

UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

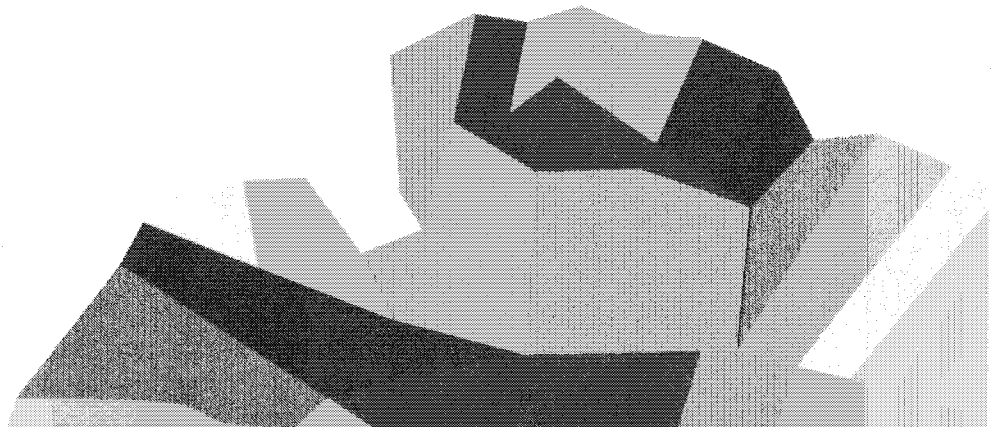
SY 180H

*Hvordan møter sykepleierne pårørende i en krisesituasjon,
når en av deres nærmeste svever mellom liv og død?*

Dato: 26.04.13.

Kandidatnr: 54

[Amundsen, Sissel Aina Lindgaard]



Å bli møtt

*Den største gaven
jeg kan tenke meg å få
av mennesker
er
at de ser meg
hører meg
forstår meg
og
tar på meg*

*Den største gaven
jeg kan gi
er
at jeg ser, hører, forstår
og tar på
et annet menneske.
Når dette har skjedd
føler jeg
at vi har skapt kontakt.*

(Virginia Satir, 1980)

TAKK!

Jeg vil rette en takk til min tålmodige og engasjerte veileder Betty-Ann Solvoll, for støtte og hjelp under min skriveprosess.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	ii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.4.1 Pasientens pårørende	3
1.4.2 Krise	3
1.4.3 Håp	3
1.5 Oppgavens oppbygging	4
2.0 Metode.....	5
2.1 Hva er metode.....	5
2.2 Litteraturstudie.....	5
2.3 Begrunnelse for valg av metode	5
2.4 Litteratursøk.....	6
2.5 Kildekritikk.....	6
2.6 Presentasjon av hovedlitteratur.....	7
2.6.1 Forfattere av pensumlitteratur.....	7
2.6.2 Forfattere av selvvalgt litteratur.....	7
2.6.3 Forfattere av forskningslitteratur.....	8
3.0 Teoridel	9
3.1 JoyceTravelbees teori	9
3.1.1 Sykepleieteori og menneskesyn	9
3.1.2 Menneske-til-menneske-forhold	10
3.1.3 Kommunikasjon	11
3.2 Pårørende	11
3.2.1 Pårørende til den akutt kritisk syke	12
3.2.2 Pårørendes behov	13

3.2.3	Å bli sett	13
3.2.4	Informasjon	13
3.2.5	Håp	14
3.2.6	Inkludert	15
3.3	Å bruke seg selv terapeutisk	15
3.3.1	Se den pårørende	15
3.3.2	Gi informasjon til pårørende	16
3.3.3	Fremme håp hos pårørende	16
3.3.4	Inkludere den pårørende	17
4.0	Drøfting	18
4.1	Å bli sett.....	18
4.2	Informasjon.....	22
4.3	Håp.....	25
4.4	Å bli inkludert.....	27
5.0	Avslutning	30
	Litteraturliste	31
	VEDLEGG 1	35
	VEDLEGG 2	39

1.0 Innledning

Klokken var 05.00. fredags morgen. Jeg ble vekket av en fremmed og merkelig lyd. Jeg fant min mann på kne ved sengen. Han var blitt syk i løpet av natta og klagde over vondt i hodet, smerte bak øynene og alt snurrer rundt for han og han kaster opp. Tusen tanker raste gjennom hodet mitt, «kan det være hjerneblødning, blodpropp eller er det noe med hjertet». Jeg ringte etter ambulanse, og den var raskt på plass. Min mann ble hurtig fraktet til sykehuset og innlagt på avdelingen som jeg jobbet på. Jeg ble hjemme for å få barna på skolen. Timene sneglet seg av gårde denne morgenen. Jeg gikk i ring rundt meg selv, og stålsatte meg før jeg skulle vekke våre fire barn. De måtte ikke under noen omstendighet få vite at pappa var innlagt på sykehus, jeg ville ikke uroe barna, slik at deres skoledag ble vanskelig. Straks barna var ute av døra, kjørte jeg til sykehuset.

Brått blir vårt harmoniske liv snudd opp ned, vi kastes inn i en storm av følelser av avmakt, angst, fortvilelse, hjelpeløshet og usikkerhet. Slik kan det oppleves i rollen som pårørende når akutt kritisk sykdom oppstår og vi blir påminnet om vår egen sårbarhet.

Dette har jeg valgt som tema for oppgaven min.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Som tema for min bacheloroppgave, har jeg valgt sykepleierens møte med pårørende i en akutt krisesituasjon.

Pårørende er utsatt for stor sårbarhet og hjelpeløshet når akutt kritisk sykdom oppstår.

Usikkerheten om hvordan det vil gå med pasienten, vil kunne medføre et stort psykologisk stress for de pårørende. Følelser som angst, frykt, sårbarhet, hjelpeløshet, håpløshet er uavhengige av pårørendes ressurser, og påvirker evnen til å motta informasjon. Relevant informasjon om situasjonen må legges til rette for de pårørende slik at de klarer å forholde seg til den (Moesmand, 2004).

Bakgrunn for valget av temaet er blant annet mine møter med pårørende fra tiden jeg jobbet som hjelpepleier. Samt et spesielt møte med pårørende fra hjemmesykepleien i min praksisperiode, hvor jeg fikk se pårørendes betydning for pasienten. Jeg har sett pårørendes dype angst og redsel i situasjonens kritiske timer, og usikkerheten om hva utfallet blir. Mange ganger har jeg fått kjent på min egen hjelpeløshet i slike situasjoner.

Jeg har erfaring som pårørende i en akutt kritisk situasjon. I krise er det viktig at pårørende føler seg ivaretatt og sett, at det er noen som har tid til å snakke med dem og vise at noen bryr seg. Min erfaring har gjort meg mer bevisst på egne holdninger ovenfor pårørende. Arbeidet med å skrive denne oppgaven, vil kunne gi meg bedre innsikt og kunnskap om hvordan ivareta de pårørende på best mulig måte. En måte hvor pasient og pårørende blir behandlet med respekt, og ikke slik jeg opplevde det. På vaktrommet traff jeg vakthavende lege, og på spørsmål om hvordan det gikk med min mann, svarer han meg i en lett og litt useriøs tone *«nei det er bare migrene eller virus på balansenerven, han reise hjem i morgen»*. Når legen skjønnte at jeg var hans kone endrer han sin væremåte og forsikrer meg at min mann var i de beste hender.

Jeg ser på sykepleie hvor det også er plass for å inkludere pårørende og venner, og ikke bare pasienten. Pårørende i krise er «bare» mennesker i dyp redsel og fortvilelse som trenger at noen ser dem og bryr seg.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg ønsker med min problemstilling å få mer kunnskap om hvordan sykepleierne møter pårørendes behov for sykepleie i en krisesituasjon. Problemstillingen som jeg har valgt er:

«Hvordan møter sykepleierne pårørende i en krisesituasjon, når en av deres nærmeste svever mellom liv og død?».

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pårørende kan i mange tilfeller være en ressurs for helsepersonellet, men i denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til pårørendes behov for sykepleie.

Pårørendes behov for å bli «sett», informasjon, håp og ønske om å bli inkludert vil være det som får min oppmerksomhet i oppgaven.

I oppgaven har jeg valgt å forholde meg til pårørende i somatisk avdeling i sykehus, i den kritiske fase hvor pasienten er ustabil og prognosen er usikker. Jeg tar utgangspunkt i en tidligere frisk person som rammes av akutt kritisk sykdom, som for eksempel, hjerneblødning, hjerneinfarkt og hjertestans.

På grunn av oppgavens rammer har jeg valgt å forholde meg til etniske nordmenn samt ekskludere barn og ungdommer, blant annet på grunn av at de kan ha et annet behov for

tilnærming, og jeg vil derfor forholde meg kun til voksne, nære pårørende. Jeg tar også utgangspunkt i at pasienten har samtykket i at pårørende skal få informasjon.

1.4 Begrepsavklaring

Når pårørende står ovenfor en krise til en av sine nærmeste som blir akutt syk, står håp som en naturlig og viktig del i deres behov. Håp kan være med på blant annet å forklare, gi mening og krefter til å mestre situasjonen på hensiktsmessig måte (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Jeg vil her kort redegjøre for begrepene pasientens pårørende, krise og håp.

1.4.1 Pasientens pårørende

Pasientens pårørende er i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, 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 har tettest kontakt med pasienten. Det tas vanligvis utgangspunkt i følgende rekkefølge:

Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre. Andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge (Lovdata.no).

1.4.2 Krise

Caplan, G. referert i Waldenstrøm (2009, s. 9), en krise kan defineres som:

En avgrenset tidsperiode med psykisk ubalanse hos personer som blir konfrontert med en uforutsett og vanskelig hendelse som vedkommende på det aktuelle tidspunktet verken kan flykte fra eller løse ved hjelp av sine vanlige problemløsende krefter (strategier).

1.4.3 Håp

Et av menneskets viktigste faktorer for å opprettholde livet, er håpet:

Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengere sikt. Dette innebærer ikke nødvendigvis en forventning om at problemer og vanskeligheter

skal løses, men at man har tillit til at fremtiden vil ha noe ved seg som kan oppleves meningsfylt (Eide og Eide, 2010, s. 56).

Håp gir motivasjon, styrke og drivkraft til å stå i en vanskelig situasjon. Håp er fremtidsrettet, og pårørende som har håp og tro, ser muligheter i sin vanskelige situasjon (Sand, 2001). Jeg vil senere i oppgaven vie disse sentrale begrepene, pårørende, krise og håp, mer oppmerksomhet.

1.5 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1. Innledning. Her forteller jeg hvorfor jeg har valgt dette tema, jeg presenterer problemstillingen, avgrensning og hvilket formål jeg har med oppgaven.

Kapittel 2. Metode. Her sier jeg noe om litteraturstudie som metode for datainnsamling, kildekritikk, samt hvordan jeg har funnet frem til litteraturen jeg har brukt.

Kapittel 3. Teoridelen. Her presenterer jeg Joyce Travelbees sykepleieteori rettet mot pårørende. Jeg beskriver også pårørendes behov i en krisesituasjon og pårørendeperspektivet i sykepleien.

Kapittel 4. Drøfting. Her drøfter jeg hvordan sykepleieren møter pårørendes behov og hva litteratur og forskning viser.

Kapittel 5. Avslutning.

Kapittel 6. Litteraturliste.

Vedlegg 1. Forfatteroversikt.

Vedlegg 2. Artikkeloversikt.

Oppgaven består av 9811 ord.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode

I følge Vilhelm Aubert er en metode «*en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldig eller holdbare*» (Dalland, 2007, s. 83).

Metode er et verktøy som hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen. Metode velges ut fra hva som man ønsker å undersøke ved fenomenet. Innenfor samfunnsvitenskapen er de vanligste metodene, den kvantitativ og den kvalitativt orienterte metode. Ved bruk av den kvalitative metode fanger man opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Når kvantitativ metode brukes får man målbar informasjon, som gjennomsnitt eller prosent av en større mengde (Dalland, 2007).

2.2 Litteraturstudie

Ingeborg Støren (2010) skriver at litteraturstudie er en systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder. Det betyr å samle inn og foreta en kritisk gjennomgang og sammenfatte de skriftlige kildene. Litteraturstudie har ikke til hensikt å bringe frem ny kunnskap, men det kan komme frem nye erkjennelser ved å sammenstille kunnskap fra tidligere undersøkelser.

2.3 Begrunnelse for valg av metode

I oppgaven har jeg valgt å belyse min problemstilling ved hjelp av litteraturstudie. Ved bruk av litteraturstudie som metode, vil jeg finne frem til litteratur om det aktuelle temaet. Dersom en ny teori skulle utvikles, måtte jeg ha innhentet data om pasientens og pårørendes opplevelser og erfaringer. Det har jeg ingen mulighet til ut i fra gjeldende regelverk, tidsrammer og oppgavens omfang, og et slikt arbeid foregår ikke på bachelor nivå. Jeg mener at litteraturstudie vil kunne gi meg både økt kunnskap og forståelse rundt mitt valg av tema.

2.4 Litteratursøk

Jeg har gjennom arbeid med oppgaven brukt bøker som er med i pensumlisten under sykepleierstudiet. Selvvalgt litteratur fant jeg blant annet gjennom bibliotekets søkebase BIBSYS, som er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler.

Jeg har søkt etter relevante forskningsartikler gjennom søkemotorene på UiN sin bibliotekside. Jeg har søkt gjennom blant annet Helsebiblioteket.no, anerkjente databaser som ProQuest, PubMed (internasjonal), CINAHL(internasjonal /sykepleiefaglig), SweMed+ (nordisk/sykepleiefaglig) og Sykepleien.no. Jeg har også foretatt manuelle søk.

For å finne relevante forskningsartikler har jeg brukt søkeordene: close, coping, relatives, intensive,unit, care, unmet, needs, family. members, critical, ill, patients, acute, nursing, information, pårørende, krise, akutt, informasjon og håp. Søkeordene har jeg brukt både enkeltvis og i forskjellige kombinasjoner.

For å avgrense søkene, krysset jeg av for «review» (fagfelleverdert), «free full text», «abstract» og «årstall» i søkemotoren. Jeg fikk så frem forskningsartikler som var tilgjengelige i full tekst. Jeg har brukt de samme søkeordene i søkene etter faglitteratur.

I tillegg til søk i databasene, har jeg fått råd og tips om litteratur fra veileder og medstudenter.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr at man stiller seg kritisk ovenfor kildene som skal brukes i oppgaven.

Kildene som benyttes blir vurdert og karakterisert og litteraturen skal være gyldig og relevant (Støren, 2010).

I oppgaven skal man helst forholde seg til primærkilder som er publisert av hovedforfatterne.

Kildene skal kunne gi ny kunnskap om temaet, og metoden skal kunne etterprøves og kontrolleres (Dalland, 2007).

Jeg har brukt primærkilder av pensum- og selvvalgt litteratur, noe som jeg mener er med på å styrke oppgaven. Noen av forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Jeg har selv oversatt disse og kan ha tolket funnene unøyaktig og det kan derfor være en svakhet.

2.6 Presentasjon av hovedlitteratur

2.6.1 Forfattere av pensumlitteratur.

Ellen Støre Blix og Solveig Breivik (2006), Olav Dalland (2007), Hilde Eide og Tom Eide (2007), Anna Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal (2004) og Egil Waldenstrøm (2007) er alle bøker i pensumlitteraturen i bachelorstudiet i sykepleie. Universitetet setter høye faglige krav til pensumlitteraturen. Jeg vurderer derfor disse bøker som sikre og relevante kilder for bruk i oppgaven, samt at de er primærlitteratur.

Forfatterne er blant annet sykepleiere med høyere utdanning, psykiater, professorer innen lederskap, etikk i helse og sosialfag, og med erfaring fra forskning. Dette er med på å styrke bøkernes validitet.

Moesmand og Kjøllesdal (2004) bok med tittelen « Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov», har jeg brukt aktivt. Boken har gitt meg mye kunnskap, og jeg ser at det refereres til denne boken i flere bøker, blant annet i «Klinisk sykepleie I» og «Bære hverandres byrder: pårørende i sykepleie».

Forfatternes bakgrunn, er spesifisert i en vedlagt forfatteroversikt.

2.6.2 Forfattere av selvvalgt litteratur.

Ingrid Hollmèrus-Nilsson, Anne Marit Sand, Jorunn Marie Storaker, Dag-Gunnar Stubberud, Anne-Grethe Talseth og Joyce Travelbee. Alle forfatterne har utdanning innen sykepleiefaget. Noen forfattere har høyere utdanning, mastergrad, embetseksamen i sykepleievitenskap og Ph. D-grad. Flere har erfaring fra undervisning og forskning. Med bakgrunn i det ovenfor nevnte, vurderer jeg forfatterne som anerkjente og pålitelige innenfor deres fag. Deres faglitteratur belyser min problemstilling grundig, og jeg vurderer det å være en styrke for min selvvalgte litteratur, samt at det er primærkilder. Om forfatternes bakgrunn, har jeg spesifisert i vedlagt forfatteroversikt.

2.6.3 Forfattere av forskningslitteratur.

Beanland, C., Blom, H., Botti, M., Engström, Å., Fry, S., Gustavsson, C., Readly, B., Sundler, A., Söderberg, S. og Warren, N.. Forskerne er sykepleiere med blant annet høyere utdanning, med spesial-, mastergrad og professor utdannelse. Har erfaring fra utdanning og veiledning innenfor sykepleie. Skrevet fagbøker, medisinske fagartikler og foretatt flere forskninger alene eller sammen med andre.

Det har vært vanskelig å finne forskning om pårørende i en krisesituasjon. Flere av artiklene som jeg har valgt, er eldre enn fem år. Jeg finner dem fortsatt pålitelige og relevante, og de belyser min problemstilling utfyllende.

Den vedlagte forfatteroversikten viser forskernes bakgrunn. Funnene er med på å styrke forskningsartiklenes validitet. For å finne opplysninger om enkeltes forfatteres bakgrunn, har jeg også skrevet til dem.

3.0 Teoridel

I dette kapitlet kommer den teoretiske tilnærmingen til oppgavens problemstilling. Jeg har valgt å benytte meg av Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Valget begrunner jeg på teoriens fokus på å hjelpe familien. Hun var også den første sykepleieteoretikeren som omtalte pårørende til den syke som en del av helhetlig omsorg til pasienten (Sand, 2001, s. 33). Travelbee mener at jo dyktigere en sykepleier er til å opprette menneske-til-menneske forhold med pasienten, desto større muligheter får sykepleieren til å imøtekomme deres sykepleiebehov (Travelbee, 1999). Jeg mener at også dette perspektivet er direkte overførbart til relasjon mellom pårørende og sykepleier.

3.1 Joyce Travelbees teori

3.1.1 Sykepleieteori og menneskesyn

Travelbee (1999) er spesielt opptatt av de mellommenneskelige dimensjoner i sykepleie, hvor hun legger vekt på den sykes familie. Travelbee definerer sykepleie på følgende 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»* (Travelbee, 1999, s. 29).

Definisjonen belyser sykepleierens ansvar som også kan innebære å ivareta hele familien og hjelpe dem til å mestre motgang. Travelbee (1999) mener at et hvert menneske må sees på som en unik person, som er enestående og uerstattelig. Hun omtaler sykepleie som en menneskelig prosess, fordi det alltid omhandler mennesker, både direkte, indirekte, syke og friske.

Som sykepleier er det viktig å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten og hans pårørende. Med et slikt etablert forhold møter sykepleieren både pasienten og de pårørende som likeverdige. Gjennom menneske-til-menneske-forhold er målet for sykepleie å ivareta individets, familiens og samfunnets sykepleiebehov (Travelbee, 1999).

3.1.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (1999) mener at for å oppnå sykepleiens mål og hensikt må det opprettes et menneske- til-menneske-forhold. Det viktigste gjennom denne relasjonen er en eller flere erfaringer som finner sted mellom sykepleieren og en person eller familie som har behov for sykepleierens tjeneste. Travelbee (1999) skriver at for å etablere og opprette slike relasjoner, må det være et gjensidig forhold mellom individene og kan ikke etableres mellom roller. For at et slikt forhold kan etableres og utvikles, må det gjennomgå følgende faser.

Møte. Den første fasen beskriver det innledende møtet, som preges av at individene ikke kjenner hverandre. Det første inntrykk dannes og baseres på den andres væremåte, språk og handling. Skal dette møtet utvikles til en relasjon, må sykepleieren evne og se det unike mennesket bak rollen som pasient eller pårørende.

Identitet. Etter det innledende møtet vil individenes identiteter tre frem og oppfattes av den andre. Den generaliserende oppfatningen vil forsvinne og sykepleieren og pasient eller pårørende etablerer en relasjon.

Empati. Er evnen til å sette seg inn i eller å forstå og delta i den andres situasjon i øyeblikket, samtidig som man holder sitt eget selv adskilt fra den andres. Det knyttes et bånd av kontakt mellom to personer når empati har oppstått. Travelbee (1999) mener at empati ikke oppstår tilfeldig, men at empati bygger på like erfaringer mellom to parter. Gjennom den empatiske prosessen utvikles sympati, som fremkaller ønske om å hjelpe og lette lidelsen til den syke.

Sympati. Er når sykepleieren uttrykker medfølelse og viser evner til å forstå den andres situasjon. Ved å vise sympati overfor pasient eller pårørende, gir sykepleieren uttrykk for at man bryr seg og er engasjert i hvordan de har det. Gjennom verbal eller non-verbal kommunikasjonen kan sympati uttrykkes.

Gjensidig forståelse og kontakt. Er siste og femte fase i etableringen av menneske- til-menneske forhold, og som skal være et overordnet mål til all sykepleie. Utvikling av denne fasen skjer når sykepleiere i handling viser både forståelse og ønske om å hjelpe pasient og pårørende til å få det bedre. Forutsetningene for å kunne hjelpe innbefatter både et ønske om å

hjelp, og ferdigheter og kunnskap til å utføre sykepleietiltak ut fra vedkommendes behov (Travelbee, 1999).

3.1.3 Kommunikasjon

Her velger jeg å trekke inn Travelbees syn på kommunikasjon, hvor hun beskriver som en grunnleggende del av menneske-til-menneske-forholdet. Gjennom god kommunikasjon skapes gode relasjoner og samhandlinger, det skjer både verbalt (det vi uttrykker ved ord) og non-verbalt (det vi uttrykker ved tonefall, kroppsspråk ol.). Taushet og fysisk berøring er også en form å uttrykke seg non-verbalt på. Kommunikasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier er en viktig del i sykepleiefaget. Ved bruk av kommunikasjon får sykepleieren mulighet til å bli kjent med individet og forstå hvordan vedkommendes behov kan ivaretas. Slik kan sykepleieren bidra til at individet blir i stand til å mestre sin situasjon på en hensiktsmessig måte (Travelbee, 1999).

3.2 Pårørende

Jeg vil her vie min oppmerksomhet til pårørendes krisesituasjon og deres behov, samt utdype begrepene informasjon, håp, det å bli sett og inkludert.

Som nevnt tidligere i punkt 1.4.1. er pasientens pårørende i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, de eller den personen pasienten oppgir som nærmeste pårørende.

Moesmand (2004, s. 53) definerer pårørende slik: *«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»*.

Det kan være flere årsaker til at en person blir akutt kritisk syk. Det kan blant annet skyldes ulykker, skader, forverring av kronisk sykdom eller akutt sykdom. Pasientens situasjon kan variere fra dag til dag og fra time til time, hvor pasienten svinger fra å være stabil til ustabil. Faktorer som kan virke inn på pårørendes psykologiske stress, er pasientens prognose og usikkerhet om utfall. Dagliglivets mange krav og forpliktelser og pårørendes nettverk er av stor betydning for mestring av den akutte situasjonen som er oppstått (Moesmand, 2004).

Ut fra de yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et ansvar for blant annet samhandling med pasienten og pårørende. Dette innebærer å vise dem respekt, omsorg og sørge for at deres rett til informasjon blir ivaretatt (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

3.2.1 Pårørende til den akutt kritisk syke

Pårørende rammes også når en av deres nærmeste rammes og blir akutt kritisk syk. Å være pårørende til en person som rammes av akutt kritisk sykdom kan gi store påkjenninger, og er noe man oftest blir kastet brått inni. Livet til de pårørende endres på et øyeblikk der og da, samtidig som deres stabilitet, ressurser og mestringsevner blir truet (Moesmand, 2004).

Det er ikke alltid de psykologiske stresssymptomene er synlig for andre. Moesmand og Kjøllesdal (2004, s. 250) beskriver fire av de vanligste reaksjoner;

- *Kroppslig – som svetting, hjertebank, og pustebesvær.*
- *Atferdsmessig – som rastløshet, overaktivitet eller apati.*
- *Følelsesmessig – som frykt, sinne, gråt og latter.*
- *Kognitive – som innsnevret bevissthet og vansker med rasjonell tenkning, endret tidsopplevelse og uvirkelighetsfølelse.*

Johan Cullberg (1994, s. 108) sier at en traumatisk krise kan identifiseres ved to forhold, sjokket som er bakgrunnen for krisen og den erfaringen som individet sitter igjen med. Han definerer en traumatisk krise som; *«en traumatisk krise som individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet».*

Desto nærmere relasjonen er til den akutt kritisk syke, dess større er sannsynligheten for at de følelsesmessige reaksjonene blir sterkere. Pårørende opplever ofte følelser av fortvilelse, avmakt, hjelpeløshet og angst, samt ensomhet. Dette fordi hver pårørende har sin egen opplevelse og individuelle måte å mestre situasjonen på. Å bære alene sitt mangfold av motstridende følelser og hjelpeløshet, tærer på kreftene og overskygger ofte alt annet i tilværelsen (Hollmèrus-Nilsson, 2002).

3.2.2 Pårørendes behov

Rett etter at akutt kritisk sykdom har oppstått, er noe av det viktigste at pårørende får informasjon og forsikring om at pasienten vil få den rette behandling og omsorg som trengs. Informasjonen som gis om pasientens tilstand og utsikter må være konkret, relevant, og må gis i en språkform slik at pårørende forstår. Å få lov til å være nær og se den syke pasienten, er også av stor betydning for de pårørende, samtidig som de kan se at pasienten er i gode hender. Pårørendes behov for å komme nær pasienten for å trøste, vise omsorg, gi en klem eller finne en hånd å holde i, kan oppleves vanskelig på grunn av alt det tekniske utstyret som pasienten er koblet til. Pårørende vil kunne trenge noen som kan lytte og være sammen med dem og hjelpe dem til å takle sin angst og frykt (Moesmand, 2004).

I studien til Shirley Fry og Nancy A. Warren (2007) kommer det frem flere sentrale behov som pårørende kan ha. De viktigste behovene er blant annet å ha håp, å få være nære eller sammen med pasienten, å kunne berolige og støtte pasienten, å få informasjon og sine spørsmål besvart. Samtidig var det viktig for pårørende å få se at sykehuspersonellet brydde seg om pasienten.

3.2.3 Å bli sett

Pårørende har blitt vist liten oppmerksomhet opp gjennom tiden, og flere har følt seg oversett og som «ikke-personer» av sykepleierne. Opplevelsen henger ofte sammen med måten hvordan de er blitt tiltalt og snakket til. Oppmerksomhet og interesse for å finne ut om hvordan de har det, har vært liten, å være hyggelig å smile og hilse er ikke nok (Sand, 2001).

Å ikke bli sett, gir ofte pårørende en opplevelse av fremmedgjøring og en følelse av ikke å ha kontakt med sykepleierne. Økt følelse av hjelpeløshet og maktesløshet vil oppstå dersom pårørende opplever at de ikke blir sett av sykepleierne (Talseth, 2002).

3.2.4 Informasjon

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 står det om informasjon til pasientens nærmeste pårørende, «dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes» (Lovdata.no).

I hovedregel om taushetsplikt i følge helsepersonelloven § 21. står det at, *«helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell»* (Lovdata.no).

Når pasienten er blitt akutt kritisk syk, og usikkerheten rår, har pårørende ofte et stort behov for informasjon. Ved for lite informasjon eller at det går lang tid før pårørende får informasjon om pasientens tilstand, kan det være fare for at pårørende danner sin egen feiltolkning og beslutning. Dette kan medføre stor belastning og fremkalle stress hos pårørende. Det er viktig at informasjonen er av slik karakter at pårørende kan forstå, samt forholde seg til den (Moesmand, 2004).

3.2.5 Håp

Travelbee (1999) sier følgende, et menneske som ikke lenger har håp, ser heller ikke muligheten til forandringer og forbedringer i sin situasjon. *«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige»* (Travelbee, 1999, s. 117).

For at mennesket skal bevare og utvikle håpet, vil det være knyttet til både trygghet og visshet om å få hjelp fra andre når behovet oppstår. Sykepleierens oppgave er blant annet å hjelpe individet til å opprettholde håpet og unngå håpløshet (Travelbee, 1999).

Håp er viktig å vektlegge i den første fasen av sykdom og krise. Pårørende får da tid til å kjenne på tanken om at sykdommen har nå rammet deres tilværelse. Håpet er viktig å holde fast ved, så ikke håpløsheten og fortvilelsen overtar (Sand, 2001).

I Moesmand (1992, s. 57) hovedoppgave kom det frem at det var av stor betydning for pårørende at håpet ble opprettholdt. Det kreves at pårørende mestrer sin situasjon hensiktsmessig, for at de kunne være til støtte og hjelp for pasienten. Det kunne være behov å få hjelp fra helsepersonell og annet nettverk, for å kunne oppnå dette. *«håp og hjelp er nært knyttet sammen»*. Håp er sterkt knyttet til å være avhengig av andre.

3.2.6 Inkludert

Noen pårørende kan ha et behov og ønske om å hjelpe, og være delaktige i pleien av den syke. Dette for å få vise sin kjærlighet og omsorg til den syke, men det må være ut fra den sykes ønske, hvor det er mulig. Sykepleieren kan finne muligheter til deltakelse for pårørende, slik at ikke det oppstår etiske dilemmaer (Moesmand, 2004).

Storaker (2004) påpeker at det har stor betydning for pårørende å oppleve at de blir inkludert og tatt på alvor, og at de er verdifulle samarbeidspartnere. De pårørende kjenner den syke best og kan sitte inne med verdifulle opplysninger.

Talseth (2002) kommenterer at pårørende kan ha nyttig informasjon om pasienten, og som kan være til hjelp for god behandling. Pårørende føler det er viktig at de får bidra med denne informasjon i den første fasen, og at de kan være ressurspersoner i omsorgen. Dette kan være med på at pårørende opplever at de blir inkludert og til nytte for pasient og sykepleierne. Når en ikke blir lyttet til og blir fratatt engasjementet, reduseres muligheten for deltakelse.

3.3 Å bruke seg selv terapeutisk

Et annet kjennetegn på en profesjonell sykepleier, er i følge Travelbee å bruke seg selv terapeutisk. Ved å bruke seg selv terapeutisk, bruker sykepleieren sin egen personlighet og kunnskap, i den hensikt at man skal oppnå forandring hos den syke. Når man oppnår lindring og forandring hos den syke, ser man på det som terapeutisk. Når man bruker seg selv terapeutisk, bruker en fornuft og intelligens, og man må ha innsikt i det å være menneske. Disse terapeutiske evner må hele tiden utvikles hos sykepleieren og dette starter allerede under utdanningen (Travelbee, 1999).

3.3.1 Se den pårørende

Ved å bruke pårørende som en viktig samarbeidspartner, og hvor vi i fellesskap yter den syke god omsorg, blir den pårørende «sett». Pårørende trenger faglig medmenneskelig støtte for å mestre sin egen situasjon fordi deres livssituasjon er blitt dramatisk endret. Ved å ta tidlig kontakt med de pårørende, og avklare deres forventninger og hvilke behov de har, viser sykepleieren at man ser dem. Uavklarte forventninger til behandling, deltakelse, overnatting og andre praktiske ting kan være kilder til samarbeidsproblemer. At sykepleieren har tid til å sette seg ned og lytte til det de bærer på, er av stor støtte og betydning for pårørende i en

krisesituasjon. Pårørende glemmer fort at de har et eget behov for mat og drikke, hvile og søvn når de sitter hos den syke. Da er det viktig at sykepleierne er på tilbudssiden både med mat og drikke og en god stol eller en seng som de pårørende kan hvile seg i. Dette er med på å gi de pårørende en god opplevelse av omsorg og en bekreftelse på at de er «sett» (Stubberud, 2005).

Når sykepleieren møter pårørende med vennlighet og høflighet, samt har tid til å lytte, ser de pårørende som en person med individuelle behov. Opplevelsen av å bli forstått og bekreftet er med på å skape trygghet hos pårørende. Dette kan oppnås når sykepleieren er oppmerksom og sensitiv for de pårørendes vanskelige situasjon og ser deres behov (Talseth 2002).

3.3.2 Gi informasjon til pårørende

Håpet blir påvirket av hvilken informasjon som blir gitt og hvordan den gis og følges opp. Sand (2001, s. 37) siterer en engelsk lege, «*They maybe forget what you said, but they never forget how*». Helsepersonellet bør vektlegge det optimistiske i informasjon så langt som de har dekning for det, samtidig som det skal være «sannheten». Pårørende trenger å vite hvordan det går med den syke, samt at de ønsker å føle seg trygg på at spørsmålene blir oppriktig besvart. Sykepleieren har en viktig rolle å fange opp behovet for informasjon og finne passende tid for at den blir gitt til pårørende. At sykepleieren viser engasjement og bryr seg har stor betydning for de pårørende (Sand, 2001).

Behovet for informasjon hos pårørende er kontinuerlig samtidig som det er vekslende, og det kan være vanskelig å vurdere hvor mye informasjon som sykepleieren skal gi pårørende. Informasjonen skal gis på den sykes og pårørendes premisser, og de skal være trygg på hvem de senere skal henvende seg til for å få den informasjonen de har behov for. Informasjonen skal være entydig og klar og gis i et språk som pårørende forstår (Storaker, 2004).

3.3.3 Fremme håp hos pårørende

Håp kan beskrives nærmere med følgende begreper, forventninger, tillit, motivasjon, positive ressurser og mental kraft. Personens opplevelse av hele sin livssituasjon er med på å farge tilstedeværelsen av håp. Personens styrke og mot til å tro på morgendagen, opprettholdes gjennom håpet. Gjennom tanker, følelser og handlinger kan personens håp komme til uttrykk. Sykepleieren har en viktig rolle i å fremme pårørendes opplevelse av håp i en vanskelig situasjon (Kristoffersen og Breivik, 2005).

Hvordan pårørende makter å opprettholde håpet i en vanskelig situasjon, har stor betydning for hvordan de mestrer sin situasjon. Pårørendes håp kan bli opprettholdt ved hjelp av å be til og tro på Gud, samtidig som de ser at helsepersonellet gjør alt for pasienten. Når pasienten er på operasjons- eller på intensivavdelingen, ser pårørende at det blir gjort noe for pasienten. Dette er med å gi indirekte håp om at han eller hun kan overleve. Pårørendes tillit til helsepersonellet baseres på tiltro om at de har kompetanse og vil bruke den for å hjelpe pasienten. Hvordan helsepersonellet forholder seg og omtaler pasienten både direkte og indirekte, kan ha stor innflytelse på håpet som pårørende har. Pårørendes psykologiske stress kan reduseres når de blir beroliget om pasientens tilstand (Moesmand, 2004).

3.3.4 Inkludere den pårørende

Når pårørende ut fra det de selv makter, blir tatt med og får lov å være en ressurs for både pasienten og sykepleierne, og at deres eget sykepleiebehov blir tilfredsstilt, da gis det en helhetlig sykepleie. Pårørende blir da inkludert, og det kan medvirke til at de får bearbeidet sin opplevelse på en hensiktsmessig måte. Ved at sykepleieren tilrettelegger for pårørendes deltakelse i omsorgen og får gjøre noe positive for den syke, som for eksempel gre håret, fukte lepper, smøre hender og ben, kan dette gi pårørende en følelse av personlig kontroll og redusere frykt for det ukjente (Moesmand, 2004).

Når sykepleierne snakker med pårørende på en dagligdags måte opplever pårørende en jeg-du-relasjon, og føler seg inkludert. Følelsen av å bli inkludert oppstår også når sykepleieren har tid til å lytte og være hyggelig. Inkludering kan også vises gjennom at sykepleierne deler sine egne følelser, sin menneskelighet og erkjenner sin egen sårbarhet og skjørhet. Dette er med på å vise de pårørende at sykepleierne bryr seg om både pasienten og dem (Talseth, 2002).

4.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte pårørendes følgende behov, å bli «sett», informasjon, håp, å bli inkludert, i forhold til min problemstilling som er «*Hvordan møter sykepleierne pårørende i en krisesituasjon, når en av deres nærmeste svever mellom liv og død?*», og hvilken betydning det har for pårørende.

Dalland (2007, s. 122) skriver i følge av Bokmålsordboka (1986) at: «*å drøfte er å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider*».

4.1 Å bli sett

Jeg vil i dette avsnittet drøfte følgende behov hos pårørende, å «bli sett», og hvordan sykepleierne forholder seg i møte med pårørende. Jeg vil også trekke inn hvordan Travelbees menneske-til-menneske-forhold benyttes for å oppnå en god relasjon til pårørende. Jeg drøfter det ut fra litteratur, forskning og egne erfaringer.

Travelbee (1999) skriver at når et familiemedlem blir syk, rammes også hele familien. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold skapes kontakt mellom pårørende og sykepleier. Skal sykepleiebehovet bli ivaretatt, må en sykepleier bruke seg selv terapeutisk. Det innebærer å bruke kunnskap på en hensiktsmessig måte, samt bruke fornuft og intelligens.

I det *innledende møtet* bør sykepleieren ha en profesjonell holdning i forhold til førsteinntrykket og lære den andre å kjenne som person, slik at identiteten fremstår (Travelbee, 1999). I dette møtet blir grunnlaget lagt for hvordan videre samhandling mellom pårørende og sykepleier skal utvikles. Derfor er det viktig at det opprettes tidlig kontakt med de pårørende for det videre samarbeidet med sykepleieren (Moesmand, 2004).

Storaker (2004) og Sand (2001) bekrefter også at det første møte mellom pårørende og sykepleieren er viktig, hvor god kontakt skapes. Sykepleieren bør møte pårørende med respekt, anerkjennelse og bekreftelse på at de er viktige.

Ved at sykepleieren presenterer seg og forteller at det er hun som «nå» har ansvar for pasienten, og stiller seg tilgjengelig, er det med på å skape trygghet og tillit for pårørende. Dersom sykepleieren unnlater å møte pårørende med respekt og anerkjennelse, kan de få en opplevelse av ikke å bli «sett» av sykepleieren. For å vise at pårørende blir «sett», kan

sykepleieren gjennom samtalene spørre om hvordan de har det, om de trenger hjelp til noe, og hva de selv tenker om situasjonen. Små oppmerksomheter som å tilby en kopp kaffe og en god stol kan være med på å fortelle at sykepleieren har «sett» dem, samt bekrefte for dem at de er viktig for både pasienten og for oss sykepleiere.

Etter det innledende møtet trer pårørendes og sykepleierens *identitet frem*. Pårørende og sykepleieren blir i stand til å se hverandre som unike mennesker, og det skapes et bånd mellom dem, og rolleoppfatningen avtar. Et gjensidig forhold er under utvikling, og de vil kunne se hverandre som særegne personer. Sykepleieren får nå muligheten til å fange opp behovene hos pårørende, hvordan de føler, tenker og oppfatter sin situasjon. Det er i denne fasen pårørende kan få opplevelsen av å bli sett av sykepleieren (Travelbee, 1999).

Sykepleieren bør se pårørende i et helhetlig perspektiv som et menneske med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Behovene kan blant annet være kontakt, trygghet, egenomsorg, hvile, mat, ressurser og opplevelse av sin situasjon. Som sykepleier er det viktig å kunne se hvilke av disse behovene som pårørende trenger hjelp til å ivareta. I mitt møte med sykehuspersonalet opplevde jeg selv følelsen av ikke å bli «sett» mens min mann lå på operasjonsbordet. Ventetiden alene ble lang, jeg sank sammen i stolen og følte meg uendelig trett, sliten og alene. Det var en trykkende stillhet rundt meg. Jeg var både tørst og tørr i munnen. Etter en lang stund stakk en sykepleier hodet innenfor døren og lurte på om jeg ønsket kaffe, men ellers så jeg ikke noe til personalet.

Stubberud (2010) bekrefter at pårørende føler seg ikke «sett» av sykepleieren uten at de selv tar kontakt. Sykepleierne er hyggelige, hilser og smiler, men de er uoppmerksomme og uinteresserte i å undersøke hvordan pårørende har det og hva de trenger.

Empati oppstår ikke tilfeldig, men kan bygge på erfaringer fra tidligere og lignende situasjoner. Empati er ikke å føle det samme som den andre, men å stå utenfor og ta del og se inn til den andre. Når empati oppstår kjenner man en følelse av nærhet og kontakt, og et ønske om å forstå (Travelbee, 1999).

Sykepleieren kan lettere identifisere seg med pårørendes situasjon, hvis hun selv har lignende erfaring. Erfaringene trenger ikke å være identiske for at sykepleieren skal føle empati, men kan være med å gjøre sykepleieren bedre i stand til å forstå og sette seg inn i andres situasjoner.

Fry og Warren (2007) beskriver to pårørendes opplevelse slik: sykepleieren som tok seg av min mann hadde en lignende erfaring med sin far, og hun tok seg tid til å dele sin erfaring med meg, og den andre pårørende fortalte, sykepleieren presenterte seg og sa at det var hun som hadde ansvar for min mann nå. Slike små oppmerksomheter fra sykepleierne var med til å skape relasjoner, trygghet og tillit til pårørende, og de følte seg «sett».

Selv om sykepleieren ikke er i stand til å føle empati i alle situasjoner, kan omsorg vises gjennom de andre fasene, og slik etableres et menneske-til-menneske-forhold. Min egen opplevelse som pårørende har gitt meg en bedre forståelse for pårørendes reaksjoner og behov.

Travelbee (1999) sier at gjennom *sympati* og *medfølelse* blir sykepleieren i stand til å forstå pårørendes situasjon, og gjennom nærhet til dem blir sykepleieren berørt, og et ønske om å hjelpe oppstår. Varmen fra sympati og medfølelse kan uttrykkes både verbalt og non-verbalt.

Å uttrykke sympati og medfølelse som skal være til hjelp for pårørendes, kan også gi negative utfall. Sykepleieren skal handle ut fra en faglig forståelse, og det skal være rom for pårørendes følelser. Støtten må ikke bli til formynderi som begrenser pårørendes handlerom. Pårørendes sterke følelser som kan komme frem, må de få lov å vise. Sykepleieren bør møte pårørende med forståelse, nærhet og medfølelse, uten å vise unødvendig medlidenhet ved å uttrykke «stakkars deg» eller «å jeg synes så synd i deg».

Sand (2001) bemerker også at i den første akutte fasen er det viktig at sykepleieren ikke vektlegger pårørendes følelser, det kan være med på å redusere pårørendes mestringsstrategi. Pårørende kan derimot i en senere fase ønske å få dele sine følelser og tanker med sykepleieren.

Travelbee (1999) mener at sykepleieren gjennom sin atferd, kan formidle sympati og medfølelse, eller fravær av dette. Når sykepleieren viser at hun er engasjert, og utviser følelsesmessig støtte i en vanskelig tid til pårørende, kan dette bidra til å, «(...) vekke til en

nødvendig viljeshandling når den følelsesmessige støtten blir anvendt riktig av sykepleieren»
(Travelbee, 1999, s. 201).

Travelbee (1999) skriver at, *gjensidig forståelse og kontakt* etableres når sykepleieren og pårørende er blitt kjent, og en relasjon er opprettet. Følelser, tanker og holdninger kommuniseres mellom partene i denne prosessen. Sykepleieren kan nå lettere registrere behovene hos pårørende, og utføre handlinger som er til hjelp og støtte.

Ut fra min erfaring som pårørende, mener jeg det er mulig å vise omsorg og medfølelse uten å etablere et slikt nært forhold. Min opplevelse i møte med intensivsykepleieren som jeg ikke hadde hilst på tidligere, føler jeg bekrefter det. Intensivsykepleieren viste en umiddelbar nærhet, medfølelse og omtanke for meg i min vanskelige situasjon, ved hans spontane klapp på skulderen, kom med kaffe, satte seg ned sammen med meg ved min manns seng og pratet om løst og fast, det var godt å få noen å prate med, få luftet noen av de mange tanker og følelser jeg hadde.

Hans omsorg var tillitsskapende og gjorde meg trygg. Den spontane klappen på skulderen gjorde meg godt, men ikke alle hadde følt det samme. Hvordan sykepleieren skal opptre i slike situasjoner finnes det ingen fasitsvar på. Sykepleieren bør gå varsomt frem og bruke sin erfaring og sitt skjønn, for å gjøre det som føles riktig i en hver situasjon. Det er ikke alle som ønsker fysisk berøring og det kan føles ubehagelig.

Blix og Breivik (2006) bekrefter at pårørende i en sårbar situasjon, kan synes det er vanskelig å slippe fremmede inn på seg, uten at det er etablert en relasjon til sykepleieren.

Lene Engebretsen og Anna Mia Olsen (2003) bemerker at mange pårørende opplevde at personalet hadde liten tid til dem, og de tolket det som stort arbeidspress.

I forbindelse med min hjemreise, opplevde jeg det samme. Jeg spurte sykepleieren som var på dagvakt om hun ville bestille flybillett til meg, og svaret var *«nei, det har vi ikke tid til å holde på med, det må du gjøre selv»*. Når pårørende blir møtt på denne måten kan de oppleve seg oversett og bli utrygge.

I en travel hverdag kan sykepleierens oppmerksomhet på praktiske og medisinske gjøremål i forhold til pasienten være utfordrende. Da kan det være lett å overse signaler fra pårørende, og de blir ikke «sett». Ved å sanse og tolke non-verbale signalene, kan sykepleieren lettere se

hvordan pårørende mestrer sin situasjon. Dette er noe Eide og Eide (2007) bekrefter er viktig gjennom den hjelpende kommunikasjon.

Som sykepleier er det viktig å se helheten rundt pårørende med deres behov og ønsker. Å få bekreftelse på at det er greit å ta en pause, var noe jeg selv erfart positivt, da sykepleieren på intensivavdelingen viste omsorg og påminte meg og sa, *«nå må du tenke på deg selv, du har fått sett at mannen din har det bra, det har vært en lang og slitsom dag for deg, vi skal ta godt vare på ham»*.

4.2 Informasjon

Jeg vil videre i dette avsnitt drøfte pårørendes behov for informasjon. Hvordan og hvor blir informasjonen formidlet til pårørende, samt hva sykepleierne bør ta hensyn til. Jeg vil nevne hvordan lovverket kan føre til frustrasjon hos pårørende. Jeg vil drøfte det ut fra litteratur, forskning og egne erfaringer.

Storaker (2005) skriver at et av pårørendes viktige behov er støtte og informasjon fra sykepleier og leger, om pasientens tilstand. Pårørende kan oppleve sin situasjon som svært kaotisk og klarer ikke å tenke rasjonelt. For sykepleieren blir det da viktig at de har et våkent blikk for pårørendes opplevelser i den akutte fasen. Pårørende kan være redde for å stille konkrete spørsmål fordi de ikke makter å høre sannheten om pasientens tilstand.

Hvor mye informasjon og støtte sykepleieren skal gi pårørende, er avhengig av deres opplevelse av situasjonen. Informasjonen skal gis på pårørendes premisser.

Sykepleieren må også forsikre seg om at pårørende har oppfattet informasjonen, blant annet ved å spørre pårørende om hva de har forstått. Det kan bli for brutalt å fortelle hele sannheten på en gang. Pårørende kan trenge tid til å forsone seg med sin situasjon.

Informasjon bør gis ofte, regelmessig og varsomt med, små *«drypp»* av sannheten etter hvert (Storaker, 2005).

Hvis utsikten for pasientens utfall er usikkert, oppfordrer Stubberud (2010) at når informasjonen gis, vektlegger man behandlingen, og fokuserer ikke på fremtidsperspektivet.

Man bør bekrefte for pårørende at man gjør hva man kan for pasienten.

Anny Norlemann Holme (2008) bekrefter også, at for å unngå unødvendige påkjenninger, bør pårørende få regelmessig informasjon. Sykepleieren bør bli mer bevisst sin egen rolle i

forhold til den informasjonen de gir til pårørende, og de bør skille klart mellom en vanlig samtale og hva som er informasjon.

Moesmand (2004) skriver derimot om pasientens «*gylne time*», som innebærer at det gis raskest mulig behandling innen en time, for å sikre størst mulig overlevelse av pasienten. «*Den gylne time*» kan også overføres til pårørende. Etter hendelsen og beskjeden som pårørende har mottatt, ønsker pårørende ofte å få se pasienten så snart som mulig, helst innen en time. De ønsker også snarlig informasjon om pasientens tilstand. Sykepleieren bør tilstrebe å møte pårørende snarest mulig, spesielt dersom pasientens tilstand er ustabil, eller det kan forventes at pasienten dør.

Det kan selvsagt også være pårørende som ønsker mye informasjon i den akutte fasen. Pårørende kan ha mange ubesvarte spørsmål om pasienten, blant annet om hva blir gjort, har han mye smerter, vil han få mèn, eller vil han kanskje dø? Da er det viktig at sykepleieren imøtekommer pårørendes behov i deres situasjon. I den akutte fasen kan sykepleieren komme i skade for å overse pårørende, fordi pasientens situasjon kan være komplisert og krever all oppmerksomhet fra sykepleieren. Da er det viktig at man kan få en annen kollega til å være sammen med pårørende og ivareta dem.

Når informasjonen skal gis bør samtalen planlegges og foregå i et egnet rom, for å være uforstyrret. Samtidig må det være anledning for pårørende å stille spørsmål. Etter samtalen bør sykepleieren repetere det som har blitt tatt opp, og tilby pårørende en skriftlig oppsummering av samtalen. Dette kan være med på å skape en god relasjon til de pårørende, og fremme tillit.

I studien foretatt av Engebretsen og Olsen (2003) bekreftes også dette. Der kom det frem at kun 1/5 av de pårørende hadde fått informasjon om pasientens tilstand på et egnet sted. Pårørende opplevde dette som både respekt - og tankeløst fra sykepleierens side. Studien til Holme (2008) om pårørendes erfaring, viste forskjell fra å ha fått god til ikke noen informasjon, og mange opplevde en fragmentert og lite planlagt informasjon. Det ble også bemerket at det var flere pårørende som hadde opplevd frustrasjon på grunn av sykepleierens taushetsplikt.

Lovverket sier at den som pasienten oppgir som pårørende, er den som skal ha informasjon. Som sykepleier er vi underlagt både pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven. Vi skal derfor være bevisst på hvem som er pårørende og hvem som får informasjon om pasienten, samt vår plikt til å ivareta pasientens integritet og vårt eget taushetsløfte.

Jeg har selv erfart pårørendes frustrasjon når de ikke har kunnet få opplysninger om pasienten fordi de ikke er oppført som nærmeste pårørende. Gjennom en samtale, kan sykepleieren forklare om forholdet, og pårørende gis mulighet til å komme med sine tanker. Slik vil pårørende kunne forstå sykepleierens situasjon og godta den, og de vil føle seg bedre ivaretatt. Lunde (2005) skriver at taushetsplikten skal være med til å skape trygghet og tillit til helsepersonell og helsetjenesten.

Som pårørende ønsket jeg at informasjon var konkret og relevant, og at den ikke skulle gi meg urealistiske forhåpninger. Med bakgrunn fra mitt kjennskap til nevrologi, hadde jeg en klar formening om hvordan utfallet til min mann kunne bli, men det var likevel godt å få høre sykepleierens og legens informasjon.

Jeg ble møtt av en bekymret kollega, kort forklarte hun situasjonen. Hun ble med inn til min mann som var bevisstløs, forberedelse til overflytting til et større sykehus var i full gang.

Legens informasjon var klar, *«det er kritisk for din mann, han har et stort infarkt i lillehjernen, fare for at respirasjonssentret vil klemmes av, han blir intubert før overflytting, vi håper dere rekker tidsnok frem til sykehuset»*.

Beskjeden var hard og brutal, men jeg satte pris på legens åpenhet. Nå visste jeg i alle fall hva jeg hadde å forholde meg til, egne konklusjoner ble unødvendig.

Pårørende har ofte begrenset kunnskap, erfaring med sykdom, behandling, død og sorg. For helsepersonell kan flere saker virke innlysende, men for pårørende er det viktig at de får det formidlet. Dette gjelder også for helsepersonell som selv er blitt pårørende. Når helsepersonell befinner seg i sin egen krise som pårørende, er oppmerksomheten deres som regel ikke rettet mot fagkunnskap (Bøckmann og Kjellevold, 2010).

Moesmand (2004) skriver at tilstrekkelig og relevant informasjon, bør gis så tidlig som mulig, slik at pårørende ikke får mulighet til å danne egne feiltolkninger og fantasier om situasjonen. Det kan være med til å skape unødvendig engstelse.

Bernice Redley, Christine Beanland og Mari Botti (2003) bekrefter også at kommunikasjon og informasjon med helsepersonellet er et viktig behov for pårørende. Pårørende ønsker tidlig og fortløpende informasjon, som inneholder konkrete fakta om pasientens behandling. Pårørende ønsker også informasjon om hva som blir gjort for pasienten og hvilke forventninger de kan ha. Mange pårørende opplevde at disse behovene ble svært dårlig møtt av helsepersonellet. De foreslåtte tiltakene var at sykepleieren opprettet tidlig kontakt med pårørende og ga informasjon, samt brukte aktiv lytting og stilte åpne spørsmål.

4.3 Håp

Her i dette avsnitt vil jeg drøfte pårørendes behov for hjelp til å ivareta og opprettholde håpet i deres krisesituasjon. Hvordan kommunikasjon kan benyttes, og hvordan etiske dilemma kan oppstå hos sykepleierne, når pårørende ønsker positiv informasjon. Jeg vil drøfte det ut fra litteratur forskning og egne erfaringer.

Travelbee (1999) skriver at, i håp ligger det styrke, som også er knyttet til valg, ønske og tillit. Gjennom menneske-til-menneske-forholdet styrkes pårørende i tro på at andre vil hjelpe når det trengs, og håpet styrkes. «*Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet*» (Travelbee, 1999, s. 123). Håp er ikke bare for den syke, men kan relateres også til pårørende. Håp er en kilde til motivasjon for alle mennesker, som gir oss mot og styrke til å takle motgang. Håp kan man ikke gi til noen, men styrke og tilrettelegge slik at håp opprettholdes.

Talseth (2002) skriver for at pårørende skal få næring til å opprettholde håpet, er det grunnleggende at pårørende opplever seg «sett» og trøstet, samt opplever tillit til personalet og at personalet har tiltro til dem.

Som sykepleier er det viktig å formidle håp og møte pårørende med gjensidig forståelse og respekt og se deres behov. Sykepleieren kan formidle til pårørende håp og et ønske om å hjelpe gjennom den verbale og non-verbale kommunikasjonen, å speile følelsene, å vise at man forstår og ønsker å gi støtte. Håpet kan styrkes ved å vise god omsorg til pasienten og ved å vektlegge det optimistiske i informasjonen så langt som det er dekning for det. På denne måten kan pårørende få tillit og håpet opprettholdes.

For at pårørende skal spørre om hjelp, er det viktig at de har tillit til sykepleieren.

Travelbee (1999, s. 124) beskriver det slik: «*tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til*». Når sykepleieren bekrefter for pårørende at de vil gjøre alt de kan for pasienten, er det med på å skape tillit og styrke håpet hos pårørende.

Som tidligere nevnt siterer Sand (2001, s. 37) en engelsk lege «*They maybe forget what you said, but they never forget how*».

Hvordan et dårlig budskap formidles, tror jeg har mye å si for hvordan pårørende skal klare å opprettholde håpet. Det var noe jeg selv erfarte da legen informerte meg. Jeg sto maktesløs og alene igjen da de trillet min mann av sted. Tårene sprenget bak øyelokkene, jeg kunne ikke gjøre noe for ham. Legen tok meg med inn på et lite rom, han tok seg god tid til å informere meg «*det er svært kritisk for din mann, vi skal gjøre alt vi kan, om vi redder ham, vet vi ikke utfallet, men mén vil han få, men vi får bare håpe, operasjonen vil vare i tre til fire timer*». Det lå ingen urealistiske forhåpninger i legens informasjon, men jeg visste at de ville gjøre alt for å redde han. Jeg fikk selv følelsen av at legen syntes dette var vanskelig å formidle til meg på en skånsom måte. Hans ydmyke og forsiktige måte var med på å gi meg både tillit, styrke og til å opprettholde håpet.

Moesmand og Kjøllesdal (2004) bekrefter også dette. Pårørende bør bli informert om det verste i situasjonen, slik at de kan forberede seg på forverring av tilstanden eller eventuelt død. Et urealistisk håp kan hemme personens psykologiske forberedelse. Pårørende må få lov til å håpe selv om budskapet kan være både fryktelig og angstskapende. For sykepleieren blir det da viktig å hjelpe pårørende til å finne en balanse mellom å forstå virkeligheten og allikevel ha håp.

Etiske dilemma kan oppstå når pårørende klamrer seg til håpet om at deres kjære skal overleve og bli frisk. Selv små glimt av lyspunkter hos pasienten skaper glede, styrke og håp hos pårørende. Som sykepleier vet du at sannsynligheten til forbedring er liten, da kan det være vanskelig å korrigere håpet og hjelpe pårørende til å få et mer realistisk syn på situasjonen. Da er det viktig at sykepleierne har en god relasjon til pårørende og forstår deres behov. Gjennom samtale gis pårørende anledning til å snakke om sine følelser, tanker og håp. Slik kan sykepleieren hjelpe pårørende og de kan oppleve større forståelse av situasjonen og hva som vil være realistisk å forvente.

I studiene til Åsa Engström og Siv Söderberg (2007) og Fry og Warren (2007) kommer det

fram at sykepleierne ønsket at pårørende skulle bevare håpet uansett hvor urealistisk det var. Sykepleierne ville derfor ikke korrigere pårørendes urealistiske håp, de verken bekreftet eller oppmuntret dette håpet. Pårørende ønsket å opprettholde håpet ved å tenke positivt. Håpet var det viktigste behovet pårørende hadde og de brukte det som mestringsstrategi.

Jeg selv erfarte hvor vanskelig det kunne være å holde fast ved håpet. Alene i ventetiden mens min mann lå på operasjonsbordet, surret legens ord rundt i hodet, «*det er veldig kritisk, vi vet ikke om vi redder han*». Jeg klamret meg fast til mitt lille håp, selv om jeg iblant tenkte at det går ikke bra! Slik svingte håpet i den lange ventetiden, før legen kom og sa, «*operasjonen hadde gått bedre enn hva vi hadde forventet, nå skal du få se din mann*». Det ble et gripende øyeblikk å se ham koblet til respirator og omsluttet av ledninger og slanger. Jeg fant frem til hånden hans og ble sittende ved sengen hans, jeg fyltes med glede og håp.

Det ga meg ny mulighet og styrke til å håpe og tro at min mann ville overleve, og kanskje også uten men.

Mange finner også trøst og styrke i troen på å be til Gud, samtidig som deres tillit til legene og sykepleierne er at de vil gjøre alt for at deres kjære skal bli frisk.

Moesmand (2004) bekrefter også at mange pårørende opprettholder håpet ved å be til og tro på Gud. Tanken på gode minner som de har hatt sammen med den syke, gir også indre styrke og håp om at de sammen skal mestre situasjonen. Travelbee (1999) legger også vekt på det åndelige, og bemerker at enkelte sykepleiere fraskriver seg ansvaret for videre oppfølging så snart de har tatt kontakt med en prest eller en annen religiøs leder.

Som sykepleier er det viktig at man selv har et avklart forhold til sitt eget ståsted, slik at man kan hjelpe pårørende å få dekket deres åndelige behov.

4.4 Å bli inkludert

Jeg vil videre i dette avsnitt drøfte følgende behov hos pårørende for å bli inkludert. Hvordan de kan inkluderes og hvilken betydning det har for pårørende. Jeg vil drøfte det ut fra litteratur, forskning og egen erfaring.

I studien til Helen Blom, Christina Gustavsson og Annelie Johansson Sundler (2013) kommer det frem at pårørende ønsker å være delaktige i omsorgen for den syke. Når pårørende ble støttet og vist tillit i omsorgen, bidro det til pårørendes trivsel og økt inkludering. Der hvor

pårørende ikke var delaktige og nær pasienten, førte det til økt utrygghet.

Moesmand (2004) skriver at når enkelte pårørende ønsker å delta i pleien, kan det skape et etisk dilemma for sykepleierne. For å inkludere pårørende og gjøre dem delaktige i stell, kan det tilrettelegges muligheter som for eksempel vaske ansikt og hender, gre håret, stell av negler og smøre bena. Dette er med på å gi pårørende økt kontroll, samtidig som de gjør pasienten oppmerksom på sin tilstedeværelse.

Pårørende ønsker å gi omsorg og støtte til den syke, men samtidig trenger de selv støtte.

Pårørende er i en følsom situasjon, og sykepleieren kan hjelpe pårørende til å finne områder hvor de kan delta.

Å undervise, informere og veilede, er måter å inkludere de pårørende. Det er med på at pårørende erverver seg nye ferdigheter, kunnskap og holdninger (Storaker 2004).

Pårørende må selv ønske å delta i stellet, og det må ikke oppfattes som tvang.

Stubberud (2010) skriver at, å la foreldrene stelle voksne barn eller at barn steller foreldrene, vil kunne føles unaturlig for begge parter.

Pårørende bør inkluderes i omsorgen hvor det er mulig og etisk riktig, og at pasientens integritet blir ivaretatt. Pårørende vil da oppleve at de er til støtte og gjør noe for pasienten.

Pårørende er en viktig ressurs blant annet med deres informasjon og når avgjørelser skal tas i forhold til den syke.

Engström og Söderberg (2007) bekrefter at informasjonen som pårørende ga til sykepleierne var nødvendig for å gi individuell omsorg til den syke. Sykepleierne støttet dem med å gi informasjon tilbake, og var nær pårørende for å etablere en god relasjon. Sykepleierne beskrev pårørende som svært viktig for både pasienten og for dem selv. Sykepleierne ga pårørende en stol og oppfordret dem til å sitte nær, berøre, og prate til pasienten. De understreket overfor pårørende at de ikke var i veien. Sykepleierne tok det som en selvfølge at det var pårørende til stede, og de ble frustrerte dersom pasienten ikke hadde noen pårørende.

Pårørende er viktige, men sykepleierne bør ikke ta pårørende som en selvfølge. Mange pårørende kan føle at det forventes at de skal være tilstede, og de kan være redde for å forlate pasienten. Det bør understrekes at pårørende ikke skal ha dårlig samvittighet om de forlater pasienten. Sykepleieren kan forsikre pårørende at de vil få beskjed ved endringer og at pasienten skal bli ivaretatt i deres fravær. Pårørende bør få bekreftelse på at deres tilstedeværelse er betydningsfull. Sykepleierne bør samtidig oppfordre pårørende til å ivareta egne behov.

Storaker (2004) påpeker at når pårørende ser at sykepleieren påtar seg det faglige ansvaret og ivaretar pasienten, er det med å skape tillit til sykepleierne, og dermed føler de det blir trygt å forlate den syke.

I studien til Blom, Gustavsson og Sundler (2013) kommer det frem at sykepleiere med lang erfaring inkluderer pårørende mer i omsorgen for pasienten. Sykepleiere som hadde liten erfaring fra praksis var usikre og involverte ikke pårørende på samme måte.

Min erfaring under sykepleiestudiet, har gitt meg liten erfaring fra nære møter eller samarbeid med pårørende. Ut fra disse erfaringer tror jeg at mange nyutdannede sykepleiere vil føle seg usikre i møte med pårørende. Uerfarne sykepleiere kan lett trekke seg tilbake og det kan føre til at pårørende ikke føler seg inkludert.

Det er sykepleieren som har nøkkelen, og som kan åpne dørene til å inkludere pårørende, og ikke pasienten eller pårørende. Pårørende trenger å få større oppmerksomhet, og de skal inkluderes, ha informasjon og kunnskap om den sykes prognose (Sand, 2001).

5.0 Avslutning

Min problemstilling for oppgaven har vært *«Hvordan møter sykepleierne pårørende i en krisesituasjon, når en av deres nærmeste svever mellom liv og død?»*.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg større innsikt i pårørendes behov, og det finnes ingen fasitsvar på hvordan sykepleierne skal møte pårørende i krise. Alle pårørende er unike og hver reaksjon er selektiv. Sykepleierne må tørre å vise sine følelser og være medmennesker. Dette er noe pårørende setter pris på og det skaper tillit, kanskje trenger de bare en hånd å holde i. Jeg ser at pårørende har stor betydning for pasienten. Jeg ser også at pårørende er en naturlig del som ligger under sykepleierens ansvarsområde og bør møtes og ivaretas på en omsorgsfull måte. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold utvikles en gjensidig relasjon, som kan styrke pårørendes trygghet og tiltro til sykepleierne. Relasjonen er av stor betydning for at pårørende skal føle seg ivaretatt av sykepleierne. Forskning viser blant annet at uerfarne og usikre sykepleiere involverer pårørende utilstrekkelig. Når pårørende får dekket sine behov i forhold til nærhet til pasienten, bli «sett», få informasjon, ha håp, å bli inkludert, vil de føle seg ivaretatt av sykepleierne. Dette er noe som også er mest fremtredende både gjennom litteraturen og forskningen som jeg har benyttet.

Men som sykepleiere kan vi ikke gjøre annet enn å fortsette fra der vi er, og benytte det vi allerede kan, og tilegne oss ny kunnskap som bevisstgjør oss enda mer som sykepleiere. Jeg håper at jeg som fremtidig sykepleier, kan bli flinkere til å omsette min kunnskap i praksis.

Litteraturliste

Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørk

*Blom, H. Gustavsson, C. & Sundler, A. J. (2013). *Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study*. (s. 1-8) Tilgjengelig fra: <http://ezproxy.uin.no:2084/science/article/pii/S0964339712000481> (27. 01. 2013).

*Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. (s. 57-98). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling*. 3. utg. (s.105-115, 128-161). Stockholm: H. Aschehoug & Co

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS

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

*Engebretsen, L. & Olsen, A. M. (2003). Hvordan opplever pårørende at de blir ivaretatt på sykehus? *Tidsskriftet Sykepleien.no* 91(21):35-37. Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121736 (27. 01. 2013).

*Engström, Å. & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. I: *Journal of Clinical Nursing* 16 (9) s.1651-1659. Tilgjengelig fra <http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x/abstract> (27. 01. 2013).

*Fry, S. & Warren, N. A. (2007). *Perceived Needs of Critical Care Family Members*.

Vol. 30, No. pp. 181-188. Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/17356359>

(09. 02. 2013).

Helsepersonelloven (1999). Helsepersonelloven av 2. juli 1999 nr. 64. Tilgjengelig fra:

[http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-](http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*%20%2b%20lov*&&)

[19990702-064.html&emne=helsepersonell*%20%2b%20lov*&&](http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*%20%2b%20lov*&&) (02. 03. 2013).

*Holme, A. N. (2008). Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt.

Tidsskriftet Sykepleien Forskning. 3(1):16-24. Tilgjengelig fra:

[http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/116910/ektefellens-behov-for-](http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/116910/ektefellens-behov-for-informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt)

[informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt](http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/116910/ektefellens-behov-for-informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt) (28. 02. 2013).

*Hollmèrus-Nilsson, I. (2002). Å bære hverandres byrde. I: Brinchmann, B. S. (red.) *Bære*

hverandres byrde: pårørende i sykepleien. (s.171-183). Bergen: Fagbokforlaget

Vigmostad og Bjørk AS

*Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen, N. J.,

Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie*. bind. 3. (s. 157-194).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lunde, B. V. (2005). Juss og etikk i sykepleien. I: Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*.

2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Moesmand, A. M. (1992). *Mestring i et sykepleieperspektiv hos nære pårørende til akutt*

og/eller kritisk syke innlagt på intensivavdeling (Masteroppgave). (s.55-57, 62-67).

Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Moesmand, A. M. (2004). Pårørende til akutt kritisk syk. I: Moesmand, A. M. & Kjøllesdal,

A. Å være akutt kritisk syk: om pasientens og pårørendes psykososiale reaksjoner og

behov. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). Psykososiale reaksjoner og behov-konsekvenser for sykepleien. I: Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: CNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (14. 02. 2013).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> (05. 02. 2013).

*Redley, B. Beanland, C. & Botti, M. (2003). *Accompanying critically ill relatives in emergency departments*. 44. (1): 88-98. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed> (22. 01. 2013).

*Rognsaa, A. (2003). *Prosjektoppgave: krav til utforming*. 2. utg. (s. 47-80). Oslo: Universitetsforlaget AS

*Sand, A. M. (2001). Se også meg – om å være pårørende til syke. I: *I Klinisk sykepleie*. Almås, H. (red.). 3. utg. (s. 31- 44). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Storaker, J. M. (2004). Sykepleie i møte med pasient og pårørende. I: Mekki, T. E. (red). & Pedersen, S. *Sykepleie-boken 1: grunnleggende sykepleie*. 3. utg. (s.161-188). Oslo: Akribe AS

*Støren, I. (2010). Bare søk: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap. (s. 11-85) Oslo: Cappelen Damm AS

*Stubberud, D-G. (2005). Pasientens psykososiale behov. I: Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (red). *Intensivsykepleie*. 2. utg. (s. 55-73). Oslo: Akribe AS

*Stubberud, D-G. (2005). Pårørende. I: Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (red). *Intensivsykepleie*. 2. utg. (s. 77-90). Oslo: Akribe AS

*Talseth, A-G. (2002). Relasjonen mellom helsepersonell og pårørende til selvmordspasienter innlagt i psykiatrisk sykehus. I: Brinchmann, B. S. red.) *Bære hverandres byrde: pårørende i sykepleien*. (s.107-124). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørk AS

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 4. oppl. (s. 29-47, 118-125, 135-139, 172-225). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Waldenstrøm, E. (2007). *Psykisk førstehjelp: ved katastrofer, ulykker og kriser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

*Selvvalgt faglitteratur og forskning.

*Antall sider totalt 457.

VEDLEGG 1.

Forfatteroversikt

Forfattere av pensum litteratur

Blix, E. S. er utdannet sykepleier med embetseksamen i sykepleie. Er lektor ved Institutt for sykepleie og helsefag, UiN Nordland.

Breivik, S. er utdannet sykepleier og har hovedfag i sykepleie. Er lektor ved Institutt for sykepleie og helsefag, UiN Nordland.

Dalland, O. er førsteamanuensis ved Diakonhjemmets høgskolesenter. Har lang erfaring i undervisning for studenter i helse -og sosialfag, både i grunn- og videreutdannelsen.

Eide, H. er utdannet sykepleier. Har mastergrad innen psykologi og doktorgrad i kommunikasjon. Skrevet bøker innenfor kommunikasjon. Jobber med forskning og utdanning ved Høgskolen i Oslo som professor i klinisk kommunikasjon. Hennes forskningsinteresser er kommunikasjon.

Eide, T. er professor, dr.philos. Er forskerutdannet i etikk og litteratur. Hans posisjon i dag er professor i ledelse, etikk og litteratur. Lang erfaring innen forskningsfeltet. Skrevet bøker innen kommunikasjon.

Kjøllesdal, A. er intensivsykepleier med lang erfaring fra intensivavdeling og som oversykepleier. Har mange års erfaring som leder for videreutdanning i sykepleie til akutt kritisk syke. Er høgskolelektor i sykepleie. Skrevet bok og erfaring fra forskning.

Moesmand, A. M. er intensivsykepleier med mange års erfaring fra intensivavdelingen og som oversykepleier. Tidligere erfaring som leder for videreutdanningen i sykepleie. Forskningsinteresser innen for pårørende til akutt syke.

Waldenstrøm, E. er spesialist i psykiatri og fagdirektør ved Landaasen Rehabiliteringssenter. Forsker innenfor feltet og holdt foredrag og skrevet mye om krise- og katastrofepsykiatri.

Forfattere av selvvalgt faglitteratur

Hollmèrus-Nilsson, I. er sykepleier med lisensiatgrad, og en magistergrad i pedagogikk. Erfaring som lektor og praksisveileder ved Yrkeshøgskolan Sydväst. Hennes forskningsinteresser er pårørendes situasjon i sykepleie.

Sand, A. M. er sykepleielærer med embetseksamen for sykepleievitenskap og hennes hovedfag omhandler pårørende. Hun er høgskolelektor og har mange års erfaring med utdanning av sykepleiere, samt lang klinisk erfaring.

Storaker, J. M. er sykepleier med høyere lærerutdanning i sykepleie, med mellomfag i sosiologi og embetseksamen i sykepleievitenskap. Hun har lang klinisk erfaring og innenfor sykepleierutdanningen har hun vært lærer, førstelærer, rektor og dekan.

Stubberud, D-G. er intensivsykepleier og førstelektor ved videreutdanning i intensivsykepleie, og har embetseksamen i sykepleievitenskap.

Talseth, A-G. er psykiatrisk sykepleier og har erfaring som faglig veileder i sykepleietjenesten. Hun har en Ph.d-grad og var førsteamanuensis ved Høyskolen i Tromsø. Videreutdannet i psykisk helsearbeid. Hennes forskningsfokus er forebygging av selvmord.

Travelbee, J. var psykiatrisk sykepleier med mastergrad. Hun var leder ved videregående utdanning ved Louisiana State University School of Nursing. Skrevet bøker innen sykepleieteori.

Forfattere av forskningslitteratur

Beanland, C. er sykepleier og fysiolog. Hun er forsker ved Deakin universitetet, Australia, Utgitt 15-20 medisinske fagartikler. Forsket sammen med andre eller alene.

Blom, H. er sykepleier med spesialutdannelse innenfor intensivavdeling. Hun har også en mastergrad innen sykepleie. Det er hennes første forskning.

Botti, M. Første-amanuensis og professor ved Deakin universitet, Australia. Leder og koordinerer sykepleiefaget i et samarbeid mellom Deakin University og Epworth Healthcare Forsket sammen med andre eller alene, hun har gjennomført en omfattende medisinsk forskning.

Engström, Å. Professor ved Luleå universitet. Assisterende professor ved svensk institusjon for helsevitenskap. Forsket sammen med andre eller alene. Hun har foretatt en omfattende medisinsk forskning. Utgitt et stort utvalg av medisinske avhandlinger, fagbøker og artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Fry, S. Professor i sykepleiefag. Lang erfaring i undervisning og veiledning av sykepleierstudenter. Lang erfaring fra flere hospital. Professor ved universitetet i Tennessee & Martin i USA. Forsket sammen med andre eller alene. Hun har gjennomført en omfattende medisinsk forskning. Utgitt et stort utvalg av medisinske avhandlinger, fagbøker og artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Gustavsson, C, er sykepleier med spesialutdannelse innenfor intensivavdeling. Hun har også en mastergrad innen sykepleie. Det er hennes første forskning.

Readly, B. Ledende stillinger i klinisk utdanning. Seniorforsker ved Epworth Deakin Center. Utgitt 15-20 medisinske fagartikler. Forsket sammen med andre eller alene. Prosjektleder i Helsedepartement. Medlem av bl.a. kongelig, australske sykepleierhøyskole og australsk sykepleieforbund. Har flere utmerkelser og priser fra australsk og internasjonale helseforetak.

Sundler, A. Universitetslektor i sykepleie, Skövde høyskole i Sverige. Forsket sammen med andre eller alene. Hun har gjennomført en omfattende medisinsk forskning. Utgitt et stort utvalg av medisinske avhandlinger, fagbøker og artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Söderberg, S. Professor i sykepleie. Professor ved Luleå universitet. Forsket sammen med andre eller alene. Hun har foretatt en omfattende medisinsk forskning. Utgitt et stort utvalg av medisinske avhandlinger, fagbøker og artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Warren, N. professor i klinisk sykepleie. Lang erfaring i undervisning og veiledning av sykepleierstudenter. Lang erfaring fra hospital. Professor ved Ohio State college for sykepleiere i USA. Forsket sammen med andre eller alene. Hun har gjennomført et stort utvalg av medisinske avhandlinger

VEDLEGG 2.

Artikkeloversikt.

Forfatter	Artikkel	Design, metode, og informanter.	Hovedfunn
Fry & Warren (2007).	Perceived needs of critical care family members	Kvalitativ, fenomenologisk studie. Intervju - 15 deltakere.	Bevare håp. Være nær å støtte og berolige pasienten. Få informasjon og sine spørsmål besvart. Se at pasienten ble godt ivaretatt.
Blom, Gustavsson & Sundler (2013).	Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients	Kvalitativ, fenomenologisk studie. Spørreskjema. Intervju-7 deltakere.	Delta i omsorgen og være nær pasienten. Tillit til omsorg pasienten får. Støtte til deltakelse i omsorgen fra helsepersonell og sårbarhet.
Redley, Beanland & Botti (2003).	Accompany critically ill relatives in emergency departments	Systematisk litteraturstudie. Kvalitetsvurdering av forskning. 30 artikler.	Familiens behov for kommunikasjon og relevant informasjon. Nærhet til pasienten, komfort, sikkerhet, støtte og forståelse.
Engström & Söderberg (2007).	Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses.	Kvalitativ studie. Fire fokusgruppeintervju. 24 deltakere	Informasjon fra pårørende gjorde det mulig for sykepleierne å gi individuell omsorg til pasienten. Pårørendes tilstedeværelse ble tatt for gitt, og sykepleierne ble frustrerte hvis en pasienten ikke hadde pårørende.
Holme (2008).	Ektefellers behov for informasjon, når partner får	Kvalitativ studie. To fokusgruppeintervju. 9 deltakere	Behov for informasjon knyttet til undersøkelser og behandling i akutfasen. Noen hadde fått god informasjon til at enkelte hadde ikke fått