

# Mellan Hopp och Förtvivlan

Att vara närstående till någon som  
drabbats av akut och kritiskt tillstånd

FÖRFATTARE	Fanny Fors Anna Karlsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Jakobsson
EXAMINATOR	Lars-Eric Olsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **Förord**

Att skriva ett examensarbete är klurigt på många sätt, man skall hitta ett område som man vill fördjupa sig i, området får inte vara för obeforskat då blir det svårt eftersom det är en sammanställning av tidigare forskning man vill göra. Området får inte heller vara allt för stort för då är ju det mesta redan gjort. Efter att man valt något att skriva om gäller det att hitta sökord som fungerar för att hitta litteratur och studier, sedan läser man och skriver tills ett arbete tagit form. Processen är inte helt enkel, man kör fast backar tillbaka, försöker igen och kommer kanske lite längre. Det går sakta framåt och ibland behöver man hjälp.

Vi vill därför ge ett stort tack till vår handledare Eva Jakobsson för stöd, råd, hjälp, tålamod och glada tillrop under processens gång. Vi vill också skänka ett tack till Abdullah som trots att han mest skapat oreda ändå varit en trogen följeslagare. Ett tack också till Lise-lott och Philip för hejarop och praktisk problemlösning samt att de visat tålamod då vi belamrat huset med pärmar, böcker och mängder med lösa papper samt ökat hushållets kaffekonsumtion. Självklart vill vi också tacka alla andra som kommit till vår undsättning med kreativa kommentarer när vi suttit och kliat oss i huvudet.

Avslutningsvis vill vi tacka varandra för ett gott samarbete.

Titel (svensk):	Mellan Hopp och Förtvivlan - Att vara närstående till någon som drabbats av plötsligt och kritiskt tillstånd
Titel (engelsk):	Between hope and despair – Dealing with acute and critical conditions of an immediate family member.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program, högskolepoäng	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
kursbeteckning:	OM5250 Examensarbete i Omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Fanny Fors Anna Karlsson
Handledare:	Eva Jakobsson
Examinator:	Lars-Eric Olsson

---

## SAMMANFATTNING

**Inledning:** Varje dag kommer människor att drabbas av akuta och kritiska tillstånd, genom olyckor eller genom plötslig sjukdom. För vårdpersonalen utgör denna dramatik en del av det vardagliga arbetet, för den drabbade och dennes närstående ges däremot ingen möjlighet att förbereda sig. Tidigare studier har visat att det många gånger är de närstående som mår sämst då de lämnar sjukhuset. **Syfte:** Öka förståelsen för vad det innebär att vara närstående till någon som drabbas av akut kritiskt tillstånd. **Metod:** Sökningar gjordes i databaserna PubMed och Chinal. Tio artiklar inkluderades och analyserades utifrån en metod med grund i metasyntes. **Resultat:** Genom syntetiseringen av de analyserade artiklarna framkom fem teman som kan sammanfatta närståendes upplevelser av akuta och kritiska tillstånd: Leva i en storm av känslor, behov av att vara nära den sjuke, behov av att veta den sjukes status, behov av att ha familjen samlad och anpassning och förlikning med verkligheten. **Slutsats:** De närståendes upplevelser vid akut kritisk sjukdom utgör en komplex bild och det finns stora utmaningar inom vården för att kunna göra deras upplevelse och återhämtning så skonsam som möjligt.

**Nyckelord:** *Närstående, akut, kritiskt, upplevelser, krisreaktion*

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND .....	2
DEN MÖJLIGA VÅRDKEDJAN VID ETT AKUT OCH KRITISKT TILLSTÅND .....	2
FAMILJ .....	3
Familjen i ett omvårdnadsperspektiv .....	4
INFORMATION/KOMMUNIKATION.....	5
KRISREAKTION .....	6
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE .....	7
METOD .....	8
ATT BIDRA TILL EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD MED GRUND I ANALYS AV KVALITATIV FORSKNING.....	8
URVAL OCH DATAINSAMLINGSMETOD .....	8
ANALYS.....	9
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN .....	9
RESULTAT .....	10
ATT LEVA I EN STORM AV KÄNSLOR .....	10
BEHOV AV ATT VARA NÄRA DEN SJUKE.....	12
BEHOV AV ATT VETA DEN SJUKES STATUS .....	13
BEHOV AV ATT HA FAMILJEN SAMLAD I EN OVISS TILLVARO.....	14
ANPASSNING OCH FÖRLIKNING MED VERKLIGHETEN .....	15
SAMMANFATTNING AV SYNTETISERINGEN AV NÄRSTÅENDES UPPLEVELSER VID AKUT KRITISK SJUKDOM.....	16
DISKUSSION.....	17
METODDISKUSSION .....	17
Val av metod.....	17
Litteratursökning.....	17

Analysen .....	18
RESULTATDISKUSSION.....	19
Att leva i en storm av känslor .....	19
Behov av att vara nära den sjuke .....	20
Behov av att veta den sjukas status.....	20
Behov av att ha familjen samlad i en oviss tillvaro .....	21
Anpassning och förlikning med verkligheten.....	22
VAD BETYDER DÅ DETTA .....	23
Kliniska implikationer .....	23
Förslag till fortsatt forskning .....	25
REFERENSER .....	26
BILAGA1 .....	29
BILAGA2 .....	30

## INLEDNING

Varje dag kommer människor att oväntat drabbas av akuta och kritiska tillstånd, antingen genom att råka ut för en olycka eller plötsligt drabbas av sjukdom. Den svenska olycksstatistiken visar att det år 2009 var 3500 personer som skadades svårt i trafikolyckor (1). Statistik visar också att ca 10 000 hjärtstopp som inte inträffar på sjukhus sker varje år (2).

Gränsen mellan glädje och sorg är hårfin inom all sjukvård men synliggörs extra mycket vid akuta oväntade situationer där allt sker mycket snabbt (3). Stora vårdresurser kanske måste mobiliseras fort för att ge patienten tillfredställande vård. För vårdpersonalen utgör denna dramatik en del av det vardagliga arbetet (3). Den drabbade och dennes närstående ges däremot ingen eller mycket liten möjlighet att förbereda sig emotionellt, samtidigt som det också kan vara det första mötet med sjukvården (4). Ett akut tillstånd uppkommer snabbt men kan få långvariga konsekvenser för de inblandade (5).

Ett vanligt förlopp i vårdkedjan vid akuta, kritiska tillstånd är att man skadas eller får symptom utanför sjukhusets väggar, kanske i hemmet eller på jobbet. Första mötet med sjukvården kan bli en ambulanstransport, för att sedan mellanlanda på akuten och senare flyttas vidare till en vårdavdelning alternativt återvända till hemmet beroende på diagnos (3).

Då en familjemedlem drabbas av ett kritiskt tillstånd påverkas familjen i sin helhet. Roller kommer att ändras, vardagliga rutiner sätts åt sidan och blir oviktiga i sammanhanget (4). Istället handlar vardagen för familjemedlemmar i den här situationen om den drabbades kamp mellan liv och död, och deras tillvaro kan kantas av hopp och förtvivlan (4,6). Närståendes närvaro i vården är viktig för de drabbade patienterna. En studie som gjorts på patienters upplevelse av att vara vårdade på en intensivvårdsavdelning, visar att patienterna känner rädsla, och ensamhet utan sina närstående (7).

Det är patienten som söker vård vid ett akut tillstånd men enligt en studie är sjuksköterskors uppfattning att det är de närstående som lämnar sjukhusvistelsen med störst ohälsa och då i form av en psykologisk kris (8). I studier där man utgår från sjuksköterskans upplevelser av bemötande av anhöriga till kritiskt sjuka, ses informationen rörande patientens tillstånd som en svårighet. Sjuksköterskan förstår utifrån kunskap och erfarenhet att tillståndet är kritiskt men vill ändå bevara hoppet som hon upplever finns hos de närstående (9).

I andra vårdkontexter till exempel inom palliativ vård ingår familjen som en naturlig del i vårdfilosofin (10). Här finns döden med som ett bestämt faktum och utgör en del av omvårdnaden. I den akuta vården kan döden komma att bli ett faktum, trots att ambitionen är att rädda livet (3).

Finns det utifrån den här bakgrunden ett större behov av att fokusera på närstående och deras välbefinnande också i en akut kontext? Vad upplever närstående, vilka behov har de och vad har sjuksköterskan möjlighet att ge dem för hjälp inom ramen för dagens sjukvård?

## **BAKGRUND**

I detta avsnitt redogörs inledningsvis begreppen akut och kritisk sjukdom samt den vårdkedja som patienter med dessa tillstånd och deras närstående kan förmodas komma i kontakt med i det akuta skeendet. Därefter följer en definition och fördjupning av begreppen familj, information och kommunikation samt krisreaktion.

*Akut sjuk* definieras i den här studien som skada eller sjukdom som kan ha uppstått akut. Den akuta situationen är ofta oöverskådlig och komplex. En akut situation uppstår också utan förvarning, är tidsbegränsad och kan ha inslag av dramatik.

*Kritiskt sjuk* definieras som ett allvarligt och många gånger livshotande tillstånd (11). En kritisk period karaktäriseras av att förloppet når en avgörande vändning där patienten stadigt förbättras alternativt försämras (12).

## **DEN MÖJLIGA VÅRDKEDJAN VID ETT AKUT OCH KRITISKT TILLSTÅND**

Då en människa drabbas av ett akut uppkommet och kritiskt tillstånd utanför sjukhusets väggar, kan den möjliga vårdkedjan utgöras av ambulans, akutmottagning och om tillståndet är fortsatt kritiskt en intensivvårdsavdelning.

En ambulanstransport kan ofta vara det första steget vid ett akut tillstånd det kanske också blir den första kontakten med hälso- och sjukvården för både patient och närstående, att en god och trygg relation mellan närstående, patient och personal upprättas är därför mycket viktigt (13). Ambulanspersonalen kan skapa trygghet hos patient och närstående genom att hjälpa dem att förstå vad det är som händer genom en god kommunikativ miljö och ett lugnt och säkert omhändertagande. Många ambulanssjuksköterskor menar att deras viktigaste uppgift är att försöka göra det obegripliga begripligt för närstående så väl som patient (13).

Ambulanssjukvården är en vård som utvecklats i från att ha varit en renodlad transportverksamhet till att i dag kunna utföra specialiserad vård. I Sverige har det sedan 2005 varit krav på att det skall finnas minst en legitimerad sjuksköterska i varje ambulans (13).

De flesta patienter som läggs in på sjukhus har direkt eller indirekt kommit dit via akutmottagningen. Man kan se denna som ett nav i sjukvården, där det finns en samverkan mellan till exempel andra sjukhus, ambulanspersonal, SOS alarm, mottagningar, röntgen, etc. (3).

En akutmottagning har hög omsättning på patienter och personalen arbetar i ett högt tempo, för den oinvidiga kan det upplevas mycket kaotiskt och skrämmande. En sjuksköterska inom akutsjukvården vet aldrig vad som väntar närmast. Inslag av dramatiska händelser där personalen skall bemöta en drabbad och dennes närstående som kanske upplever sin värsta stund i livet blandas med patienter där tillståndet inte är lika kritiskt (3).

Belastningen på akuten är varierande och man kan se en viss skillnad av olycksfördelningen beroende på årstid. Det inträffar till exempel flest trafikolyckor

under december månad (1). Vid hög belastning tvingas personalen att prioritera sina insatser, fokus läggs i första hand på det medicinska, de psykosociala och etiska aspekterna får vänta, att kunna sitta ner hos de drabbade och prata med dem någon längre stund kan vara en omöjlighet på dagens akutmottagningar (3).

I de många sjukhussåpor som nu är ett dagligt innehåll i tv-tablån framhålls akutsjukvård som något häftigt. Man lyfter fram enskilda individer som riktiga hjältar, i verkligheten är det istället ett bra teamarbete där alla har en betydande roll som ligger till grund för god och säker vård (3).

De mest kritiskt sjuka och skadade patienterna som inte andra avdelningar har resurser att ta sig an flyttas till en intensivvårdsavdelning. För att bli inlagd på en sådan avdelning är kriterierna att patienten ligger i riskzonen för eller redan är drabbad av akut svikt i flera vitala organfunktioner. Samt att det skall finnas en potentiell chans till förbättring av tillståndet. Det är skadans eller sjukdomens grad av svårighet och inte dess art som är i fokus. Många av patienterna på en intensivvårdsavdelning utgör således ett komplext omvårdnadsbehov, där vården präglas av tekniskt avancerad utrustning och en hårfin gräns mellan liv och död (11).

I dagens sjukvård blir det mer och mer accepterat bland vårdpersonal att närstående skall ges möjlighet att vara närvarande också vid de mest dramatiska vårdsituationer så som återupplivning (14,15,16).

Om situationer uppstår där närstående vill bestämma hur vård och behandling skall fortlöpa utan att patienten är vidtalad, måste vårdpersonalen vara medveten om att det är patienten och ingen annan som kan bestämma såvida patienten inte är omyndigförklarad (17).

I det akuta bemötandet så väl som inom all annan vård är en viktig utgångspunkt att alltid respektera och tillåta patient och närstående att ha de känslor de har (18). Personalens förmåga att bemöta patienten och de närstående då starka känslor råder i en svår situation kan spela en stor roll för hur de klarar att hanterar sin situation. Det första mötet med vårdpersonalen kan lägga grunden för den fortsatta upplevelsen (18). Det finns väldokumenterat att tidig kommunikation med personalen hjälper närstående att lindra oro (19).

## **FAMILJ**

Familj är ett begrep som alla i vardagligt tal använder sig av men det är inte så vanligt att man reflekterar över begreppet, vad som menas med familj och vad det innebär.

För att definiera en familj och vilka som utgör den används flera olika begrepp. Inom omvårdnadsforskning är anhörig, närstående och familjemedlem flitigt förekommande. Anhörig är genom tradition förknippat med blodsband, äktenskap eller samboförhållande. Närstående definieras däremot vidare genom att innefatta det närmaste sociala nätverket till exempel vänner grannar eller andra som man har en nära kontakt med (4).

Sett ur ett historiskt perspektiv har familjens utseende och funktion varierat i takt med samhällets utveckling. I det gamla bondesamhället var det vanligt med den så



kallade storfamiljen där flera olika generationer levde och arbetade tillsammans. Under det förra decenniet myntades kärnfamiljen bestående av mamma, pappa och barn som ett naturligt ideal. Kärnfamiljen är i dag 2010 inte den enda självklara familjesammansättningen, det ses som helt naturligt att familjekonstellationen kan ta många former t.ex. enföräldersfamiljen eller den samkönade familjen (4).

I dag lever vi i ett mångkulturellt samhälle, där många familjer med andra kulturer ser på familjen utifrån sina normer och traditioner. Forskare menar att detta både kan berika men också försvåra utvecklingen av familjens funktion (4).

Då nya familjekonstellationer tydliggörs uppkommer också nya benämningar för att beskriva de relationer som man då kan hitta. Plastmormor och bonusbarn är exempel på vanligt förekommande benämningar. Många av de nya familjesammansättningarna kan inte placeras in i den traditionella definitionen där det förutsätts blodsband, äktenskap eller delat hushåll (4).

Familjen fyller dels en funktion i att möta de krav samhället ställer men också de enskilda behoven som finns hos familjemedlemmarna (20).

Om man väljer att definiera familjen som en grupp människor som kallar sig familj, oavsett blodsband, får begreppet också en emotionell betydelse. De känslomässiga banden i en familj behöver inte vara ömsesidiga. Det är bara patienten själv som kan svara på vilka som utgör dennes familj. De relationer som man kan finna i en familjs sociala nätverk kan vara av olika betydelse beroende på tidpunkt och rådande situation. Några kan också vara mer intensiva än andra (20).

Oavsett vilket skede i livet en människa befinner sig i kommer familjen att utgöra den närmaste emotionella, sociala och fysiska kontakten för de allra flesta. Att en familjemedlem drabbas av sjukdom eller skada kan innebära stora påfrestningar och förändringar för familjen som helhet. Familjen ses som ett naturligt stöd till den sjuke, och de flesta familjer har också en önskan att få finnas nära och tillhands för den som drabbats av sjukdom eller ohälsa (8).

### **Familjen i ett omvårdnadsperspektiv**

Då en familj kommer i kontakt med vården, kommer sjuksköterskans egna föreställningar att spela en avgörande roll för familjens medverkan i omvårdnaden (4).

Familjecentrerad omvårdnad är en modell som sätter hela familjen i fokus och genom dialog med sjuksköterskan bestämmer man hur mycket varje familjemedlem skall involveras i vården. Om man i stället väljer att sätta patienten i fokus, och ser familjen som en del av kontexten, handlar man istället utifrån en familjerelaterad omvårdnad (4).

I en svår situation vill familjen vara tillsammans och trösta varandra (9). I en studie framgår det att de flesta patienter vill att familjen skall vara närvarande då de är sjuka (3). Också sjuksköterskor upplever att det är viktigt med familjens närvaro, för att kunna ge den bästa vården till patienten. De anser även att det är viktigt att tillgodose hela familjens behov (4).

En plötslig färd till akuten kan ligga till grund för en kris även i den mest stabila familjekonstruktionen (21). Familjen betraktas som en viktig del i patientens

sjukdomserfarenhet och möjligheterna till återhämtning (20). Om patienten själv saknar förmåga att tala för sig, kan den närstående förmedla de behov samt önskningar som patienten har (22).

I den här uppsatsen kommer ett vidare familjebegrepp där personer med eller utan blodsband, som delar emotionell närhet och själva identifierar sig som familj utgöra patientens familj, i texten kommer de att benämnas som närstående.

## **INFORMATION/KOMMUNIKATION**

Att förstå och veta är enligt Maslow ett grundläggande mänskligt behov (23). Detta behov kan beskrivas och diskuteras i termer av information och kommunikation. Begreppen kan ses som en grund för god vård.

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen är vårdpersonal skyldig att ge patienten och närstående nödvändig information, och när behov finns ge utbildning och undervisning (23,24). I patientdatalagen kan man även hitta att den information som ges också skall journalföras (25). Information och undervisning är två mycket närliggande begrepp. Information härstammar från synsättet att experten överför något till den okunnige. Budskapet kanske i form av ett skriftligt material förmedlas från en person till en annan mottagare. Informationen överförs ensidigt utan att uppmärksamma mottagarens behov och dialogen kan utelämnas. Undervisning däremot förutsätter en dialog, och utgörs av en interaktivprocess (4,23).

En svensk studie om ambulanspersonalens syn på omvårdnad påvisar att 46 % av de tillfrågade ansåg att patienterna var för dåliga för att kunna mottaga information, trots detta angav 97 % procent att de ändå gav information till patienten innan de påbörjade någon behandling (13).

Kommunikation till skillnad från information förutsätter ett ömsesidigt utbyte, det kan liknas vid en process där målet är att skapa förståelse. Kommunikation är starkt förknippat med samspelet mellan människor. Men begreppet behöver nödvändigtvis inte omfatta fler än en enskild individ, eftersom vi ständigt för en dialog med oss själva (26). Kommunikation är ett begrepp av stor betydelse inom sjukvården. Det ligger till grund för att vårdtagare och vårdgivare skall förstå varandra och på så sätt skapa förutsättningar för en god och säker vård (27). Vi kommunicerar både verbalt och med hjälp av vårt kroppsspråk. Genom att enbart uttrycka sig verbalt kan det som står att läsa mellan raderna komma att utelämnas (26).

Att förmedla precis det man vill kan många gånger vara en svårighet. Ett kommunikationshinder kan vara att man har svårt att förstå språket som talas. Inom vårdens ramar förekommer mycket facktermer och uttryck rörande det medicinska, som gemene man inte förstår och som då kan leda till att missförstånd uppstår (23).

För vårdpersonalen är det därför viktigt att prata med ett språk som möter patientens eller de närståendes förståelse och kunskap på en för dem rätt nivå (23). Rösten och allra helst tonfallet säger också en hel del om situationen som råder. Är någon stressad eller osäker kommer det att avspeglas i sättet att tala på (27).

Sjukvårdspersonal menar att en välinformerad patient svarar bättre på vård och behandling samt att en tidig kommunikation med de närstående skapar en större trygghet hos alla inblandade (13).

En studie belyser att närstående till trauma patienter ofta blir informerade om att läget är allvarligt, men sedan glöms bort i väntrummet (19). En annan studie visar att patienter som är kritiskt sjuka upplever att de anhöriga är oroliga, i samma studie ser 60 % av patienterna det som mycket viktigt att familjen blir informerad om deras tillstånd medan 40 % inte ville att familjen skulle få denna information (7).

Det är upp till patienten att bestämma vem som ska få ta del av informationen om patientens tillstånd (28). Om patienten är medvetlös finns det med stöd av åliggandelagen en skyldighet att kontakta anhöriga (29). I de fall när patienten är under 18 år har vårdnadshavare rätt att ta del av information runt patienten så länge det inte kan antas att patienten kommer att lida betydande men om vårdnadshavaren informeras (29).

## **KRISREAKTION**

Oväntad kritisk sjukdom utgör en kris för både patient och patientens familj och är en helt naturlig reaktion. Många gånger visar det sig att de närståendes stressnivå är lika hög eller högre än den är hos den sjuke. Att vara anhörig till en person som drabbas av en plötslig skada eller sjukdom kan utlösa en krisreaktion (8).

Alla är vi olika och hanterar därmed det som är svårt på olika sätt. Varken människor eller händelser är statistiskt den som genomgår en svår händelse kommer att pendla mellan olika sätt att hantera sin situation på (18).

Krisreaktion definieras som en reaktion till följd av en plötsligt omvälvande händelse som orsakar ett psykiskt "sår" med fördröjd eller försvårad anpassning till situationen efter händelsen (30).

Att må dåligt och inte fungera som vanligt efter beskedet att en anhörig råkat illa ut är normalt, även om det inte drabbar alla (31).

Akutstress som en traumatisk händelse innebär påverkar kroppen fysiskt. Hur det påverkar en är olika från person till person och tillfälle till tillfälle. Antingen reagerar kroppen med påslag av det sympatiska nervsystemet som förbereder kroppen för kamp och flykt. Socker och stresshormoner utsöndras då i blodomloppet man kan känna sig rädd, irriterad, arg eller fientlig och blir ofta rastlös (31).

Om hotet känns övermäktigt kan kroppen reagera med påslag av det parasympatiska nervsystemet (spela död). Då ökar utsöndringen av anabola hormoner som insulin, könshormoner, tillväxthormoner, oxytocin och hormoner som fungerar i immunsystemet. Dessa hormoner har som uppgift att ta till vara på kroppens resurser, att stimulera återuppbyggnad och återväxt. Parasympatikus reaktioner kan leda till svimningskänsla, yrsel, trötthet, svaghets känsla i muskler eller att man får symtom från magen. Båda dessa tillstånd är skadliga för hälsan om de kvarstår länge (31).

En krisreaktion brukar delas in 4 olika faser:

*Chockfasen* är den första fasen kan vara från någon minut till ett par dygn lång. Den drabbade får ofta en känsla av överklighet. Att den drabbade inte uppvisar några känslor behöver inte vara ett tecken på behärskning och lugn utan kan lika gärna vara en följd av att försvarsmekanismer aktiveras. Den enda kommunikation som då är

meningsfull kan vara att hålla den drabbade i handen, ge något att dricka, samtal bör vänta till senare. Om chockfasen blir långvarig ökar risken för självdestruktiva impulshandlingar. Därför bör aldrig någon som är i chockfas skickas hem till ensamhet (30).

I *Reaktionsfasen* kommer insikten om vad som har hänt. Känslor kommer upp till ytan och uttrycks. Förtvivlan, gråt, ångest och ilska är inte ovanligt. En del drabbade går in i självförnekelse och berättar inte vad det är som har hänt.

*Bearbetningsfasen* är då den drabbade börjar inse och bearbeta det som har hänt. De traumatiska känslorna som utlöst krisen kan nu släppas i allt längre stunder men återkommer i vågor.

I *Nyorienteringsfasen*, som utgör den sista fasen, blir krisen ett minne och en del av den drabbades liv. Intresse och engagemang i andra personer och aktiviteter återkommer. Även om livet kanske aldrig kan bli som innan så kan det ändå kännas hanterbart och meningsfullt (30).

För att bemöta en person i kris behövs ett professionellt förhållningssätt där man visar hänsyn, lyhördhet och är varsam. Det är viktigt att visa att de reaktioner som den drabbade uppvisar är normala och att det är den uppkomna situationen som är onormal. Det är viktigt att motverka orealistiska förhoppningar samtidigt som det är mycket viktigt att förmedla hopp om en uthärdlig framtid (32).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

I vården ligger naturligt störst fokus på patienten. Mycket forskning där man redogör för vad patienter men också vårdpersonal upplever under akuta kritiska situationer finns. Patienten är den som vården kretsar kring men i periferin finns också de närstående. Även om de närstående också är en part i sammanhanget så finns det inte samma mängder forskning på vad det är de upplever i samband med att någon blir sjuk eller skadad. Är det så att närstående upplever situationen minst lika kaotisk som patienten själv? Vid akuta kritiska tillstånd händer saker fort, riskerar närstående därför att bli bortglömda när personalens resurser är riktade mot patienten?

I andra vårdkontexter som till exempel inom palliativ vård ingår familjen som en naturlig del i vårdfilosofin. Här finns döden med som ett bestämt faktum och utgör en del av omvårdnaden. I den akuta vården kan döden komma att bli ett faktum, trots att vården går ut på att rädda livet.

Finns ett större behov av att fokusera mer på familjen som helhet och deras välbefinnande också i en akut kontext?

För att få en ökad förståelse för vad närstående upplever vid akut kritisk sjukdom har vi valt att sammanställa tidigare kvalitativ forskning till en ny helhet.

## **SYFTE**

Syftet med denna uppsats är att öka förståelsen för vad det innebär att vara närstående till någon som drabbas av akut och kritiskt tillstånd.

## **METOD**

### **ATT BIDRA TILL EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD MED GRUND I ANALYS AV KVALITATIV FORSKNING**

Målet med kvalitativa studier är att uppnå en ökad förståelse för det studerade fenomenet. I dag finns det en stor mängd kvalitativ forskning att tillgå, en svårighet kan dock vara att i den stora mängden urskilja det som är specifikt och viktigt. Att omsätta forskningsresultaten i omvårdnadsarbetet kan därför vara problematiskt. Alla kvalitativa studier besitter ett kunskapsvärde, men genom att studera flera studiers resultat där samma fenomen berörs kan man uppnå ett större kunskapsvärde genom att sammanställa dem (33).

Ännu en viktig utgångspunkt är att forskningens kvalitet måste granskas, först när detta är gjort kan man skapa en ny helhet vilken kan fungera som en vägledning i vårdarbetet (33).

Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativforskning har sin grund i metasyntestänkandet. I en metasyntes handlar det inte om att lägga i hop de olika resultaten utan istället att göra en syntetisering och på så sätt lyfta fram något nytt. En metasyntes är inte fullt ut ett enhetligt begrepp och dess tillvägagångssätt beskrivs på olika sätt (33).

Evans skiljer på den tolkande och den beskrivande syntesen. Den tolkande syntesen gör precis som namnet antyder en omtolkning av studierna i sin helhet. Vid en beskrivande syntes skall man hålla sig så nära data som möjligt genom att i en sammanfattning beskriva vad studierna handlar om. I denna uppsats används den beskrivande syntesen. Målsättningen är dock den samma för de båda analys metoderna nämligen att skapa ett nytt resultat på en högre abstraktions nivå (33).

### **URVAL OCH DATAINSAMLINGSMETOD**

Sökning av relevanta originalartiklar genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl. För att få en överblick över forskningsläget rörande det valda fenomenet gjordes först ett antal provsökningar. De slutgiltiga sökningarna har gjorts vid ett flertal tillfällen hösten 2010. Datum för sökningar och vilka sök ord som använts redovisas i tabell 1.

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle ha en kvalitativ approach och vara publicerade på engelska, de skulle också vara skrivna utifrån ett närstående perspektiv. Vi valde att inte göra någon begränsning på publicerings år då vi utgick från grundantagandet att upplevelsen av att vara närstående vid ett kritiskt tillstånd inte förändras över tid. Vi valde att inkludera artiklar med alla åldersgrupper förutom spädbarn, då vi anser att det är av stor betydelse att förstå både hur barn och vuxna upplever fenomenet. Vi valde också bort artiklar som hade tydligt fokus på närstående vid hjärnskador, då dessa artiklar ansågs alltför specifika.

Abstrakten lästes på de artiklar som inte uteslöts redan utifrån titeln. De artiklar som inte kunde uteslutas utifrån abstrakten lästes i sin helhet och kvalitetsbedömdes utifrån kriterier beskrivna av Friberg innan den slutliga bedömningen gjordes om inklusion eller exklusion (33).

**Tabell 1.**

datum	sökord	data bas	limit	antal träffar	antal slutligt utvalda	unika utvalda*
2010-09-04	family and critical ill and experiences	pubmed	English	78	7	7
2010-09-04	family and emergency department and experiences	pubmed	English	120	1	1
2010-09-15	family and critically ill and experiences	pubmed	English, nursing journals, humans	108	9	1
2010-10-01	family and critically ill and experiences	cinahl	Peer Reviewed, Research Article, English Language	92	7	0
2010-10-01	family and emergency department and experiences	cinahl	Peer Reviewed, Research Article, English Language	23	0	0
summa:				421	24	9

\* Anger hur många av de slutligt valda artiklarna som inte tidigare förekommit i någon sökning.

Totalt valdes nio artiklar ut flera av dessa överlappade vid sökningarna i de båda databaserna. En artikel som också valdes ut som underlag för vår analys hittades inte via någon sökning, men förekom i många artiklars referenslistor under våra sökningar, artikeln plockades fram och ansågs så lämplig att den inte gick att utesluta.

## ANALYS

Analysen bygger på de tio utvalda artiklarna och består av en analys på artiklarnas resultat. Analysen utgår ifrån den analysmetod som finns beskriven i Evans artikel om metasyntes (34). Alla tio valda artiklar lästes i sin helhet av båda författarna för att få en bredare förståelse för upplevelsen av att vara närstående vid akut kritisksjukdom. För att ytterligare bredda perspektivet av det studerade fenomenet lästes artiklarnas resultatdel ett flertal gånger.

De kategorier som identifierades sattes systematiskt in i en lista utifrån syftet. Totalt kunde 44 olika kategorier plockas ut. Med hjälp av ett stort pappersark kunde dessa sorteras på ett överskådligt sätt. Likheter och olikheter kunde urskiljas. En syntetisering av de olika kategorierna ledde till en ny helhet där fem nya teman kunde identifieras. Se tabell 1.

## ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Genom att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning är inte någon människa som individ direkt involverad. De studier som analyseras är redan gjorda och det man istället kan fråga sig är hur vida analysen är

meningsfull eller inte. Nyttan med få en ökad förståelse för vad närstående till akut kritiskt sjuka upplever genom grund i analys av kvalitativ forskning är att genom granskning av kvalitativa studier inom detta område lyfta fram det mest väsentliga i varje utvald artikel. Resultat kan leda till en ökad kunskap kring fenomenet eftersom det sammanställs på en högre abstraktions nivå. Det kan komma närstående till nytta då vårdpersonalen kan få en ökad förståelse för närståendes upplevelser och på så sätt bemöta dem på ett ännu bättre sätt utifrån en säkrare grund. En risk finns dock att studierna feltolkas och att resultatet således inte blir pålitligt. I denna uppsats har risken minimerats genom att båda författarna läst samtliga inkluderade artiklar ett flertal gånger och tillsammans fört en diskussion genom arbetsprocessen.

## RESULTAT

Vid analysen av de utvalda artiklarna frigjordes fem teman som kan sammanfatta närståendes upplevelser av akuta och kritiska tillstånd: *Leva i en storm av känslor, behov av att vara nära den sjuke, behov av att veta den sjukas status, behov av att ha familjen samlad och anpassning och förlikning med verkligheten.*

Det första temat handlar om hur de närstående mår och vad de känner och upplever i en kritisk situation. Tema två, tre och fyra redovisar de behov som finns hos de närstående i svåra situationer. Det sista temat handlar om de tankar och intryck som kommer när de närstående får förståelse för vad som har hänt och vad det kan leda till.

Nedan följer en beskrivning av de olika temana. För att få en så levande illustration som möjligt av vad närstående upplever finns citat från de olika artiklarna med i texten. För att citaten inte skall förlora sin fulla betydelse har vi valt att inte översätta dem vidare från språket i originalartikeln.

## ATT LEVA I EN STORM AV KÄNSLOR

Att många och starka känslor kantade de närståendes tillvaro är ett fenomen som framkommer i flera artiklar (35,36,37,38,39,40,41). Ibland var känslorna positiva, andra var raka motsatsen. I två av artiklarna framhåller man att känslornas pendlande är starkt förknippade med den sjukas tillstånd (40,41). I flera artiklar beskrev närstående sin sinnestämning som mycket labil (35,40). I några andra artiklar uppgav närstående att det fanns stunder då de upplevde att de inte kunde tänka klart och vissa kunde till och med uppleva ett tillstånd av total avsaknad av känslor, av några beskrevs det som att vara i chock. I två artiklar kan man se att dessa känslor har sitt ursprung i rädslan för att patienten skulle dö (36,39).

En närstående som fick sin fruktan besannad säger så här:

*"Suddenly he passed away. But what happened the last 30 min Even today, we don't know exactly. That is still a gap in my memory that I need to fill in."*(39sid 20)

Precis efter att man fått beskedet eller själv kommit fram till att en närstående insjuknat i ett allvarligt tillstånd, var rädsla, ångest, hopp, och överklighets känslor

som framkom i flera artiklar (35,37,39,41). I två av artiklarna har några av de medverkande beskrivit att se den sjuke var en skrämmande syn som försatte dem i ett tillstånd av chock, hjärtat bankade, och de fick en svimnings känsla eller svimmade på riktigt (37,38).

I flera artiklar framgår det att hoppet spelar en central roll för närstående . Då man fick ett positivt besked fick man tillbaka hoppet, medan ett negativt besked gav känslan av att hoppet är ute. Då hoppet ansågs vara ute började närstående prata om patientens död och slutade också att lyssna på det som personalen förmedlade (39,40).

Barn i en artikel beskriver att de blev rädda och började gråta då de fick se sin sjuka förälder för första gången, vid det andra besöket var de mer förberedda på mötet och upplevde inte lika starka känslor (38). I en artikel kan man utläsa att motsträviga känslor kunde uppkomma då de närstående plötsligt fick respons från patienten, de blev rädda samtidigt som de visste att det var ett gott tecken (38).

I en artikel upplevde överlag de närstående sig själva som en del i den sjuka patienten ett fenomen som i artikeln benämns som *self-likness*, och beskrivs som ett sätt att se sig själv som mer dödlig (40). I samma artikel har man också kommit fram till att närstående kände rädsla, en känsla de trodde sig dela med den sjuke (40). Många situationer upplevdes som stressande, bara faktumet att situationen var helt oväntad skapade ett stress påslag hos de närstående överlag i en av artiklarna (39).

I en av artiklarna upplevde flera av de närstående att väntan på ambulans var mycket stressande och de kände en stor förtvivlan. Då ambulansen anlände återfick de hoppet, stressen tonades ner, och de kände en lättnad då de lämnade patienten i personalens händer (39).

I efterhand berättar närstående som man intervjuat i en av artiklarna att upplevelsen av att ha en kritiskt sjuk närstående var mycket värre än vad de någonsin hade kunnat föreställa sig. De förstår inte hur de kunde klara av det, och förklarar sin styrka med att de inte hade något annat val och att de levde på hoppet (35).

*”...in reality i felt really bad. You are capable of doing much more than you believe...you cannot just lie down and die...maybe it will go well and it did..” (35 sid 304)*



## BEHOV AV ATT VARA NÄRA DEN SJUKE

När en närstående blir sjuk sätts livet och vardagen på ända och det som tidigare varit viktigt blir oviktigt (35). All tid som finns ockuperas av tankar på den sjuke och längtan efter att få vara nära är stark. Det beskrivs i artiklarna hur påfrestande de närstående upplever att det är att vara hemma och inte ha möjlighet att vara nära den sjuke (35,36,40,42).

*” I go home at night and my mind is here...I mean I am waiting impatiently for the morning to come back here “ (36 sid 15)*

Genomgående i artiklarna kan man se att behovet av att vara nära bottnar i många grunder. I flera artiklar kan man se att närstående vill ge mod, optimism, hopp och glädje till den sjuke (36,40). Man kan också utläsa i två artiklar att det ansågs som viktigt att upprätthålla patientens värdighet och se till att de var rena och många anhöriga var också noga med att lämna sjuksalen vid hygienvård (35,36). De närstående var i vissa fall rädda för att den sjuke skulle ge upp och sluta kämpa om de lämnades ensamma (36). Önskan om att få vara nära patienten var generell och beskrivs i alla åldrar, barn beskriver en lättnad och glädje av att få besöka den sjuke (35,36,37,40,42). I en grekisk artikel kan man se att närstående uttrycker en stor frustration över de strikta besökstider som begränsade deras möjligheter att vara nära så mycket som de upplevde ett behov av (36). Samtidigt som önskan att få vara nära var mycket stark kunde man i en artikel se att närstående upplevde det som svårt att konfronteras med den sjuke (36).

En mamma till en skadad pojke kände sig illa till mods efter varje besök (36).

*”On the other hand, when I was going to see him ...my heart was bleeding and I was thinking, how will I manage to go and see him, to find the strength and go to see a boy that was my angel and then seeing him a wreck...transformed...how could I see that...?( 36 sid 16)*

I flertalet av artiklarna framkommer det att behovet att få vara nära den sjuke ofta var så starkt att de egna behov glömdes bort. Dagliga rutiner och saker som tidigt upplevts som viktigt blev oviktiga (35,36,37,39). I en artikel kan man se att även grundläggande behov som att äta och sova sattes åt sidan som mindre viktiga och glömdes bort tills dess att någon utomstående påpekade behovet (36). Det som ansågs viktigast var den sjukes välmående och närstående beskriver i en artikel att det var där nästan all kraft lades (41). Även en oro över hur andra familjemedlemmar skulle klara av att hantera situationen kunde leda till att närstående satte sina egna behov åt sidan (35).

I en artikel beskrivs den sjukes omvårdnad som mycket viktig för de närstående och var relaterad till starka känslor. Om omvårdnaden av patienten ansågs som god av de närstående ledde detta till positiva känslor och motsatsen gällde för det omvända (35).

I en artikel där de närstående utgörs av barn upplevdes det som säkert för patienten med mycket personal (38). I en annan artikel framgår det att då personalen arbetade långsamt eller var unga kunde det leda till oro och osäkerhet hos de närstående för hur det skulle gå för den sjuke (39).

Närstående beskriver genomgående i flera artiklar att de känner en stor trygghet i sjukvården och att det känns som en lättnad att veta att den sjuke är i trygga händer (38,39,40,43,44). I en svensk artikel var många av de närstående delaktiga i omvårdnaden av den sjuke. De pratade med den sjuke, spelade musik, tog med sig saker som vara betydelsefulla för den sjuke, de masserade så att den sjuke inte skulle få trycksår och strök dem över kinden eller höll i handen för att visa att de var där. De närstående upplevde att dessa beteenden uppmuntrades av vårdpersonalen (35).

Närstående i en artikel ansåg det som viktigt att personalens fokus låg på patienten de förväntade själva ingen vård och ansåg sig inte heller vara i behov av någon (39).

## **BEHOV AV ATT VETA DEN SJUKES STATUS**

Behovet av att få veta och att få information är något som starkt kommer fram när man fördjupar sig i hur det är att vara närstående när någon blir sjuk. Det framgår att det är svårt att vänta på informationen och att man vill ha information om hur den sjukas tillstånd utvecklas och fortskrider (35,36). Att få oklar information eller information som man inte förstår skapar oro och ängslan hos de närstående (35,36). De uttrycker viljan om att veta även om nyheterna inte är goda (36,37).

*”They tell you that there is a risk, and that helped me. Being open is most important of all....They don't try to tell you that everything is going to be just fine”(37 sid 174)*

Det beskrivs i flera artiklar att behovet att få kontinuerlig information är stor (36,37). Många studiedeltagare till flera olika studier har också uppgivit att de vill veta oavsett om informationen är negativ (35,36,37). Det är avsaknaden av information som beskrivs som svårast.

Det beskrivs också som svårt för närstående att ta emot information som de inte förstår (35). En del närstående som fått information som de inte förstår från en läkare vänder sig senare till sjuksköterskorna på avdelningen för att få en förklaring (35). I samma artikel beskrivs också resultat som säger att närstående som inte förstår eller känner sig delgivna läkarnas och sjukvårdens beslut upplever frustration (35).

Det beskrivs i flera artiklar att det upplevdes som påfrestande när vårdpersonalen inte kunde ge närstående information. De närstående försökte då hitta andra sätt för att värdera situationen på. Det beskrivs i artiklar hur närstående försöker få en överblick över situationen genom att analysera det dem ser, en del tittar på den sjuke för att värdera situationen medan andra försöker få ut information genom att titta på utrustningen (40,41). En studie visar också att även barn snappar upp information från omgivningen, de läser på utrustning och material och där kunskapen brister fyller barnen i med egna tankar (38). I en artikel beskriver närstående att ord och kroppsspråk från personalen tolkades för att få ut mer information (41).

Många närstående utvecklade taktiker för att kunna få ut mer information från vårdpersonalen, vissa höll sig nära patienten för att ha möjlighet att fråga vårdpersonalen andra väntade i korridoren och frågade läkarna när de passerade (36). Det beskrivs i en artikel att de närstående ständigt fick hålla sig alerta föra att inte riskera att missa någon information (37). Att fråga sjuksköterskorna även om de visste att de inte kunde svara uppfattades ändå som lättande av vissa (37).

Det upplevdes av en del även som viktigt att information som någon närstående fått skulle föras vidare till de andra inom familjen (40).

### **BEHOV AV ATT HA FAMILJEN SAMLAD I EN OVISS TILLVARO**

I flertalet av de granskade artiklarna framgår det tydligt att de närstående befinner sig i en ovisst tillvaro som bottnar i att de inte vet hur det kommer att sluta för den drabbade. I en artikel beskrivs detta som att åka berg och dalbana (41).

Man kan i en annan artikel se att denna tillvaro utgörs av en ständig väntan (35). Att vänta beskrivs av barn till kritiskt sjuka som att placera sig själv i ett vakuum där tid och rum inte är viktigt (42). Väntan beskrivs i en artikel som liktydigt med att inte veta hur utgången kommer att bli (39).

Att vänta på hjälp vid ett hjärtstopp beskrivs som överkligt och svårt att förstå (39). Det kan bli allra svårast då man inte har något annat att fokusera på än just väntan (42). I en av studierna berättar anhöriga att det blev lättare då de fick ägna sig åt plantering och köksarbete under tiden (35).

Barn i en artikel förknippar fenomenet vänta med väntan på information, men också med att väntan på att få komma in till den sjuke (42).

Att inte veta om den kritiskt sjuke var förlamad eller hjärnskadad utgjorde en primär undran hos närstående i flertalet artiklar (35,37,39). I en ett par artiklar kan man också se att närstående många gånger drog egna slutsatser att så var fallet utifrån hur de upplevde patientens tillstånd (37). Speciellt framkommer det att barn har en förmåga att dra egna slutsatser om patienten utifrån sin begränsade livsvärld (38).

*”It’s terribly hard when you don’t know how it will end...I cannot describe how you feel in words” (35 sid 303)*

I en artikel uttrycker närstående att hela familjen är genomsyrad av den kritiska situationen. I samma artikel framgår det också att familjen ses som ett viktigt stöd för att bättre hantera den svåra upplevelsen. Då närstående väntade på att övriga familjemedlemmar skulle ansluta kunde de känna sig ensamma. Familjemedlemmarna i en artikel oroade sig inte bara för den sjuka utan också för varandras möjligheter att hantera den ovissa tillvaron (35). När familj och vänner är tillsammans kan det skapas en miljö där man har möjlighet att dela bördan med varandra och på så sätt lindra oro och ångest (40). Att familjen ges möjlighet att vara tillsammans framstår som mycket viktigt i flera artiklar (35,40). Närstående har i en artikel uttryckt att den förändrade familjesituationen kan göra familjens band starkare, men till ett allt för högt pris (35).

I flertalet artiklar framstod ovishheten tydligt när de närstående vistades i hemmet. De var ständigt beredda på ett telefonsamtal från sjukhuset och låg därför vakna på nätterna i väntan på att telefonen skulle ringa, de väntade också på att det skulle bli morgon så att de kunde få reda på om tillståndet förändrats under natten (35,36).

*“You start worrying at night, something squeezes you. You say something, at least to check if he is alright, you give them a call and you*

*relax a little. This time from 6:30 pm until 1 pm is very terrible” (36 sid 16)*

I en artikel framkommer det att relationen till vårdpersonalen kunde bli väldigt familjär under svåra förhållanden. För några närstående kunde sjuksköterskan kännas som en familjemedlem, och således en naturlig del av livet (44).

I en grekisk artikel kan man se att religion kan vara en resurs för närstående för att kunna hantera situationen och hitta nya krafter . Att tillbe sin gud och utföra religiösa ritualer har synliggjorts som copingstrategi för närstående (36). Men det framkommer också i en artikel som är gjord i Sverige att närstående som blivit erbjudna att prata med en präst, kände att de inte hade behov av att prata med någon utanför familjen vid tidpunkten då de blev tillfrågade (35).

En mamma till en pojke som blivit svårt skadad i en trafikolycka har sagt följande:

*”I went to Tinos (the most famous miracle –making church on the Island of Tinos) and while I was very very hopeless, when I came back I felt inside me , I heard a voice telling me, -He will be alright(her son) and I wanted to go out in the streets and scream that my son will be alright, I wanted to scream it” (36 sid 15)*

I flera artiklar upplevs även den sjuke familjemedlemmen ingå i familjen och närheten till denne kan vara en källa till tröst och gemenskap (40,42). I en artikel där de närstående utgörs av barn framkommer det att det var skönt att kunna berätta för sin sjuka förälder om det som hänt under dagen och hur det gick i skolan, att prata om vardagliga ting gav en förankring i verkligheten. Efter besöket var barnen glada och lättade, en stor del av ovissheten som de bar med sig försvann (42).

*“It was great to visit Dad and I was glad when I saw him”(42 sid 160)*

I två artiklar där ovissheten hos ett fåtal av de närstående slutade med ett dödsbesked, upplevde de inte beskedet som oväntat. De visste att det kunde gå åt båda hållen (5,10). I en av artiklarna kan man också se att när man fått ett dåligt besked var det en tröst att ha någon från familjen eller personalen nära (39).

*”We didn’t talk the whole time but instead she held my hand...Often a gesture like that says more than words”(39 sid 19)*

## **ANPASSNING OCH FÖRLIKNING MED VERKLIGHETEN**

Då man plötsligt skall ta på sig rollen som närstående till en kritiskt sjuk familjemedlem kommer man konfronteras med en mängd nya intryck, inte minst den nya miljön som ett sjukhus utgör.

I en artikel framkommer det att närstående redan hade skapat sig en bild av den akuta sjukvården genom det som de kunnat se på tv, men att själv vara en del av kontexten var överkligt och inte alls som de föreställt sig (40). Det framgår i flera artiklar att det upplevs som mycket skrämmande och överkligt att se patienten med alla slangar och livsuppehållande maskiner (35,36,38). I en artikel där de närstående är barn som besökte sina kritiskt sjuka föräldrar var det också en skrämmande upplevelse men till

skillnad från de vuxna upplevdes det samtidigt som fascinerande, barnen kunde associerade till filmer av sciencefiction- karaktär som de sett tidigare (38).

*”...a tube in their mouth, needles along their whole respirator sounds when he breathed....I have to tell, it was a shock”( 35 sid 301)*

I två artiklar framkommer det att närstående hade svårt att acceptera att det var deras sambo, mamma, pappa eller barn som gömdes bakom den förändrade fasaden (35,36). Närstående beskriver också i en av artiklarna hur de hade svårigheter att hitta den sjuke då de kom för att hälsa på beroende på det förändrade utseendet.

*”...my husband was not recognizable-he was very much swollen and there were many tubes on him...I would not have recognized him if I had gone with the doctor”( 36 sid 15)*

Närstående beskriver i en artikel hur det var främmande att se den sjuke förvirrad, då de väcktes efter avslutad respirator behandling (35). I artikeln där barn utgör de närstående framgår det att den plötsliga sjukdomen skapade en rollförändring inom familjen, barn som besökte sina svårt sjuka föräldrar hade svårt att förstå att den som bara för en stund sedan varit deras vanliga friska pappa eller mamma nu låg på sjukhus oförmögen att kommunicera (36).

I flera artiklar tydliggörs det att en förändrad framtid hotade de drabbade familjerna. Närstående funderade över hur livet skulle bli för den sjuke, hur man skulle klara ekonomin och andra praktiska saker eller i värsta fall ett liv utan den sjuke (35,37). En gravid mamma berättar hur hon redan börjat planera för att hennes barn skulle få växa upp utan pappa (35). En annan säger att hon inte klarade att acceptera att det var hennes make som låg där skadad, men att hon visste att dagen skulle komma då hon var mogen att ta till sig den nya verkligheten (37). I en artikel beskrivs det att närstående överlag hade individuella strategier för att anpassa sig till situationen och det skrämmande i den (37).

Då en närstående drabbats av ett akut tillstånd i form av en hjärtinfarkt förstod man utmärkande fort att det var en allvarlig prognos, och förlikade sig snabbt med att utgången kunde bli av värsta slag (39).

## **SAMMANFATTNING AV SYNTETISERINGEN AV NÄRSTÅENDES UPPLEVELSER VID AKUT KRITISK SJUKDOM**

Många olika känslor kantade de närståendes tillvaro i bland beskrevs det som att åka berg och dalbana. Känslorna var starkt förknippade med den sjukets tillstånd. Att befinna sig i chock var något som närstående genomgående uttryckte och det framgår att det kan böttna i rädslan för att patienten skulle dö. Barn upplevde också tillvaron som mycket påfrestande men till skillnad från de vuxna försökte de förstå vad som pågick utifrån en mer begränsade livsvärld. Då en närstående blir kritiskt sjuk kommer vardagen att ställas på ända. Saker som tidigare varit viktiga sätts åt sidan. Det viktigaste för närstående i den ovissa tillvaron blir i stället att få vara nära den sjuke. Behovet av att få information är också stort och väntan på och sökandet efter information kan uppta en stor del av de närståendes tid. De närstående önskar rak och ärlig information. Att inte veta upplevs som mycket påfrestande . Att hitta tröst och gemenskap i familjen och bland vänner upplevs också ha en stor betydelse för att

klara av att hantera situationen. Den ovissa tillvaron genomsyrade hela familjen och man hade svårt att acceptera den svåra situationen. En förändrad framtid hotade de närstående. De funderade över praktiska saker och allra mest över hur livet skulle bli om den närstående inte överlevde. I efterhand berättar närstående att händelsen förde familjemedlemmarna närmre varandra men att det var till ett allt för högt pris. Att ha en kritiskt sjuk närstående var mycket värre än vad man någonsin hade kunnat föreställa sig att de hade styrka att ta sig igenom den svåra tiden förklarar de med att inte hade något annat val och att de levde på hoppet.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

#### **Val av metod**

Utifrån syftet valdes en analysmetod med grund i metasyntestänkandet, som Friberg väljer att benämna ”att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” (33). Metoden visade sig svara väl till syftet, som var att beskriva närståendes upplevelser av det valda fenomenet. Som underlag för denna typ av metod, används kvalitativa artiklar. Det visade sig under sökningens gång att flera artiklar som beskrev fenomenet använde sig av både kvalitativ och kvantitativ ansats. Dessa artiklar valdes bort då deras resultat även baserades på kvantitativ data.

Friberg menar att det är bättre att utföra en djupare analys på färre artiklar än en alltför ytlig på ett större antal artiklar. Utifrån sökkriterierna hittades nio artiklar som uppfyllde kraven. Ytterligare en artikel inkluderades i analysen, då den frekvent förekom i referenslistor. Tio artiklar ansågs vara ett hanterbart antal, vilket också visade sig stämma. Om urvalskriterierna för att studera det valda fenomenet ytterligare hade stramats åt, kunde detta leda till ett resultat med sämre validitet.

#### **Litteratursökning**

Sökning av relevanta artiklar genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl som är två ledande databaser inom medicin och omvårdnad. För att styrka reabiliteten i datainsamlingen gjordes samma sökningar i båda databaserna. Det visade sig att det fanns stor överlappning vilket höjer sannolikheten för att ingen betydande artikel har förbigåtts.

För att komma fram till de sökord som ger relevanta träffar på det valda området gjordes flera sökningar med olika sökord i det inledande stadiet. De sökorden som sedan användes var de som gav relevanta träffar utifrån perspektiv och forskningsansats. Detta har gett oss en grundlig genomgång av vad det finns för studier gjorda på valda och närliggande områden. Det är för den skull inte osagt att relevanta sökord inte kan ha förbigåtts.

För att beskriva fenomenet att vara närstående vid akut kritisk sjukdom på ett allmängiltigt och användbart sätt i vårdarbetet, inkluderades artiklar som fokuserade på det akuta och kritiska och inte på upplevelsen av en specifik sjukdom. För att validiteten i en uppsats skall bli stor är det viktigt att det är samma fenomen som studeras (45). Alla inkluderade artiklar beskriver närståendes upplevelser då en

familjemedlem oväntat drabbats av kritisk sjukdom eller skada, därför anser vi att analys materialet har en godtagbar validitet.

Som nämns under metodstycket exkluderades artiklar som beskrev närståendes upplevelser, specifikt vid svåra hjärnskador eller då patienten var ett spädbarn. Detta för att dessa situationer ansågs alltför specifika med inslag av fler perspektiv och inte antogs beskriva fenomenet rättvist i generella termer och därmed skulle kunna sänka validiteten.

I och med begränsningen till artiklar som är publicerade på engelska kan artiklar skrivna på annat språk ha utelämnats.

Det gjordes ingen begränsning utifrån publiceringsår då det antogs att upplevelser av det här slaget inte förändras på ett betydande sätt över tid, dock var flertalet av artiklarna publicerade inom de senaste sex åren. Detta kan tyda på att det är ett fenomen som mer och mer börjar uppmärksammas inom omvårdnadsforskningen och att närståendes ställning inom sjukvården sätts mer i fokus.

Alla inkluderade artiklar kommer från Europa, Nordamerika och Australien. Detta innebär att fenomenet beskrivs till största delen utifrån ett västerländskt synsätt. Det var inget medvetet val utan en konsekvens av det tillgängliga materialet. Resultatet blir därmed relevant för den svenska vårdkontexten, samtidigt som det medför att större kulturella skillnader i det studerade fenomenet faller bort.

I de valda artiklarna ses fler kvinnliga studiedeltagare än manliga. Detta skulle kunna sänka materialets validitet eftersom perspektivet kan vara snedvridet då kvinnor och män kanske uttrycker sig olika.

I artiklarna som ligger till grund för analysen är intervjuerna gjorda med olika tidsdistans till det inträffade. Vilket också kan innebära en brist i materialet då personer som är intervjuade en lång tid efteråt kan ha kommit längre i sin krisbearbetning. Man kan tänka sig att det är skillnad på att berätta om en situation som man befinner sig i just nu kontra något som man tidigare upplevt och nu fått större distans till. Detta för att minnesbilder förändras och försvagas.

Ytterligare en aspekt som kan innebära en viss felkälla är att intervjudeltagarna i några av artiklarna är aktivt utvalda som lämpliga av en sjuksköterska som arbetat på avdelningen. Dessutom har alla studiedeltagarna rätt att tacka nej vilket kan medföra att närstående som har svårt att förlika sig med situationen väljer att inte delta då det känner att de inte orkar. Detta kan medföra att det endast är de som har tillräckliga resurser och copingstrategier för att hantera situationen som kan inkluderas, vilket kan leda till en färgning av resultatet.

### **Analysen**

Under analysens gång lästes artiklarnas resultat ett flertal gånger av båda uppsatsförfattarna samtidigt som diskussioner fördes kring innehållet. Risken att resultatet skulle ha feltolkats har i och med detta minskat samtidigt som det kan styrka syntetiseringens trovärdighet.

Som vid all kvalitativ forskning bör man ha en insikt i att forskarens egen förförståelse kan påverka resultatet. Detta gäller även vid analys av tidigare kvalitativ

forskning. Är man medveten om denna problematik minskar risken men problemet kan aldrig elimineras (45).

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet var att få en ökad förståelse för vad det innebär att vara närstående till någon som drabbats av ett akut och kritiskt tillstånd. Den analys metod som använts har sin grund i metasyntesen där den fördjupade kunskapen grundar sig i en syntetisering av tidigare tolkningar av fenomenet. Resultatet innehåller också flertalet citat som är hämtade ur de analyserade artiklarna. Poängteras bör att dessa inte tillför någon vetenskaplig bevisning, utan syftar enbart till att ge en mer levande bild av fenomenet. Nedan diskuteras först varje nytt tema för sig och sedan följer en diskussion kring betydelsen och hur det kan hanteras i vårdarbetet.

### **Att leva i en storm av känslor**

Närstående till personer som drabbats av ett akut kritiskt tillstånd upplever många och starka känslor som pendlar mellan ytterligheterna (35,36,37,38,39,40,41). Som redogörs i bakgrunden under stycket krisreaktion kan man läsa att en denna utgörs av olika faser, dessa faser speglar den känslostorm som närstående befinner sig i väl (31).

I stöd av resultatet kan man se att vissa upplever situationen som mycket stressande (39). Stress beskrivs som något fullt normalt då en människa befinner sig i en dramatisk situation och kan vara ett tecken på en krisreaktion. Man kan också utläsa att personer som befinner sig i kris eller liknande tillstånd bör bemötas utifrån ett professionellt förhållningssätt, där de blir visade hänsyn, lyhördhet och varsamhet (32).

I den litteratur som bakgrunden stödjer sig på framgår att dagens akutvård utgörs av ett högt arbetstempo där man många gånger tvingas fokusera enbart på det medicinska hos den sjuke (3). Utifrån detta kan det föreligga en stor risk i att närståendes behov kan bli helt bortglömda i det akuta skeendet. Studier har också visat att det är de närstående som mår allra sämst när de lämnar sjukvården (8).

I avsnittet som behandlar krisreaktion beskrivs att vårdpersonalen inte skall inge falska förhoppningar om patientens tillstånd samtidigt som de bör bevara hoppet för att göra de närståendes framtid uthärdlig (32). Det framgår också tydligt i resultatet att hoppet spelar en central roll hos de närstående och att leva på hoppet kan ses som en viktig copingstrategi. Det kan till och med vara det som gör att närstående klarar av att existera i den svåra situationen (39,41). Närstående beskriver att hoppet är starkt förknippat med den sjukets tillstånd och att minsta tecken på försämring kan släcka allt hopp (41). Utifrån detta skulle antagandet om att vårdpersonalen balanserar på en skör tråd kunna göras, där både de som sägs och förmedlas via kroppsspråk kan radera hoppet hos de närstående. Närståendes känslor kan påverka patienten i både negativ och positiv riktning (7). En närstående utan hopp skulle därför indirekt kunna påverka patientens välbefinnande i negativ riktning.



### **Behov av att vara nära den sjuke**

Närstående i alla åldrar beskriver ett starkt behov av att vara nära den sjuke (35,36,37,28,39,40,42,43). Familjen är den närmsta emotionella, sociala och fysiska kontakten för de allra flesta (4). Det kan vara därför behovet av att vara nära blir så tydligt när man har begränsad möjlighet till att vara tillsammans. Dessutom kan hotet om att skiljas för alltid göra att behovet blir ännu starkare.

Om familjen utgör den närmsta emotionella kontakten finns en möjlighet att ytterligare dimensioner i form av fenomen som sympati och compathy skulle kunna driva upplevelsen till större lidande. Dessa två termer symboliserar fenomen av att själsligt och kroppsligt överta känslor och förnimmelser vid medkännande till andra personer. Nära kontakt kan leda till stort medkännande. I stöd av studier har man sett att det inte bara är fenomenet sympati utan också compathy som kan uppstå i möten mellan människor (46). Både compathy och sympati skulle kunna vara orsaker till att det är så svårt att se sina närstående i en svår situation jämfört med att se någon utomstående i samma situation.

Med stöd i resultatet vill närstående inge mod och hopp till patienten och detta beskrivs som en orsak till att vilja vara nära denne (36,40). Då begreppet familj redogörs i bakgrunden belyses att familjens har starka emotionella band. Närvaro av familjen har också en positiv inverkan på patientens tillstånd. I studier som fokuserar på patientens upplevelser har man sett att närhet av närstående upplevs som stärkande (7). Även studier som beskriver sjukvårdspersonalens erfarenheter klargör att också sjuksköterskor anser det viktigt att närstående får möjlighet att vara nära patienten (9).

I resultatet framkommer att det i vårdkulturer där det var mycket begränsade möjligheter att besöka patienterna uppstod en stor frustration hos de närstående (2). Med största sannolikhet bottnar denna frustration i det starka behovet av att vara nära.

Resultatet visar också att närstående upplever en vilja för att delta i omvårdnaden av patienten (35). I bakgrunden beskrivs en modell för familjecentrerad omvårdnad, modellen syftar till att hela familjen sätts i fokus och att man genom dialog med sjuksköterskan bestämmer hur mycket de närstående skall involveras i omvårdnaden (4). Modellen kan, utifrån de behov som resultatet visar på, lämpa sig väl inom den studerade vårdkontexten.

### **Behov av att veta den sjukas status**

Behovet av att få veta hur den sjuke mår är starkt och kan vara en källa till oro och ångslan (35,36). De närstående vill ha rak och ärlig information förmedlat på ett sätt som de har möjlighet att ta till sig (35). Språkförbistringar kan uppstå då mycket facktermer används eller då de samtalande parterna inte har samma modersmål (27). Detta problem framkommer också mycket tydligt i resultatet. Närstående som fick information av en läkare och inte förstod vände sig istället till sjuksköterskan i hopp om att få en tydligare förklaring (35).

Under stycket i bakgrunden som behandlar information finns förklarat att en välinformerad patient svarar bättre på behandling och det finns väl goda anledningar att tro att det är likadant med närstående. Man kan också läsa att de närståendes välmående är av betydelse för patientens möjligheter till återhämtning. När en person

är stressad eller i kris är det mycket svår att tillgodogöra sig information. Informationen behöver därför förklaras tydligt och ofta upprepas flera gånger vid olika tillfällen för att personen i fråga ska kunna bearbeta den (32).

Det upplevdes frustrerande när sjukvårdspersonalen inte kunde ge någon information, och för en del närstående upptog jakten på information mycket tid (36). Närstående uppger att de försöker införskaffa sig information genom att titta på patienten och utrustningen (37,38,40,41). Detta kunde leda till missförstånd kring patientens tillstånd (38). Det framgår också i resultatet att patienter som inte förstår eller får tvetydig information känner oro och ängslan, i och med detta bör problemet uppmärksammas av vårdpersonalen och möjligheten att fråga om patientens tillstånd eller utrustningens funktion och betydelse bör kommuniceras tydligt till de närstående.

Behovet av att få kontinuerlig information är viktigt för att närstående skall känna trygghet (19). Med stöd i resultatet kan det vara av stor betydelse att ge information även om patientens status inte har förändrats i någon riktning. Detta skulle kanske kunna minska risken för att närstående själva spekulerar i den sjukes status vilket som tidigare nämnt kan leda till missförstånd och onödigt lidande.

Behovet av att veta är enligt Maslow ett grundläggande mänskligt behov. Ibland kunde det upplevas som en lättnad att fråga sjukvårdspersonalen om något även om de närstående redan visste att de inte kunde svara (36,37). Detta kan tyda på att behovet av att ha någon att fråga och kommunicera sina tankar med är stort även om man vet att svaren på frågorna inte går att få.

I relation till närståendes stora behov av att få veta presenteras i bakgrunden en studie där man kan se att så många som 40 % av de tillfrågade patienterna inte ville att närstående skulle delges all information rörande deras tillstånd (7). Det är därför mycket viktigt att vårdpersonalen arbetar utifrån de riktlinjer och lagar som gäller. Patientens önskan får inte åsidosättas för att uppfylla närståendes behov (17).

### **Behov av att ha familjen samlad i en oviss tillvaro**

I en svår situation vill familjen vara tillsammans och trösta varandra (20). Detta påstående visade sig stämma bra överens med vad de närstående i de granskade artiklarna generellt uttryckte.

I resultatet har det framkommit att väntan är ett ständigt återkommande och svårhanterligt fenomen. Förutom att familjen kan vara ett betydande stöd under väntan i den ovissa tillvaron, har det också framkommit att väntan kan göras lättare om man under tiden kan avleda tankarna genom någon form av sysselsättning (35). I relation till detta framkommer det dock att många närstående inte orkade utföra ens de mest basala göromålen. Utifrån detta finns indikationer på att närstående är i behov av hjälp och stötning för att klara av att ta initiativ till att sysselsätta sig med något och på så sätt kunna göra den svåra väntan mer uthärdlig

Familjen är det som patienten själv anser är dennes familj(4). I de artiklar som ligger till grund för resultatet är det ofta mycket nära släktingar som utgör familjen. Ett nära släktskap behöver inte vara liktydigt med att de känslomässiga banden är ömsesidiga hos patient och närstående (4). Detta kan indikera på att det är viktigt att sjuksköterskan har en förståelse för detta och på ett professionellt sätt hanterar den

eventuella klyfta som skulle kunna uppkomma mellan patientens och de närståendes behov.

I resultatet har det också framkommit att barn har ett stort behov av att vara tillsammans med familjen och att det ses som positivt att få besöka sin sjuke förälder trots att det kunde vara en skrämmande syn. Många gånger kanske man instinktivt försöker skydda barn från obehagliga upplevelser, och att man i så fall bidrar till att göra barnen mindre delaktiga. Om man utgår ifrån att barn mår bäst av att få träffa sin sjuke förälder kan man tänkas anta att en konflikt skulle kunna uppstå, när den andra föräldern anser att barnet skall skyddas från den skrämmande synen. Sjuksköterskan kan då ställas inför ett etiskt dilemma, skall hon handla utifrån evidens eller anpassa sig till de enskilda individernas önskemål?

I resultatet har man också kunnat se att närstående i en svår situation kan hitta stöd i sin tro (36). Speciellt tydligt ser man att detta gäller närstående i den artikel som härstammar från Grekland, medan närstående som blivit tillfrågade om prästsamtal i en svensk artikel inte alls varit intresserade av ett sådant stöd (35). Med stöd i detta bör en förståelse finnas för att olika kulturer kan medföra olika behov samt att dessa behov tar sig olika uttryck. Samtidigt som man också bör vara aktsam på att inte generalisera utifrån kultur och religionstillhörighet.

### **Anpassning och förlikning med verkligheten**

I alla sociala konstellationer och således inom en familj har de olika medlemmarna sin bestämda roll. I en traditionell familjekonstellation är föräldra- barn rollerna tydligt definierade. Föräldrarollen innebär ansvar för att skapa en trygg tillvaro för barnen (47). Om en förälder som tidigare har förknippats med styrka och rättfärdighet plötsligt blir kritiskt sjuk eller skadad och därigenom tillfälligt eller permanent mister förmågan att ta hand om sig själv kan rollerna genast komma att förändras (20).

I resultatet framkommer det att närstående upplever en rollförändring i flera bemärkelser, dels förändras familjestrukturen samtidigt som många också beskriver att de skall anpassa sig till den nya rollen som närstående till en svårt sjuk eller skadad (35,36,37,38,40). Rollförändringar kan leda till en förlustkänsla, vilket ytterligare kan förstärka den känslolokarusell som närstående befinner sig i.

Då man plötsligt skall ta på sig rollen som närstående till en kritiskt sjuk visar resultatet att närstående konfronteras med en mängd nya intryck. De nya intrycken kan dels utgöras av den förändrade fasaden hos den sjuke och den obekanta miljön som ett sjukhus utgör för många (35,36,38). Generellt upplevs miljön som skrämmande, en skillnad kan dock ses hos barn som vistas i denna miljö, där vissa upplever den mer spännande än skrämmande (36,42). Detta kan ses som ett exempel på att barn inte alltid upplever saker på det sätt som vuxna kanske förutser att de gör.

Familjen fyller inte bara en funktion i att möta familjemedlemmarnas behov utan också samhällets krav i form av till exempel ekonomi (20).

I resultatet tydliggörs det att en förändrad framtid hotade de drabbade familjerna. Närstående funderade över hur livet skulle bli för den sjuke, hur man skulle klara ekonomin och andra praktiska saker eller i värsta fall ett liv utan den sjuke (35,37). Då dessa frågor väcks kan man utifrån krisreaktionens olika faser tänka sig att de

närstående har kommit till den fas som benämns som bearbetningsfasen. I denna fas är inte de starka känslorna lika överväldigande och man börjar få insikt i det inträffade (31).

Man kan med stöd av resultatet se att närstående hade individuella strategier för att anpassa sig till den nya situationen (37). Utifrån det som står angivet i bakgrunden om bemötande av en människa i kris kan det vara viktigt att understödja lämpliga copingstrategier utifrån de individuella resurser de närstående besitter.

## **VAD BETYDER DÅ DETTA**

Utifrån det som framkommit i resultatet kan man se att närståendes upplevelser inte alltid står som ett ensamt fenomen, vi ser snarare att alla de teman som analysen har gett mer eller mindre rör vid och även påverkar varandra. Som exempel kan utebliven information göra de närståendes känslostorm ännu mer kaotisk vilket i sin tur kan leda till att den ovissheten de beskriver blir ännu större. Vi ser utifrån detta att fokus dels behöver läggas på de små detaljerna men också på helheten då man bemöter en närstående som kan tänkas befinna sig i ett kristillstånd.

Att hitta tryggheten i närheten tycker vi framstår som ett av de största behoven hos närstående. Vi tror därför att närstående i relation till den initiativlöshet som resultatet visar på behöver bjudas in att delta i omvårdnaden av den sjuke för att bättre tillgodogöra sitt behov av närhet.

Vi har med stöd i analysen inte hittat något som indikerar på att barn skall hållas utanför i en svår situation. Däremot tyder barns upplevelser på att de bör bemötas på ett sätt som är anpassat till deras begränsade kunskaper.

Att närstående lämnar sjukhuset med psykisk ohälsa tror vi också kan lyftas till ett samhällsperspektiv. Om man inte fått bearbeta krisreaktionen på ett tillfredställande sätt kommer troligtvis ett vårdbehov, kanske med sjukskrivning komma att bli ett faktum. Som jämförelse erbjuds ambulanspersonal kontinuerlig uppföljning och bearbetning av sina upplevelser av traumatiska händelser (13).

Då en större olycka med många inblandade har inträffat beskrivs i litteratur att de faktiskt skadade och deras närstående båda bedöms som primärtskadade, och som sekundärt skadade räknar man in räddningspersonalen (32). Då endast en person blir skadad eller sjuk finns inte samma resurser att tillgå som vid en större olycka, vi förstår att det inte är praktiskt genomförbart men att man ändå behöver utgå ifrån att de inblandade kan uppleva situationen minst lika traumatisk och ha ett lika stort vårdbehov.

Vår slutsats utifrån detta blir att den enskilda upplevelsen och lidandet bör ses som oändligt stort och inte ökar med ett ökat antal inblandade eftersom summan redan är oändlig.

## **Kliniska implikationer**

De närståendes upplevelser vid akut kritisk sjukdom utgör en komplex bild och vi ser att det finns stora utmaningar inom vården för att kunna göra deras upplevelse och återhämtning så skonsam som möjligt. Vi tror att en viktig aspekt ligger i det bemötande som de närstående ges. I den akuta vårdkedjan tyder det på att man kan

komma i kontakt med väldigt mycket vårdpersonal under en kort tid och det kan utgöra en svårighet i att skapa trygghet i bemötandet.

Även om man inte kan undgå att mycket personal strömmar förbi kan man ändå försöka att säkerställa en trygghet i kontakten genom att personalen ger uttryck för en medmänsklighet där de visar att de är villiga att hjälpa samt besvara de frågor som ställs utifrån de förutsättningar som finns. Ingen fråga får anses för dum eller helt sakna svar. Eftersom det har visat sig att närstående letar svar på sina frågor genom att läsa av kroppsspråk tror vi att vårdpersonalen behöver bli mer noggranna med hur de uttrycker sig och inte låta den egna stressen av t.ex. en överbelagd akutavdelning gå ut över närstående. Då informationen ges bör det ske på en plats som är lugn och den som samtalar bör redan innan förklara att klimatet som råder är orsaken till att tiden för samtal är begränsad, detta för att den närstående inte skall känna sig åsidosatt och bortglömd.

Närstående fokuserar helt på den sjuke och åsidosätter sina egna basala behov som mat och sömn. Utifrån den kunskapen vi har om kroppens behov av mat och sömn för att normala kroppsfunktioner skall kunna upprätthållas. Tror vi att sjuksköterskan kan fylla en viktig funktion genom att påminna närstående om vikten av sömn och mat. Närstående kan behöva information om var man kan handla sig något att äta. En överenskommelse mellan avdelningen och de närstående om att de skall kontaktas i fall den sjukets tillstånd förändras, tror vi är viktigt för att man lättare skall kunna sova om nätterna.

Att närstående i ett tidigt skeende erbjuds kontakt med diakon, kurator, sjukhuspräst eller liknande ser vi som en självklarhet, om närstående avböjer kan frågan återupprepas vid ett senare tillfälle, eftersom närstående i en svår situation inte är mottagliga för att ta emot information på ett fullt adekvat sätt.

Om sjuksköterskan upplever att de närstående har orealistiska förhoppningar, tror vi att det är viktigt att förnekandet inte understöds men att man ändå håller hoppet vid liv genom att samtala på ett ärligt men neutralt sätt. Speciellt viktigt tror vi att det kan vara i bemötandet av barn, eftersom de lever mer i nuet och saknar de vuxnas insikt utifrån sin begränsade livserfarenhet.

Om de närståendes ångest, oro och frustration tar sig uttryck i aggression, ser vi en risk i att den kan riktas mot personalen. I en sådan situation tror vi inte att man behöver säga så mycket. Det viktiga torde istället vara att bekräfta att närstående har rätt att känna som de gör.

Avslutningsvis vill vi peka på vikten av att närstående blir informerade om vart de skall vända sig om de behöver hjälp att bearbeta sina upplevelser. Vi föreslår att man inom primärvården startar samtalsgrupper där närstående som upplevt traumatiska händelser ges möjlighet att ventiler sina känslor och tankar med andra som upplevt liknande händelser, kanske under ledning av en psykolog.

Nedan följer en sammanfattning i punktform:

- Ett medmänskligt bemötande där den största utmaningen ligger i att våga vara närvarande.
- Erbjudna samtalskontakt upprepade gånger.
- Hjälpa närstående att ta initiativ till att sköta sina basala behov.
- Bevara hoppet utan att understödja förnekandet.
- Bekräfta att närstående har rätt att känna som de gör.
- Informera om vart närstående kan vända sig om de behöver hjälp i efterhand.
- Samtalsgrupper inom primärvården

### **Förslag till fortsatt forskning**

Eftersom många av de granskade artiklarna i denna uppsats är skrivna under de senaste sex åren finns indikationer på att det studerade området fortfarande är relativt outforskat. Det kan också tyda på ett ökat intresse inom omvårdnadsforskningen av att fokusera på närstående och deras behov. Vi ser att det finns en stor utmaning i det studerade fenomenet och att mer forskning behövs. Vi föreslår att man studerar vilka skillnader och likheter det finns mellan barn och vuxnas upplevelser och behov inom det aktuella området.

Med utgångspunkt i dagens mångkulturella samhälle tror vi också att mer kunskap behövs om och hur olika kulturer och trosuppfattningar kan påverka upplevelsen av fenomenet.

## REFERENSER

- (1) Lundqvist M, Malmqvist M. Statistik och Analys Räddningstjänsten i siffror 2009. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2010 [ cited 2010-10-15] Available from: [http://www2.msb.se/Shopping/pdf//upload/Publikationsservice/MSB/0185\\_10\\_Raddningstjansten\\_i\\_siffror\\_2009.pdf](http://www2.msb.se/Shopping/pdf//upload/Publikationsservice/MSB/0185_10_Raddningstjansten_i_siffror_2009.pdf)
- (2) Hjärtlungfonden.[cited 2010-10-15]. Available from: <http://www.hjartlungfonden.se/Sjukdomar/Sjukdomar/Plotsligt-hjartstopp/Mer-lasning/Allt-fler-kan-radda-liv/>
- (3) Wikström J. *Akutsjukvård Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
- (4) Benzein E, Hagberg M, Saveman B-I. Familj och sociala relationer. In: Friberg F, Öhlen J, editors. *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 67-88.
- (5) Makic M B F, McQuillan K, Whalen E. *Trauma nursing: from Resuscitation through rehabilitation*. 4th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
- (6) Fowler S, Magarelli K, Tracy J. Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research*. 1999; 12(3): 121-127.
- (7) Russell S. An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(4): 783-791.
- (8) Hanson H, Shirley M. *Family health care nursing-theory, practice and research*. 2th ed. Philadelphia: Davis company; 2001.
- (9) Hallgrimsdóttir M E. Accident and emergency nurses perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9:611-619.
- (10) Beck-Friis, Strang Peter. *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber; 2005.
- (11) Stubberud D-G. Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. In: Gulbrandsen T, Stubberud D-G. *Intensivvård avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 19-24.
- (12) Selin-Törnqvist M. *I behov av intensiv omvårdnad*. 3th ed. Stockholm: Natur och Kultur; 1998.
- (13) Poljak A, Tveith J, Ragneskog H. Omvårdnad i ambulans den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*. 2006;26(1): 42-45.
- (14) Ellison S. Nurses Attitudes Toward Family Presence During Resuscitative efforts and Invasive Procedures. *Journal of Emergency Nursing*. 2003;29(6): 515-521.
- (15) Condon C, Madden E. Emergency Nurses Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR. *Journal of Emergency Nursing*. 2007;33(5): 433-440.

- (16) McClenathan B, Torrington K, Uyehara C. Family Member Presence During Cardiopulmonary Resuscitation A survey of US and International Critical Care Professionals. *Chest journal*. 2002;122: 2204-2211.
- (17) Larsson M, Rundgren Å. *Geriatriska sjukdomar*. 3th ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
- (18) Balaz Schale S, Nordin M. *Handbok i hemsjukvård*. Stockholm: Gothia; 2001.
- (19) Cross M, Higgins J, Ishiara K, Socha C, Wrenn K, Wright S. Interaction Between the Trauma Team and Families: Lack of Timely Communication. *American journal of emergency medicine*. 1996;14(6): 548-550.
- (20) Kirkevold M, Stromsnes Ekern K. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber; 2002.
- (21) Beanland C, Botti M, Redley B. Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;44(1): 88-98.
- (22) Granskär M, Magnusson A. Närståendes upplevelser när svårt sjuka patienter flyttas mellan intensivvårdsavdelningar. *Vård i Norden*. 2005;25(78): 15-19.
- (23) Fossum B, editor. *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
- (24) Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.
- (25) Patientdatalagen (SFS 2008:355). Stockholm: Socialdepartementet.
- (26) Nilsson B, Waldermarsson A-K. *Kommunikation samspel mellan människor*. 3th ed. Lund: Studentlitteratur; 2007.
- (27) Baggens C, Sanden I. Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. In: Friberg F, Öhlen J, editors. *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 201-236.
- (28) Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) Stockholm: Justitiedepartementet.
- (29) Rynning E. Rättsliga ramar för kommunikation och beslut i vården. In: Bengtsson G, editor. *Information och samtycke*. Stockholm: Gotab; 1996. p. 19-44.
- (30) Medin L-O, Sahlqvist M, editors. *PM praktisk medicin 2010*. Udevalla: Three Doctors förlag; 2010.
- (31) Ericson E, Ericson T. *Medicinska sjukdomar*. 2th ed. Lund: studentlitteratur; 2002.
- (32) Lundin T. Katastrofpsykiatri. In: Lennquist S, editor. *Katastrofmedicin*. 3th ed. Stockholm: Liber; 2009. p. 337-353.
- (33) Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 105-114.



- (34) Evans D. Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2003;20(2): 22-26.
- (35) Engström Å, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and critical Care Nursing* 2004; 20: 299-308.
- (36) Cant B, Plakas S, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25:10-20.
- (37) Harder I, Ågard A. Relative's experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;23:170-177.
- (38) Kean S. Children and young people visiting an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(4):868-877.
- (39) Fridlund B, Lundqvist A, Nilstun T, Weslien M. When the unreal becomes real: family members experiences of cardiac arrest. *British Association of Critical Care Nurses, nursing in Critical Care* 2005;10(1): 15-22.
- (40) Walters J.A. A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;22:998-1005.
- (41) Rose A.P. The meaning of critical Illness to families. *Canadian Journal of Nursing Reaserch* 1995;27(4): 83-87.
- (42) Knutsson S, Samuelsson I, Hellström A-L, Bergbom I. Children's experiences of visiting a seriously ill/ injured relative on an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(2): 154-162.
- (43) Wagner J.M. Lived Experiences of Critically Ill Patiens Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical Care*. 2004;13:416-420.
- (44) Cypress S.B. The Intensive Care Unit Experiences of Patiens, Families, and Their Nurses. *Dimensiones of Critical Care Nursing*. 2010;29(2): 94-101.
- (45) Ejvegård R. *Vetenskapligmetod*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
- (46) Mitcham C, Morse J M. Compathy: the contagion of physical distress. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(4): 649-657.
- (47) Wright L M. *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur; 1998.

## BILAGA 1

Tabell över syntetiseringsprocessen

Kategorier	Nya teman	Artiklar
<p>Starka känslor Hopp och ångest Allt är bra efter positivt besked. Det finns inget hopp. Pendla mellan hopp och förtvivlan.</p>	<p>Att leva i en storm av känslor</p>	<p>35,36,37,38,39,40,41</p>
<p>Placera sig själv i andra hand. Dagliga rutiner blir oviktiga. Svårt att äta och sova. Egna behov blev oviktiga. Förväntade sig ingen vård och ansåg sig inte behöva någon. Fokuserade endast på patientens välmående. Vill vara närvarande. Vill ge mod optimism och kärlek, Bröt mot regler om öppettider. Kändes bra att vara nära. Lättnad att få besöka patienten. Önskan att få vara med vid återupplivning. Bevara patientens värdighet.</p>	<p>Behov av att vara nära den sjuke</p>	<p>35,36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,43,44</p>
<p>Jobbigt att vänta på information. Oklar information skapar oro, önskan att få veta även om det är dåliga nyheter. Försöker förstå vad utrustningen är till för. Vill ha information om sjukdomsutvecklingen. Ständig alert för att inte missa någon information. Sökte tecken på förbättring. Vill veta vad som händer.</p>	<p>Behovet av att veta den sjukets status</p>	<p>35,36,37,38,40,41</p>
<p>Familjen är ett viktigt stöd. Dela upplevelsen med de andra i familjen. Religion som copingstrategi. Starkare i sin tro. Sjuksköterskan en del av vardagen. Oväntade situationer är påfrestande. Leva i ovishet. Veta och inte veta om överlevnad. Orolig för hjärnskador. Mycket tid för att vänta på prognos. Bara att vänta. Jobbig väntan på hjälp.</p>	<p>Behov av att ha familjen samlad i en ovis tillvaro</p>	<p>35,36,37,39,40, 41, 42,44</p>
<p>Oro inför framtiden. Möta det ofattbara. Inse att patienten är döende. Nya roller Läskigt att se den sjuke förändrad. Förändrad identitet hos den sjuke. Skrämmande med all utrustning. Obekant miljö.</p>	<p>Anpassning och förlikning med vekligheten</p>	<p>35,36, 37,38,39,40</p>

## BILAGA 2

TITEL	FÖRFATTARE	ÅR	TIDSKRIFT	SYFTE	METOD	URVAL	LAND
The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit	Å Engström, S Söderberg	2004	intensive and critical care nursing	Att beskriva vad en partner upplever då deras man eller maka vårdas på en intensivvårdsavdelning.	kvalitativ analys	partnes till patienter som vårdad i respirator minst 24 tim. 1 man och 6 kvinnor 22-63 år.	Sverige
The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded the	S Plakas, B Cant, A Taket	2009	intensive and critical care nursing	Att undersöka vad familjer till kritiskt sjuka patienter i grekland upplever	Grounded theory	19 kvinnor 6 män 22-76 år, närstående till patienter på IVA	Australien Grekland, England
Relatives experiences in intensive care- finding a pface in a world of uncertainty	A S Ågård, I Harder	2007	intensive and critical care nursing	Utforska och beskriva upplevelser hos anhöriga till patienter på en intensivvårdsavdelning	Grounded theory	4 partners, 3 föräldrar, 39-72 år till patienter som var intuberade och sederade vid intervjuvn. Paienter 10-75 år	Danmark
Children and Young People visiting an adult intensive care unit	S Kean	2010	Journal of advanced Nursing	Vad barn och unga upplever när de besöker en familjemedlem på en intensivvårdsavdelning	Grounded theory	9 familjer, engetalande med barn över 10 år där en vuxen familjemedlem vårdats på IVA minst 3 dagar	
When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest	M Weslien, T Nilstun, A Lundqvist, B Fridlund	2005	Nursing in critical care	större insikt i familjers upplevelse av HLR	kvalitativ analys	17 familjemedlemar som fått hjärtstopp utanför sjukhuset, intervju 5-34 mån. efter händelsen	Sverige
Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation	J M Wagner	2004	American journal of critical care	beskriva familjers upplevelser och uppfattningar då en familjemedlem får HLR	Van Manen tematisk analys	6 familjemedlemmar med en anhörig som fått HLR och överlevt	
A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients	A J Walters	1995	journal of advanced nursing	beskriva vad anhöriga till kritiskt sjuka upplever	hermeneutisk studie	15 kvinnliga familjemedlemmar till kritiskt sjuka patienter	Australien
children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit	S Knutsson, I Samuelsson, A Hellström I Bergbom	2007	journal of advanced nursing	Barns upplevelser av att besöka en kritiskt sjuk eller skadad vuxen anhörig på IVA	hermeneutisk appri	14 flickor, 14 pojkar 4-17 år, som hade besökt en familjemedlem på IVA	Sverige
The intensive care unit Experiences of patients, families and their nurses	B S Cypress	2010	Dimensions of critical care nursing	Att beskriva vad anhöriga, patienter och sjuksköterskor upplever i en IVA-kontext	Van Manen fenomenologisk studie	5 sjuksköterskor(1 man 4 kvinnor) 25-60 år, 5 kritiskapatienter(4 män 1 kvinna) 22-70 år och 5 anhöriga(1 man och 4 kvinnor) 22-70 år som alla varit på IVA.	USA
The meaning of critical illness to families	P A Rose	1995	Canadian journal of nursing resarsch	Att utforska och beskriva vilken mening familjer upplever i samband med att de har en familjemedlem som vårdas på IVA	Kvalitativ analys	8 familjer där totalt 18 familjemedlemmar deltog	Kanada