

# Intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående

FÖRFATTARE	Birgit Lorentsson Pia Vinterskog
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå  VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Britt Borg
EXAMINATOR	Maria Skyvell Nilsson
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående
Titel (engelsk):	The will and ability of an intensive care nurse to meet the relatives and other patient visitors
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	15 Högskolepoäng/Fristående kurs VT 10
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Birgit Lorentsson & Pia Vinterskog
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Maria Skyvell Nilsson

---

## SAMMANFATTNING

Intensivvårdssjuksköterskans arbete innebär möten med patienter såväl som närstående. Ångest och oro vid kritisk sjukdom är något som inte bara drabbar den enskilde patienten utan händelserna kan vara lika svåra för den drabbade familjen/närstående. I takt med att de medicintekniska behandlingsmöjligheterna har utvecklats så har även intensivvårdssjuksköterskans omvårdnadsansvar ökat. Omvårdnaden bestäms av patientens och närståendes behov och avspeglar en integration av kompetens, skicklighet och erfarenhet som är nödvändig för att möta patientens och närståendes behov. Denna studies syfte var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående. Genom en litteraturstudie har vetenskapliga artiklar granskats. I studiens resultat framkom tre huvudkategorier; ”Upplevd kompetens hos sjuksköterskan”, ”Sjuksköterskans skäl att involvera närstående i omvårdnadsarbetet” och ”Möjligheter och hinder för interaktion med närstående”. De viktigaste behoven hos närstående, som var försäkran, information och närhet, blev inte alltid bemötta. Närstående var en värdefull källa för information och en nödvändighet för att ge god omvårdnad. Sjuksköterskorna önskade mer mål, utbildning, stöd och handledning för att involvera närstående i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskorna beskrev en känsla av otillräcklighet och hur närstående kunde ta tid och resurser från patienten. De sjuksköterskor som upplevde förtroende och tillit i sin professionella roll visade intresse och en önskan om att skapa en relation med närstående. Studiens slutsats är att intensivvårdssjuksköterskor behöver kunskap, tydliga riktlinjer samt ökade resurser där behov finns för att utveckla sin vilja och förmåga att möta närstående.

Nyckelord: family, relatives, needs, intensive care, intensive care nurse.

## **INNEHÅLL**

	Sid
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Omvårdnad av närstående i ett historiskt perspektiv	1
Omvårdnadsteori	1
Omvårdnad inom intensivvård	2
Från Novis till Expert	3
Intensivvårdspatientens behov av närstående	4
Närståendes perspektiv	5
Stress och kris hos närstående	5
Närståendes behov	6
Familjecentrerad omvårdnad	9
<b>PROBLEMFORMULERING</b>	<b>10</b>
<b>SYFTE</b>	<b>10</b>
<b>METOD</b>	<b>10</b>
<b>LITTERATURSÖKNING</b>	<b>10</b>
<b>DATAANALYS</b>	<b>12</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
<b>UPPLEVD KOMPETENS HOS INTENSIVVÅRDS- SJUKSKÖTERSKAN</b>	<b>12</b>
Sjuksköterskors uppfattning av närståendes behov	13
Sjuksköterskors upplevda förmåga/kompetens	13
<b>SJUKSKÖTERSKANS SKÄL TILL ATT INVOLVERA NÄRSTÅENDE I OMVÅRDNADSARBETET</b>	<b>14</b>
Närstående - en värdefull källa till information/kunskap	14
Att värna om närståendes behov	15
Integrera närstående i omvårdnadsarbetet för att förbättra omvårdnaden för den enskilde patienten	15
<b>MÖJLIGHETER OCH HINDER FÖR INTERAKTION MED NÄRSTÅENDE</b>	<b>16</b>
Närstående som tar tid och resurser från patienten	16
Känslan av otillräcklighet	16
Att hantera/utveckla professionella relationer	17

<b>DISKUSSION</b>	<b>18</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>18</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>19</b>
<b>Slutsats</b>	<b>21</b>
<b>Implikation</b>	<b>21</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>23</b>
<b>BILAGOR</b>	
<b>1 Patientkaraktäristik och Sjuksköterskekompetens enligt Synergi Modell</b>	
<b>2 Critical Care Family Needs Inventory</b>	
<b>3 Artikelpresentation</b>	

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Den medicintekniska utvecklingen har de senaste decennierna rönt enorma framsteg och i takt med denna utveckling flyttas hela tiden gränserna och möjligheterna för behandling och överlevnad vid kritisk sjukdom. Följaktligen vårdas allt fler patienter på intensivvårdsenheter under kortare eller längre perioder. Under de senaste två decennierna som vi arbetat inom intensivvård har vi sett hur vårdförloppet hos dessa patientgrupper blivit alltmer komplext och detta kräver stora intensivvårdsresurser såväl av personal som av högteknologisk utrustning. Den patientcentrerade omvårdnaden tilltar i både dimension och antal omvårdnadsaktiviteter. Utöver patienten sträcker sig omvårdnadsansvaret för intensivvårdssjuksköterskan att även inkludera familjen och andra närstående. Eftersom alla i familjen påverkas när någon av dess medlemmar blir sjuk är det viktigt att se den sjuke som en del av sin familj. Intensivvårdssjuksköterskan måste förvärva kunskaper och skicklighet för att djupare kunna förstå och komma i samklang med närståendes önskemål och behov. Den komplexa kritiska omvårdnaden kan emellertid bli allt för krävande både fysiskt, psykiskt och känslomässigt för att intensivvårdssjuksköterskan skall kunna möta närståendes olika behov och angelägenheter. Genom att ta del av vetenskapliga studier vill vi få en ökad medvetenhet och kunskap om intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga till att möta närstående.

## BAKGRUND

### Omvårdnad av närstående i ett historiskt perspektiv

I alla tider har det funnits sjuka, gamla och handikappade som behövt vård och omsorg och i alla samhällen genom historien har det funnits system för att ta hand om dessa. Oftast har det varit en uppgift som ålagts kvinnorna, först i hemmen, sedan i klostren och under de senaste seklerna alltmer på olika institutioner. En fördel att bli vårdad i hemmet var att den sjuke fick vara tillsammans med anhöriga i den invanda hemmiljön. Flera nackdelar fanns dock som t.ex. att anhöriga hade svårt att orka vårda den sjuke och omsorgen kunde bli en börda för familjen. Stödet till anhöriga och kvaliteten på den sjukas vård var beroende av familjens position i samhället samt tid och materiella resurser. Vid mitten av 1900-talet började vården av den svårt sjuke och döende att flyttas från anhörigas omsorg i hemmen till sjukhusen (Andershed, 1999). Omvårdnad var till exempel länge ett arbete som överlämnades till yrkesgrupper längst ner i sjukvårdens hierarki. Istället prioriterades medicintekniska och naturvetenskapliga ämnen. Det är först under de senaste tjugo åren som omvårdnaden fått en ny status. Idag utgör omvårdnad både en yrkeskompetens, ett utbildningsämne och ett forskningsområde (Rehn 2003).

### Omvårdnadsteori

Med ytterst få undantag är varje individ involverad och i relation till någon annan människa. Katie Erikssons (Eriksson, 1987) omvårdnadsteori belyser att varje

människa strävar att genom olika former av kärlek finna en enhet med andra människor. Att vara i hälsa innebär att vara hel eller integrerad. Att vara människa innebär att vara en helhet av kropp, själ och ande. Hälsan utgör ett dynamiskt tillstånd och inom individen pågår ständigt olika hälsoprocesser, med andra ord sundhets-, friskhets och välbefinnandeprocesser. Att vara i hälsa innebär att individen i sitt sammanhang, tillsammans med sina nära, familj och vänner, ansar, leker och lär sig själv, dvs. idkar en form av ”naturlig vård”. Optimal naturlig vård innebär att individen genom egna handlingar, i samspel med anhöriga och vänner, kan skapa kroppsligt välbehag, tillit, tillfredsställelse och utvecklas mot en högre integrationsnivå. Människan är beroende av en andra. Människan strävar efter att genom olika former av kärlek finna en enhet med andra. Den andra kan utifrån ett vårdkontext indelas i den naturliga eller konkreta andra och den professionella andra. Den professionella andra representerar i detta fall en yrkesarbetande vårdare. Den naturliga andra utgörs av mor, far, syskon, partner, nära vän osv. Vårdandet är till sin grundkaraktär ett uttryck för ömsesidighet, en interaktiv process mellan patient och vårdare där även patientens familj och vänner måste få ett utrymme. Omvårdnaden måste alltså utgå från en helhetssyn där fysiska, emotionella, sociala, själsliga och kulturella behov har betydelse för patientens välbefinnande (Eriksson, 1987).

### **Omvårdnad inom intensivvård**

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 2a§) finns bestämmelser om att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Sjuksköterskans arbete skall präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. I omvårdnadens teori och praktik ingår det bland annat att tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter samt utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan. Sjuksköterskan skall i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan skall bedriva sitt arbete evidensbaserat. Evidens betyder bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Att arbeta evidensbaserat innebär att evidens kombineras med kliniskt kunnande för att optimera omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskan behöver en hög kompetens, erfarenhet och förmåga till kritiskt tänkande för att bedriva optimal omvårdnad. I det kritiska tänkandet ingår flera olika komponenter, som tillförsikt, kreativitet, frågvishet, intellektuell förmåga, intuition, reflektion. Det kritiska tänkandet omfattar även kognitiva delar som att analysera, applicera standards, urskilja, söka information, resonera logiskt, förutsäga och överföra kunskap. Alla dessa delar är nödvändiga för att ge god omvårdnad till kritiskt sjuka patienter (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2005).

Synergy Model utvecklades 1999 av American Association of Critical-Care nurses (AACN). Synergi är ett fenomen som uppstår när individer arbetar tillsammans på ett ömsesidigt intensivt sätt mot samma mål. Denna modell beskriver omvårdnadens praktik mer med utgångspunkt från patientens behov och utmärkande egenskaper än

utifrån sjukdomar och behandlingsprinciper (Bilaga 1). Den underliggande förutsättningen i "Synergi Modellen" är att patientens och närståendes utmärkande egenskaper influerar och driver fram egenskaper och skickligheter hos sjuksköterskorna. Varje enskild patient framkallar en mängd unika särdrag i den kliniska situationen och sjuksköterskor besitter sina unika egenskaper och kompetenser. Då patientens karaktäristiska särdrag och sjuksköterskans kompetens matchar och samverkar kan optimalt patientutfall uppnås. Två större lärosatser i denna modell är att patienters egenskaper är av intresse för sjuksköterskor och kompetensen hos sjuksköterskan är av intresse för patienterna. Fastän varje patient med närstående är unik, så har alla patienter likartade behov och upplever dessa behov genom ett kontinuum från låg till hög. Omvårdnaden bestäms av patientens och närståendes behov och avspeglar en integration av kompetens, skicklighet och erfarenhet som är nödvändig för att möta patientens och närståendes behov (Morton, et al. 2005).

### Från Novis till Expert

Sjuksköterskors förmåga att ge god omvårdnad till patienter är relaterat till hur deras kompetens utvecklas. Patricia Benner (1984) har genom sin bok *"From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice"* skapat ett underlag för att beskriva sjuksköterskors kliniska verksamhet och kompetens. I sin forskningsprocess har Benner genom dialog med sjuksköterskor om omvårdnad kunnat urskilja fem kompetensnivåer, *novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert*. En stor del av den kunskap som sjuksköterskor utvecklar är praktisk- eller erfarenhetsbaserad kunskap ("know-how"). Genom observationer av en mängd likartade och olikartade patientsituationer lär sig sjuksköterskor att anta och förvänta en viss händelseutveckling (Benner, 1984).

Sjuksköterskor utvecklar också gemensamma övergripande mönster som en benägenhet att handla på ett visst sätt i en bestämd situation. Detta förvärfvas efterhand. *Novisen* saknar erfarenhet och har ett regelstyrkt beteende som är ytterst begränsat och stelt. *Avancerad nybörjare* har klarat av ett tillräckligt antal verkliga situationer för att antingen själva eller av handledare/mentor urskilja återkommande, betydelsefulla aspekter på en situation. Den *skickliga sjuksköterskan* uppfattar situationer som helheter och handlingarna styrs av en djupare förståelse. Nyckelordet på detta stadium är varseblivning. *Expertsjuksköterskan* kan intuitivt uppfatta varje situation och slå ner mitt i det aktuella problemområdet utan att välja mellan ett stort antal alternativa diagnoser och lösningar (Benner, 1984).

Benner (1984) menar att den erfarenhetsmässiga inläringen är den tysta kunskapen i det praktiska sjuksköterskeyrket. Hon tar inte upp reflektion som en del i inlärningsprocessen. Sjuksköterskor beskriver att omvårdnadshandledning utvecklar yrkesrollen, den ger trygghet och stöd genom att vara bekräftande, stärkande och är en ventil eller ett forum där man kan diskutera och reflektera. Reflektion är en process där ämnen i handledningen lyfts upp, speglas, tolkas och "tittas på" från gruppmedlemmarnas perspektiv och en "aha-upplevelse" kan uppstå. Ämnet bearbetas och "bollas" mellan gruppmedlemmarna och erfarenheter delas (Antonsson & Sandström, 2000). Ett annat sätt att utveckla kompetens är att ta del av nya resultat inom omvårdnadsforskning. I Kajermos (Kajermo Nilsson,

Nordström, Krusebrant, & Björvell, 2002) studie beskriver sjuksköterskor flera olika faktorer som försvårar införande och tillämpning av nya forskningsresultat inom omvårdnad. Skiftande utbildningsnivå inom forskningsmetodik, brist på akademisk tradition, språksvårigheter, brist på tid att föra in nya idéer såväl som brist på vägledning av erfarna kollegor är några av de faktorer som måste förbättras för att inhämtning av denna kompetens ska ta fart.

### **Intensivvårdspatientens behov av närstående**

I denna uppsats används begreppet närstående. Begreppet används allt oftare som ersättning för anhörig i vetenskaplig litteratur. Inom engelskan används begrepp som relatives, family, significant others, next-of-kin (Östlinger, 2004). Med närstående menas de människor som står den som är svårt sjuk känslomässigt och socialt nära, vilket öppnar för att det inte enbart avser personer som är förbundna med blodsband eller äktenskap/sambo utan det kan vara andra t.ex. en vän eller granne (Bergbom & Axvall, 2000, Burr, 2001).

På intensivvårdsavdelningar tillåts i stor utsträckning närstående att få vara hos patienten och de har en betydande roll för patienten (Hupcey, 2000).

Det är viktigt för intensivvårdspatienten med nära och mänsklig kontakt vilket reflekterar till djupet av känslor, intimiteten i relationen och dess karaktär, trygghet och harmoni. Patienten har ett behov av att själv välja vilka som får komma på besök. De har ett behov av kravlösa besök på grund av att de inte orkar vara artiga och deras tankar domineras helt av deras egen kondition (Bergbom & Askvall, 2000).

Flera studier (Hupsy, 2000, Bergbom & Askvall, 2000, Engstöm & Söderberg, 2007) har visat att närvaron av närstående kan ge en känsla av säkerhet och beskydd när patienten känner sig hjälplös, osäker och exponerad. Bara genom att finnas där ger trygghet. Patienten har ett behov av att få stöd för att fortsätta att kämpa. Enbart tankarna på de närstående kan vara som en livlina att hålla vid för att inte ge upp. Närstående är en viktig länk till omvärlden och källa till information för att patienterna ska kunna känna sig trygga och som en del av samhället. De kan fungera som förbindelsen mellan patient och personal och fylla i luckor för patienten. Närstående förstår bättre vad patienten menar och känner. De kan ge en känsla av att bli förstådd, när patienten inte kan tala och inga ord kommer ut kan närstående läsa på läpparna. De kan fungera som ett verktyg för patienten och möjliggör en bättre kommunikation.

Intensivvårdspatienten har ett behov av att vara älskad och känna kärlek till andra. Att kunna ge och ta emot kärlek ger en mening till livet och indirekt ger det patienten ett av de största motiven till överlevnad och tillfrisknande. Många patienter är medvetna om närståendes kärlek vilket kan vara vitalt viktig för patienterna även om de inte är fullt vakna eller medvetna beroende på läkemedel. Att bara höra närstående ger ett intryck. Behovet av att känna tillit att inte bli övergiven, att fortfarande vara älskad och behövd kan vara det allra viktigaste för alla patienter (Bergbom & Askvall, 2000).



Känslan av hopp kan betyda att inte ge upp och behövs för att överleva, kämpa vidare och bli bättre. Närstående kan hjälpa till att upprätthålla hopp genom att prata om omvärlden ta med sig bilder på barn och barnbarn och påminna patienterna att de har något att leva för (Hupsy, 2000).

Många patienter kan föredra att närstående hjälper till med omvårdnaden i den mån det går samt uppmuntrar till träning (Engström & Söderberg, 2007). Det måste finnas en naturlig relation med närstående och det kan vara en väldigt specifik gränslinje: alla vill inte bli hjälpta med t.ex. personlig hygien av sina närstående, det krävs speciella band för det (Bergbom & Askvall, 2000).

### **Närståendes perspektiv**

Närstående, (familjen) har det största ansvaret för uppfostran och utveckling av sina familjemedlemmar och det är de närstående som är viktigast i den sociala omgivningen när sjukdom uppstår. Det är därför inte förvånande att en familjemedlems intagning på en intensivvårdsavdelning har en överväldigande påverkan på de enskilda individerna i familjen. Livssituationen kan plötsligt förändras. För en äkta make/partner i en älskad relation kan upplevelsen bli en intensivt personlig skrämmande och ångestfylld erfarenhet. Familjen i stort drabbas av störningar i dagligt liv och hela den inre familjestrukturen kan rubbas (Burr, 2001, Engström & Söderberg, 2004, Mendonca & Warren, 1998).

Att inte veta om den vårdade patienten kommer att överleva resulterar i oerhörd spänning. Att se sin närstående medvetandesänkt eller plågas av smärtor framkallar djup oro hos de anhöriga. Den kvinnliga partnern är i allmänhet mer ängslig och bekymrad än mannen. (Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczyk, & Bailey, 1991). Andra stressfaktorer som är uppmärksammade är brist på information, fel sorts information, brist på kontroll, osäkerheten över prognosen och ovissheten om utgången, intensivvårdsmiljön, väntandet samt avsaknad av möjlighet till övernattnings (Burr, 2001, Eggenberger, & Nelms, 2007).

Patienten är oftast beroende av en stor mängd tekniska instrument, katetrar och slangar som upprätthåller kroppens funktioner. Att inte förstå innebörden av all teknik och dess olika parametrar som visas på övervakningsskärmar skapar osäkerhet och stress (Burr, 2001). Denna miljö är fysiskt och emotionellt påfrestande och förstärker allvaret i situationen (Rukholm et al. 1991). Den sjukas allvarliga tillstånd och beroende av högteknologisk utrustning upprör och skrämmer dock mer än den tekniska utrustningen och miljön i sig (Fridh, Forsberg, Bergbom, 2008).

### **Stress och kris hos närstående**

Sjukdom eller skada hos en närstående upplevs som en "oväntad händelse" vilket kan bidra till upplevelser av stress. Närstående beskriver att de är chockerade, förskräckta, förlamade, sårbara och fyllda av sorg. De reaktioner en person har vid stressituationer varierar och är ofta beroende av omständigheter. De närstående drabbas av känslor av osäkerhet, skuld, frustration, panik och hjälplöshet (Engström & Söderberg 2004, Burr, 2001).

De närståendes första reaktioner beskrivs som chock, rädsla, vanmakt över att de inte kan hjälpa till och de måste helt och fullt lita på sjukvården. Under denna fas känner sig individerna maktlösa och hjälplösa som följd av att de inte har kontroll över det som händer (Burr, 2001, Johansson, Fridlund, & Hilding 2005). I den andra fasen börjar de ta itu med verkligheten och använder undermedvetet försvarsmekanismer som förnekelse och rationaliserande för att skydda sig från att känna sorg, vrede, hjälplöshet och brist på kontroll. Slutligen i rekonstruktionsfasen är hopp och accepterande de starkaste känslorna (Burr, 2001).

Socialt stöd lindrar stress. Att känna stöd empati och förståelse av personalen kan hjälpa de närstående att mobilisera både inre och yttre resurser för att ”stå pall” den svåra situationen. Det som närstående upplever som stödjande är att möta hänsyn och omtanke, att få känna att man kan lita på sin egen förmåga och styrka, att bli accepterad för den man är, för hur man tänker och sitt sätt att bete sig vilket ofta är ett led i att hantera och bemästra situationen. Att bli uppmuntrad och försäkrad om att det är helt naturligt att de närstående finns vid patientens sida ger dem känslan av delaktighet (Johansson, et al. 2005).

Att visa förståelse och omtanke och att tillåta besök är av stor betydelse för närstående. Numera tillämpar de flesta intensivvårdsavdelningar fria besökstider. Närstående har efter viss överenskommelse med intensivvårdspersonalen en obegränsad möjlighet att besöka patienten. Härmed har närstående möjlighet att planera sina besök mer anpassade efter sin livsstil och dessemellan få utrymme att fylla på med ny energi (Marfell & Garcia, 1995, Morton, et al. 2005).

### **Närståendes behov**

Den kritiskt sjuke patientens närståendes behov är uppmärksammat i flertal kvantitativa studier. Instrumentet Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), framtaget av Molter och senare vidareutvecklat tillsammans med Leske (Mendonca, & Warren, 1998) har använts i flera studier för att identifiera och rangordna närståendes behov de första 18-24 timmarna efter det att en familjemedlem läggs in på en intensivvårdsavdelning. Instrumentet (Bilaga 2) består av ett frågeformulär med 45 olika behov som de närstående får rangordna efter en fyrgradig Likertskala, där 1 är, inte alls viktig/betydelsefull och 4 är, mycket viktig/betydelsefull (Mendonca & Warren 1998, Burr, 2001, Rukholm, et al. 1991).

De 45 olika frågorna hör till fem olika behovsgrupper; (Mendonca & Warren, 1998).

- Information (behovet av att få överensstämmande, realistisk information)
- Närhet (behovet av att få vara nära patienten)
- Försäkran (behovet av att känna hopp, och att den bästa vård ges)
- Stöd (behovet av resurser, stödsystem, samtal)
- Komfort (behovet av närståendes egen bekvämlighet)

Resultaten i de olika studierna är i stort sett samstämmiga (Mendonca & Warren 1998, Burr, 2001, Rukholm, et al. 1991).

De tio viktigaste behoven för närstående är:

1. Att få telefonsamtal angående förändringar i patientens tillstånd
2. Att behålla hopp
3. Att veta diagnos och prognos och hur den sjuke mår
4. Att få frågor ärligt besvarade
5. Att känna att intensivvårdspersonalen bryr sig om patienten.
6. Att få specifik kunskap angående patientens sjukdomsutveckling
7. Att få förstålig information om patientens medicinska behandling
8. Att exakt veta varför och vad som görs för patienten
9. Att få besöka patienten och ta emot information om patienten dagligen
10. Att vara försäkrad om att den bästa möjliga omvårdnad ges till patienten (a.a).

Utifrån de fem olika behovsgrupperna är det;

Information, närhet och försäkran som rankas högst medan stöd och komfort rankas lägst (Mendonca & Warren, 1998).

Ett annat instrument är Needs Met Inventory (NMI). Det innehåller samma frågor som CCFNI, med samma olika behovsgrupper; information, närhet, försäkran, stöd, och komfort. Instrumentet NMI skiljer sig från CCFNI på så sätt att forskaren studerar hur väl närståendes behov blir tillgodosedda 36-48 timmar efter patientens inläggning. Instrumentet består av en fyrgradig Likertskala med gradering från 1 aldrig bemött, till 4 alltid bemött. Resultat visade att närståendes behov inte alltid blev tillgodosedda. Detta ökade de närståendes frustration, ångest och oro (Mendonca & Warren, 1998). Bara fyra av de tio behoven hos närstående blev bemötta, de var

- Att få besöka patienten och ta emot information om patienten dagligen
- Att få förstålig information om patientens medicinska behandling
- Att veta diagnos och prognos och hur den sjuke mår
- Att exakt veta varför och vad som görs för patienten (a.a, sid 62).

I kvalitativa studier beskrev närstående att det var skrämmande och överkligt att se den kritiskt sjuke patienten med olika slangar i kroppen och all utrustning som omgav dem och att se dem förvirrade när de vaknade upp (Engström & Söderberg, 2004).

### ***Patienten kommer i första hand***

För närstående fanns ingenting som var mer viktigt än patienten. Patienter kommer i första hand. De hade ett stort behov av att få vara nära patienten. Familjens normala behov, mat, vila och bekvämlighet var av mindre betydelse, allt kretsade kring den sjukes tillstånd (Burr, 2001, Fridh et al. 2008, Engström & Söderberg 2004, Eggenberger, & Nelms, 2007).

### ***Att få vara nära***

Behovet att veta att vårdpersonalen kunde få kontakt med dem och att vara emotionellt och rumsligt nära patienten var av stor betydelse. Anhörigrum i nära anslutning till patienten gjorde det möjligt att koppla av för en stund i vetskap om att de fanns nära tillhands om patientens tillstånd försämrades eller om det var något personalen skulle vilja informera dem om. Telefonen var närståendes länk till patienten (Johansson et al. 2005, Engström & Söderberg, 2004, Burr, 2001, Fridh et al. 2008, Eggenberger, & Nelms, 2007).

### ***Att få vaka***

De närstående hade ett starkt behov av att få vaka över patienten och finnas nära om något skulle hända, särskilt om patienten sannolikt inte skulle överleva. Att vänta och hoppas var kännetecknande för vakandet. Under vakandet höll de närstående den sjuke patientens hand och försökte att få kontakt genom att prata. Vakandet vid den älskades dödsbädd kunde vara passionerat (Burr, 2001, Fridh, et al. 2008).

### ***Att få veta.***

En stor del av de närstående rapporterade att det värsta var att inte få veta eller att inte blivit tillräckligt informerade om patientens tillstånd och utgång. Denna ovisshet var avgörande för den oro och rädsla de kände under de första dagarna av den kritiska sjukdomen. Ärlig och rak information om allt som hände hjälpte de närstående att veta och förstå vad som kunde förväntas hända och det hjälpte dem att förbereda sig (Burr, 2001, Fridh, et al 2008, Engström & Söderberg, 2004).

### ***Att beskydda***

Familjerna kände att de hade såväl en stödjande som omvårdnadsgivande roll men framförallt en beskyddande och övervakande roll eftersom patienten inte kunde tala för sig själv. De skyddade också patienterna från information och upplevelser som de kände kunde vara oroande. Närstående tenderade att sälla, dölja eller undanhålla information som de trodde skulle förorsaka patienten oro. Det var även viktigt att skydda patientens värdighet och från att hamna i en förlägen situation (Burr, 2001, Eggenberger, & Nelms, 2007).

### ***Att vänta***

Väntan var något som associerades med oro. Oron på grund av väntan tycktes vara av dubbel natur. Väntan på att få återse patienten och väntan på information. De väntade även på att mardrömmen skulle ta slut och att livet skulle återgå till det normala (Burr, 2001, Eggenberger, & Nelms, 2007). Fastän det var viktigt att vara tillsammans med patienten så accepterade majoriteten av de närstående att vänta på utsidan när viss omvårdnad skulle utföras för att slippa se vad som kunde orsaka patienten obehag eller smärta (Burr, 2001).

### ***Att hoppas***

Vakandet kännetecknades av hopp. Närstående hade hopp om överlevnad och när detta blivit tydligt riktades hoppet mot förbättring och återhämtning. När de var informerade om att patienten sannolikt inte skulle överleva riktades hoppet mot en smärtfri och värdig död. Hoppet gav kraft att klara av situationen (Burr, 2001, Engström & Siv Söderberg, 2004, Eggenberger, & Nelms, 2007).

### ***Att respektera***

För närstående var det viktigt att vårdpersonalen behandlade den sjuke med respekt, om patienten var medvetlös var det viktigt att de agerade som om patienten var medveten och kunde höra allt (Engström & Söderberg, 2004).

### ***Att få stöd***

Betydelsen av att få stöd från andra familjemedlemmar, vänner och inte minst arbetsgivaren var viktigt. Ett kvalitativt bra stöd gav de närstående bättre möjligheter till att ge tröst och uppmuntran till den kritiskt sjuke patienten. Institutionellt stöd från vård och medicinskt ansvarig personal ansågs också vara viktigt (Burr, 2001, Engström & Söderberg, 2004).

## **Familjecentrerad omvårdnad**

Att få vara tillsammans med patienten i olika situationer och att få möjlighet att delta i omvårdnaden är av stor betydelse då det hjälper de närstående att återfå kontroll över situationen (Johansson, et al. 2005, Burr, 2001). Att få vara delaktig i lättare omvårdnadsåtgärder stärker närstående i känslan av att de verkligen hjälper patienten (Hammond, 1995). Tack vare den nära relationen kan de närstående ge en emotionellt mer meningsfull omvårdnad både verbalt och icke-verbalt än vad sjuksköterskan varken kan eller vill ge och därmed ge patienten större välbefinnande. De närstående är en viktig resurs i omvårdnaden då helhetssynen tillämpas (Burr, 2001).

Trots att det är fullt klarlagt att närstående har en betydelsefull roll i omvårdnaden av intensivvårdspatienten har integration av närstående i omvårdnaden av patienten inte utforskats i vuxen intensivvård. Närstående som integrerades i lättare omvårdnadsåtgärder, t.ex. massage, tvättning, ögonvård, munvård, hårvård, rakning, smörja läppar, upplevde mer respekt, stöd och samförstånd än en kontrollgrupp som inte integrerades i omvårdnaden (Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009). Närståendes emotionella anknytning till patienten gav kunskap och insikt om patienten som sjuksköterskorna inte hade. Bergbom & Askvall (2000) framhåller att närstående stöttar patienten genom svåra perioder, det främjar närhet och ger gemensamma erfarenheter och det bidrar till patientens välbefinnande. Närstående som upplever stöd och respekt känner mindre ångest vilket förbättrar deras möjligheter att "stå pall" vilket i sin tur kan gynna patientens tillfrisknande. Familjecentrerad omvårdnad bör ingjuta attityder, värderingar, övertygelse och kompetens hos sjuksköterskor att se närstående som en viktig del i omvårdnaden av patienten (Mitchell, et al. 2009).

## **PROBLEMFORMULERING**

Den allt mer avancerade intensivvården leder till att allt fler patienter med kritisk sjukdom vårdas och överlever. Detta är en traumatisk, chockartad upplevelse för både patienten och de närstående. Patienterna har ett stort behov av stöd, hjälp och att få vara i kontakt med sina närstående för att kunna känna trygghet och ha kraft att kämpa vidare. De närståendes livssituation förändras plötsligt och oväntat. Att inte veta om patienten kommer att överleva resulterar i stor spänning. De drabbas av panik, vanmakt, sorg och hjälplöshet och har ett stort behov av att få vara nära den kritiskt sjuka patienten. Sjuksköterskan har en oerhört viktig roll i att möjliggöra detta ”möte”, så att både patientens och de närståendes behov blir tillgodosedda.

## **SYFTE**

Med detta fördjupningsarbete vill vi beskriva intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående.

## **METOD**

En litteraturstudie valdes för att få en överblick av ett avgränsat område och för att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning (Friberg, 2006).

## **LITTERATURSÖKNING**

En litteraturoversikt kan ge en sammanfattning av forskningsområdet. Det fenomen eller företeelse som vi ville studera kan motiveras ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Då ämnet handlar om omvårdnad så var det naturligt att göra litteratursökning via omvårdnadsdatabasen Cumulative Index to Nursing & Allied Health (Cinhal) och databasen Pubmed. En inledande litteratursökning gjordes som grund för bakgrund och problemformulering.

Vi valde att fokusera på hur sjuksköterskan möter närstående i den vardagliga situationen på intensivvårdsavdelningen, med andra ord inte i samband med avsked inför en förestående död eller en återupplivningssituation.

Följande inklusionskriterier användes; artiklarna skulle beröra intensivvårdssjuksköterskans uppfattning om närstående, handla om vuxna personer (över 18 år) och artiklarna skulle helst inte vara äldre än tio år.

Exklusionskriterier var artiklar som berörde sjuksköterskans uppfattning om närståendes situation och behov i samband med förestående död eller återupplivning.

Tabell 1. Sökord och databaser och urval

Sökord Cinhal	Träffar	Sökord Pubmed	Träffar
Families, relatives, intensive care OR critical care, nursing (all text)	34	Families, relatives, intensive care OR critical care, nursing	6103
Denna sökning gav 1 artikel; Stayt, 2007, (Peer Reviewed)		Denna sökning var alltför vid	
Sökord Cinhal	Träffar	Sökord Pubmed	Träffar
Critical care nursing, family, relatives (all text)	132	Critical care nursing, family, relatives	96699
Denna sökning gav 3 artiklar; Engström & Söderberg, 2007, (Peer Rewied) Stayt, 2007, (Peer Rewied) Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, (Peer Rewied)		Denna sökning var alltför vid	
Sökord Cinhal	Träffar	Sökord Pubmed	Träffar
Intensive care OR critical care, families, interaction, nursing (all text) (limits; english, publicerad senaste 10 åren)	11	Intensive care OR critical care, families, interaction, nursing (limits; english, nursing journal, humans, publicerad senaste 10 åren)	27
Denna sökning gav 1 artikel; Meiers, 2003, (Peer Reviewed)		Denna sökning gav 1 artikel; Meiers, 2003 (Peer Reviewed)	
Sökord Cinhal	Träffar	Sökord Pubmed	Träffar
Family needs, intensive care nursing, critical care nursing, relatives (all text) (limits; english, publicerad senaste 10 åren)	9	Family needs, intensive care nursing, critical care nursing, relatives (limits; english, nursing journal, humans, publicerad senaste 10 åren)	159
Denna sökning gav 2 artiklar; Kinrade, Jackson, & Tomnay, 2009, (Peer Reviewed) Stayt, 2007, (Peer Rewied)		Denna sökning gav 5 artiklar; Engström & Söderberg, 2007, (Peer Rewied) Stayt, 2007, (Peer Rewied) Söderström, Saveman, & Benzein, 2006, (Peer Rewied) Meiers, 2003, (Peer Reviewed) Kosco, & Warren, 2000	

Booleska sökoperatören AND har använts och genom att använda OR kan sökningens resultat breddas. De limits som har lagts till är English, Nursing journal, Humans, All adult och publicering de senaste 10 åren.

Genom en noggrann granskning av artiklarnas titel kunde vi avgränsa urvalet. Abstracts lästes och därefter kunde urvalet ytterligare reduceras. Slutligen hade vi sju artiklar som stämde väl överens med vårt syfte (tabell 1). Genom att studera dessa artiklars referenslistor hittade vi ytterligare fyra artiklar som vi tillsammans valde ut. Totalt blev det 11 artiklar. En av dessa ([Hupcey](#)) var från 1999. Denna artikel fanns med i flera av referenserna och därför inkluderades den.

## DATAANALYS

Studierna lästes av båda författarna ett flertal gånger för att få en god uppfattning om kvalitet, resultat och för att kunna se helheten. Analysen är gjord utifrån Evans analysmetod. Betydelsefulla meningar och meningsbärande enheter från varje artikel som var riktade mot syftet ringades in. Meningar och enheter som hade gemensamma områden parades ihop utifrån likheter i grupper, som bildade underkategorier. Underkategorierna framträdde som ett mönster, mönstren fogades samman till en ny helhet som bildade huvudkategorier (Evans, 2003). Huvudkategorier och underkategorier presenteras i tabell 2. Spridningen av de olika huvudkategorierna dokumenterades. Se tabell 3.

Tabell 2. En översikt av huvudkategorier och underkategorier

Upplevd kompetens hos sjuksköterskan	Sjuksköterskans skäl till att involvera närstående i omvårdnadsarbetet	Möjligheter och hinder för interaktion med närstående
Sjuksköterskans uppfattning av närståendes behov	Närstående- en värdefull källa till information/kunskap	Närstående som tar tid och resurser
Sjuksköterskans upplevda förmåga/kompetens	Att värna om närståendes behov	Känslor av otillräcklighet
	Integrera närstående i omvårdnadsarbetet för att förbättra omvårdnaden för den enskilde patienten	Att hantera/utveckla professionella relationer

Tabell 3. En översikt över huvudkategoriernas spridning i de olika artiklarna

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8	Artikel 9	Artikel 10	Artikel 11
Upplevd kompetens hos sjuksköterskan	X	X	X	X	X	X	X	X			
Sjuksköterskans skäl till att involvera närstående i omvårdnadsarbetet			X	X	X	X	X	X	X		X
Möjligheter och hinder för interaktion med närstående			X	X	X	X	X	X	X	X	X

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån tre huvudkategorier.

### UPPLEVD KOMPETENS HOS INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSKAN

Här beskrivs intensivvårdssjuksköterskans uppfattning om vilka behov hos närstående som är viktiga att bemöta samt hur väl det stämmer överens med



närståendes uppfattning om vilka behov som blir bemötta samt intensivvårdssjuksköterskans egen skattning av sin kompetens i omvårdnaden av närstående.

### **Sjuksköterskors uppfattning av närståendes behov**

Studier har jämfört sjuksköterskors uppfattning med närståendes uppfattning om vilka behov som var de viktigaste för närstående. Frågeformuläret som har använts var CCFNI (Critical Care Family Needs inventory). Resultaten visade att det rörde samklang mellan grupperna. Båda grupperna rangordnade behoven om försäkring, information och närhet som de viktigaste (Kosco, & Warren, 2000, Kinrade, Jackson, & Tomnay, 2009). Kosco och Warrens (2000) studie innehöll även frågeformuläret NMI (Needs Met Inventory), där närståendes uppfattningar jämfördes med sjuksköterskornas huruvida närståendes behov verkligen blev bemötta. Resultatet visade att närståendes behov inte alltid blev bemötta.

Resultatet visade en signifikant skillnad med avseende på sjuksköterskans intensivvårdserfarenhet i fem av frågorna. Att få besöka den sjuke när som helst, att vara försäkrad att den bästa omvårdnaden ges, att få information dagligen, tillgänglighet till bra mat på sjukhuset var behov som de erfarna sjuksköterskorna ansåg att de närstående fick bemött. De mindre erfarna sjuksköterskorna ansåg att de närstående behövde någon som befattade sig med de närståendes hälsa (Kosco & Warren, 2000). Mer erfarenhet behövde dock inte alltid resultera i att sjuksköterskan hade större förståelse för närståendes behov (Kinrade, et al., 2009). I en annan studie (Hallgrimsdottir, 2000) undersöktes sjuksköterskans uppfattning om omvårdnad av närstående. Information, att inge tillförsikt och stöd var det som sjuksköterskorna ansåg som de viktigaste behoven närstående hade. Närståendes behov av närhet till den sjuke ansåg bara 15% av sjuksköterskorna vara det viktigaste behovet för närstående.

### **Sjuksköterskors upplevda förmåga/kompetens**

Sjuksköterskor fick självskatta sin kompetens i omvårdnaden av närstående. De var i hög grad eniga om att de hade god kunskap om närståendes behov och att deras kommunikationsförmåga var god och att de var kapabla att vinna närståendes tillit. Det fanns en statistisk signifikant korrelation mellan sjuksköterskans intensivvårdserfarenhet och den självskattade uppfattningen om; kompetens i omvårdnaden av patienter, kompetens om närståendes behov och kommunikationsförmåga med kollegor (Ågård & Terkildsen Maindal, 2009). I Hallgrimsdottirs (2000) studie ansåg en minoritet att de hade fått adekvat utbildning och att de arbetade evidensbaserat med att möta närståendes psykosociala behov. Majoriteten tyckte det var stressande att ha att göra med stressade och bedrövade närstående och kände att de skulle behöva stöd och handledning. På frågan hur de hanterade känslomässiga situationer framstod det tydligt att kollegorna på arbetsplatsen var de som stöttar upp, följt av samtal med den egna familjen och vänner.

Sjuksköterskor som fick skatta sin egen förmåga kontra kollegors förmåga att möta närståendes behov visade att deras uppfattning om sig själva var att de hade en bättre förmåga att möta närståendes behov jämfört med sina kollegor (El Masri, & Fox-Wasylyshyn, 2007). Många sjuksköterskor ansåg att omvårdnaden av närstående kunde bli förbättrad genom bättre dokumentation och omvårdnadsplanering med respekt utifrån de närstående. De efterlyste ett mer systematiskt sätt att arbeta med närstående. Guidelines eller institutionella standards som stöd i omvårdnadsarbetet förekom inte (Stayt, 2007, Hallgrimsdottir, 2000). Sjuksköterskorna hade en önskan om mer mål för att involvera närstående, mer utbildning och mer professionell handledning och stöd i arbetet med närstående (Engström, & Söderberg, 2007, Söderström, et al., 2003).

## **SJUKSKÖTERSANS SKÄL TILL ATT INVOLVERA NÄRSTÅENDE I OMVÅRDNADSARBETET**

Här beskrivs betydelsen av att närstående deltar i omvårdnadsarbetet. Hur närstående kan bidra med information om patienten, intensivvårdssjuksköterskans omsorg om närstående samt att integrera närstående i omvårdnadsarbetet.

### **Närstående - en värdefull källa till information/kunskap**

Sjuksköterskor ansåg att omvårdnad av närstående var en viktig del i deras arbete och de upplevde att de närstående hade en betydelsefull roll i att hjälpa patienten. (Söderström, et al., 2003, Hupcey, 1999, Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, Hallgimsdottir, 2000). Sjuksköterskor förväntade sig att patienten skulle ha närstående och det var frustrerande om det inte fanns några eller om det var problem med att kontakta dessa. Om sjuksköterskan kunde kommunicera med patienten kunde de tillsammans bestämma vilka de närstående var och vilken information som skulle ges. Detta var svårt när patienten var omedveten/medvetlös. När personer ringde och ställde frågor eller ville komma på besök kunde sjuksköterskorna inte vara säkra på att de verkligen var närstående (Engström, & Söderberg, 2007).

Närstående var en värdefull källa för information och en nödvändighet för att ge optimal omvårdnad. Närstående gav en helhetsbild av patienten som person i det dagliga livet, intressen, vanor, hobby och detta gjorde det möjligt att ge en mer individuell omvårdnad (Engström, & Söderberg, 2007, Söderström, Benzein, & Saveman, 2003, Hupcey, 1999, Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, Hallgimsdottir, 2000). Sjuksköterskor ansåg att de närstående fanns där för att stötta patienten och att deras närvaro var en motsats till vårdpersonalen, som alla var främlingar. De beskrev hur närstående bara genom att komma in i rummet kunde lindra konfusion och agitation hos patienten. De närstående var en viktig länk till det normala livet och deras roll var att vaka över patienten och uppmuntra dem att kämpa vidare (Söderström, et al., 2003, Hupcey, 1999). De flesta sjuksköterskor ansåg också att det var de som hade ansvar för att ta hand om närstående och hjälpa dem genom den svåra situationen (Hupcey, 1999, Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, Hallgimsdottir, 2000).

## **Att värna om närståendes behov**

Lugna välinformerade närstående ansågs vara viktigt och de kunde då vara en resurs för sjuksköterskan och bidra med information om patienten (Söderström, et al. 2003).

När de närstående kom på första besöket till intensivvårdsavdelningen eller vid efterföljande besök om patientens tillstånd hade försämrats, var det viktigt att förbereda dem inför situationen. (Engström, & Söderberg, 2007, Stayt, 2007, Hupcey, 1999, Söderström, Saveman, & Benzein, 2006). De förklarade medicinteknisk utrustning, gav dem information om praktiska saker, rutiner, policies, bad dem sitta närmare patienten och uppmuntrade närstående att tala och röra vid patienten. Det var viktigt att visa närstående att de var viktiga. Det viktigaste sättet att stödja närstående var att vara nära och visa att de brydde sig om dem. De försökte få närstående att känna sig bekväma och betonade att de inte var ivägen (Söderström, et al., 2006, Hupcey, 1999, El Masri, & Fox-Wasylyshyn, 2007, Engström, & Söderberg, 2007). Ju mer komfortabla närstående känner sig ju mer stöd kan de ge till patienten (Ågård & Terkildsen Maindal, 2009). Att prata med de närstående om dagligt liv och skratta tillsammans kändes bra (Engström, & Söderberg, 2007).

Sjuksköterskor framhävde att det var viktigt att berätta sanningen och att vara ärlig om hur allvarlig situationen var, men samtidigt ville de att de närstående skulle ha kvar ett visst hopp. Närstående kunde tro på att det skulle ske ett mirakel och i sådana situationer lät sjuksköterskan dem behålla sitt hopp. När det inte längre fanns något hopp om bättring kvar kunde de bara finnas nära och ge de närstående tröst. Sjuksköterskor beskrev situationer när det var svårt att vara ärlig mot närstående, ex. när läkaren ena dagen drog tillbaka behandling och nästa dag var den återinsatt utan förklaring (Engström, & Söderberg, 2007). Sjuksköterskor bevakade de närstående så de tog hand om sig själva, att de fick mat, tillräckligt med sömn och ibland uppmuntrade dem att gå hem, så att de skulle orka med att vara patientens stöd (Hupcey, 1999).

## **Integrera närstående i omvårdnadsarbetet för att förbättra omvårdnaden för den enskilde patienten**

I allmänhet ansågs det att det kunde gynna både närstående och patienter om de närstående hjälpte till med lättare omvårdnadsaktiviteter (Ågård & Terkildsen Maindal, 2009). Sjuksköterskor inbjöd sällan närstående i planering och utförande av omvårdnadsåtgärder (Söderström, et al., 2003). De ansåg att de kunde bli bättre på att fråga om de närstående ville delta i omvårdnaden, vilket de ofta glömde (Engström, & Söderberg, 2007). Att involvera närstående i omvårdnaden var något som framträdde över tid, en steg till steg process där man börjar lite försiktigt och som framträdde allteftersom de utvecklade en relation Om patienten blev kvar på intensivvårdsavdelningen en längre tid och sjuksköterskorna lärde känna de närstående, fick de mer uppmuntran i att delta i vissa omvårdnadsåtgärder. Var patienten mycket kritiskt sjuk och instabil och var beroende av medicintekniska livsuppehållande hjälpmedel så var det sällan att de närstående uppmuntrades att delta i omvårdnadsarbetet (Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, Hupcey, 1999).

## MÖJLIGHETER OCH HINDER FÖR INTERAKTION MED NÄRSTÅENDE

Här beskrivs intensivvårdssjuksköterskans känsla av otillräcklighet, hur närstående kan ta tid och resurser samt hur intensivvårdssjuksköterskans professionalism i samspelet med närstående kan påverka relationen.

### Närstående som tar tid och resurser från patienten

Sjuksköterskor beskrev hur närstående var en livsviktig/kraftfull del av arbetet som kunde ta mycket av deras tid i anspråk (Engström, & Söderberg, 2007, Stayt, 2007, Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, Hupcey, 1999, Hallgrimsdottir, 2000). De var överens om betydelsen av att ta hand om närstående men de måste i första hand koncentrera sig på den kritiskt sjuke patienten. Uppmärksamheten på de närstående var helt avhängigt av sjuksköterskans uppfattning om patientens fysiska och psykiska tillstånd (Engström, & Söderberg, 2007, Hupcey, 1999).

Sjuksköterskor såg till att de närstående inte störde deras eget arbete (Hupcey, 1999). Det var svårt när närstående inte förstod hur allvarlig situationen var för den kritiskt sjuke patienten (Engström, & Söderberg, 2007). De upplevde att de "flängde" mellan att vårda patienten vilket de prioriterade samtidigt som de identifierade skyldigheter mot närstående. Närstående fick ibland mer uppmärksamhet på grund av att de kunde verbalisera sina önskemål till skillnad mot patienten. I situationer där patienten var riktigt kritiskt sjuk kunde sjuksköterskor uppfatta de närstående som ett hinder i vården av den sjuke (Stayt, 2007). Sjuksköterskorna var överens om att de involverade sig i närståendes psykosociala problem även om det var emotionellt utmanande (Ågård & Terkildsen Maindal, 2009). Fanns det konflikter inom familjen så upplevde sjuksköterskorna att de blev involverade utan chans att stå emot eller dra sig undan och då var det svårt att fullfölja sin roll (Engström, & Söderberg, 2007, Stayt, 2007).

### Känslor av otillräcklighet

Sjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad/omsorg av närstående i intensivvårdsmiljön där kritiskt svårt sjuka patienter vårdas, där högteknologiska krav ställs på sjuksköterskan, måste hållas i jämvikt med patientens alla omvårdnadsaktiviteter. Detta skapar rollkonflikt (Stayt, 2007). Det fanns sjuksköterskor som bekräftade både praktiska och emotionella begränsningar i omsorgen av närstående. Praktiska begränsningar inkluderade tidsbrist, inadekvata resurser, otillräcklig träning att hantera vissa situationer som kunde uppstå med närstående och därtill sin egen prioritering att sköta patienten. Andra begränsningar var självskattade och berörde deras självförtroende om sin skicklighet/färdighet och egen återhållsamhet i sin roll att vårda närstående (Engström, & Söderberg, 2007, Hupcey, 1999, Stayt, 2007). De kunde också ha orealistiska förväntningar på sin egen roll i omsorgen av de närstående (Stayt, 2007). Sjuksköterskor upplevde att de måste forcera vissa läkare till att tala med närstående. De kanske hade väntat en lång tid på att få information av läkaren och så lämnades sjuksköterskan ensam med att ta hand om de närstående (Engström, & Söderberg, 2007).

## Att hantera/utveckla professionella relationer

Att skapa en öppen tillitsfull relation med närstående, en inbjudande interaktion, var viktigt men det var även en fodrande och utmanande del av omvårdnaden (Stayt, 2007, Söderström, et al., 2003). Professionalism måste kombineras med personliga egenskaper. Sjuksköterskor beskrev hur de personligen gått in i relationer till närstående som stått i strid med deras uppfattning om professionalism (Stayt, 2007).

Skicklighet i samspelet och att skapa kontakt med närstående var något som sjuksköterskan hade lärt sig över tid och genom professionella och egna erfarenheter. De använde sin intuition, kompetens och erfarenhet att "läsa av" andra människor och skapa kontakt. De bekräftade patienten och de närstående genom att vara närvarande, lyssna, svara på frågor och erbjuda komfort. De sjuksköterskor som upplevde förtroende och tillit i sin professionella roll visade intresse och en önskan om att skapa en relation till närstående. Om närstående uppfattade sjuksköterskan som ärlig, medicinskt och tekniskt kompetent var det lättare att bli accepterad av närstående. En god relation gjorde det möjligt att ge stöd i känsliga situationer genom att vara nära, trösta och beröra (Söderström, et al., 2003).

Sjuksköterskor som kände sig bekväma i sin roll med hur de utförde vissa vårdhandlingar blev påverkade i sitt beteende på ett positivt och utvecklande sätt (El Masri, & Fox-Wasylyshyn, 2007). När närstående fanns vid patientens sida reflekterade sjuksköterskorna mer över hur de utförde sina omvårdnadsaktiviteter, vilket ökade kvaliteten på omvårdnaden (Söderström, et al., 2003).

Sjuksköterskor beskrev sina upplevelser med närstående som att "*leva i en storm med familjen*" (Meiers, & Tomlinson, 2003, sid 197), en kroppslig känsla av att leva med någon annans fasa och fruktan. De upplevde perioder av "*att resa genom oroliga vatten*" (Meiers, & Tomlinson, 2003, sid 197) och därigenom lärde de sig hur man skulle samarbeta med närstående, de upplevde en relation som att vara en del i familjen. Under interaktionerna med de närstående upplevde de en varaktig framgång och lycka och de kände de närståendes besvikelse över att vara så beroende av sjuksköterskans lugnande drivkraft i stormen. Sjuksköterskorna lärde sig fördelarna med att samverka med de närstående, tolka situationen, möta de närståendes behov och avlasta deras farhågor (Meiers, & Tomlinson, 2003).

Allt genom integrationsprocessen tycks både sjuksköterskan och närstående bevaka sig själva såväl som patienten. Som ett resultat av detta kan processen inbegripa både stödjande och icke stödjande och ibland fientlig interaktion mellan närstående och sjuksköterskan (Hupcey, 1999). Om relationen blev störd kunde det ta lång tid att reda ut situationen. Närstående kunde bli kritiska, stressade och aggressiva mot sjuksköterskan. Närstående kunde testa sjuksköterskan och jämföra svaren med vad de fått från någon annan (Engström, & Söderberg, 2007).

En del sjuksköterskor beskrev sig själva som experter i omvårdnaden och de uppfattade sig själva som auktoriteter. De markerade att de inte ville ha någon inblandning av närstående under sitt arbete, en icke inbjudande interaktion. De blev störda när närstående började fråga om deras omvårdnadsaktiviteter (Söderström, et al., 2003). En del sjuksköterskor hade varierande taktik av att upprätthålla kontroll och de bevakade sina egna behov såväl som patientens. De upprätthöll kontroll över

närstående och deras förmåga och möjlighet att delta i omvårdnaden. Kände de sig störda i sitt omvårdnadsarbete eller fick för mycket frågor kunde de "sätta de närstående på plats" eller bad sjuksköterskorna de närstående att lämna rummet. De kunde också upprätthålla kontroll genom att hänvisa till olika policier (Söderström, et al., 2006, Hupcey, 1999).

Sjuksköterskorna kunde bli störda av samspelet mellan de närstående och patienten. Flera sjuksköterskor gav som exempel på detta, när närstående kommer in i rummet till en medvetslös/omedveten patient och inte pratar till patienten utan enbart konverserar med varandra som om det vore ett party, eller när de närstående aldrig gav patienten en chans att få vila (Engström, & Söderberg, 2007, Hupcey, 1999).

När närstående var närvarande beskrev sjuksköterskor att de kände sig observerade när de arbetade med patienten och de intog en försvarsställning (Söderström, et al., 2003). Sjuksköterskor beskrev att det var en form av självbevarelse, de ansträngde sig för att hålla sig ifrån närstående. De ville inte visa sina känslor eller ge för mycket av sig själva i interaktionen med närstående. De distanserade sig och undvek personlig involvering (Stayt, 2007, Söderström, et al., 2003). De kunde upprätthålla denna distans genom att fysiskt hålla sig på avstånd eller genom att engagera sig och fokusera på patientens fysiska tillstånd (Stayt, 2007). Några sjuksköterskor sa att de närstående visade att de var missbelåtna med sin professionella kompetens eller att de ogillade henne/honom som person och ville därför inte lämna patienten. (Söderström, et al. 2003).

Olika kulturella skillnader kunde bli problem för sjuksköterskan på grund av olika uppfattningar som t.ex. antal besökare på samma gång (Engström, & Söderberg, 2007). Söderström et al., (2006) beskrev störda relationer som ett ömsesidigt missförstånd mellan närstående och vårdpersonal. De närstående hade inte alltid förstått den explicita informationen och/eller det implicita budskapet, med andra ord knäckt koden till intensivvårdsavdelningen. De närstående tycktes inte förstå medicinska och tekniska termer, information om sjukdomen och utrustningen, inte heller hur man skulle bete sig på intensivvårdsavdelningen. De blev inte bekräftade, de blev osäkra och fick därigenom mindre information. Personalen missförstod och de närstående blev än mer förvirrade.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Genom en litteraturöversikt av vetenskapliga artiklar kunde vi få en uppfattning om kunskaps- och forskningsläget över det problemområde vi ville kartlägga. Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående. Vid den inledande litteratursökningen fann vi att det fanns mycket skrivet om närståendes behov när en familjemedlem vårdas på intensivvårdsavdelning. Syftet var riktat mot sjuksköterskan och vi fann ett begränsat antal empiriska studier som belyste problemet från det perspektivet.

Riktlinjerna för vetenskapliga artiklar är att de ska vara bedömda och godkända för publicering i vetenskapliga tidskrifter och då har vi använt Peer Reviewed i våra sökningar i databaserna.

Då det var svårt att hitta artiklar utifrån de kriterier vi hade så valde vi att ta med en artikel som belyste sjuksköterskans uppfattning om närståendes behov på en barnintensivvårdsavdelning. På intensivvårdsavdelningar för vuxna möter vi ibland barn som patienter och även barn som närstående. En av våra artiklar är äldre än tio år men resultatet var innehållsrikt och stämde väl överens med syftet så även denna artikel inkluderades. Båda författarna läste artiklarna och kom gemensamt fram till vad som skulle tas med i resultatet. De kvantitativa studierna beskrev upplevelser som delades av ett större antal sjuksköterskor. De kvalitativa studierna gav en fördjupad förståelse i detta kontext från ett mindre antal sjuksköterskor. Resultaten var således av olika art och det gick inte att göra en linjär eller exakt jämförelse.

Den kvalitativa sammanställningen uppkom genom att artiklarna lästes gång på gång och likheter och mönster framstod mer och mer tydligt efter hand. Detta kan beskrivas som en rörelse från helhet till delar till en ny helhet (Friberg, 2006).

Ingen av de granskade artiklarna beskrev studier av direkta observationer av interaktionen mellan sjuksköterskan och närstående. Det skulle vara av intresse att få veta vad som verkligen händer i samspelet mellan sjuksköterskorna och närstående.

Etiskt tillstånd fanns i de flesta av studierna, någon hade etiska guidelines i metoden.

Flera av studierna är gjorda på mindre sjukhus med litet datamaterial. Kanske skulle utfallet vara annat om det var stora randomiserade studier vid större universitetssjukhus samt specialistintensivvård.

De elva artiklarna som valdes ut kommer från Sverige, Danmark, Island, England, USA, Canada och Australien och därigenom fick vi en global bild över hur problemet är studerat i de olika länderna. Studierna är publicerade mellan 1999-2009.

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med denna studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående. Närstående är en värdefull källa för information och har en betydelsefull roll i omvårdnaden av intensivvårdspatienten. De ger bland annat trygghet till patienten och värdefull information till sjuksköterskan (Söderström, et al., 2003, Hupcey, 1999, Ågård & Terkildsen Maindal, 2009, Hallgimsdottir, 2000). Sjuksköterskorna upplevde stor frustration om det inte fanns några närstående (Engström, & Söderberg, 2007). Eriksson & Bergboms (2007) studie visade att 25% av patienterna inte hade några besökare alls under intensivvårdsvistelsen, ofta är det äldre och ensamstående personer. Antalet sådana patienter ökar. Således är det en ganska stor andel patienter som inte får den omsorg som närstående ger. Detta bör också uppmärksammas av sjuksköterskan.

Denna litteraturstudie visar att sjuksköterskors uppfattningar om närståendes behov överensstämmer ganska väl med närståendes uppfattningar om vilka behov de har när en nära och kär person blir kritiskt sjuk. Trots detta blir de närståendes behov inte alltid bemötta.

Eftersom vi båda arbetat inom intensivvård i många år så kan vi se hur de närstående blivit bemötta över tid. Idag ser vi ett helt annat bemötande av de närstående, inte bara bland sjuksköterskorna utan även bland läkarna i form av en större medvetenhet och ökat engagemang. För 15-20 år sedan var sjuksköterskan till stor del fokuserad på att få göra så mycket som möjligt av läkarnas arbetsuppgifter. Detta kunde göras med hjälp av delegeringar. Närstående sågs mer eller mindre som ett störande inslag i vården. Dagens intensivvårdssjuksköterska har ett helt annat förhållningssätt i sin profession. Sjuksköterskan är numera mer fokuserad på omvårdnad. Hon/han är stolt över sin kompetens, känner sig trygg och säker i denna roll och är därmed inte intresserad av så kallade läkaruppgifter.

Vissa sjuksköterskor distanserade sig från de närstående och fokuserade mer på teknik och biomedicinsk vård. Möjliga orsaker till detta kan vara att sjuksköterskor åsidosätter de närståendes behov för att istället ge patienten den bästa omvårdnaden och möjligheter till överlevnad. Intensivvård kan attrahera sjuksköterskor som är mer intresserade av omvårdnad som baseras på teknologi och sjuksköterskor utbildas i första hand att se den sjuke patienten och sålunda omfattas inte de närstående i deras omvårdnad (Chesla, 1996).

Cheslas (1996) artikel har några år på nacken men mycket av detta kan kännas igen. Den medicintekniska utvecklingen gör att sjuksköterskan möter en allt mer komplex miljö runt patienten. Det kan vara naturligt för den mindre erfarna sjuksköterskan, *novisen*, med begränsad kompetens, otrygghet och rädsla att prioritera den medicintekniska delen för att känna att hon/han har kontroll över den kritiska situationen med en patient som svävar mellan liv och död. Att då även möta de närståendes behov kan bli allt för övermäktigt och leda till en icke inbjudande attityd mot de närstående. Intensivvårdsrummet är en offentlig plats på det sätt att sjuksköterskan kan bli bevittnad av de närstående i alla sina omvårdnadsåtgärder. Detta kom fram i vårt resultat genom att sjuksköterskor beskrev att de blev observerade och intog en försvarsställning (Söderström, et al., 2003).

Många sjuksköterskor uttryckte en känsla av otillräcklighet, brist på tid och att de närstående tog resurser från patienten (Engström, & Söderberg, 2007, Hupcey, 1999, Stayt, 2007). Detta speglar väl den komplexa, tidspressade och mångfacetterade arbetssituation sjuksköterskan möter idag. Den höga arbetsbelastningen kan leda till att man inte hinner med alla sina arbetsuppgifter och vanligen prioriteras den basala omvårdnaden inklusive närståendes behov bort. Tidsbrist, rädsla, otrygghet kombinerat med alla skyldigheter i omvårdnadsarbetet skapar stress som kan ge direkta effekter på vården med försämrad interaktion med närstående.

Större kompetens, vilket innefattar både erfarenhet och utbildning, kan resultera i att sjuksköterskan känner sig mer trygg och säker i intensivvårdsmiljön och i omvårdnaden av patienten. Detta kan leda till ett ökat fokus på närståendes behov. Den erfarna sjuksköterskan, *expertsjuksköterskan* (Benner, 1984), har större



möjlighet att se helheten, prioritera arbetsuppgifter och intuitivt fånga de närståendes situation.

Sjuksköterskor som skapade goda relationer med närstående kände sig bekväma i sin roll med hur de utförde vårdhandlingar och de blev påverkade i sitt beteende på ett positivt sätt. Wåhlin, (2009), beskriver att goda relationer genererade energi och bidrog till att öka de närståendes erfarenhet av en inre styrka och kraft. De närstående var nöjda när de såg hur vårdpersonal var omsorgsfulla, milda och ömmande mot den sjuke patienten genom att tala och lyssna till honom/henne, uppmuntra honom/henne till att kämpa på för fysisk och mental återhämtning och uttrycka glädje och uppskattning vid förbättringar. Detta harmonierar väl med Synergi Modellen (Bilaga 1) som beskriver synergi som ett fenomen som uppstår när individer arbetar tillsammans på ett ömsesidigt intensivt sätt mot samma mål.

Synergi kommer från grekiskan ”syn-ergos” = samarbete. I Erikssons (1987) omvårdnadsteori finns begreppen synergi och hälsa. Synergi beskrivs på ett sätt där individer spontant understöder varandra och hälsa som att vara hel eller integrerad. Att vara tillsammans med sina nära och kära ger ett kroppsligt välbehag, tillit och tillfredsställelse. I vänskapen som fenomen finns en verksam faktor som har en gynnsam inverkan på människans hälsoprocesser.

På den intensivvårdsavdelning som vi (författarna) arbetar skriver personalen dagböcker till patienterna. I dagböckerna beskrivs vad som händer under vårdtiden på ett vardagligt och ett lättförståeligt språk i syfte att fylla i minnesluckor samt att underlätta rehabiliteringen. Närstående uppmanas också att skriva i dagboken om sina upplevelser och om livet utanför. Närstående kan på detta sätt känna sig bekräftade och delaktiga i omvårdnaden av patienten, och personalen kan ta del av närståendes perspektiv.

## **Slutsats**

Sjuksköterskor har i stort en ganska god insikt om närståendes behov men trots detta blir inte alltid närståendes behov tillgodosedda. Förutom utveckling av kompetens kan tydliga riktlinjer på respektive intensivvårdsavdelning samt ökade resurser där behoven finns, stärka och utveckla sjuksköterskans förmåga och vilja att möta närstående. Det är också viktigt att övrig personal, chefer och läkare samspelar och stöttar sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet. Kontinuitet vad det gäller personal som vårdar patienten kan underlätta relationerna med närstående. Att skapa relationer beskrevs i artiklarna som något som utvecklades över tid. Forum för reflektion samt gruppdiskussioner kan också utveckla sjuksköterskans kompetens. Genom att ansa, leka och lära kan vi utvecklas mot en högre integrationsnivå (Eriksson,1987).

## **Implikation**

Professionell vård behövs inte bara under intensivvårdsvistelsen utan även efter vårdtiden. Närstående till intensivvårdspatienter kan på samma sätt som patienterna lida av stressfyllda minnen från intensivvården och även ha psykologiska stress symtom som minnesförlust, depression och Post Traumatisk Stress Disease (PTSD). Hög risk

för psykologisk stress hos patienten visade sig vara korrelerad med hög risk även hos närstående (Jones, Skirrow, Griffiths, Humphris, Ingleby, Eddleston, Waldman, & Grager, 2004). För att hjälpa patienter och närstående i rehabiliteringen efter intensivvård har uppföljande verksamhet med återbesök startat på flera sjukhus i Sverige. Genom att ta del av patienters och närståendes erfarenheter av intensivvårdstiden har sjuksköterskorna en möjlighet att kunna förbättra omvårdnaden och relationen med närstående (Samuelsson, & Corrigan, 2009).

Denna litteraturstudie anser vi har varit lärorik och intressant. Sjuksköterskans vilja och förmåga att möta närstående är inte så väl studerat och det skulle vara av stort intresse att gå vidare med en empirisk observationsstudie inom detta problemområde. En observationsstudie skulle kunna ge en mer faktisk bild av hur sjuksköterskan fungerar i samspelet med närstående.

## REFERENSER

- Andershed, B. (1999). *I livets slutskede: De anhörigas roll*. (Artikelnummer 1999-0-87) Stockholm: Socialstyrelsen.
- Antonsson, A-C., & Sandström, B., (2000). Reflektion-kärnan i omvårdnadshandledning. *Vård i Norden*, 20(4) 38-41.
- Benner, P. (2000). *From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bergbom, I., & Askvall, A. (2000). The nearest and the dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive Critical care*, 16, 384-395.
- Burr, G. (2001) *Reaktioner och relationer i intensivvård: närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur, översättning och bearbetning av; *An analysis of needs and experiences of families of critical ill patients: the perspectives of family members and ICU nurses. Doctoral Dissertation, University of Sydney, department of clinical Nursing, Australia*.
- Chesla, C., (1996). Reconciling Technologic and Family Care in Critical-Care Nursing. *Journal of nursing Scholarship*, 28(3), 199-202.
- Eggenberger, S.K., & Nelms, T.P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628.
- \*El Masri, M.M., & Fox-Wasylyshyn, S.M. (2007). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 43-50.
- Engström, Å., & Söderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 299-308.
- \*Engström, Å., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1651-1659.
- Eriksson, K., (1987). *Vårdandets ide*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, T., & Bergbom, I. (2007). Visit to intensive care unit patients-frequency, duration and impact on outcome. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 20-6.
- Evans, D., (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Fontaine, D.K., Gallo, B.M., Hudak, C. M. & Morton, P.G. (2005). *Critical Care Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Friberg, F., (red) (2006). Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2008). Close relatives' experiences of caring and the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 111-119.

- \*Hallgrimsdottir, E.M. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 611-619.
- Hammond, F. (1995). Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive and Critical care Nursing*, 1, 256-264.
- \*Hupcey, J.E. (1999). Looking out for the patient and ourselves-the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 253-262.
- Hupcey, J.E., (2000). Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship* 32(4), 361-367.
- Socialstyrelsen (1982). *Hälso- och sjukvårdslag (1982-763)*. Hämtad 2010-01-12 från [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl)).
- Johansson, I., Fridlund, B., & Hilding, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in Critical care*, 10(6) 289-298.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R.D., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldman, C., Grager, M. (2004). Posttraumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30, 456-460.
- Kajermo Nilsson, K., Nordström, G., Krusebrant, Å., & Björvell, H. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4) 798-807.
- \*Kinrade, T., Jackson, A.C., & Tomnay, J.E. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurse's and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 82-88.
- \*Kosco, M., & Warren, N.A. (2000) Critical Care Nurses' Perceptions of Family Needs as Met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 60-72.
- Marfelli, J.A., & Garcia, J.S. (1995). Contracted visiting hours in the coronary care unit. *Nursing Clinics of North America*, 30(1), 87-96.
- \*Meiers, S.J., & Tomlinson, P.S. (2003). Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of caring. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17(2), 193-201.
- Mendonca, D., & Warren, N.A. (1998). Perceived and Unmet Needs of Critical Care Family Members. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21(1) 58-67.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009) Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18, 543-552.
- Rehn, H., (2003). Omvårdnad-en praktik i omvandling. Hämtad 2010-01-25 från <http://www.skeptron.uu.se/broaday/sec/p-rehn-helena-paper-pedhist-konferens-0309-version030911.pdf>.
- Rukholm, E., Bailey, P., Coutu-Wakulczyk, G., & Bailey, W.B. (1991). Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 920-928.

- Samuelsson, AM., Corrigan, I., (2009). A nurse-led intensive care after-care programme – development, experiences and preliminary evaluation. *Nursing in Critical Care*, 14(5), 254-263.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 2005-105-1). Hämtad 2010-01-25 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf).
- \*Stayt, L.C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 57(6), 623-630.
- \*Söderström, I.M., Benzein, E., & Saveman, B.I. (2003). Nurses' experience of interactions with family members in intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 185-192.
- \*Söderström, I.M., Saveman, B.I., & Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units-An observation and interview study. *International Journal of nursing Studies*, 43, 707-716.
- Wåhlin, I., Ek, A-C., & Idvall, E., (2009). Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2580-2587.
- \*Ågård, A.S., & Terkildsen Maindal, H. (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *Nursing in Critical Care*, 14(5), 264-272.
- Östlinder, G. (Redaktör). (2004) *Närståendes behov: omvårdnad som akademiskt ämne III*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

\* = Resultatartiklar

## Patient karaktäristik och Sjuksköterskekompetens enligt Synergi Modellen

Patient karaktäristik	Sjuksköterskekompetens
<p><b>Återhämningsförmåga;</b> Möjligheten att återvända till funktionell rehabiliteringsnivå genom copingmekanismer; förmågan att återhämta sig snabbt efter ett allvarligt tillstånd.</p> <p><b>Sårbarhet;</b> Graden av känslighet för aktuella eller möjliga stressfaktorer/påfrestningar som ofördelaktigt kan påverka patientens tillfrisknande.</p> <p><b>Stabilitet;</b> Förmågan att upprätthålla ett stabilt jämviktsläge.</p> <p><b>Komplexitet;</b> Komplicerat tilltrasslande med två eller fler system (ex. fysiska/kroppsliga, familj, terapier).</p> <p><b>Tillgängliga resurser;</b> Graden av resurser (ex. tekniska, skattemässiga, personliga, psykologiska, sociala) som patienten, familjen, samhället kan bidra med i situationen.</p> <p><b>Delaktighet vården;</b> Graden av hur mycket patienten och familjen förmår angående vårdaspekter.</p> <p><b>Delaktighet i beslutsfattande;</b> Graden av hur mycket patienten och familjen förmår att fatta beslut.</p> <p><b>Förutsägbarhet;</b> En totalbild som tillåter en att förvänta sig en viss sjukdomsutveckling.</p>	<p><b>Kliniskt omdöme;</b> Kliniska resonemang, vilket inkluderar kliniskt beslutfattande, kritiskt tänkande och helhetsgrepp över situationen, som förenas med omvårdnadsskicklighet förvärvat genom en process av formell och erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p><b>Advokat/moral kraft;</b> Arbeta för någon annans vägnar och representera patientens, familjens och samhällets angelägenheter. Att verka som ett moraliskt ombud genom att identifiera och hjälpa till med att lösa etiska och kliniska angelägenheter.</p> <p><b>Omvårdnadspraxis;</b> Konstellationen av omvårdnadsaktiviteter som svarar upp mot patientens och familjens unikhet och som skapar en deltagande och terapeutisk miljö i syfte att befrämja komfort och förebygga lidande; dessa omvårdnadsåtgärder inkluderar, men är ej begränsade till, vaksamhet, engagemang och ansvar.</p> <p><b>Samarbete;</b> Att arbeta med andra (ex. patienten, familjen, hälsoinspiratörer) på ett sätt som befrämjar och uppmuntrar varje individs bidrag till att uppnå realistiska patientmål.</p> <p><b>Systemtänkande;</b> Kunskap och verktyg som tillåter sjuksköterskan att uppskatta omvårdnadsmiljön från ett perspektiv som värdesätter helhetstänkandet inom och mellan hälsosystem.</p> <p><b>Respons på motstridigheter;</b> Känsligheten för att identifiera, uppfatta och införliva olikheter i omvårdnadsvillkoren; olikheter som kan inkludera, men är ej begränsade till, är familjekonfiguration, levnadsstil, socioekonomisk status, åldersvärderingar, att involvera patienter, deras familjer och medlemmar i hälsosystem.</p> <p><b>Klinisk undersökare eller nyskapare /utvärderare;</b> Den ständigt pågående processen av att ifrågasätta och utvärdera praxis, befrämja aktuell praxis och nyskapande genom forskning och experimentellt lärande; Sjuksköterskan engagerar sig i klinisk kunskapsutveckling för att möjliggöra bästa patientutfall.</p> <p><b>Facilitator av lärande;</b> Förmågan att underlätta lärande för patienter, sjuksköterskekollegor, läkare och andra i hälsodisciplinen, inkluderar både formell och informellt underlättande av lärande.</p>

## **Critical Care Family Needs Inventory**

Likert scale

1=Not Important, 2=Slightly Important, 3=Important, 4=Very Important

1. To know the expected outcome. 1 2 3 4
2. To have explanations of the environment before going into the critical care unit for the first time. 1 2 3 4
3. To talk to the doctor every day. 1 2 3 4
4. To have a specific person to call at the hospital when unable to visit. 1 2 3 4
5. To have questions answered honestly. 1 2 3 4
6. To have visiting hours changed for specific conditions. 1 2 3 4
7. To talk about feelings about what has happened. 1 2 3 4
8. To have good food available at the hospital. 1 2 3 4
9. To have directions as to what to do at the bedside. 1 2 3 4
10. To visit at any time. 1 2 3 4
11. To know which staff members could give what type of information. 1 2 3 4
12. To have friends nearby for support. 1 2 3 4
13. To know why things were done for the patient. 1 2 3 4
14. To feel there is hope. 1 2 3 4
15. To know about the types of staff members taking care of the patient. 1 2 3 4
16. To know how the patient is being treated medically. 1 2 3 4
17. To be assured that the best care possible is being given to the patient. 1 2 3 4
18. To have a place to be alone while in the hospital. 1 2 3 4
19. To know exactly what is being done for the patient. 1 2 3 4
20. To have comfortable furniture in the waiting room. 1 2 3 4
21. To feel accepted by hospital staff. 1 2 3 4
22. To have someone to help with financial problems. 1 2 3 4
23. To have a telephone near the waiting room. 1 2 3 4
24. To have a pastor visit. 1 2 3 4

25. To talk about the possibility of death. 1 2 3 4
26. To have another person with you when visiting the critical care unit. 1 2 3 4
27. To have someone be concerned with your health. 1 2 3 4
28. To be assured it is alright to leave the hospital for awhile. 1 2 3 4
29. To talk to the same nurse everyday. 1 2 3 4
30. To feel it is alright to cry. 1 2 3 4
31. To be told about other people that could help with problems. 1 2 3 4
32. To have a bathroom near the waiting room. 1 2 3 4
33. To be alone at any time. 1 2 3 4
34. To be told about someone to help with family problems. 1 2 3 4
35. To have explanations given that are understandable. 1 2 3 4
36. To have visiting hours start on time. 1 2 3 4
37. To be told about chaplain services. 1 2 3 4
38. To help with the patient's physical care. 1 2 3 4
39. To be told about transfer plans while they are being made. 1 2 3 4
40. To be called at home about changes in the patient's condition. 1 2 3 4
41. To receive information about the patient at least once a day. 1 2 3 4
42. To feel that the hospital personnel care about the patient. 1 2 3 4
43. To know specific facts concerning the patient's progress. 1 2 3 4
44. To see the patient frequently. 1 2 3 4
45. To have the waiting room near the patient. 1 2 3 4
46. Other: . 1 2 3 4

FAMNDS\LES

September 12, 1991

Copyright (c) Nancy C. Molter and Jane Stover Leske. Reprinted with permission.

### **Description**

YEAR DEVELOPED: 1976-1983

PURPOSE: To ascertain the degree of importance attributed to specific needs by family members of critically ill patients.

VARIABLES OF INTEREST: Statements reflecting potential needs of family members.

ORIGINAL POPULATION: Forty relatives of critically ill patients 18 years of age and older.



**QUESTION FORMAT:** The *CCFNI* contains 45 randomly placed statements of needs often expressed by family members of critically ill patients. Items are rated by the family member on a four-point scale as not important, slightly important, important, or very important. A final open-ended question permits the family member to write in other perceived needs.

**ADMINISTRATION:** Self-administered or can be read to respondent. For self-administration, ninth grade reading level was established by Gunning Fog Readability Index (8.6 years). Instrument takes less than 30 minutes to administer.

**SCORING:** Each of the needs statements is rated on a one to four scale of importance for the individual. Items of greatest importance to the family member can be ascertained by reviewing the ratings of individual items. Item scores can be summed to obtain total scores and subset scores based on the five dimensions of family needs.

**PSYCHOMETRICS:** Reliability: Test-retest reliability determined in one study of 51 family members using a 48-hour retest period provided response agreement for individual items ranging from 64.71 percent to 96.08 percent. Internal consistency as measured by Cronbach's alpha coefficient ranged from 0.88 to 0.98 in 5 studies for the total instrument. Pooled sample data from 21 investigators yielded Cronbach's alpha coefficients for subset factors of: 0.88 for support; 0.75 for comfort; 0.78 for information; 0.71 for proximity; and 0.61 for assurance. Validity: Content validity determined by panel of five critical care nurse managers and 11 school of nursing faculty members resulted in individual item percent agreements ranging between 96.1 percent and 64.7 percent. Construct validity, determined by exploratory stepwise principal components factor analysis, yielded a five-factor solution explaining 40.2 percent of the total variance. Correlations among factors were 0.39 or lower.

**HOW TO OBTAIN:** Jane S. Leske, PhD, RN, Associate Professor, School of Nursing, University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee, WI 53201, (414) 229-6234, [jsl@csd.uwm.edu](mailto:jsl@csd.uwm.edu).

**COPYRIGHT OWNER:** Nancy C. Molter and Jane Stover Leske

**MODIFICATIONS:** None

Description Copyright (c) 2009, CINAHL Information Systems

---

Artikel-nummer	Artikel	Syfte	Metod	Resultat
Nr 1	<p><b>Titel:</b> The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives</p> <p><b>Författare:</b> Trish Kindrade, Alun C Jackson, Janet E Thomny</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Australian Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2009</p> <p><b>Land:</b> Australien</p>	<p>Förklara närståendes behov när deras närstående oväntat togs in på intensivvårdsavdelning och jämföra rankade behov mellan närstående och sjuksköterskor.</p>	<p>Kvantitativ design. Beskrivande metod med instrumentet Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) för att mäta, ranka och jämföra serier av behov.</p>	<p>Jämförande analys av data visade att sjuksköterskor rangordnade behoven till stor del som de närstående. En jämförelse med tidigare studier med samma instrument visade liknande resultat.</p>
Nr 2	<p><b>Titel:</b> Critical Care Nurses' Perceptions of Family Needs as Met</p> <p><b>Författare:</b> Mary Kosco, Nancy A Warren</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Critical Care Nursing Quarterly</p> <p><b>Årtal:</b> 2000</p> <p><b>Land:</b> USA</p>	<p>Att fastställa om intensivvårdssjuksköterskans uppfattningar om närståendes behov korrelerar till närståendes uppfattningar och hur vida dessa behov blev tillgodosedda.</p>	<p>Kvantitativ design. Explorativ/förklarande, beskrivande metod. Instrumentet innehöll 3 delar. Den 1:a var demografisk data. Den andra var Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) och den 3:dje var Needs Met Inventory (NMI).</p> <p><b>Teori:</b> Maslows behovsteori. Roger's Theori of Unitary Human Beings</p>	<p>Resultatet visar i CCFNI att båda grupperna rankade försäkrar, närhet och information som de viktigaste behoven. Mindre viktiga var stöd och bekvämlighet. Med frågeformuläret NMI jämfördes närståendes uppfattningar med sjuksköterskors uppfattningar om huruvida deras behov blev bemöta. Det fanns en signifikant skillnad i vissa frågor bland sjuksköterskorna och erfarenhet.</p>
Nr 3	<p><b>Titel:</b> Accident and emergency nurse's perception and experiences of caring for families</p> <p><b>Författare:</b> Elin M. Hallgrimsdottir</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Critical nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2000</p> <p><b>Land:</b> Island</p>	<p>Syftet var ställt utifrån 4 frågeställningar: Hur är intensivvårdssjuksköterskans uppfattning om omvårdnad av familjer? Hur väl förberedda är sjuksköterskorna att möta närståendes behov? Hur involverar sjuksköterskorna närstående i omvårdnaden? Hur evaluerar sjuksköterskorna omvårdnaden av familjen?</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ studie med beskrivande/beskrivande design. Ett frågeformulär med slutna frågor har statistiskt analyserats med hjälp av Statistical Package for Social Sciences (SPSS) och öppna frågor med innehållsanalys.</p>	<p>Sjuksköterskorna i studien ansåg att omvårdnad av närstående är sjuksköterskans plikt och att det var viktigt för patienten. Sjuksköterskorna förstod att de hade ansvar för närstående. Information och att inge stöd var det som ansågs vara de viktigaste behoven närstående hade. Sjuksköterskorna hade kunskap om att de närstående befann sig i en svår situation. De uppgav att de inte hade utbildning för att möta känslomässiga behov.</p>
Nr 4	<p><b>Titel:</b> Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care unit</p> <p><b>Författare:</b> Louise Caroline Stayt</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> England</p>	<p>Att utforska sjuksköterskornas erfarenheter av omvårdnad av närstående till kritiskt sjuka som vårdas på intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie. Djupintervjuer enligt Heideggerians filosofi som analyserats efter Colizzis metod. Avslöja innebörder som framstår antingen uttalat eller icke uttalat/underförstått</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att närstående var i behov av att få professionell hjälp i svåra känslomässiga situationer. Information om patienten och även praktiska saker som hur avdelningen fungerade var också av vikt. Sjuksköterskorna i studien var medvetna om faktorer som hindrade dem från att tillgodose närståendes önskemål. De uppgav att de hade ont om tid, för lite resurser samt otillräcklig utbildning i att möta känslomässiga behov. Sjuksköterskorna upplevde att närstående ibland hindrade dem i deras arbete med patienten.</p>
Nr 5	<p><b>Titel:</b> Interacting with relatives in intensive care unit</p> <p><b>Författare:</b> Anne Sophie Ågård, Helle Tekildsen Maïndal</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Nursing in Critical Care</p> <p><b>Årtal:</b> 2009</p> <p><b>Land:</b> Danmark</p>	<p>Första syftet var att beskriva sjuksköterskans uppfattning i termer som kompetens och skicklighet i att integrera/samverka med närstående och sjuksköterskans förväntningar av utfallet. Andra syftet var att undersöka sambandet mellan "self-efficacy" och de förväntade utfallet och sjuksköterskans attityd till att involvera närstående i omvårdnadsrelaterade uppgifter samt att tillåta närstående att närvara vid kritiska situationer</p>	<p>Kvantitativ metod med frågeformulär baserat på Bandura's self-efficacy teori. Två öppna frågor uppmanade sjuksköterskorna att tänka igenom om de kunde tänka sig att närstående bevitnade kritiska situationer.</p> <p><b>Teori:</b> Bandura's self-efficacy teori. En individs uppfattning gällande sin egen förmåga att framgångsrikt utföra en aktivitet eller ett beteende.</p>	<p>Sjuksköterskornas beskrivning av personlig kunskap, skickligheter och förväntningar av resultatet av interaktionen/samspelet med närstående var positiv. Sjuksköterskornas uppfattningar var relaterade till deras attityd till att involvera närstående i omvårdnads aktiviteter. Ingen statistisk signifikans hittades mellan attityder, kunskap, skicklighet och attityder till att involvera närstående i omvårdnaden eller att vara närvarande vid kritiska situationer.</p>

Artikel		Syfte	Metod	Resultat
Nr 6	<p><b>Titel:</b> Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses</p> <p><b>Författare:</b> Maher El Marsi, S.M Fox-Wasylyshyn</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Intensive and Critical Care Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Canada</p>	<p>Syftet är inte helt tydligt i denna studie.</p> <p>Att beskriva skillnader mellan intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om sin egen förmåga kontra kollegers förmåga att möta närståendes behov och jämföra sambandet mellan sjuksköterskans komfort/bekvämlighet och utförande av vissa omvårdnadshandlingar.</p>	<p>Kvantitativ metod. Deskriptiv/beskrivande frågeformulär innehållande 19 olika frågor påståande om sjuksköterskans roll/förmåga att möta närståendes behov och parallellt påståenden om hur de uppfattar sina kollegor i sin roll att möta närståendes behov.</p>	<p>Sjuksköterskorna uppfattade att deras egen förmåga att möta närståendes behov var bättre än kollegornas. Det fanns ett positivt samband mellan sjuksköterskornas uppfattning av komfort/bekvämlighet och omvårdnadshandling. Resultatet visade däremot inget positivt samband när det gällde att tillåta närstående bevittna olika omvårdnadsåtgärder.</p>
Nr 7	<p><b>Titel:</b> Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses</p> <p><b>Författare:</b> Åsa Engström, Siv Söderberg</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Beskriva intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av närstående på intensivvården.</p>	<p>Kvalitativ studie med tematisk innehålls analys. Diskussioner i fyra fokusgrupper med 24 intensivvårdssjuksköterskor.</p>	<p>Närvaron av närstående tog ofta för givet av sjuksköterskorna. Information från närstående gjorde det möjligt för sjuksköterskorna att ge individuell omvårdnad. Sjuksköterskorna stöttade närstående genom att ge information, vara nära och etablera goda relationer med närstående. Närstående var viktiga. Sjuksköterskorna saknade forum för reflektion och diskussion om den givna vården.</p>
Nr 8	<p><b>Titel:</b> Nurses' experience of interactions with family members in intensive care unit</p> <p><b>Författare:</b> Ing-Mari Söderström, Eva Benzein, Britt-Inger Saveman</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p><b>Årtal:</b> 2003</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Beskriva sjuksköterskors upplevelser av interaktioner med närstående till kritiskt sjuk anhörig.</p>	<p>Kvalitativ studie med djupintervjuer. Innehållsanalys inspirerad av Burnard. Metoden går ut på att i en serie av steg fördjupa sig i datamaterialet, analysera, kategorisera, koda, ge mening, finna förklaringar till texterna.</p>	<p>Sjuksköterskorna ansåg att närstående var en viktig del i omvårdnadsarbetet men det var även en fodrande och utmanande del att skapa relationer. De sågs som en resurs för sjuksköterskorna. Några sjuksköterskor i studien var av motsatt uppfattning. De ansåg att närstående var i vägen och störde deras arbete.</p>
Nr 9	<p><b>Titel:</b> Looking out for the patient and ourselves-the process of family integration into the ICU</p> <p><b>Författare:</b> Judit E. Hupcey</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 1999</p> <p><b>Land:</b> USA</p>	<p>Att utforska processen med att integrera närstående på intensivvårdsavdelningen. Hur närstående och sjuksköterskor samspelar för att öka eller minska närståendes involvering på intensivvårdsavdelningen.</p>	<p>Kvalitativ metod med Grounded theory som ansats. Djupintervjuer genomfördes med närstående, intensivvårdssjuksköterskor och patienter. Jämförande analysprocess utvecklad av Glasser &amp; Strauss där data samlas och analyseras tills inget nytt framträder.</p>	<p>Både sjuksköterskorna, närstående och patienterna ansåg att närstående har en viktig roll på intensivvårdsavdelningen. Processen med att integrera närstående i omvårdnaden har två perspektiv från sjuksköterskan och närstående som arbetar mot samma mål. Båda tycks bevaka sig själva såväl som patienten genom intergrationsprocessen. Processen kan inbegripa både stödande och icke stödande och ibland fientlig integration mellan närstående och sjuksköterska.</p>
Nr 10	<p><b>Titel:</b> Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of caring</p> <p><b>Författare:</b> Sonja J. Meiers, Patricia S. Tomlinson</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p><b>Årtal:</b> 2003</p> <p><b>Land:</b> USA</p>	<p>Hur kan närstående-sjuksköterske uppbyggnad av meningsfullt samarbete genom närstående-sjuksköterske interaktioner inom intensivvård beskrivas och hur påverkar detta omvårdnaden. Förstå och tolka omsorg i närståendes upplevelse av hälsa genom att utforska interaktionella fenomen inom den pediatrika intensivvården.</p>	<p>Kvalitativ metod med hermeneutisk fenomenologisk ansats. Tolkningar av upplevelser för att finna nya infallsvinklar i fenomenet sjuksköterska-närstående interaktion. (I denna studie är det närstående till barn).</p>	<p>Närståendes upplevelse av hälsa befanns ha två dimensioner: Ömsidigt beroende och oberoende Närstående beskrev upplevelser av teman som erkännanden av sårbarhet, en känsla av familjekomfort. Sjuksköterskorna beskrev upplevelser som en kroppslig känsla av att leva med någon annans fasa/fruktan.</p>
Nr 11	<p><b>Titel:</b> Interaction between family members and staff in intensive care unit-An observation and interview study</p> <p><b>Författare:</b> Ing-Mari Söderström, Britt-Inger Saveman, Eva Benzein</p> <p><b>Tidsskrift:</b> International Journal of Nursing Studies</p> <p><b>Årtal:</b> 2006</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Att beskriva och tolka interaktionen mellan närstående och personal på intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Kvalitativ metod. Deskriptiv/beskrivande och tolkande design, inkluderar observationer och intervjuer. Hermeneutisk innehållsanalys med tolkning av delar och helheter för att fördjupa sig i textmaterial.</p>	<p>De första interaktionerna mellan personal och närstående hade en betydande inverkan på närstående och påverkade den fortsatta samverkan med personalen. Två typer av interaktioner har visats: ömsidig förståelse och ömsidigt missförstånd. Närstående som förstod den uttryckliga informationen och det underförstådda budskapet var öppna i kommunikationen. Närstående som hade svårt att förstå information och implicita budskap kommunicerade mindre med personalen, anpassade sig inte till systemet och förolämpade ibland personalen.</p>