesmand 2004:165).

Utfra funn i artikkelen av Löf, Sandström, Engström (2010), opplever pårørende til pasienter med hjertestans at de ikke klarer å ta til seg all informasjon i den akutte fasen. Noe som også viser seg i forhold til at informasjon i sjokkfasen, ofte blir feiltolket, eller kun tildels blir oppfattet, og som alltid må gjentas (Eide og Eide 2007:178). I denne fasen kan enkelte opptre rolig, samt ha en kontrollert fremtoning, noe som kan bety at personen opplever det helt motsatt inne i seg. Sykepleiere må være dyktige på å finne ut når de pårørende er rede for å ta inn informasjonen, noe de kaller et vendepunkt i følge studiet av Wallenberg, Friberg, Segesten (2008). På en annen side, er det i følge Eide og Eide ikke alltid lett å se på en person om vedkommende er i sjokk (Eide og Eide 2007:176). Så sykepleier bør gi informasjon ut fra sin kunnskap om psykisk stress ved akutt sykdom, og behovet pårørende har for informasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004:257).

Som pårørende, oppleves det som en stor påkjenning når ens nærmeste blir kritisk syk. Livssituasjonen endret seg fra trygg og forutsigbar, til å være preget av usikkerhet og frykt i følge artikkelen av Wallenberg, Friberg, Segesten (2008). Ved at pasient og pårørende står overfor en akutt kritisk sykdom, vil mål som liv, helse og velvære være satt på spill. Denne prosessen vil være fylt av fortvilelse, frykt og angst (Moesmand 2004:70). Akutt kritisk sykdom utløser en krise, som betyr tap av helse for kortere eller lengre tid, og trussel om tap av funksjonsevne, i værste fall død. En fysiologisk krise vil være en traumatisk krise, men ikke minst kan det være en traumatisk krise for de pårørende (Moesmand 2004:70). Pårørende har et stort behov for kunnskap i tilknytning til prognose, behandling og forventet forløp (Kristoffersen 2005:255). Som tidligere nevnt, viser både teori og forskning at behovet for informasjon er viktig for å trygge de pårørende. Men på en annen side, blir ikke dette behovet alltid utført i praksis. Dette kommer frem i følge artikkelen av Davidson (2009), hvor behovet for informasjon til de pårørende ofte ikke blir møtt av sykepleiere. Noe som førte til ytterligere frykt og angst blant de pårørende, noe som i senere tid kunne utvikle depresjon og post traumatisk stress (Davidson 2009).

Ut fra flere av studiene jeg har lest, kommer det tydelig frem at mange pårørende ofte forblir i skyggen av pasienten. Fokuset er naturlig nok på den syke, hvor da de pårørende føler seg tilsidesatt. Mange opplever et behov for å bli sett for så å kunne få krefter til å ha en støttende funksjon til pasienten i følge artikkelen av Wallenberg, Friberg, Segesten (2008). Det at de blir sett av sykepleieren bidrar ikke bare til en opplevelse av å være delaktig men det bidrar også til opplevelsen av håp (Moesmand 2004:170). Et annet funn i studien, var at et av behovene hos de pårørende, var å bli sett av helsepersonell, som kunne bidra til håp. Når en sykepleier vil kunne finne den enkeltes håp ved å tilby sitt nærvær, respekt og hjelp overfor pasienten i krise. Respekten for håpet, må sykepleier vise, samt vise tilstrekkelig ydmykhet i forhold til erkjenne at en ikke kjenner til sannheten om et annet menneskes liv. Sykepleier må aldri ta i fra et menneske håpet (Kristoffersen og Breievne 2005:179).

Artikkelen av Wallenberg, Friberg, Segesten (2008) omhandler pårørende til en som har gjennomgått et slag. Ved at deres nærmeste ble rammet av et hjerneslag, utgjorde dette en stor påkjenning for flere pårørende, hvor en vil kjenne på livets sårbarhet. Livssituasjon endret seg fra trygg og forutsigbar, til å bære preg av usikkerhet og frykt (ibid). Når pasient og pårørende står overfor en akutt kritisk sykdom, vil mål som liv, helse og velvære være satt på spill. Denne prosessen vil være fylt av fortvilelse, frykt og angst (Moesmand 2004:70). Videre viser studie av Wallenberg, Friberg og Segesten (2008) at her går det også ut på å gi informasjon til de pårørende, men fokuserer på at sykepleiere skal være dyktige på å finne ut når de er mottakelige for å ta inn informasjonen, som de kaller et vendepunktet i artikkelen. Mange opplevde også en ensomhetsfølelse, da de opplevde at familie og andre bare var opptatt av hvordan det sto til med den som var rammet av slaget, hvor de ikke spurte noe om hvordan de rundt pasienten opplevde situasjonen. Dette førte til at mange pårørende følte seg alene i forhold til både tanker og hva de var igjennom (ibid). Resultat av dette, var en svært negativ effekt på mange, da de opplevde og være alene om sine tanker og opplevelser, og enkelte følte etter en stund at det var meningsløst å forsøke å fremme disse synspunkter ovenfor sine nærmeste, hvor de ga opp å prøve. Mange hadde tydelig et behov for å kunne uttrykke seg (Wallenberg m.fl. 2008).

## 5.2 Relasjonen mellom sykepleieren og pårørende

Informasjon og kommunikasjon påvirker, og påvirkes av, hvordan vi relaterer til hverandre. Relasjonen mellom pårørende og sykepleier, må være både medfølende og åpen i situasjonen til de pårørende, samtidig som det er en faglig vurdering (Stubberud 2013:175). Noe som kan bidra til å gi kraft og styrke til pårørende, er å ha en tillitsfull og støttende relasjon (Wåhlin m.fl. 2009:2585). En naturlig reaksjon hos en pårørende, er at sine følelser tar utgangspunkt i hvordan pasienten har det. Dette vil være en normal reaksjon (Stubberud 2013:166). Erfaringsmessig har jeg selv erfart dette ved mitt arbeid med pårørende. Dersom pasienten har det vondt, det gjelder både fysisk og psykisk, opplever jeg at den som står en nær, lider med den som er syk. Spesielt ved kritisk sykdom, har sykepleiere blitt mer oppmerksom på betydningen av å trekke inn pårørende og pasientens familie inn i sykepleien til pasienten (Stubberud 2013:171). Hovedsakelig vurderer pårørende møtet med sykepleier som positivt, men at ved negative møter kan dette prege den helhetlige opplevelsen av situasjonen i følge artikkelen av Wåhlin, Ek og Idvall (2009). Jeg opplevde selv et negativt møte med sykepleier da moren min lå i akuttmottak og var kritisk syk. Det skjedde ved at jeg etter noen timers venting uten informasjon, gikk for å spørre hvordan det gikk med moren min, hvor sykepleier svarte at jeg ikke hadde noe med å komme inn og forstyrre verken henne eller min svært syke mor. Denne episoden gjorde veldig inntrykk på meg, og jeg ble svært skeptisk og engstelig under hele oppholdet moren min hadde, etter å ha opplevd denne negative relasjonen. Pårørende ga uttrykk for at de var engstelige for å ta opp slike temaer da de fryktet at det kunne gå utover pleien til deres nærmeste (Wåhlin, Ek og Idvall (2009), noe jeg også opplevde i forbindelse med hendelsen jeg opplevde.

I følge artikkelen til Lindhardt (2008), viser det seg at de pårørende ble sett som en ressurs av sykepleierne, mens det viste at det gjaldt kun for de pårørende som delte den samme oppfatningen av pasientens situasjon som personalet. I motsatt tilfelle, altså at de ikke delte den samme oppfatningen, men at de etterspurte informasjon, ble disse pårørende betraktet som krevende (ibid). For at de pårørende skal kunne mestre situasjonen best mulig, vil det være et mål å hjelpe, slik at de kan være en ressurs for pasienten (Stubberud og Eikeland 2013:175). I følge Kjøllesdal og Moesmand er mestringsbegrepet begrenset til stressfylte situasjoner som stiller store krav til personen. Disse kravene vil dreie seg om å bli plassert inn i svært stressende situasjon som pårørende ikke har hatt noe mulighet til å forberede seg til (Kjøllesdal og Moesmand 2004:70).

I følge artikkelen av Stayt (2009) viser det seg at det ofte vil være en balanse mellom profesjonelle idealer og være et menneske med følelser og reaksjoner for sykepleieren. Dette vil være en konsekvens for hvorvidt de mestrer samhandlingen med de pårørende. Det samme viser artikkelen av Lindhardt (2008), at mangel på tid for sykepleierne, skapte en hindring for samspillet mellom pårørende. Funnene i forskningsartikkelen til Stayt (2009), viser at det settes store krav til sykepleiere som arbeider med pårørende i krise. Dette gjelder særdeles når sykepleieren involverer seg følelsesmessig i situasjonen, som blir betegnet som følelsesmessig stress. En stor utfordring for sykepleierne her, var da de skulle overbringe triste budskap. Disse mellommenneskelige relasjonen, viser seg er kilder til stress og kan ende med utbrenthet, noe jeg vil komme nærmere inn på under neste kapittel.

Artikkelen av Ågård og Maindal (2009), viser at generelt sett oppfattet sykepleierne seg som at de hadde bra kunnskaper og ferdigheter i forhold til samspillet med pårørende. De hadde positive forventninger til utfallet av å samhandle med de pårørende. Til tross for dette, var det forskjeller i sykepleiernes avtale om å involvere pårørende, i forhold til å gi dem muligheten til å være med pasienten under hjertestans eller akutt intubasjon. Noe som kan gi grunnlag for en realistisk vurdering i situasjonen, vil være at de pårørende får være hos pasienten, hvor de får svar på spørsmål og uklarheter (Moesmand 2004:171).

Generelt fant de ingen sammenheng mellom sykepleiernes self-efficacy, som vil si er betydningen av personens tro på egen mestringsevne, i form av generell holdning, kunnskap, ferdigheter, og deres holdning til å involvere pårørende i omsorg, eller som tillater dem å være sammen med pasienten ved hjertestans eller akutt intubasjon. Resultatene fra denne studien av Ågård og Maindal (2009) tyder på at samspill med pårørende ikke bare påvirkes av kunnskaper, ferdigheter, og utfallet forventninger. Personlige verdier synes også å være en grunnleggende faktor som påvirker sykepleiernes hverdag i interaksjonen med de pårørende. Studiens funn bidrar til den økende mengde kunnskap om sykepleiernes samhandling med slektninger i (Intensive Care Unit) ICU. Jo bedre vi forstår det personlige og faglige krav som det er behov for når vi samhandler med pårørende, dess bedre vil sykepleiere være i stand til å samhandle kyndig med de pårørende i ICU, for så å gi dem den støtten de trenger.

### 5.3 En sykepleiers egenomsorg

For at sykepleiere skal kunne ivareta pårørende, må de kunne ivareta seg selv. Det bør være bevissthet med tanke på forebygging av utbrenthet blant sykepleieren. På samme måte som helsepersonell kan stå i fare for utbrenthet, kan også pårørende oppleve dette. Selv om pårørendes utbrenthet ikke er fokus i oppgaven, vil det være viktig å ha det perspektivet med når det gjelder helhetlig ivaretakelsen av de pårørende.

Dersom sykepleieren mister evnen til å bry seg om både pasientene og pårørende, og som i tillegg kan dette ofte være ledsaget av at hun selv har fysiske symptomer. Dette kan være symptomer som hodepine, magesmerter, utmattelse, depresjon, irritabilitet, forverring av kronisk sykdom og søvnvansker. Ved at sykepleier har mistet evnen til å bry seg om, samtidig som de har ovennevnte symptomer, kaller Benner og Wrubel det for utbrenthet (Benner og Wrubel 2001:326). Ved avdelingen der jeg arbeider, har de kunnskap om disse faremomentene, som igjen bidrar til å ivareta oss ansatte. Denne erfaringen støttes i fagartikkelen av Nordang (2007) som viser at kunnskap om utbrenthet vil være nødvendig for å ivareta de ansatte. Da dette vil kunne gi mulighet for å oppdage faresignaler. Møtet med alvorlig syke pasienter, hvor dette deriblant innebærer de pårørende, kan berøre noe eksistensielt hos sykepleieren. Mange helsearbeidere har periodevis vært preget av det de både har sett og opplevd, hvor det i denne sammenheng gjelder akutt kritisk syke pasienter inkludert de som er nært knyttet til pasienten.

På samme side viser artikkelen av Stayt (2009) at det kan være en stor påkjenning for mange sykepleiere og skulle bistå både den akutt kritisk syke pasienten og i tillegg hjelpe pårørende i en situasjon hvor pårørende ofte opplever dette som krise. Ved å gi følelsesmessig støtte, samtidig formidle trist informasjon var også for mange en stor utfordring, da de var blitt engasjert i både pasienten, samt familien (ibid). Det er i følge fagartikkelen ingen tvil om at det er en sammenheng mellom manglende jobbtilfredshet og risiko for utbrenthet. Noe arbeidsmiljø vil ha en innvirkning på. Tidspresset i en sykehuspost vil variere fra uker til måneder, hvor det kan oppstå slitasje på de ansatte viser artikkelen til Nordang (2007). Både tidspres og arbeidsmiljø støttes i tillegg opp i artikkelen ved neste avsnitt.

Den beste måten å forebygge utbrenthet blant sykepleiere er i følge Benner og Wrubel at alle sykepleierne har sosial støtte fra hverandre. En mestringsstrategi kan være å søke støtte hos kollegaer, og å ta seg en pause eller ferie (Benner og Wrubel 2001:326). Med humor i hverdagen vil være å gi sykepleierne en lettere tone seg imellom, samt en mer fellesskapsfølelse. En noe spøkefull tone og atmosfære, inkludert humor, vil gjøre fellesskapet sterkere blant de ansatte i avdelingen. Dette vil igjen gi trygghet, tilhørighet og følelsen av å bli ivaretatt. Samtidig som det gjør det lettere, vil det gjøre det enkelt å snakket om det som er ikke er så enkelt. Noe som vil skape mer tilhørighet hos den enkelte ansatte, samtidig som ansatte føler seg verdsatt og viktig for avdelingen, vil være at leder lar den ansatte føle ansvar. I følge Benner og Wrubel (referert fra Konsmo 1995:184) vil oppmuntring fra ledelsens side til å gi sykepleieren ansvar er viktig, da dette kan bidra til hun føler seg mer verdsatt. Dette kan føre til å redusere både stress og utbrenthet (ibid). På en annen side, ser en at kravene øker ytterligere i sykehusene, og hvor det er konstant mangel på sykepleiere og stadige nedskjæringer. Kravet om effektivisering øker også betraktelig, noe som kan føre til økt stress for sykepleierne (Benner og Wrubel 2001:166). Etter min erfaring med kollegaer, bør det være en balanse mellom å få ansvar som vedkommende mestrer, slik at det ikke oppleves at det blir for mye ansvar i en hektisk hverdag på vakt. Ikke alle klarer og sette grenser ved forespørsel ved å få mer ansvar, hvor dette heller kan føre til økt stress og utbrenthet.

Et annet funn i artikkelen til Stayt (2009), viser at et hektisk arbeidsmiljø er en av årsakene til at sykepleierne ikke får bearbeidet sine egne følelser. Mange går lenge på "tom tank" før det til slutt sier stopp, hvor de da blir utbrent (Stayt, 2009). I følge studien av Wåhlin (2009) vil det ikke bare være kunnskap og faglig dyktighet som har betydning i denne sammenheng, men også en støttende atmosfære og et godt kollegialt teamarbeid anses også som svært viktig for å opprettholde styrke og utholdenhet og forebygge utbrenthet blant sykepleiere. I artikkelen av Lindhardt (2008), viste deg seg at sykepleierne opplevde tidspresset, medisinsk fokus og pleiens organisering som et hindrer for et godt samspill med pårørende (ibid). Pårørende betraktes mer som medspillere i sykepleien, samt at en i tillegg vet at pårørende som regel har en viktig betydning for behandlingsresultatet til pasienten. Etter hvert er bevisstheten økt med tanke på belastningene de pårørende utsettes for når et medlem av familien blir akutt og/eller kritisk syk (Stubberud og Eikeland 2013:171).

## 6.0 Konklusjon

Som nevnt tidligere viser det seg at informasjon er noe av det viktigste for de pårørende, noe som har økt min bevissthet betraktelig. Det å gi informasjon de forstår og oppfatter, samtidig som den er sann, kan bidra til å gi en følelse av kontroll i situasjonen. Utfra forskningsartiklene jeg har funnet, ser jeg også at informasjonsdelen ikke alltid var like tilfredsstillende i følge pårørende. En årsak til dette, kan være at de pårørende er i en sjokkfase, hvor de ikke tar inn informasjonen. Det vil da være viktig at informasjonen blir gitt i rett tid, noe som vil si at sykepleier bør være oppmerksom på når pårørende er mottakelig for informasjonen.

Jeg ser også at relasjonen mellom pårørende og sykepleier, må være både medfølende og åpen i situasjonen til de pårørende, samtidig som det er en faglig vurdering. Dette kan bidra til å trygge de pårørende. Ved at sykepleier har en støttende og tillitsfull relasjon til pårørende, kan dette gi både styrke og kraft til pårørende, som igjen kan gi styrke til pasienten.

Etter min mening, belyser jeg viktigheten av sykepleierens egenomsorg, for at de skal kunne mestre ivaretagelsen av både pasient og pårørende.

Gjennom arbeidet med oppgaven, har jeg økt min bevisstgjøring med tanke på hvordan informere pårørende i en sjokkfase for at de skal føle seg ivaretatt. Samtidig som jeg vil bidra til å gi de håp, noe som kan gi styrke i den situasjonen de er i.

Slik jeg ser det, vil dette kunne bidra til en ”god sirkel” ved å ha fokus på ivaretagelse av pårørende, som igjen kan gi håp og styrke til den som er syk.

## Litteraturliste

Benner P. og Wrubel J. (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje*. Munksgaard Danmark.

Bøckmann, K., og Kjellevold, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Davidson J. E. (2009). Family- Centered Care: Meeting the Needs of Patients` families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Critical Care Nurse (29)*: 28-34. doi: 2079/10.4037/ccn2009611.

Eide, H. og Eide, T (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fredriksen, A.K. og Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I: Glasdam, S. (red). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Forskrift om pasientjournal (2001). *Forskrift om pasientjournal av 1. januar 2001*

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Johannessen, K I., Molven, O., Roalkvam, S. (2007). Hovedbegreper og avklaringer. I: *Godt, rett, rettferdig, etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.

Johannessen, K I., Molven, O., Roalkvam, S. (2007). Omsorg og profesjon. I: *Godt, rett, rettferdig, etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.

Kirkevold M. (1992). *Sykepleieteorier*. 2.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Konsmo, T (1995). *Om omsorgens betydning for sykepleie*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.

Kjøllestad, A. og Moesmand, A.M (2004). *Å være akutt kritisk syk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. og Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A (red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A (red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindhardt, Tove (2008). Relatives' view on collaboration with nurses in acute wards: Development and testing of a new measure. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 45, Issue 9, September 2008, Pages 1329–1343. doi: 2079/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.006.

Löf, S., Sandström, A. Engström, Å. (2010). Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing* 66(8), 1760–1768. doi: 2079/10.1111/j.1365-2648.2010.05352.x.

Nordang, K. (2007). Kunnskap om utbrenthet er viktig blant sykepleiere. Det gir mulighet til å kunne forebygge på egne vegne og til å hjelpe andre. *Sykepleien* 2007 95(11):70-71. doi: 10.4220/sykepleiens.2007.0014.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

O'Connell, B. & Baker, L. & Prosser, A. (2003). The Educational Needs of Caregiver of Stroke Survivors in Acute and Community Settings. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(1), 21-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12789718>. Hentet fra PubMed.

Pasientrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om helsepersonell m.v.*

Stajt L.C. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of clinical nursing*. (18): 1267-1275. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x.

Stubberud, D-G. (red.). (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, D-G. og Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I: Stubberud, D-G. (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (1999), *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo: Universitetsforlaget AS.

Wallenberg, C., Friberg, F., Segesten, K. (2008). Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 22, s 48–55.

<http://ezproxy.diastud.no:2171/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f5b7d0ae-c8e1-4592-b33f-b84f1f9c2ebd%40sessionmgr4004&vid=13&hid=4206>. Hentet fra Cinahl.

Wåhlin, I., Ek, A-C og Idvall E. (2009). Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (18), s. 2580-2587. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.005.

Ågård, A. S. og Maindal Terkeldsen, H. (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *The Authors. Journal Compilation British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* • Vol 14 No 5. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00347.x