

Närstående – vänner eller fiender, deltagare eller åskådare?

- Litteraturstudie över relationen mellan sjuksköterskor och närstående -

FÖRFATTARE	Ann-Marie Floberg Emma Hedman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 120 p Omvårdnad - eget arbete Vt 2007, Spn 7
OMFATTNING	10p
HANDLEDARE	Monica Moene
EXAMINATOR	Ingvar Frid

Titel: Närstående – vänner eller fiender, deltagare eller åskådare?
Litteraturstudie över relationen mellan sjuksköterskor och närstående

Title: Significant others – friends or enemies, participants or bystanders?
Literature review of the relationship between registered nurses and significant others

Arbetets art: Eget arbete – fördjupningsnivå 1
Kursbeteckning: Omvårdnad – eget arbete
Sidantal: 24
Författare: Ann-Marie Floberg
Emma Hedman
Handledare: Monica Moene
Examinator: Ingvar Frid

SAMMANFATTNING

Under 1900-talet har patienten varit i fokus i omvårdnaden. Med de senaste årens nedskärningar inom vården med allt kortare vårdtider som följd, vårdas gamla och sjuka alltmer i hemmet och på boenden. Detta leder till att närstående får ett allt större ansvar för den sjukes omvårdnad, och sjuksköterskan kommer därmed behöva interagera alltmer med närstående. För att interaktionen ska fungera så bra som möjligt är det viktigt att sjuksköterskan har en positiv attityd och en god relation till närstående. Det teoretiska perspektivet i föreliggande fördjupningsarbete var familjefokuserad omvårdnad, som omfattar både friska och sjuka personer i familjen. Tonvikten läggs på familjens föreställningar om aktuella hälsoproblem, men även sjuksköterskans föreställningar är av betydelse i interaktionen mellan henne/honom och närstående. Syftet med arbetet var att få en fördjupad kunskap om relationen mellan sjuksköterskan och närstående samt klargöra hur sjuksköterskans föreställningar och attityder påverkar relationen. Arbetet är en litteraturstudie baserad på 14 vetenskapliga artiklar, främst från intensivvård och sjukhemskontext, vilka analyserats induktivt. Tre kategorier med betydelse för skapandet av en förtroendefull relation mellan sjuksköterskor och närstående framträdde under analysen: Föreställningar och attityder, kommunikation samt verktyg. Både hindrande och främjande föreställningar och attityder hos sjuksköterskor gentemot närstående belystes. Vikten av god och tydlig kommunikation för relationens utveckling framträdde tydligt. Verktyg som kan underlätta sjuksköterskans relation och interaktion med närstående samt stötta henne i detta framträdde, såsom utbildning, träning samt stöd och riktlinjer från ledning och organisation. Familjefokuserad omvårdnad bör implementeras i Sveriges sjuksköterskeutbildningar för att ge sjuksköterskan handlingsberedskap att möta närstående i deras individuella situationer på ett adekvat och stödjande sätt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Medvetenhet om bemötande	2
Relationen sjuksköterska - närstående	2
Begreppen <i>attityd</i> och <i>föreställning</i>	3
Begreppen <i>familj</i> , <i>anhörig</i> och <i>närstående</i>	5
Historisk syn på familjen i ett omvårdnadsperspektiv	5
Teoretiskt perspektiv	5
SYFTE	8
METOD	8
DATAINSAMLING	8
ANALYS	10
RESULTAT	10
FÖRESTÄLLNINGAR OCH ATTITYDER	10
Främjande föreställningar och attityder för en förtroendefull relation	10
Hämmande föreställningar och attityder för en förtroendefull relation	12
KOMMUNIKATION	14
VERKTYG	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
Föreställningar och attityder	18
Kommunikation	19
Verktyg	20
Slutsatser	21
REFERENSER	22
BILAGA	
ARTIKELSAMMANSTÄLLNING	

INTRODUKTION

INLEDNING

Den praktiska erfarenheten från vården har fått oss att fundera på hur vårt beteende, värderingar och attityder påverkar kontakten med närstående till patienten och hur den i sin tur påverkar omvårdnaden av patienten. Kan vi genom ett medvetandegörande av våra föreställningar, om familj och deras hantering av sjukdom samt vår egen föreställning om hur vi hanterar sjukdom, skapa förutsättningar för en än godare omvårdnad?

Den personliga erfarenheten vi bär med oss som närstående är att bristen på god kommunikation och ett respektfullt bemötande leder till bristande tillit och en ännu tyngre påfrestning i samband med sjukdomen. Men också det motsatta: hur betydelsefullt, underlättande och läkande det är när samarbetet fungerar mellan familj (inklusive den sjuke) och vårdpersonal.

För att kunna studera detta använde vi oss av ett familjeperspektiv. En familjemedlems sjukdom är något som alla familjemedlemmar upplever individuellt och hanterar olika [1]. Det känns viktigt för oss att som sjuksköterska ha familjen i fokus för att få en helhetsbild av patienten och skapa en god omvårdnad som består utanför vårdinstitutionen. I skenet av detta kan man se vikten av att sjuksköterskan är medveten om sina attityder och föreställningar för att kunna arbeta utifrån ett familjeperspektiv.

Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [2] ska kommunikationen med närstående vara respektfull, lyhörd och empatisk. De ska stöttas och vägledas så delaktigheten i omvårdnaden blir så bra som möjligt. Även närstående ska informeras och undervisas och sjuksköterskan skall vara säker på att de närstående förstått den givna informationen. Allt detta i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa.

I Socialstyrelsens allmänna råd för omvårdnad [3] kan man läsa angående omvårdnadsåtgärder, att vårdpersonalen i samverkan med patient och i lämpliga fall närstående, ska formulera tydliga mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa.

Sjuksköterskans ansvar att ha ett familjeperspektiv motarbetas av arbetsförhållanden, miljö och kunskap. Sjuksköterskans roll är komplex, och fokus hamnar lätt på det medicinska när tiden inte räcker till för allt. Tillsammans med att man inte har tillräcklig utbildning och att det råder brist på framarbetade modeller för gott samarbete i olika situationer under varierande förhållanden, kan detta leda till att sjuksköterskor ibland värjer sig för att bjuda in familjen till samarbete. Vi vill utifrån detta undersöka sjuksköterskans attityder till och föreställningar om närstående och hur dessa påverkar relationen i omvårdnaden.

BAKGRUND

När sjukdom drabbar en familjemedlem påverkar det alla familjemedlemmar samt hela familjen som system. En sjukdom innebär en kris inte bara för den sjuke utan för hela familjen. Detta innebär att det är viktigt att se till hela familjen och inte bara den sjuke, både

för patienten och de andra familjemedlemmarnas skull då var och ens hälsa mer eller mindre påverkas av de andras. Johansson et al [4] menar att det kan handla mer om sjuksköterskans attityd och inställning till närstående än om tillgång till tid vad gäller att identifiera deras välbefinnande och behov av stöd. De anser att en av omvårdnadens viktigaste och mest utmanande uppgifter för sjuksköterskor är att utifrån en positiv inställning till familjer skapa förtroendefulla och öppna relationer.

Medvetenhet om bemötande

Vikten av sjuksköterskans medvetenhet i bemötandet av närstående beskrivs av Bergh i hennes doktorsavhandling [5] med detta tema. Hon beskriver sjuksköterskor och närstående som antingen aktiva eller passiva i relationen och handlandet dem emellan. Hon fann att det fanns fyra typer av förhållningssätt sjuksköterskor antog i sin kontakt med närstående: reflekterande och aktivt, distansnerande men aktivt, reflekterande men passivt samt distansnerande och passivt förhållningssätt. Den aktiva reflekterande sjuksköterskan tar initiativ och etablerar kontakt samt har en vilja och förmåga att frigöra personliga krafter hos den närstående. Hon/han handlar medvetet i sitt bemötande med närstående för att skapa en god relation till dessa. Den aktiva reflekterande sjuksköterskan anser att närstående är en viktig del i omvårdnaden och bemöter närstående på ett förtroendeskapande sätt, då förtroende antas vara grundförutsättningen för en god kontakt. Hon/han gör även bedömningar på närståendes kunskapsnivå, relation till patienten samt upplevelse av situationen för att utifrån detta bemöta den närstående på dennes villkor.

Den aktiva distansnerande sjuksköterskan informerar men etablerar inte någon kontakt. Den passiva reflekterande sjuksköterskan svarar på närståendes initiativ, men tar inte första steget till kontakt och interaktion. Hon/han har reflekterat över närståendes behov, men visar inte detta i handling med argument som tidsbrist och personalbrist till försvar [5].

Den passiva distansnerande sjuksköterskan verkar helt sakna engagemang för närstående. Hon/han tar varken eget initiativ eller bekräftar närståendes initiativ. Författaren beskriver de sjuksköterskor som är passiva i sitt förhållningssätt som att de gör avsteg från ett professionellt förhållningssätt. De styrs av rutiner, vårdkultur och organisation och inte sitt eget omdöme och yrkeserfarenhet [5].

Relationen sjuksköterska - närstående

För att skapa en relation måste sjuksköterska och närstående mötas. Detta möte är inte frivilligt och ingen väljer den andra. Som sjuksköterska kan du inte lämna mötet, det måste ske för att god omvårdnad ska kunna skapas [6].

Genom att som sjuksköterska reflektera över och bli medveten om hur de egna känslorna som väcks påverkar mötet, kan detta bli bra eller dåligt. En del i medvetandegörandet är att reflektera över egna erfarenheter, värderingar och bra eller dåliga minnen. På detta vis kan sjuksköterskan kanske se varför hon/han upplever en distans till den närstående och reagerar på ett visst sätt. Kan det exempelvis vara så att personen påminner om någon eller något som är känslomässigt jobbigt? Detta kan vara hindrande för att nå en god omvårdnad [6].

Kunskap om det psykologiska försvar såsom bortträngning, förnekelse och isolering, som människan använder sig av för att hantera besvärliga situationer kan hjälpa personal att inte bli upprörda över ett beteende utan i stället begripa vad det bottnar i. Exempelvis om en närstående ter sig förnekande kan personalen lyssna utan att påtvinga den närstående verkligheten [6].

Både närstående och sjuksköterska har förväntningar på varandra. Närstående förväntar sig en viss omvårdnad och sjuksköterskan förväntar sig av närstående ett visst engagemang i patienten, som inte är självklart. Vad vet vi om den tidigare relationen när alla i familjen var friska? Förväntningar på närstående av sjuksköterskan kan också överföras till närstående. Exempelvis kan förväntningen att en närstående är besvärlig göra att denne ter sig besvärlig utan att vara det, då den närstående känner av den negativa attityden och blir vaksam [6].

Förmågan att som personal möta kritik är viktig. Det är lätt att träda i försvar utan att fråga sig själv huruvida kritiken är befogad. Alla är mänskliga och gör misstag. Om personalen reflekterar över vad som egentligen sägs kan det kanske redas upp genast eller om det rör exempelvis organisation kan kritiken ledas vidare till berörd part. Ibland kan en närståendes kritik bottna i personliga problem. Enligt Svensson [6] är det då viktigt att inte ta kritiken personligt utan att stötta istället. Går det inte för de båda parterna att komma varandra närmare måste det kanske stanna vid en punkt i situationen där de tolererar varandra i syfte att omvårdnaden ska bli så bra som möjligt.

Behov hos familjen som nämns i litteraturen som viktiga att tillgodose för att kunna skapa en god relation mellan sjuksköterska och närstående, är behovet av stöd, att de får möjlighet att dela med sig av sin upplevelse av situationen, samt bli respekterade för sina insatser och erfarenheter [7]. Andra behov är adekvat information och ett gott bemötande för att på så vis känna sig sedd och respekterad av sjuksköterskan och ha förtroende för denna [8].

Begreppen *attityd* och *föreställning*

För att kunna förstå hur en sjuksköterskas *attityd* mot närstående kan påverka omvårdnaden måste detta begrepp beskrivas närmare. I Nationalencyklopedin [9] kan följande läsas om begreppet attityd.

Det finns tre grundstenar som bildar en attityd; kognition, affektion och intention. Kognition består av kunskapen eller tron om något. Affektion är grunden för hur mycket eller lite man agerar för eller emot attitydobjektets egenskaper av olika karaktär. Intention utgör viljan att handla [9].

Attityd betyder kroppsställning, kroppshållning, pose; eller inställning, förhållningssätt. Begreppet är betydelsefullt inom socialpsykologin och andra socialvetenskaper sedan 1920-talet. Redan innan tillämpade Darwin emellertid attityd när han beskrev kroppsorienteringar och ställningar, gester, miner och läten hos människor och djur. Darwins definition på attityd var något yttre eller ett beteende som kan iakttas [9].

Mead nyttjade senare dennes definition då han ansåg att varje individ påverkas av de attityder i den sociala omvärlden denne möter genom livet, med start från tidig barndom. Dessa attityder medverkar till skapandet av kognitiva och intellektuella kompetenser som gör mänskliga former för samarbete och samhällsliv möjliga [9].

En annan användning av attityd är att det beskriver något inre eller mentalt som inte är direkt iakttagbart och antas påverka bland annat varseblivning och tänkande. Tyska experimentpsykologer såg attityd som en pådrivande förhållning av tanken vid problemlösning. För sociologerna Thomas och Znaniecki var attityd något som styr människans plan för sitt handlande genom upplevda erfarenheter [9].

Idag förknippas begreppet med inställning för eller emot något eller någon. Föremålet för attityden kan vara abstrakt, till exempel politik, konkret, i egenskap av vilket bilmärke man kör. En person, till och med ens egen person, kan i en social roll bli föremålet för attityden [9].

Den psykologiska funktionen av attityd speglas i hur människan hanterar den sociala omvärlden och dess information. På detta vis blir den en modell för förståelsen i olika situationer. Genom attityden kan människan i ord eller handling skapa eller behålla självbilden hos en annan individ [9].

Styrkan och betydelsen av attityden kan variera från positiv till negativ. En negativ attityd betecknas bland annat fördom och kan leda till diskriminering av det aktuella föremålet. Detta kan till exempel vara sexuell läggning, etnicitet eller kön. Nationalencyklopedin beskriver fördomar som antipatier vilka grundar sig på felaktigt utförda generaliseringar som är svåra att förändra [9].

En synonym till attityd är begreppet *föreställning*. I Nationalencyklopedin [9] kan man bland annat läsa följande om begreppet: En bild av något man reflekterat över eller iakttagit som blivit kvar i ens medvetande, eller påpekandet om det olämpliga i hur man handlat i relation till någon annan.

Föreställningar är enligt Wright, Watson och Bell [10], vilka är forskare kring familjefokuserad omvårdnad vid universitetet i Calgary, de perspektiv som människor har när omvärlden betraktas. De bygger grunden för känslor och beteende och dessa sammanväver det egna livet och livet med andra. De skiljer oss åt men är även det som knyter oss samman och vi påverkar varandras föreställningar genom vår interaktion och aktuell kontext. Föreställningarna och dess effekter på egna och andras liv är människan till största delen omedveten om när hon lever sitt liv. Grunden för sättet människan närmar sig omvärlden ligger i föreställningar, dessa bildar vår identitet och anses vara sanningar. I relation till ohälsa/sjukdom är det vår föreställning om ohälsa/sjukdom som styr hur vi hanterar denna situation.

Författarna berättar om personliga erfarenheter som närstående, i olika delar av Kanada, där de känt sig osynliggjorda av bland annat läkare och sjukvårdspersonal. Aldrig blev de tillfrågade om sin upplevelse av situationen med sjukdom som "familjemedlem". Det visades inget intresse för deras föreställningar om ohälsa/sjukdom och hur dessa påverkade tillfrisknandet och hälsan i familjen. Känslan av att vara osynlig ledde exempelvis till att författarna som närstående kommenterade omvårdnad och ställde mycket frågor med stor envishet, vilket i sin tur ledde till att den sjuke i familjen blev rädd att få sämre vård då denne hade besvärliga närstående och kanske betraktades som en problempatient. De hade velat bli sedda och respekterade för sin kunskap om den sjuke och dennes behov [10].

Begreppen *familj, anhörig och närstående*

I vardagsspråk och även offentligt har begreppet anhörig använts flitigt i det svenska språkbruket, och så är fallet även idag. Begreppen anhörig och närstående används ibland synonymt, men det finns viss skillnad i betydelserna. Begreppet anhörig syftar främst på personer med blodsband, medan närstående är något vidare än anhörigbegreppet och kan förutom släktingar och gifta/sambopar, även inbegripa exempelvis en vän eller granne [9, 11-13].

I föreliggande litteraturstudie kommer begreppet familj användas när det syftas på både patienten och närstående, och närstående när patienten inte är inbegripen.

Begreppet familj har traditionellt använts om grupper där individerna är förbundna med varandra via blodsband eller äktenskap [1, 14]. Idag används familjebegreppet mer generöst om olika typer av familjekonstellationer och inte enbart om kärnfamiljen. En definition som knyter an till detta nya sätt att se på familjen är Hansons [15] definition, vilken lyder så här:

Family refers to two or more individuals who depend on one another for emotional, physical, and economical support. The members of the family are self-defined [15] s. 6.

Enligt Östlinder [16] används familj i litteraturen ofta som de personer som patienten själv definierar som sin familj. Enligt en sådan definition krävs inga blodsband, familjebegreppet kan därmed inbegripa alla typer av närstående. Definitionen gör det möjligt att inbegripa just de personer som står närmast patienten, vilket inte alltid är de samma som de närmaste släktingarna.

Historisk syn på familjen i ett omvårdnadsperspektiv

För att få ett perspektiv på familj och närstående inom omvårdnaden idag behöver vi blicka tillbaka lite i tiden. Historiskt sett har familjen haft det grundläggande ansvaret att sköta sjuka och gamla familjemedlemmar. Sjukvården fram till 1800-talets slut bedrevs till stor del i hemmet. Sjuksköterskeyrket var inte så specialiserat, samma sjuksköterska kunde därmed sköta hela spektrat av familjens omvårdnadsbehov i hemmet, och kontakten med familjen varade ofta genom åren. På 1900-talet kom sjukvårdens roll att förändras. Samtidigt som kvinnorna började förvärvsarbeta i allt större utsträckning, expanderade sjukvården, institutionaliserades och specialiserades. Den enskilda patienten kom allt mer i fokus, medan sjuksköterskans naturliga kontakt med familjen blev mer sparsam. Sjuksköterskans roll blev, och har sedan dess till stora delar varit framförallt medicinsk, även inom hemsjukvården. Det ökande antalet äldre och kroniskt sjuka, relaterat till att man kan leva med sjukdomar som man förr dog av, tillsammans med de senaste decenniernas nedskärningar inom vårdsektorn, har dock lett till att sjuksköterskor återigen börjat uppmärksamma vikten av att se till hela familjen i omvårdnaden av patienten [1, 17].

Teoretiskt perspektiv

Då fokus ligger på de närstående och familjen som helhet har familjefokuserad omvårdnad valts som teoretiskt perspektiv till föreliggande litteraturstudie. Familjefokuserad omvårdnad

(eng. family nursing/family health care nursing) som specialitet är ett nytt område vars teori utvecklats under de två senaste decennierna. Teorin grundar sig i flera discipliner, främst omvårdnad, familjeterapi och familjesociologi. Grundtanken i familjefokuserad omvårdnad är att individ, familj, samhälle och omvårdnad är fyra delar som överbryggar varandra. För att kunna främja, bibehålla och återupprätta en familjs hälsa är det viktigt att se till alla fyra perspektiven i bedömningen av familjens situation och behov [8, 15].

I 'Family health care nursing' tar Hanson [15] upp fyra av de infallsvinklar till omsorg inom familjeomvårdnad som beskrivs i omvårdnadslitteraturen. Dessa är a) familjen som *kontext*, där den enskilda familjemedlemmen står i fokus och familjen i bakgrunden; b) familjen som *klient*, här fokuseras familjen med individen som kontext; c) familjen som *system*, där man fokuserar på interaktionerna mellan familjemedlemmarna. När något händer en del av systemet påverkas även de andra delarna. Familjen ses här som en helhet vilken är större än summan av delarna; d) familjen som en del av samhället, där den utgör en institution bland många och interagerar med andra institutioner för att motta, utbyta eller ge service och kommunikation.

När en familjemedlem drabbas av sjukdom påverkar det såväl varje familjemedlem som familjen i helhet. I Hanson [15] refereras till Gillis et al, som definierar 10 utmärkande drag för familjefokuserad omvårdnad vilka beskriver relationen mellan familjens hälsa och de enskilda familjemedlemmarnas hälsa. Det handlar bland annat om att man inom familjefokuserad omvårdnad tar hänsyn till kunskapen och erfarenheten av familjen över tid, både familjens historia och framtid. Omvårdnaden berörs vidare av den samhälleliga och kulturella kontext som familjen lever i, och här är sjuksköterskans uppgift att uppmuntra familjen att aktivt ge och ta av samhällets resurser. Sjuksköterskan tar även hänsyn till relationerna familjemedlemmar emellan och är medveten om att var och en av dessa inte kan uppnå maximal hälsa samtidigt. Gillis et al pekar på vikten av att vara uppmärksam på den psykiska hälsan i familjen och ha insikt om ömsesidigheten mellan individuella familjemedlemmars hälsa och den kollektiva hälsan i familjen. För att främja familjemedlemmars gemensamma stöd och mognad, menar de vidare att man inom familjeomvårdnad ska fokusera både på de enskilda familjemedlemmarnas samt hela familjens styrka.

I familjefokuserad omvårdnad har som tidigare nämnts hämtats kunskaper och idéer från andra familjesociologiska vetenskapsfält. En sådan idé är The family health and illness cycle, utarbetad av Doherty och McCubbin, som beskrivs av Hanson [15]. Cykeln representerar en serie tidsbestämda faser i familjens ansträngningar att minska risken för sjukdom, klara av den initiala sjukdomsdebuten samt anpassa sig till död eller sjukdom. De fem faserna beskrivs nedan.

Fas 1. *befrämjande av familjehälsa och riskreduktion*: Här betonas sociala, psykologiska, interpersonella och miljömässiga faktorer runt familjen, vilka hjälper till att öka hälsan och minska hälsorisker. Aktiviteter och föreställningar inom familjen vilka verkar positivt för familjemedlemmars bevarande av hälsa räknas in här.

Fas 2. *skörbarhet hos familjen och sjukdomsanfall*: Denna fas innefattar händelser och erfarenheter i livet som oskadliggör familjemedlemmars känslighet för ny sjukdom och recidiv av kronisk sjukdom.

Fas 3. *värdering av sjukdom i familjen*: Här handlar det om vilken mening familjer ger den sjuka familjemedlemmens symtom och ifall de tar ansvar för att agera för att hjälpa honom/henne.

Fas 4. *familjens akuta respons*: Denna fas beskriver kristiden direkt efter exempelvis hjärtattack eller cancerdiagnos. Här är viktigt för sjuksköterskan att hjälpa familjen att ta sig igenom krisen.

Fas 5. *familjens anpassning till sjukdom* handlar om långtidseffekter på familjen relaterat till sjukdom, samt familjens roll för att underlätta den sjuka familjemedlemmens hälsa. I denna fas kan familjen bland annat behöva avlastning för att vårdgivare inom familjen inte ska bli utbrända.

I cykeln uppmärksammas även hur familjen förhåller sig till hälsovårdssystemet, huruvida de beslutar om att söka hjälp utifrån eller väljer att ta hand om sjukdomen och allt den innebär på egen hand [15].

Vid universitetet i Calgary har forskning kring omvårdnad av familjer pågått sedan 1980-talet, bland annat av sjuksköterskorna Wright, Leahey, Watson och Bell. Deras forskningsarbete har mynnat i Calgarymodellen för omvårdnad av familjer. Modellen syftar till att hjälpa familjer till nödvändiga förändringar på det kognitiva, affektiva och beteendemässiga planet för att kunna bemästra nya situationer i samband med sjukdom och lidande. Genom *cirikulära* frågeställningar, det vill säga frågor som utmanar familjen till reflektion och nya tankebanor, får familjemedlemmarna möjlighet att bli medvetna om sina föreställningar och förändra dessa i en positiv riktning och på så sätt öka familjens förmåga att bemästra situationen [1, 10, 14]. Några strategier enligt Calgarymodellen, som sjuksköterskan kan använda sig av i detta sammanhang är:

- Att låta familjen berätta om sin egen upplevelse i ett terapeutiskt samtal vilket styrs med syftet att ge rum åt såväl lidande och sjukdom som mod, hopp, utveckling och kärlek. På så sätt kan sjuksköterskan hjälpa familjen att finna sina resurser samt utmana sina föreställningar för att hitta mer underlättande sådana.
- Att ge positiv respons och tydliggöra familjens och enskilda familjemedlemmars resurser.
- Att uppmuntra familjen att skaffa avlastning.
- Att omdefiniera problemet så att familjen får möjlighet att byta perspektiv och se på det utifrån sina resurser i stället för begränsningar.
- Att externalisera problemet, det vill säga skilja problemet från personen för att på så sätt göra det möjligt att bemästra det.
- Att utifrån familjens eller enskilda familjemedlemmars behov och önskemål informera och undervisa [10, 14].

Man understryker vikten av att sjuksköterskan skaffar sig en god kunskap om sjukdomsförloppet samt om patientens och närståendes erfarenheter och upplevelser för att kunna erbjuda adekvat hjälp [10, 14].

Wright, Watson och Bell [10] beskriver hur sjuksköterskor har egna, personliga och professionella föreställningar om familjer och ohälsa/sjukdom i sitt arbete. Dessa föreställningar har betydelse för hur sjuksköterskan ser, bedömer och framförallt vårdar och tar hand om familjen. Sjuksköterskans professionella föreställningar avgör exempelvis om hon/han ser familjen som sund eller dysfunktionell, patologisk eller resursstark. Föreställningarna avgör även hur sjuksköterskan väljer att bemöta och interagera med familjen, om hon/han låter dem vara delaktiga i omvårdnaden eller intar en maktposition. Även sjuksköterskans föreställningar kan på så sätt vara hindrande eller främjande för familjens förmåga att bemästra ett hälsoproblem. För att kunna hjälpa de som lider måste sjuksköterskan lyssna aktivt och vara lyhörd för att förstå familjemedlemmarnas föreställningar om ohälsa/sjukdom och hur dessa påverkar familjemedlemmarnas upplevelse av situationen. Viktigt är att inte förbise familjen som en resurs för hälsa och tillfrisknande. En viktig aspekt i detta är dock att den sjuke i många fall reagerar på de närståendes reaktioner på ohälsa/sjukdom med vrede, nedstämdhet, lättnad etc, vilket visar på vikten av att vara medveten om familjens föreställningar om ett hälsoproblem och hur det hanteras.

Föreställningar används av Calgaryforskarna [10] för att beskriva hur de arbetar i sin kliniska verksamhet med familjer som kämpar med hälsoproblem i form av kronisk ohälsa/sjukdom, livshotande sjukdom eller psykosociala problem. De vill visa på vikten av att förstå betydelsen av föreställningar för hälsa och tillfrisknande hos både hälso- och sjukvårdspersonal och drabbad familj. Dessa forskare menar vidare att familjens föreställningar kan vara hindrande respektive underlättande för förmågan att hantera ohälsa/sjukdom. Med hindrande föreställningar menas sådana som upprätthåller problem och därmed är begränsande i sökandet efter andra lösningar. Underlättande föreställningar är motsatsen, och leder till större möjligheter att hitta nya lösningar på problem. Sjuksköterskans terapeutiska uppgift blir i detta sammanhang att först försöka identifiera och därefter utmana och/eller förändra en hindrande föreställning, eller att stödja föreställningar som är underlättande [18].

SYFTE

Syftet var att få en fördjupad kunskap om relationen mellan sjuksköterskan och närstående samt klargöra hur sjuksköterskans föreställningar och attityder påverkar relationen.

METOD

DATAINSAMLING

Föreliggande arbete är en litteraturstudie baserad på 14 vetenskapliga artiklar hämtade ur databaserna Pubmed och Cinahl. Artiklarna som valdes ut är inriktade på interaktion mellan sjuksköterskor och närstående, attityder och föreställningar om närstående hos sjuksköterskor, samt sjuksköterskors och närståendes upplevelser kring dessa. Då familjen ofta är involverad i pediatrik vård begränsades sökningarna till att endast innefatta vuxna. Vi började med att söka på relationen mellan sjuksköterska och närstående. De artiklar som saknade tydlig

koppling till föreställningar eller attityder bedömdes inte motsvara syftet. Alla artiklar granskades enligt checklistor för kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar.

I första urvalet sållades tydligt irrelevanta artiklar bort utifrån titeln. I nästa urval lästes abstrakten. De artiklar, till antalet 25, som befanns vara intressanta utifrån föreliggande litteraturstudies syfte skrevs ut och lästes i sin helhet. Av dessa valdes 14 artiklar ut. Anledningen till att vissa sållades bort var att de antingen inte direkt anknöt till vårt syfte eller att de inte var tillräckligt vetenskapliga.

Några artiklar söktes manuellt utifrån referenslistor i andra intressanta artiklar. En artikel [19] hittades i referenslistan i en artikel av Söderström et al [20]. Två artiklar [21, 22] hittades i referenslistan till Sandbergs et al [23] artikel. En artikel [24] hittades i referenslistan till Benzeins et al artikel [25]. En artikel [26] hittades i referenslistan till en artikel av Hertzberg et al [27]. Hertzbergs och Ekmans artikel [28] hittades via manuell sökning. Framsökta artiklar är i majoritet från IVA och sjukhem, en är utifrån distriktssköterskans arbetsmiljö, det privata hemmet, samt en från en geriatrisk vårdavdelning.

Alla artikelsökningar skedde under perioden 21-29/3 2007.

Tabell 1

Databas	Sökord	Begränsad sökning	Antal träffar	Antal granskade	Referens nr.
PubMed	nurses AND perceptions AND family NOT neonatal NOT child NOT children		166	5	
	interactions AND nurses AND family NOT neonatal NOT child		39	1	23
	perceptions AND nurses AND families	Sökning på titel	8	4	32
	attitudes AND nurses AND families	Sökning på titel	6	1	
	Åstedt-Kurki	Sökning på författare	61	3	
Cinahl	attitudes AND nurses AND relatives		17	3	27, 31, 34
	nurse attitudes AND relatives		13	1	23
	nurses beliefs AND attitudes		9	1	12
	nurses attitudes AND family care		1	1	
	Collaboration AND family AND nurses		8	2	

Begränsningar i PubMed: Full text, abstract; eng, sve, norska, danska; all adult +19; publ last 10 years.

Begränsningar i Cinahl: Linked full text; references available, abstract available; published year 2000-2007; peer reviewed, research article; all gender; English, Swedish; subset nursing; all adult.

ANALYS

Materialet i detta arbete bestående av vetenskapliga artiklar, bearbetades induktivt efter Patels och Davidssons [29] metod för kvalitativ bearbetning av textmaterial. Denna analysmetod är lätt att förstå och enkel att arbeta med, klar och tydlig samt väl systematiserad.

För att få en övergripande bild av artiklarna lästes alla artiklar, hälften var och artiklarnas resultat översattes och skrevs ner. Detta lästes sedan igenom av båda författarna ett flertal gånger för att hitta mönster och kategorier. Under genomläsningen skrevs framträdande begrepp ner från varje artikel och dessa överfördes sedan på en whiteboardtavla för att få en övergripande bild. De av författarna sammanlänkade begreppen, sorterades i grupper och därefter flyttades begrepp som upprepades i flera grupper till den grupp som författarna ansåg mest passande.

Slutligen framträdde tre kategorier betydelsefulla för en förtroendefull relation. Utifrån dessa tre kategorier lästes åter igen det översatta resultatet och meningsbärande enheter lyftes ut. I varje artikel överfördes därefter relevant resultat till respektive meningsbärande enhet och sammanfattades i ett dokument. Dessa dokument bildade sedan grunden för att sammanställa resultatet.

RESULTAT

Under analysen framträdde tre kategorier med betydelse för skapandet av en förtroendefull relation: *föreställningar och attityder, kommunikation och verktyg*.

FÖRESTÄLLNINGAR OCH ATTITYDER

I artiklarna framträder tydligt två typer av attityder och föreställningar hos sjuksköterskor, varav den ena främjade och den andra hämmade skapandet av en förtroendefull relation mellan närstående och sjuksköterska.

Främjande föreställningar och attityder för en förtroendefull relation

I analysen framträdde ett antal olika element som visar på, eller är viktiga för, föreställningar och attityder hos sjuksköterskan vilka främjade förtroendefulla relationer. Dessa var

självförtroende i den professionella kompetensen, ärlighet, att vara närvarande, lyssna; att se närstående som viktiga i omvårdnaden och viktigt att skapa en god kontakt med dessa; att se det som tidsbesparande att interagera med närstående; medvetenhet och reflektion; att närstående var viktig för att hjälpa patienten igenom IVA-upplevelsen; att bemöta närstående som personer; samt att se dem som en resurs.

Något som tydligt framkom i Söderströms et al [30] studie utförd inom intensivvården, och som även kan ses implicit i andra delar av materialet, var att en förutsättning för en främjande attityd till skapandet av förtroendefulla relationer var att ha *självförtroende i sin professionella kompetens* som sjuksköterska. Att *vara närvarande, lyssna* och att *utstråla professionell kompetens* samt *ärlighet* beskrevs av dessa sjuksköterskor som en förutsättning för att bli accepterad av närstående. Dessa sjuksköterskor fick även närståendes förtroende. Föreställningen bekräftas av att närstående enligt Söderströms et al [20] studie kände förtroende för personal som upplevdes vara kvalificerad, engagerad och kapabel att ställa upp för patienten.

Sjuksköterskor som visade en främjande attityd gentemot närstående hade föreställningar som lade grunden för dessa attityder. Dessa sjuksköterskor såg till exempel närstående som *viktiga i omvårdnaden* och ansåg det viktigt att *skapa en god kontakt* med dem. Det sågs i längden som *tidsbesparande* att interagera med närstående, såsom att skapa en förtroendefull relation och involvera dem i omvårdnaden, även om det var tidskrävande till en början. Sjuksköterskorna arbetade *medvetet* för att ge närstående bekräftelse via att vara närvarande, lyssna, svara på frågor och erbjuda tröst [30].

Sjuksköterskor som såg det som en *personlig utmaning* att skapa en god relation till närstående som upplevdes svåra att nå, exempelvis på grund av besvikelse över vårdsystemet, arbetade även medvetet och aktivt för att lyckas med det, vilket de fick uppskattning för. Vikten av att sjuksköterskan har en förtroendeskapande attityd till närstående bekräftades i studier både från sjukhem och IVA. Närstående upplevde att det endast var möjligt att lämna över ansvaret för den sjuke om de visste att någon tog hand om den sjuke, och att det var en person som de litade på [20, 24, 30].

I materialet återkommer *medvetenhet och reflektion* som viktiga faktorer för att sjuksköterskan aktivt ska kunna främja en förtroendefull relation både på sjukhem och IVA. Exempelvis reflekterade sjuksköterskor i Hertzbergs et al [26] över orsaken till beteendet hos närstående som upplevdes svåra att arbeta med för att sedan uppmärksamma det bakomliggande problemet, till exempel att närståendes förväntningar på vården inte blev uppfyllda. Det kan även handla om att vara medveten om närståendes behov, exempelvis av att få tala om sina känslor, men också förståelse för situationen och den process närstående befinner sig i och hur detta påverkar dem. Vikten av medvetenhet och reflektion hos sjuksköterskan bekräftas i materialet av närstående. De ansåg att det är en förutsättning för en god relation att sjuksköterskan är medveten om att närstående är olika och så även deras upplevelser [19, 22, 23, 26].

Sjuksköterskornas föreställning om att *närstående var viktig för att hjälpa patienten igenom IVA-upplevelsen*, ledde till att sjuksköterskorna *gav stöd, uppmuntran och omsorg* till närstående exempelvis genom att se till att de hade filter, att de åt och vilade samt gav information och vägledning i den kritiska situationen [24].

"You need to judge whether they want to or not. If they are totally appalled and scared by everything that's in the room, they're going to

stand back and be afraid to even come into the room. And then you have to encourage them and bring them in step by step and say "Now this is OK for you to do", and "If you stand right here I can work all around you, you're not going to be in my way" [24] s. 256.

Detta citat beskriver hur sjuksköterskan dels är medveten om närståendes individuella situation, dels hur hon/han reflekterar över samt bedömer den närståendes behov för att sedan svara an till dessa.

Vikten av att som närstående bli *bemött som person* och inte bara som närstående beskrevs i flera studier. Att sjuksköterskor bemötte närstående som personer, exempelvis genom att inbjuda till småprat och skratt tillsammans och vara öppen för att ge stöd och tröst, och våga visa sina egna känslor, uppskattades av närstående. Det här beskrivs från sjuksköterskeperspektiv som att parterna ser varandras mänsklighet och utbyter kunskaper och erfarenheter [20, 22, 24, 28, 30].

Närståendes behov av information och stöd framkom i materialet såväl på sjukhem som på IVA och vårdavdelning. Föreställningen om närstående som en *resurs* ledde till att distriktsköterskor inbjöd familjen att vara delaktiga i vården [20, 22, 24, 25, 31, 32]. I Hertzbergs et al [26] studie såg sjuksköterskorna närstående som en naturlig del av sitt arbete, men de prioriterades inte relaterat till tidsbrist och svagt stöd från kolleger och ledning. Sjuksköterskor på IVA med en positiv inställning till familjer såg det som sin plikt att informera närstående och samtala om känslomässiga och andliga behov med de som så önskade. Genom att sjuksköterskan ser närstående som en resurs främjar det en förtroendefull relation, närstående upplever en känsla av att vara viktiga, ha ett egenvärde och spela en roll för omvårdnaden [21, 26, 30].

Hämmande föreställningar och attityder för en förtroendefull relation

I analysen framträdde ett antal olika element som visar på, eller är viktiga för, föreställningar och attityder hos sjuksköterskan vilka var hindrande för skapandet av förtroendefulla relationer. Dessa var *distanserat bemötande*, *undvikande* av närstående, en *ignorant attityd* samt att familjen upplevs som en *börda*.

Vissa studier gjorda på sjukhem beskrev ett *distanserat* bemötande av närstående från sjuksköterskan. Närstående kände sig ignorerade då frågor och förslag med bättre omvårdnad som mål, inte blev hörsammade av sjuksköterskan eller togs på allvar. Upplevelsen gjorde att närstående inte fick förtroende för personalen, vilket ledde till att närstående tenderade att göra småsaker till problem. Att möta närstående som hade klagomål, krav eller udda personligheter var ibland påfrestande för sjuksköterskan och konsekvensen blev att hon/han undvek dessa närstående. Detta *undvikande* innebar inte oartighet men interaktion skedde i minsta möjliga mån, vilket kunde bero på att sjuksköterskorna inte hade förmågan att möta familjer i svåra situationer [19, 26, 27]. I Söderströms et al (31) studie beskrivs exempelvis hur sjuksköterskor som interagerade på ett icke inbjudande sätt med närstående uppgav att de försökte skapa kontakt med dessa för att ge stöd. När detta misslyckades gav de upp och undvek kontakten med dessa närstående. Att inte lyckas ge stöd till närstående ledde till en känsla av ensamhet och otillräcklighet hos sjuksköterskan.

Situationer kännetecknade av distans, undvikande och en bristande relation påverkade även närstående negativt. De fick en känsla av att vara utlämnade, upplevde förlust av kontroll

samt att de inkräktade och uteslöts från omvårdnaden. Bristen på en förtroendefull relation ledde hos närstående till en känsla av osäkerhet och misstro gentemot personalen [19, 22, 27].

"They should have respect for her. Sometimes I [daughter] wonder if they got that also when I'm not there... Because when I'm there they are ever so nice to her and sometimes a thought flies through my head... Do they act in the same way when I'm not there?" [27] s. 384.

Denna osäkerhet gällde även huruvida närståendes information om vårdtagarens livshistoria blev tillvaratagen i omvårdnaden och förmedlades till all personal [27].

En undvikande attityd kunde även ses i Mains [32] studie utförd på sjukhem, där sjuksköterskor ansåg att det i första hand var vårdtagarens omvårdnad de fokuserade på vid vård i livets slut. Först när vårdtagaren dött vändes fokus till de närstående. Att tala om död och döende med närstående ingav en del sjuksköterskor obehagskänslor. För att undvika detta lades ibland ansvaret för samtalen kring detta till någon annan. Ett annat sätt var att tala indirekt om död och döende. Anledningen sjuksköterskorna nämnde var rädslan för att göra de närstående upprörda samt en föreställning om att närstående var i förnekelse och inte kunde ta till sig informationen.

"I would use phrases like "not going to be with us much longer", rather than "going to die" [32] s.796.

Organisatoriska faktorer såsom krav, begränsningar samt oregelbunden arbetstid kunde ha negativ inverkan på sjuksköterskans attityder gentemot närstående vilket kunde leda till ytterligare distans. I Sandbergs et al studie [23] beskrevs exempelvis att sjuksköterskan distanserade sig från närstående på grund av att hon/han upplevde oförståelse från närståendes sida vad gäller de krav och begränsningar sjuksköterskan arbetar under. Sjuksköterskor visade ibland brist på förståelse för närståendes situation, vilket kunde leda till att de inte såg att det var personliga dilemman och oro hos närstående som låg i botten för eventuell kritik och klagomål. Ytterligare beskriver Kellet [26] att distans enligt sjuksköterskor kunde bero på *oregelbunden arbetstid*. Det var svårt att få kontakt med närstående som kom mindre frekvent vilket kunde resultera i att flera veckor gick mellan tillfällena till interaktion mellan sjuksköterskan och den närstående. En effekt av detta var att vid tillfällena då sjuksköterskan vårdade en svårt sjuk och behövde vara hos denne, infann sig en känsla av *otillräcklighet* när hon/han samtidigt behövde samtala med en närstående som hon/han sällan träffade.

"It sometimes happened that relatives came to a resident who was my special responsibility. I had been waiting to talk with these relatives for 3 weeks. Then, when they arrive, I must care for a severely sick patient or talk with other relatives who had come to discuss an emergency. At times like these, I have felt inadequate – not being able to take the time – now that he or she (the relative) comes at last – and there is no time" [26] s.436.

I materialet framträdde skilda meningar om huruvida familjen skulle få vara delaktiga i omvårdnaden av vårdtagaren eller ej, då sjuksköterskorna bland annat trodde att närstående saknade kompetens att utföra omvårdnadshandlingar på ett säkert sätt. Vissa sjuksköterskor såg sig som *experter* på omvårdnaden gentemot närstående, vilket bland annat gav sig uttryck i att närståendes kunskap om vårdtagaren inte erkändes. Ett annat exempel på detta är föreställningen att utvecklandet av vårdplaner var en del i omvårdnaden där närstående ansågs mindre viktiga. De kunde vara källa för information och få uttala sig, men när det gällde

slutgiltiga beslut var det sjuksköterskorna som tog dessa. Sjuksköterskor med en expertattityd ansåg sig ha lite tid för närstående och hade svårt att skapa relationer till dessa. En del sjuksköterskor uttalade att ”vi vet vad som är bäst för patienten”. Relationen till närstående skulle enligt dem vara professionell, närstående skulle inte hindra sjuksköterskan i hennes/hans arbete. Det fanns också en föreställning att de närstående var utslitna, eller riskerade att skada sig själva eller vårdtagaren om de utförde omvårdnadshandlingar felaktigt [23, 24, 26, 28, 30, 33].

Närståendes upplevelse av situationen var, som nämnts ovan, att de kunde känna sig trygga att lämna över ansvaret om de visste att någon tar hand om vårdtagaren samt att de hade förtroende för sjuksköterskan. En *ignorant attityd* hos sjuksköterskan ledde i stället till motsatsen. Närstående upplevde bristande kunskap, förmågor samt rädsla för att göra fel. De fick även sämre tillgång till kontinuerlig information. En *ignorant attityd* ledde även till att sjuksköterskan inte uppmärksammade närståendes sorg, oro och behov av stöd trots att behovet var tydligt. Det beskrevs även att närstående som saknade tillit till personalen ”förblev på sin vakt” för att försäkra sig om att vårdtagaren fick adekvat omvårdnad [24, 28, 31].

En annan miljö för omvårdnad är den i hemmet, dit sjuksköterskan kommer som vårdgivare utifrån. I Benzeins et al [25] studie upplevs familjen krävande, som en *börda*, när den exempelvis beslutar om omvårdnaden utan att tala med distriktssköterskan eller lyssna på hennes/hans råd, har orimliga krav och tolkar alla problem som medicinska. Distriktssköterskan måste kompromissa med närstående för att nå samstämmighet i omvårdnadens mål och detta sågs som en börda i situationer då sjuksköterskan upplevde att närståendes handlande och uppfattningar stred mot hennes/hans uppfattning om hur omvårdnaden skulle utföras.

”He is incredibly controlling, and he decides that she is wheezy then he decides that now she must have intravenous antibiotics and he has his way... we have had guidance and we have discussed this... We can't resolve it, because it's the husband in the house that controls everything. (E)” [25] s 871.

“... what made them not obey me... I felt anger almost – why didn't they do what I said? – yes frustration. (D)” [25] s 871.

KOMMUNIKATION

I materialet framträder en rad faktorer som var betydelsefulla för kvaliteten på kommunikationen mellan sjuksköterska och närstående. Kommunikation framträdde som mycket betydelsefull för relationen mellan sjuksköterska och närstående då det beskrevs antingen explicit eller implicit i alla använda artiklar.

Sjuksköterskor och närstående upplevde *samarbete* som en väg att förbättra kommunikationen dem emellan. En annan väg för närstående var att delta i *vårdplaneringen* för vårdtagaren. En effekt av den ökade kommunikationen var medvetenhet om varandras mänsklighet samt utbyte av erfarenheter och kunskaper. Information relaterad till vårdtagarens hälsotillstånd, förmågor och begränsningar, samt råd om lämpliga tillfällen att vara delaktiga i omvårdnaden ökade förtroendet hos närstående för vårdtagarens omvårdnad. Att sjuksköterskan gav information på ett vardagligt språk främjade tillit och

öppnade för en förtroendefull relation. Närstående upplevde att kunna skratta och småprata med sjuksköterskan ledde till en *öppen atmosfär* och underlättade för närstående att minska sin oro, slappna av och känna sig välkomna. Det ömsesidiga samförståndet mellan närstående och sjuksköterskor som en del närstående fick uppleva, ledde till att de kunde framföra kritik angående omvårdnaden [20, 24, 26, 28, 30, 31].

Förmåga hos sjuksköterskan att *aktivt lyssna* på närståendes frågor, deras känslor och upplevelse av situationen samt god information skapade en känsla av bekräftelse hos närstående samt öppnade för stöd och tröst. Vikten av att sjuksköterskan är *tillgänglig* beskrevs av närstående som upplevde att möjligheten att ringa när som helst gav en trygghetskänsla och kraft att hantera den stressfulla situation dem levde i. Sjuksköterskor som arbetade aktivt med att skapa förtroendefulla relationer till närstående som var svåra att skapa kontakt med, fick positiv feedback från dessa närstående [20, 23, 28, 30-32].

*”I couldn’t sleep. I phoned at 1.30 in the morning. My husband said “You can’t phone at this time”. But I told him they said I could. I spoke to a nurse who told me she had just been in to see him and there was no change”
She felt reassured and was able to get some rest” [32] s.799.*

Brist på kommunikation mellan sjuksköterska och närstående framträdde på flera sätt, med betydelse för relationen. Närståendes upplevelse av en *ignorant attityd* hos sjuksköterskan, exempelvis inför deras frågor och förslag, skapade en känsla av *osynlighet*. För att få information om patienten var de *tvungna att strida*. En negativ attityd, exempelvis distanstagande, hos sjuksköterskan kunde leda till en bristande kommunikation då sjuksköterskan varken tog *ansvaret* för kommunikationen eller menade att det låg på honom/henne, vilket exempelvis kunde leda till att närstående fick bristande information om vårdtagarens hälsa. I fall där sjuksköterskor upplevde närstående som krävande eller klagande kunde det leda till att de medvetet undvek att kommunicera med dessa närstående. Distans från sjuksköterskan upplevdes av närstående då sjuksköterskan aldrig kom förbi och småpratade, eller då det upplevdes som att hon/han alltid hade bråttom vilket var hindrande för en välfungerande relation. Avsaknad av *feedback* ledde till felaktiga föreställningar om varandra och hindrade möjligheten att skapa en förtroendefull relation, medan en öppen kommunikation med feedback mellan sjuksköterska och närstående stärkte relationen och gav parterna bekräftelse. [19, 24-28, 33].

VERKTYG

Under analysen framträdde olika typer av verktyg som skulle kunna underlätta arbetet och interaktionen med samt relationen till närstående för sjuksköterskan. Verktygen framträdde i sammanhang då det fanns ett behov av och/eller en brist på dessa.

Ett av de verktyg som framträdde var *utbildning/träning* i att möta närstående. I Hertzbergs et al [26] studie beskrivs till exempel hur sjuksköterskor upplevde att de inte hade fått adekvat utbildning för interaktion och relation till närstående i sin grundutbildning, och därför undvek närstående som upplevdes svåra att interagera med. Det uttrycktes i ett flertal studier ett behov av *professionell ledning* och *stöd* till sjuksköterskorna, dels i form av emotionellt stöd men även direkt stöd från ledning och organisation för att kunna arbeta med familjer. Detta var något som också upplevdes av närstående. Sjuksköterskorna behövde verktyg för *bedömning*,

intervenering av familjer samt *skriftlig information* till familjerna angående bland annat etiska, religiösa, lag- och sekretessfrågor [21, 30-32].

Utbildning ger kunskap, och vikten av kunskap beskrivs i Hertzbergs och Ekmans [28] studie där avsaknad av sådan rörande närståendes behov och önskemål, skapade missförstånd mellan sjuksköterskan och närstående vilket påverkade relationen negativt. Bland annat bedömde sjuksköterskor närstående som utslitna, en uppfattning som inte delades av närstående själva [28]. Main fann i sin studie [32] att utbildning tenderade att leda till ett aktivt, medvetet arbetssätt i förhållande till närstående, medan brist på utbildning ledde till ett mer passivt, uppgiftsorienterat arbetssätt där kommunikation med närstående undveks. Att förstå sina egna känslor som sjuksköterska är viktigt för att förstå närståendes känslor och utifrån det arbeta för en förtroendefull relation. Det är även viktigt för sjuksköterskor att förstå hur deras handlingar och attityder kan hjälpa eller hindra familjens förmåga att bemästra situationen. De flesta sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräcklig utbildning för att möta familjers psykosociala behov. [21, 24, 28, 31, 32].

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans föreställningar och attityder till närstående och hur dessa påverkar relationen dem emellan. I engelskan finns inget specifikt ord för närstående, det som används i dessa sammanhang är *family* och *relatives*, och någon gång, *significant others* eller *next of kin*. Detta var problematiskt eftersom vetenskapliga artiklar oftast är skrivna på engelska. I de artiklar där familjebegreppet definierades, inbegreps dock även närstående utan blodsband.

Vi valde att inte begränsa oss till någon speciell vårdkategori, exempelvis cancersjukdom. De C-uppsatser i omvårdnad från Sahlgrenska Akademien, som handlade om närstående var i relation till en specifik sjukdomsgrupp. Vi ville i stället få en allmän bild av sjuksköterskans inställning och relation till närstående. Föreliggande studie begränsades till vuxenvård, för att inte hamna inom den specialiserade barnsjukvården. Bilden blev dock inte så allmän som vi hade hoppats på, träffarna utgjordes nästan enbart av studier inom sjukhemskontext och intensivvård. Om detta beror på sökorden som använts eller på att det inte finns forskning på vanliga vårdavdelningar är oklart. Då sökorden var allmänt definierade bör dock detta inte ha begränsat sökningen på ett sådant sätt att forskning på vanliga vårdavdelningar skulle ha uteslutits.

Hälften av de artiklar som använts i studien är från Sverige, resterande är från Storbritannien, Australien, Finland och USA. Då alla artiklar är från västvärlden finner vi resultaten vara överförbara till den svenska kontexten. De granskade artiklarna är från 1996 och framåt, den yngsta är tryckt 2006. Detta visar på att forskningsområdet är mycket nytt. Avsaknaden av artiklar från andra kulturer skulle kunna bero på att många andra kulturer är mer relationsorienterade än den individualistiska västvärlden, och att familjen därmed naturligt har en mer självklar del i vården i dessa delar av världen. Behovet av forskning kring familjefokuserad omvårdnad kan därför tänkas vara mindre aktuellt. I de artiklar som granskats i föreliggande studie har mångkulturella aspekter inte nämnts.

Alla artiklar utom två är kvalitativa. Detta ses som en styrka i litteraturstudien då syftet har en kvalitativ natur. En svaghet hos de två artiklarna med kvantitativ metod är ett stort bortfall, samt ett litet antal informanter, vilket kan ifrågasätta deras generaliserbarhet. Ryans och Scullions studie [33] kompletterades med intervjuer för att öka studiens reliabilitet. På grund av detta tillsammans med att resultatet stöds av andra artiklar använda i föreliggande litteraturstudie valde vi att använda den. Även Hallgrimsdottirs [21] studie uppvisar ett resultat i linje med de andra använda artiklarna. I de kvalitativa studierna framgår inte bortfallet, vilket är en svaghet. Alla artiklar är publicerade i väl renommerade vetenskapliga tidskrifter.

För att få en så vid bild som möjligt av sjuksköterskors föreställningar och attityder och relationen till närstående valde vi att både använda artiklar som utgår från sjuksköterskors perspektiv och artiklar som utgår från närståendes perspektiv. Två av artiklarna utgår från personals och närståendes perspektiv [30, 33]. Trots att dessa artiklar inte har ett renodlat sjuksköterske - närståendeperspektiv, valde vi att använda dem som ett komplement till de övriga artiklarna då de satte interaktionen med och relation till närstående i ett större helhetssammanhang. En artikel tar, förutom sjuksköterskors och närståendes, även med patientens perspektiv [24].

Resultatet i föreliggande litteraturstudie är främst baserat på de analyserade studiernas resultat. I vissa fall har även diskussionsdelen använts då den belyst resultatet ytterligare, detta gäller framförallt de kvantitativa studierna. Valet att arbeta induktivt berodde på syftets kvalitativa natur. Det induktiva angreppssättet upplever vi också var en bra metod för att få en fördjupad förståelse av sjuksköterskans föreställningar och attityder samt relationen till närstående och se vilka faktorer som är viktiga i sammanhanget.

Resultatet beskrevs utifrån tre kategorier: sjuksköterskans *föreställningar och attityder* till närstående, *kommunikation*, samt *verktyg* som sjuksköterskan använder eller behöver för att underlätta skapandet av förtroendefulla relationer till och interaktionen med närstående. Kommunikation kan här ses som ett verktyg. Anledningen till att kommunikation trots detta fick en egen rubrik var att det i studierna framträdde som en så avgörande och grundläggande faktor för om en förtroendefull relation skapades eller ej, medan andra verktyg är mindre avgörande men dock mycket viktiga för att underlätta och främja skapandet av den förtroendefulla relationen. Detta exempelvis genom att främja en god kommunikation via träning och utbildning, eller öka handlingsförmågan och modet via stöd och riktlinjer.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att få fördjupad kunskap om relationen mellan sjuksköterskan och vårdtagarens närstående, samt klargöra hur sjuksköterskans föreställningar och attityder påverkar relationen.

Familjefokuserad omvårdnad är på framväxt i Sverige. Det är fortfarande väldigt nytt och medvetenheten är inte så stor bland sjuksköterskor. I föreliggande litteraturstudies resultat framgår tydligt att sjuksköterskor har patientfokus även i interaktionen med närstående. Majoriteten på IVA ser omvårdnaden av familjen som en sjuksköterskeplikt. Att omvårda familjen sågs dock som viktigt utifrån föreställningen att närstående var viktiga för patienten i

dennes tillfrisknande. Omvårdnaden gavs därmed i grunden för att det var till gagn för patienten, inte utifrån den närståendes individuella behov [21, 30].

Trots att studierna vårt resultat bygger på är utförda inom så skilda vårdkontexter som IVA och sjukhem, visar resultatet ändå på liknande mönster i föreställningar och attityder, kommunikation samt de verktyg som används och de som upplevs behövas för att sjuksköterskan ska kunna skapa en förtroendefull relation till närstående och interagera med dessa på ett tillfredsställande sätt.

Föreställningar och attityder

I resultatet kan det utläsas en stark koppling mellan sjuksköterskans föreställningar och attityder och hur relationen mellan sjuksköterskan och närstående utvecklas. För att kunna skapa en förtroendefull relation behöver sjuksköterskan *se närstående som viktiga* i omvårdnaden, anse att det är viktigt att skapa en *god kontakt* med dem samt anse att det är *tidsbesparande* i längden. Att en sjuksköterska som är medveten om och aktivt reflekterar över närståendes situation och behov främjar skapandet av en förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och närstående beskrivs i fem av artiklarna [22, 24, 25, 30, 32]. Här ser vi en koppling till Berghs [5] beskrivning av den aktiva, reflekterande sjuksköterskan. Vikten av medvetenhet stöds också av Gillis et al i Hanson [15] som påtalar vikten av att vara uppmärksam på hur en familjemedlems hälsa påverkar familjens kollektiva hälsa. Vikten av positiva föreställningar om närstående och deras betydelse i omvårdnaden, bekräftas av Wright, Watson och Bells [10] idé om att sjuksköterskans professionella föreställningar kan vara främjande eller hindrande i samarbetet med familjen.

Något annat som påtalas i resultatet är vikten av att sjuksköterskan ser närståendes behov av att tala om sina känslor. Detta ses tydligt framförallt då sjuksköterskor inte gav närstående denna möjlighet. Man kan se hur hindrande föreställningar i form av ignorans och maktutövande, som i sin tur skapar distans, leder till att närstående i den främmande vårdmiljön tappar sina förmågor till bemästrande av situationen. I stället kan det i sämsta fall leda till en upplevelse av att vara helt utlämnade och tappa kontrollen [19, 20, 22-24]. The family health and illness cycle [15] beskriver vikten av att hjälpa familjen igenom de olika faserna i bemästrandet av situationen med ohälsa och sjukdom. Resultatet i föreliggande studie belyser hur sjuksköterskans negativa attityder och brist på medvetenhet om denna process som familjen går igenom, direkt kan *försämra* familjens bemästringsförmåga. Motsatsen kan ses i resultatet då familjen bemöts med positiva attityder från sjuksköterskan, och därmed får stöd, tröst, uppmuntran och omsorg. Den förtroendefulla relationen som på detta sätt skapas, underlättar för närstående att tala om sina upplevelser [19, 20, 22-24, 26]. Vikten av att närstående får göra detta uppmärksammas i Calgarymodellen, där en strategi i arbetet med att utmana familjens föreställningar är att låta familjemedlemmar berätta om sina egna upplevelser dels i syfte att ge tröst och bekräftelse, dels att ge möjlighet till perspektiv och att se sina möjligheter och resurser för att bemästra situationen [10, 14].

Studierna vi bygger denna litteraturstudie på är nästan uteslutande genomförda på IVA eller sjukhem. Dessa två kontexter är vitt skilda, på IVA är vårdtiden kort och traumatisk, medan vårdtiden på sjukhem ofta sträcker sig över vårdtagarens resterande del av livet, är planerad och vårdtagarens hälsotillstånd är kroniskt och mer förutsägbart. Relaterat till detta ser vi vissa skillnader mellan resultaten från de olika kontexterna som logiskt. Som exempel kan nämnas att familjers behov av stöd är mer akut på IVA, vilket kan vara anledningen till att

sjuksköterskor på IVA är mera medvetna om detta behov, vilket därför står mer i centrum i relationen mellan sjuksköterska och närstående. På sjukhem tenderar sjuksköterskorna i stället att se närstående mer som vårdgivare till patienten. Även då sjuksköterskorna är medvetna om hur närstående påverkas av vårdtagarens situation och deras behov av stöd, verkar det inte lika tydligt ses som en del av sjuksköterskans ansvar att ge stöd till närstående. Miljömässiga faktorer kan kanske spela in här, såsom ansvaret för det stora antalet vårdtagare, vilket leder till att sjuksköterskan har mindre tid för varje enskild vårdtagare, är mindre insatt i deras dagliga liv, och har mindre tid för närstående.

Vi hade förväntat oss att finna fler studier från vanliga vårdavdelningar, då majoriteten av allmänsjuksköterskor arbetar där och har kontakt med närstående så gott som varje dag. Då vårdtiderna blir allt kortare och ett större krav därmed läggs på närstående kommer sjuksköterskans interaktion med dessa bli allt viktigare. Då kan sjuksköterskan behöva en gedignare kunskap och utbildning för att kunna samarbeta samt ge bästa möjliga stöd, information och undervisning samt samverka och möjliggöra för familjen att vara delaktig i omvårdnaden, om de så önskar.

I hemsjukvården sågs familjen främst utifrån ett patientfokus, men här kan vi tydligt se en mer jämställd relation, där mål för vården sätts tillsammans av distriktssköterska och familj. Att distriktssköterskan såg hur detta tillsammans med en god information ledde till att familjemedlemmarna kunde stötta varandra bättre, visar på en tendens till familjefokus som inte framträder lika tydligt i de andra vårdkontexterna. Detta tycker vi är intressant, eftersom det tar upp frågan om maktrelation mellan sjuksköterska och närstående. I andra vårdkontexter är det sjuksköterskan som har maktpositionen utifrån sin roll som omvårdnadsexpert, och den oftast större medicinska kunskapen, samt att närstående är "främlingar" i miljön. Vid hemsjukvård blir relationen på ett naturligt sätt mer jämställd, då närstående är på hemmaplan. Vikten av en jämställd relation belyses från närståendes sida både på IVA och på sjukhem i resultatet, vilket visar på hur viktigt det är att vara medveten om den maktposition man har som sjuksköterska, för att kunna arbeta för en jämställd relation [20, 22, 25, 27, 31].

Kommunikation

I alla de granskade studierna beskrivs, mer eller mindre explicit, hur viktigt det är med en god kommunikation mellan sjuksköterskor och närstående för att en förtroendefull relation ska kunna skapas. Resultatet belyser hur främjande föreställningar hos sjuksköterskan för att upprätta en förtroendefull relation till närstående leder till en positiv spiral, där närstående och sjuksköterskor får bekräftelse av varandra via en god och öppen kommunikation, vilket ger energi och mod att bygga på den goda relationen. Genom att arbeta för en öppen atmosfär, bemöta närstående som personer, prata på ett språk som närstående förstår samt aktivt lyssna skapade sjuksköterskor rum för en god och öppen kommunikation samt feedback mellan dem och närstående. Hämmande föreställningar tenderar i stället att leda till en negativ spiral, där sjuksköterskor drar sig för att ta kontakt med närstående, inget förtroende skapas och båda parter distanserar sig från varandra och upplever ensamhet. Denna typ av kommunikativa spiraler beskriver Söderström et al [20, 30] i diskussionen i sina artiklar som positiva och negativa feedbackspiraler (loops).

Något som framträdde tydligt i resultatet var hur bristande kommunikation, och framför allt avsaknad av feedback, ledde till felaktiga föreställningar om varandra hos sjuksköterskor och

närstående, vilket beskrevs i fem av artiklarna [20, 27, 28, 32, 33]. I familjefokuserad omvårdnad understryks vikten av att medvetandegöra både sjuksköterskans och familjens föreställningar, dels för att kunna arbeta tillsammans mot samma mål, vilket kräver att allas föreställningar är kongruenta, dels för att kunna utmana familjemedlemmarnas föreställningar. Utan en god och öppen kommunikation blir detta arbete omöjligt [10].

Det förvånade oss hur vanligt förekommande det verkar vara att sjuksköterskor inte tar ansvaret för att initiera kontakt och kommunikation, och inte heller alltid ser det som att det faktiskt i första hand ligger på henne/honom. Detta beskrivs i sju av artiklarna [20, 23, 24, 26-28, 32]. I den utsatta situation närstående befinner sig i, och med tanke på sjuksköterskans maktposition i förhållande till närstående är sjuksköterskans ansvar i denna fråga enligt vår uppfattning uppenbart. I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [2] beskrivs tydligt sjuksköterskans ansvar för en god och respektfull kommunikation och information. Så vad beror det på att detta inte följs? Beror det på ointresse eller okunskap? Med tanke på det behov av kunskap, riktlinjer samt stöd för att interagera med närstående som visas i resultatet, ser vi det som att det kan bero på bristen på kunskap och handlingsmodeller, vi skulle dock vilja se fler studier som styrker detta.

Verktyg

I åtta av studierna [20, 21, 25, 26, 28, 30-32] belyses en tydlig brist på och även ett upplevt behov hos sjuksköterskor av *kunskap och utbildning, stöd från ledning och organisation, riktlinjer* samt *handlingsmodeller* för bedömning och intervensering av familjer. Detta uttrycks explicit, eller kan ses implicit utifrån bristen på förståelse för närståendes behov och situation som sjuksköterskor visade i studierna. Inom familjefokuserad omvårdnad är ett flertal modeller för bedömning och intervensering av familjer utvecklade, exempelvis Calgarymodellen. Om sjuksköterskor fick adekvat utbildning, stöd såsom handledning, samt handlingsmodeller och riktlinjer för att möta familjer skulle de få bättre verktyg för att möta närstående i de situationer som upplevs svåra. På så sätt skulle eventuellt negativa feedbackspiraler, som nämnts ovan, kunna vändas. Här skulle vi vilja se studier som kan visa på om så är fallet eller ej.

Teoribildning och modellskapande inom familjefokuserad omvårdnad utgår från Nordamerika och bygger på amerikanska hälso- och sjukvårdssystem. För att kunna appliceras på det svenska systemet måste modellerna anpassas. Detta har man börjat arbeta med på institutionen för Hälso- och beteendevetenskap på Högskolan i Kalmar. Här sker forskning inom området, av framförallt Saveman, Benzein och Söderström [34], sedan 1998. Familjefokuserad omvårdnad har varit med i utbildningsplanen för både sjuksköterskeutbildning och specialistutbildningar sedan 2001. Där har även utvecklats ett strategidokument för att bygga upp och utveckla forskning, utbildning och klinisk verksamhet. Deras forskning grundar sig på den teoribildning som utvecklas i och har pågått sedan 1980-talet vid Universitetet i Calgary, Kanada. Forskningen stöts av Lorraine Wright, en av de stora forskarna vid universitetets Family Nursing Unit, Faculty of Nursing. Att familjefokuserad omvårdnad är på stark framväxt i Sverige visas även i att det sedan 1990-talet publiceras allt fler artiklar härifrån inom området. Hälften av de studier som används i föreliggande litteraturstudie är utförda i Sverige och är publicerade på 2000-talet, vilket vi ser som ett tecken på en mycket spännande utveckling.

Slutsatser

Vi anser att vårt syfte med litteraturstudien är uppnått. Vi såg hur avgörande sjuksköterskans föreställningar är för relationen mellan sjuksköterskan och närstående. Den visar även på att det alltför ofta finns stora brister i sjuksköterskans bemötande av närstående, vilket kan bero på negativa föreställningar och attityder. Studien visar ytterligare på ett upplevt behov hos sjuksköterskor och ett reellt behov av kunskap, utbildning och stöd.

Vi tycker oss urskilja utifrån ovan nämnda behov att det därmed är möjligt att förändra negativa föreställningar och attityder hos sjuksköterskan samt förbättra bemötandet av och interaktionen med närstående genom att öka sjuksköterskans medvetenhet, kunskap och handlingsförmåga via utbildning, stöd och modeller att arbeta utifrån. Men här vill vi se fler studier som kan stärka detta. Det finns många studier om relationen mellan sjuksköterskan och närstående på IVA och sjukhem men vi saknar studier från vanliga vårdavdelningar där sjuksköterskan möter närstående till bland annat kroniskt sjuka och vårdtagare med lång vårdtid där interaktionen och relationen med närstående är mycket viktigt utifrån familjefokuserad omvårdnad.

Våra föreställningar om sjuksköterskors attityder och föreställningar om närstående bekräftades i föreliggande studie. Vi hade dock förväntat oss att kunskapen skulle vara högre bland sjuksköterskor om hur viktigt det är att aktivt arbeta för att skapa förtroendefulla relationer och god kommunikation med närstående. Kvaliteten på interaktionen med närstående berodde i hög grad på sjuksköterskans attityd. Vi hade även förväntat oss att det skulle finnas bättre riktlinjer och ramar för arbetet med närstående. Utifrån detta skulle vi inom en snar framtid vilja se familjefokuserad omvårdnad som en självklar del i utbildningsplanen för alla sjuksköterskeutbildningar i Sverige, såsom är fallet vid högskolan i Kalmar. På så sätt skulle sjuksköterskan kunna få bättre förutsättningar för att bemöta närstående i olika situationer på ett förtroendeskapande vis, genom att bli medveten om och få möjlighet att arbeta med sina egna föreställningar såväl som att hjälpa familjer att hitta underlättande föreställningar för att främja hälsa och hämma ohälsa.

REFERENSER

- [1] Kirkevold M, Ekern K S (red.). Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2003.
- [2] Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen 2005.
- [3] SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd för omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993.
- [4] Johansson P, Saveman B-I, Benzein E. Sjuksköterskors inställning till familjers betydelse i omvårdnaden: en nationell studie. Kalmar: Högskolan i Kalmar, Institutionen för hälso- och beteendevetenskap & Vårdförbundet; 2006.
- [5] Bergh M. Medvetenhet om bemötande: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2002.
- [6] Svensson E. Att mötas: anhöriga och personal i omsorgsarbete. 1. uppl. Stockholm: Vård och omsorg, Svenska kommunförbundet: Kommentus [distributör]; 1996.
- [7] Bergström E, Dahlberg L, Edkvist I. Anhörigvårdares vardag: en kunskapsöversikt och två studier kring äldres anhöriga. Falun: Dalarnas forskningsråd; 2002.
- [8] Larsson A, Nilsson K. Att bli vårdare till sin livskamrat: om hur svår hjärnskada påverkar en parrelation och närstående. Västerås: Ica; 1998.
- [9] Nationalencyklopedin 2007. Malmö: Nationalencyklopedin AB; 2007.
- [10] Wright L M, Watson W L, Bell J M. Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2002.
- [11] Walter G. Bonniers synonymordbok: vidgar och varierar ditt ordförråd. 3. uppl. Stockholm: Bonnier Alba; 2003.
- [12] Svenska akademien. Svenska Akademiens Ordbok. [tillgänglig 2007-03-22]; URL: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob>.
- [13] Benzein E, Saveman B-I. Att vara närstående till person som drabbats av ohälsa. I: Östlinder G (red.). Närståendes behov: omvårdnad som akademiskt ämne III. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening; 2004. s.13-14.
- [14] Ekern K S. Systemiska perspektiv. I: Kirkevold M, Ekern K S (red.). Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2003. s.243-262.
- [15] Hanson S M H. Family health care nursing: theory, practice, and research. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2001.

- [16] Östlinder G. Närståendes behov: omvårdnad som akademiskt ämne III. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2004.
- [17] Kirkevold M. Familjens ställning i omvårdnaden. I: Kirkevold M, Ekern K S (red.). Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. 1 uppl. Stockholm: Liber; 2003. s. 49-69.
- [18] Saveman B-I, Benzein E. Familjefokuserad omvårdnad: ett strategidokument. Kalmar: Högskolan i Kalmar, Institutionen för Hälso- och beteendevetenskap; 2003.
- [19] Kellett U M. Meaning-making for family carers in nursing homes. *Int J Nurs Pract.* 1998;4(2):113-19.
- [20] Söderström I M, Saveman B-I, Benzein E. Interactions between family members and staff in intensive care units - an observation and interview study. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(6):707-16.
- [21] Hallgrimsdottir E M. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *J Clin Nurs.* 2000 Jul;9(4):611-19.
- [22] Kellett U M. Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *J Adv Nurs.* 1999 Jun;29(6):1474-81.
- [23] Sandberg J, Nolan M R, Lundh U. 'Entering a new world': empathic awareness as the key to positive family/staff relationships in care homes. *Int J Nurs Stud.* 2002;39(5):507-15.
- [24] Hupcey J E. Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU. *J Clin Nurs.* 1999;8(3):253-62.
- [25] Benzein E, Johansson B, Saveman B. Families in home care - a resource or a burden? District nurses' beliefs. *J Clin Nurs.* 2004;13(7):867-75.
- [26] Hertzberg A, Ekman S, Axelsson K. 'Relatives are a resource, but...': registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *J Clin Nurs.* 2003;12(3):431-41.
- [27] Hertzberg A, Ekman S, Axelsson K. Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *J Clin Nurs.* 2001;10(3):380-88.
- [28] Hertzberg A, Ekman S L. 'We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *J Adv Nurs.* 2000;31(3):614-22.
- [29] Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning.* 2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 1994.
- [30] Söderström I, Benzein E, Saveman B. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):185-92.

- [31] Laitinen P, Isola A. Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: informal caregivers' perceptions. *J Adv Nurs*. 1996;23(5):942-47.
- [32] Main J. Management of relatives of patients who are dying. *J Clin Nurs*. 2002;11(6):794-801.
- [33] Ryan A A, Scullion H F. Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *J Adv Nurs*. 2000;32(3):626-34.
- [34] Saveman B-I, Benzein E. Familjefokuserad omvårdnad: en strategi för forskning, utbildning och klinisk verksamhet. Kalmar: Högskolan i Kalmar, Institutionen för Hälso- och Beteendevetenskap; 2000.

BILAGA

ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

Referensnr: 19

Titel: Meaning-making for family carers in nursing homes.

Författare: Kellet, U M.

Tidsskrift: Int J Nurs Pract

Tryckår: 1998

Syfte: Belysa vikten av att förstå människans upplevelse av närståendevård

Metod: Kvalitativ, hermeneutisk metod. Intervjuer och observationer med 14 närståendevårdare i sjukhemskontext.

Urval: 14 närståendevårdare. Alla hade vårdat sin närstående 3-6 år i hemmet innan flytt till sjukhemmet och på sjukhemmet 1-6 år.

Bortfall: Framgår ej.

Referenser: 52

Land: Australien

Referensnr: 20

Titel: Interactions between family members and staff in intensive care units – an observation and interview study.

Författare: Söderström I, Saveman B, Benzein E.

Tidsskrift: Int J Nurs Stud

Tryckår: 2006

Syfte: Beskriva och tolka interaktioner mellan familjemedlemmar och personal på intensivvårdsavdelningar med fokus på närstående.

Metod: Kvalitativ studie med hermeneutisk, deskriptiv och tolkande design. Intervjuer och upprepade observationer av interaktioner mellan närstående och personal. Med interaktioner menas i studien all kommunikation i verbal och ickeverbal form mellan familjemedlemmar och IVA-personal.

Urval: 10 kritiskt sjuka patienter och deras familjemedlemmar ($n = 24$) från tre intensivvårdsavdelningar på ett universitetssjukhus deltog. Familjemedlemmarna var mellan 14-73 år gamla, patienterna mellan 15-84 år.

Bortfall: Tre familjer avstod från deltagande på grund av den emotionellt svåra situationen de befann sig i.

Referenser: 31

Land: Sverige

Referensnr: 21**Titel:** Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families.**Författare:** Hallgrimsdottir, E.**Tidsskrift:** J Clin Nurs**Tryckår:** 2000**Syfte:** Att utforska olycksfalls- och akutsjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att vårda (care for) familjer till kritiskt sjuka/skadade patienter, och familjer som plötsligt förlorat en familjemedlem.**Metod:** Kvantitativ, deskriptiv design. Datainsamling skedde via frågeformulär. Ett icke parametriskt test användes i analysen.**Urval:** Bekvämlighetsurval. Urvalet bestod av alla sjuksköterskor på tre förutbestämda akutvårdsavdelningar. 54 frågeformulär besvarades fullständigt.**Bortfall:** 50 %.**Referenser:** 47**Land:** Storbritannien**Referensnr:** 22**Titel:** Transition in care: family carers' experience of nursing home placement.**Författare:** Kellett, U M.**Tidsskrift:** J Adv Nurs**Tryckår:** 1999**Syfte:** Undersöka upplevelsen av familjens sönderfall och placeringen på sjukhem.**Metod:** Kvalitativ, hermeneutisk fenomenologi. Intervjuer.**Urval:** 14 närstående med erfarenhet av det studerade fenomenet.**Bortfall:** Framgår ej.**Referenser:** 47**Land:** Australien**Referensnr:** 23**Titel:** "Entering a new world": empathic awareness as the key to positive family/staff relationships in care homes.**Författare:** Sandberg J, Nolan M R, Lundh U.**Tidsskrift:** Int J Nurs Stud**Tryckår:** 2002

Syfte: Undersöka medvetenheten hos personal på sjukhem om närståendes behov av stöd, efter att en närstående nyligen flyttat in på sjukhem.

Metod: Kvalitativ, grounded theory. Intervjuer.

Urval: Av 25 tillfrågade personal på sjukhem deltog 16, varav 7 sjuksköterskor.

Bortfall: 9 av 25.

Referenser: 33

Land: Sverige

Referensnr: 24

Titel: Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU.

Författare: Hupcey, J E.

Tidsskrift: J Clin Nurs

Tryckår: 1999

Syfte: Att undersöka processen för familjeintegrering på intensivvårdsavdelningen genom att undersöka hur familjer och sjuksköterskor interagerar för att öka eller minska familjens involvering på intensivvårdsavdelningen, hur sjuksköterskor upprätthåller kontroll; hur familjer förblir på sin vakt, håller ut och finner sin nisch på intensivvårdsavdelningen (dessa strategier identifierades i en tidigare del av projektet). Studien är en del av ett större projekt som fokuserade på socialt stöd och kritiskt sjuka patienter.

Metod: Kvalitativ, grounded theory. Intervjuer. Den framväxande modellen av familjeintegreringsprocessen bekräftades av ytterligare IVA-sjuksköterske- och släktinginformanter.

Urval: Teoretiskt urval. 11 släktingar, 10 IVA-sjuksköterskor och 30 patienter deltog.

Bortfall: Framgår ej.

Referenser: 28

Land: USA

Referensnr: 25

Titel: Families in home care - a resource or a burden? District nurses' beliefs.

Författare: Benzein E, Johansson B, Saveman B.

Tidsskrift: J Clin Nurs

Tryckår: 2004

Syfte: Undersöka distriktssköterskans upplevelse av familjer i hemmet.

Metod: Kvalitativ, deskriptiv design. Fokusgrupper intervjuades vid tre separata tillfällen.

Urval: 5 distriktssköterskor, med inklusionskriteriet 1 års erfarenhet.
Bortfall: Framgår ej.
Referenser: 46
Land: Sverige

Referensnr: 26

Titel: "Relatives are a resource, but...": registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes.

Författare: Hertzberg A, Ekman S, Axelsson K.

Tidsskrift: J Clin Nurs

Tryckår: 2003

Syfte: Undersöka och beskriva legitimerade sjuksköterskors syn på och erfarenheter av närstående till boende på sjukhem.

Metod: Kvalitativ, intervjuer.

Urval: 19 fast anställda sjuksköterskor, på tre sjukhem i Sverige.

Bortfall: Framgår ej.

Referenser: 36

Land: Sverige

Referensnr: 27

Titel: Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes.

Författare: Hertzberg A, Ekman S, Axelsson K.

Tidsskrift: J Clin Nurs

Tryckår: 2001

Syfte: Undersöka och beskriva andra generationen närståendes upplevelser av interaktioner och relationer med personal på sjukhem.

Metod: Kvalitativ, intervjuer.

Urval: Son, dotter, syskonbarn eller svärson/svärdotter som besökte sjukhemmet minst 2 gånger/månad och att den boende bott på sjukhemmet minst 1 år. Informanterna uppgick till 18 stycken.

Bortfall: Framgår ej.

Referenser: 32

Land: Sverige

Referensnr: 28

Titel: "We, not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes.

Författare: Hertzberg A, Ekman S L.

Tidsskrift: J Adv Nurs

Tryckår: 2000

Syfte: Identifiera och beskriva hinder för en välfungerande relation mellan närstående och personal på vårdhem för personer med demens, för att sedan kunna föreslå främjande faktorer för en välfungerande relation.

Metod: Kvalitativ. Observationsstudie på ett vårdhem. Tre fokusgrupper som möttes sex gånger.

Urval: Strategiskt urval efter annonsering efter deltagare. 10 närstående, 5 sjuksköterskor, sex vårdbriträden.

Bortfall: Ej relevant relaterat till urvalsmetoden.

Referenser: 38

Land: Sverige

Referensnr: 30

Titel: Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units.

Författare: Söderström I, Benzein E, Saveman B.

Tidsskrift: Scand J Caring Sci

Tryckår: 2003

Syfte: Beskriva sjuksköterskors upplevelser av interaktioner med familjer på intensivvårdsavdelningar.

Metod: Kvalitativ design. Intervjuer genomfördes med 10 intensivvårdssjuksköterskor från två intensivvårdsavdelningar på två små sjukhus, både explicit och implicit innehåll antecknades.

Urval: Deltagarna tillfrågades om de ville delta i studien av vårdenhetscheferna (head nurses) på de två avdelningarna. De 10 deltagarna hade arbetat som sjuksköterskor mellan 10-28 år.

Bortfall: Framgår ej.

Referenser: 25

Land: Sverige

Referensnr: 31

Titel: Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: informal caregivers' perceptions.

Författare: Laitinen P, Isola A.

Tidsskrift: J Adv Nurs

Tryckår: 1996

Syfte: Identifiera vilka faktorer informella vårdgivare upplever som främjande eller hämmande för delaktighet i vården av äldre patienter. Studien är en del av ett större projekt, som pågick mellan 1991 och 1993, för att främja informella vårdgivares delaktighet i äldre patienters dagliga aktiviteter på sjukhus, samt att försäkra personlig, behovsbaserad och familjecentrerad omvårdnad.

Metod: Kvalitativ. Datainsamling skedde via frågeformulär.

Urval: 369 informella vårdgivare till patienter på ett universitetssjukhus, en geriatrisk enhet på ett hälsocenter samt ett kommunalt vårdhem deltog. Alla informella vårdgivare till patienter över 75 år, som hade besökt sjukhuset under en 2-månaderstid 1991, 1992 eller 1993 tillfrågades per brev. Majoriteten var kvinnor i 60-årsåldern som var hustrur, döttrar eller svärdöttrar till patienterna.

Bortfall: Framgår ej.

Referenser: 37

Land: Finland

Referensnr: 32

Titel: Management of relatives of patients who are dying.

Författare: Main, J.

Tidsskrift: J Clin Nurs

Tryckår: 2002

Syfte: Undersöka viktiga ämnen rörande perioden innan en boende dör, från närståendes, som står inför en förlust, och personalens perspektiv.

Metod: Kvalitativ, prospektiv, undersökande. Fokusgrupper bestående av personal samt intervjuer med närstående.

Urval: 18 personal, både utbildade och icke utbildade samt 4 närstående.

Bortfall: 6 (60%) närstående.

Referenser: 28

Land: Storbritannien

Referensnr: 33

Titel: Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes.

Författare: Ryan A A, Scullion H F.

Tidsskrift: J Adv Nurs

Tryckår: 2000

Syfte: Undersöka familjens och sjukhemspersonalens syn på familjens roll i omvårdnaden av boende på sjukhem.

Metod: Kvalitativ och kvantitativ; enkäter, intervjuer samt inventering av 100 uppgifter utförda av både familjer och personal för att mäta familjers och personals upplevelser av familjens roll i omvårdnaden.

Urval: 225 enkäter till närstående som besökte sjukhemmet regelbundet, 225 enkäter till personal på sjukhemmet, 10 närstående och 10 personal deltog i intervjuer som utfördes på 15 sjukhem på Nordirland.

Bortfall: 19,5 % enkäter från närstående var kompletta, 34,6% enkäter från personal var kompletta.

Referenser: 23

Land: Storbritannien
