



UNIVERSITETET I AGDER

«Trygghet i det utrygge»

En kvalitativ studie av intensivsykepleierens møte med pårørende

Ann Kristin Nygård og Kine Andersen

Veileder

Førsteamanuensis Gudrun E. Rohde

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i master i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014

Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 15 095

FORORD

Arbeidet med studien har gitt oss ny kunnskap om intensivsykepleiers møte med pårørende. Dette har vært et spennende og krevende halvår, samtidig som tiden har gått veldig fort.

For og realiserer studien var det avgjørende at vi fikk intensivsykepleiere fra ulike sykehus. Takk til avdelingslederne som tilrettela for dette og spesielt takk til alle de ni intensivsykepleierne som deltok.

Vår veileder, førsteamanuensis Gudrun Rohde, har vært til stor hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Hun har virkelig bidratt til at vi nå er kommet i mål, ved å ha delt sin erfaring og kunnskap med oss. Tusen takk for hjelpen, vi har satt umåtelig stor pris på hver eneste tilbakemelding.

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Ved innleggelse av akutt kritisk syke pasienter sliter ofte pårørende med hjelpeløshet og sterke følelser knyttet til situasjonen. En av intensivsykepleiers oppgaver er å ivareta pårørende og møte deres behov.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å synliggjøre intensivsykepleiers rolle i møte med pårørende til akutt kritisk syke pasienter de første 24 timene etter innleggelse i intensivavdeling i Norge.

Problemstillingen er: «Hvordan møter intensivsykepleieren pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i en intensiv avdeling?»

Metode

Det er benyttet kvalitativ metode hvor det er utført dybdeintervju av ni intensivsykepleiere fra ulike intensivavdelinger i Norge.

Resultater

Intensivsykepleierne beskrev at det som var viktig de første 24 timene, var å gi omsorg, god informasjon og akseptere pårørendes reaksjoner.

Konklusjon

Funnene viser at det er stor enighet mellom intensivsykepleierens syn på hvilke behov pårørende har, og hvordan de prioriterer pasient og pårørende. Funnene har likheter med tidligere forskning og litteratur.

Nøkkelord

Intensivsykepleier, pårørende, akutt/kritisk syk og 24timer.

SUMMARY

Background

Acute admittance of critically ill patients can often instigate a feeling of vulnerability in the next of kin and strong feelings related to the situation are often the reaction. One of the tasks of the intensive care nurse is to guide the next of kin through their experience and meet their needs as well as the patients.

Aim and objective

The aim of the study was to investigate and enlighten the role of the intensive care nurse when meeting the next of kin of critically ill patients during the first 24 hours after admittance to intensive care unit in Norway. Objective (research question): How does the intensive care nurse encounter the next of kin of critically ill patients the first 24 hours after acute admittance in critical care units?

Method

A qualitative method with in depth interviews of nine intensive care nurses from different intensive care units in Norway was performed.

Results

The more common feedback from the intensive care nurses as the most important in regards of the next of kin in the first 24 hours was to take the time to care, give adequate and timely information about the patient's condition, and accepting the next of kin's reactions.

Conclusion

The study found that there is a unity amongst intensive care nurses in regards to the different needs required from the next of kin during the first 24 hours of acute admittance to hospital. The findings are in correspondence to earlier research and literature in this field.

Key words

Intensive Care Nurse, next of kin, acute/critically ill and 24 hours

INNHOOLD

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og problemstilling	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Tidligere forskning	2
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Disposisjon	4
2.0 TEORI.....	5
2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	5
2.1.1 Omsorgsteori	5
2.1.2 Moral	6
2.2 Intensivavdelingen.....	7
2.2.1 Utfordringen i et høyteknologisk miljø.....	7
2.2.2 Intensivsykepleiers arbeidsoppgaver.....	8
2.2.3 Taushetsplikten.....	8
2.3 Den akutt kritisk syke pasienten	9
2.4 Sjokk og Krise	9
2.5 Pårørendes behov i en akutt kritisk fase	10
2.5.1 Informasjon til pårørende	10
2.5.2 Tilrettelegging og støtte	11
3.0 METODE.....	12
3.1 Valg av metode	12
3.1.1 Fenomenologi.....	12
3.1.2 Hermeneutikk	13
3.2 Utvalg	13
3.2.1 Utvalgsriterier.....	13
3.2.2 Rekruttering av deltakere	14
3.3 Metode for datainnsamling	14
3.3.1 Dybdeintervju.....	14
3.3.2 Gjennomføring av intervjuene	15
3.5 Metode for analyse av data	16
3.6 Validitet og reliabilitet	18
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	19
4.1 Du er ikke alene	19
4.2 Informasjon til pårørende	20
4.2.1 Taushetsbelagt informasjon.....	20
4.2.2 Trygghet i det utrygge	20
4.2.3 Konkret og ærlig informasjon	21
4.2.4 Pårørende i et høyteknologisk miljø.....	21
4.3 Aksept for ulike reaksjoner i krise.....	22
4.3.1 Basale behov	22
5.0 DISKUSJON.....	24
5.1 Du er ikke alene	24
5.1.1 Pasienten er alltid førsteprioritet	24
5.1.2 Viktig å vise seg tilgjengelig	25
5.1.3 Behovet for å ha noen hos seg.....	26
5.2 Informasjon og trygghet til pårørende	28
5.2.1 Taushetsbelagt informasjon.....	28

5.2.2	Trygghet i det utrygge	29
5.2.4	Tillit til intensivsykepleierne.....	30
5.2.5	Konkret og ærlig informasjon til pårørende	31
5.2.6	Praktisk informasjon	33
5.2.7	Utfordringene i et høyteknologisk miljø	33
5.2.7	Ryddig atmosfære	34
5.3	Sjokk og krise	35
5.3.1	Aksept for ulike reaksjoner	35
5.3.2	Basale behov	37
6.0	METODEDISKUSJON	38
6.1	Vår rolle som forskere	38
6.2	Er metoden relevant?	38
6.3	Utvalg	39
6.4	Gjennomføring av intervjuene og transkripsjon	39
6.5	Forskningsetiske overveielser og tillatelser.....	40
6.6	Metode for analyse av data.....	40
6.7	Ekstern validitet	41
7.0	KLINISKE IMPLIKASJONER OG VIDERE FORSKNING.....	42
7.1	Kliniske implikasjoner.....	42
7.2	Videre forskning	42
8.0	AVSLUTNING.....	43
	LITTERATURLISTE	44

VEDLEGG 1 - Artikkelliste

VEDLEGG 2 - Informasjonsskriv

VEDLEGG 3 - Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatilsyn (NSD)

VEDLEGG 4 - Godkjenning fra Fakultetets Etske Komité (FEK)

VEDLEGG 5 - Eksempel på analysen

VEDLEGG 6 - Intervjuguide

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pasienter som er blitt akutt kritisk syke preges av forandring, krise og tap når de innlegges i sykehus. Situasjonene oppstår som oftest brått og medvirker til angst og frykt for hva som skal skje videre (Kjøllesdal og Moesmand, 2012). Pårørende på sin side sitter med en opplevelse av hjelpeløshet og sterke følelser som kan overskygge det meste i tilværelsen. Fortvilelse, avmakt, angst, hjelpeløshet, redsel og usikkerhet er noen av de følelsene pårørende sliter med og hvordan hver enkelt mestrer situasjonen er svært individuelt (Moesmand, 2012). Hvordan intensivsykepleier møter pårørende i denne akutte fasen av sykdomsforløpet er temaet for studien. Forskerne har bakgrunn fra intensivavdeling og erfart at arbeidet med pårørende til akutt kritisk syke pasienter kan være utfordrende. Erfaringen vår viser at pårørende ofte har et stort behov for informasjon, omsorg og trygghet, noe intensivsykepleieren må tilstrebe og ivareta. Stubberud (2010) skriver at relasjonen mellom intensivsykepleier og pårørende er viktig og intensivsykepleier må være åpen og medfølende for situasjonen pårørende er i på samme tid som hun tar en faglig vurdering.

Som intensivstudenter hadde vi høsten 2013 en 3 måneder lang praksisperiode ved en intensivenhet i Sør Afrika. Der opplevde vi at pårørende fikk besøke pasienten 30 minutter, tre ganger om dagen. Hvordan intensivsykepleierne ivaretar pårørende viser seg å være forskjellig fra land til land. Moesmand (2012) nevner at det ved flere intensivenheter i USA opereres med besøkstider hvor pårørende kan komme inn ti minutter eller hver annen time. Stubberud (2010) henviser til at det i Norge opereres med fri besøkstid, men dette kan reguleres av avdelingene.

I funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleier, under Intensivsykepleierens rehabiliterende funksjon står det: «Intensivsykepleieren ser på pårørende som en ressurs i pasientens rehabilitering og har derfor et ansvar for å yte omsorg for pasientens pårørende» (Norsk Sykepleierforbund, 2002).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å synliggjøre intensivsykepleierens rolle i møte med pårørende til akutt kritisk syke pasienter, og hva det fokuseres på det første døgnet etter innleggelse i intensivavdeling. Vi forsker på intensivsykepleiers opplevelser og erfaringer, og målet er å få en dypere og bredere forståelse av hvordan intensivsykepleier møter pårørende.

Vår problemstilling ble derfor: «Hvordan møter intensivsykepleier pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i en intensiv avdeling?»

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven vil intensivsykepleierens rolle i møte med pårørende, avgrense seg til de pasienter som fra tidligere er funksjonsfriske. Årsaken til avgrensningen er å synliggjøre intensivsykepleierens rolle i møte med pårørende, hvor de pårørende i utgangspunktet ikke er kjent med å ha sine nærmeste innlagt ved intensivavdeling. Pårørende i denne studien er voksne over 18 år.

1.4 Tidligere forskning

Vi søkte i databasene Ebsco, OvidSp og Oria. Nøkkelordene som er brukt: relatives, family, ICU, crisis, illness, perception, nurse. Disse ordene er brukt i forskjellige kombinasjoner med tronkering. Søkene har foregått etter PICO modellen for å sikre at vi har formulert spørsmålene godt nok og at de rette søkeordene er benyttet. Annen litteratur er funnet igjennom pensumlister, litteraturlister, tips og diskusjon med andre fagfolk.

Tidligere studier viser at det for intensivsykepleier er viktig at pasienten har pårørende og at disse inkluderes i behandlingen og pleie av pasienten (Engström og Söderberg; 2005, Ågård og Maindal, 2009; Cypress, 2011). En studie gjort av Stayt (2006) sier at mange har høye forventninger til egen rolle. Noen intensivsykepleiere opplever det utfordrende å være profesjonell og medmenneskelig samtidig. Ågård og Lomborg (2010) fant i sin studie tre hovedfunn som intensivsykepleier mente var relevante i arbeidet rundt pårørendes tilstedeværelse i pasientrommet. Funnene var: oversikt over hvem pårørende er, oversikt over pasientsituasjonen og veiledning av pårørende (Ågård og Lomborg, 2010). Pårørende kan være til ressurs for intensivsykepleierne, ved gi informasjon om pasienten som kan være av verdi i avgjørelsen av behandling og pleie (Engström og Söderberg, 2005).

Intensivsykepleierne tok vare på pårørende ved å gi dem klar, tydelig og ærlig informasjon. De ønsker å være til stede for pårørende og oppnå god kontakt (Engström og Söderberg, 2005; Edwards et al., 2012). Noen intensivsykepleiere uttrykker at det er viktig å skape tillit og trygghet. Intensivsykepleierne må bruke sin kompetanse ut i fra hva hver enkelt praksissituasjon (Frivold og Dale, 2013). Samarbeid med pårørende er en balansegang mellom et høyteknologisk miljø og det å yte omsorg (Almerud et al., 2007; Frivold og Dale, 2013). Noen studier sammenliknet også rangeringen av sykepleierens og pårørendes syn på hva som var viktigst. Studiene viste at sykepleierne og pårørende har relativt likt syn på hva som er viktig i ivaretagelse av pårørende, men rangerer behovene i forskjellig rekkefølge (Kinrade et al., 2009; Buckely og Andrews, 2011). Det finnes rikelig med forskning som belyser pårørendes behov i intensivavdelingen, men det er sparsomt med tidligere forskning på intensivsykepleierens møte med pårørende i intensivavdelingen. I de tidligere forskningsartiklene blir dette også ofte nevnt i innledningen. Det er ikke funnet artikler som omtaler intensivsykepleierens møte med pårørende de første 24 timene etter innleggelse.

1.5 Begrepsavklaring

Akutt kritisk syk - I denne studien benyttes begrepet akutt kritisk syk. Kjøllesdal og Moesmand (2012) sier at akutt og kritisk handler om to ulike begreper. Akutt betyr brå, kortvarig eller plutselig, mens kritisk vil si alvorlig, vanskelig eller farlig. I denne studien benyttes begrepet akutt kritisk syk om pasienter som blir alvorlig syke helt uventet og trenger intensiv behandling.

Intensivsykepleier – Intensivsykepleie er en videreutdanning fra bachelor i sykepleie. Intensivsykepleiers oppgave er å gi helsehjelp til akutt/kritisk syke pasienter i alle aldersgrupper (Stubberud, 2010). Intensivsykepleier omtales som hun gjennom studien og handlingen foregår i en intensivavdeling.

Pårørende - Pasientens pårørende er definert i lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) under § 1-3 b og sier at pårørende er den som pasienten oppgir. Er pasienten ute av stand til å oppgi pårørende, tas det utgangspunkt i rekkefølgen ektefelle/samboer/partner, barn over 18 år og foreldre (Lov av 2013-06-21 nr.82).

1.6 Disposisjon

Innledningsvis i kapittel 1.0 beskriver vi bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring. Vi presenterer til slutt et sammendrag av tidligere forskning (Vedlegg 1).

I kapittel 2.0 presenterer vi den teoretiske forankringen, som belyser studiens problemstilling og brukes i drøfting av funnene. Vi har brukt Kari Martinsen (2003) som omsorgsfilosof, hvor hennes sykepleiefilosofi er med på å belyse våre funn.

Kapittel 3.0 beskriver metoden som er brukt i studien vår. Vi gjør rede for valg av metode, utvalgsriterier, datainnsamling, etikk, metode for analyse av data og definisjonen av validitet og reliabilitet.

Funnene presenteres i kapittel 4.0.

I kapittel 5.0 diskuterer vi funnene opp mot tidligere forskning og litteratur.

I kapittel 6.0 diskuteres metodens validitet og reliabilitet.

Kapittel 7.0 presenteres kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning.

Studien avsluttes i kapittel 8.0 hvor vi har gjort en kort oppsummering.

2.0 TEORI

Omsorg som sykepleierens fundament er hovedidéen til Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Filosofien handler om å hjelpe de som trenger det ved å ivareta deres behov og gi dem styrke til å kunne klare seg selv. Vi har derfor valgt å presentere hennes teori og drøfte teorien opp mot våre funn.

2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er i Norge den sykepleiefilosofen som har skrevet mest om sykepleiens natur, og ideene hennes har både i Norge og Skandinavia hatt stor innvirkning i utviklingen av teori i sykepleiefaget. Kari Martinsens omsorgsfilosofi er en nytenkning av filosof og teolog Løgstrups fenomenologiske arbeider. Ideene til Martinsen er forskjellige fra det som tradisjonelt oppfattes som sykepleieteorier, da arbeidet betraktes som filosofisk teori. Omsorg som sykepleierens fundament er Martinsens hovedidé, og denne er i stadig utvikling. Utviklingen består derimot ikke av ny revolusjonerende forskning, men er en filosofisk undring av hennes opprinnelige ideer (Kirkevold, 2009).

Kari Martinsens omsorgsfilosofi bygger på begrepene moral, omsorg og nestekjærighet. Den moralske praksisen bygger på omsorg, og omsorg på nestekjærighet. Omsorg er et relasjonelt begrep og forbindes med å hjelpe og ta hånd om andre. Vær mot andre, som du vil at andre skal være mot deg (Martinsen, 2003).

2.1.1 Omsorgsteori

Omsorg sier noe om hvordan vi forholder oss og viser omtanke for hverandre, forholdet mellom menneskene. Uten andre vil ikke hverdagen gi mening, og omsorg forutsetter derfor alltid en relasjon med andre. Omsorg for andre står sentralt i omsorgsarbeidet, og handler om å gi omsorg til mennesker som ikke er selvhjulpne. Det er ikke et likeverdige gi- og ta- forhold. I arbeidet med syke eller pleietrengende pasienter er det viktig med en forankring i kunnskap, ferdigheter og organisasjon. Sykepleie- og medisinsk kunnskap gjennom lærebøker gir deg ikke evnen til å utøve omsorgsfull pleie. Fagkunnskaper og praktiske ferdigheter sammen er en forutsetning for å oppnå faglig dyktighet. Gjennom kunnskap og erfaring blir det enklere å vise omsorg ved bruk av enkle hjelpemidler som å gi mat, hjelpe til med stell, etc. (Martinsen, 2003). Martinsen (2003) refererer til Dreyfus og Dreyfus (1988) i sin beskrivelse av hvordan

praktisk erfaring og fagkunnskap tilegnes og bidrar til å øke ferdighetene til sykepleieren. Dreyfus og Dreyfus (1988) beskriver denne utviklingen i sin kompetanselæringsstige- fra novise til ekspert. Som novise, nybegynner, vil handlingene dine den første tiden som sykepleier ofte styres av gitte regler og man har et distansert forhold til pasienten. Etter hvert som erfaringen blir større, vil man kunne vurdere situasjonen og handlingene blir mindre regelstyrte. Reglene blir etter hvert mer veiledende og man vil vurdere situasjonen i sin helhet og vurdere de ulike handlingsalternativene. Eksperten har bred erfaringsbakgrunn og er engasjert på alle områder. Handlingene styres intuitivt – det som føles riktig (Dreyfus og Dreyfus, 1988).

Martinsen (2003) sier at det å være avhengig av omsorg oppfattes som negativt. Dette gir assosiasjoner som mangel på selvbestemmelse og ikke å være selvhjulpen. I den vestlige verden står selvstendighet og uavhengighet som sterke verdier- man skal klare seg selv, ikke være en byrde for andre. Selvstendighet og uavhengighet rår høyere enn å hjelpe og ta hensyn til andre. Det er en ideologi i dagens samfunn som gjør at mennesker som er selvhjulpne og selvstendige belønnes. Helsevesenets ideologi gir seg ut på det samme ved «Hjelp-til-selvhjelp»- prinsippet der målet er å sørge for at den syke behandles til å bli selvhjulpen (Martinsen, 2003).

2.1.2 Moral

Moral er i følge Martinsen (1993): ”Å handle til den andres beste” (Martinsen, 1993, s.73). Moral opparbeides og tilegnes i samhandling og dialog med andre mennesker, den grunnleggende moral. Hvilke holdninger og moralske forbilder vi møter vil være med på å forme oss. Moralske handlinger og avgjørelser bestemmes ut fra vår forståelse for situasjonen basert på vår grunnleggende moral (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) sier at: ”Forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og moralen spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet” (Martinsen, 2003, s.47). Med dette menes at sykepleierens pleie og omsorg for pasient og pårørende må bygge på en moralsk ansvarlig maktbruk (Kirkevold, 2009). I praksis vil moralen tillæres gjennom erfaring og diskusjon (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) mener at vi i praksis handler ut fra fornuften. Det tilegnede moralske grunnlag vil påvirke våres holdninger i møte med de svake og med de svake mener Martinsen (2003) mottakeren. Evnen til å være solidarisk, at andres liv angår oss, gir oss muligheten til å identifisere oss med den vi møter. Denne tankegangen, å forstå andres ståsted, gir mulighet til å legge forholdene til rette for å endre noe for den andre. Martinsen (2003) sier at: ”Solidaritet gjør maktutøvelse moralsk forsvarlig” (Martinsen, 2003, s.56). Den som gir omsorg har ansvar for å vurdere å handle ut i fra mottakers ståsted slik at dens myndighet og velferd har mulighet til å øke (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) bruker begrepet ” moralsk hederlighet”. Med dette forklares at vi gjennom den moralske dialog redegjør vårt moralske grunnsyn, og at våre handlinger styres av dette. Det refereres til tre grunnleggende betingelser: 1) Vi kan ikke være nøytrale i møte med andre mennesker. Det er ikke et valg å være engasjert, og som mennesker er vi naturlig engasjerte. Vi kan velge hva vi vil engasjere oss i, eller la andre velge for oss. 2) Hva vi velger å være trofast mot. I arbeid med svake grupper må ansvaret for den svake plasseres. 3) Hvor trofaste skal vi være? Gjennom solidaritet med svake grupper står vi mot det verdisynet som gjør gruppen svak. Videre tar Martinsen (2003) opp diskusjonen hvor vidt nedskrevne regler og moralske regler må modifiseres og tolkes ut i fra den situasjonen vi er i. De moralske reglene er ikke absolutte, men et hjelpemiddel i en vanskelig situasjon.

2.2 Intensivavdelingen

Intensivavdelingene behandler de sykeste pasientene i sykehuset. Det er pasientens tilstand som er avgjørende for om han/hun må på intensiv, ikke diagnosen. Pasienten skal ha påvist akutt svikt i vitale organer, eller at det er fare for akutt svikt, for innleggelse i intensivavdelingen. Tilstanden til intensivpasienter er ofte sammensatt og kritisk, hvor behandlingen blir påfølgende ressurskrevende og komplisert. Avhengig av pasientens situasjon kan det være behov for flere enn en intensivsykepleier per pasient (Stubberud, 2010).

2.2.1 Utfordringen i et høyteknologisk miljø

Det var ikke før på slutten av 70-tallet at teknisk sykepleie ble et brukt begrep. Sykepleierne som ikke jobbet innenfor intensiv-, anestesi- og operasjon møtte teknologien med stor skepsis, da den er knyttet til naturvitenskapelige områder, i kontrast til den humanistiske retningen

sykepleien er rettet mot. Utviklingen har reddet mange pasienter som blir rammet av akutt kritisk sykdom og ulykker. Utfordringen for spesialsykepleiere i et høyteknologisk miljø er og se pasient og pårørendes behov, samtidig som teknologien på en effektiv og trygg måte benyttes (Kjøllesdal, 2012). Intensivsykepleie oppfattes som teknisk sykepleie, hvor ansvarsområdet til intensivsykepleier er å administrere både medisinsk- og teknisk behandling (Stubberud, 2010).

2.2.2 Intensivsykepleiers arbeidsoppgaver

Intensivsykepleier har til oppgave å gi helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter i alle aldersgrupper, samt ivareta pasientens pårørende. Intensivsykepleier har sin base i spesialavdelinger ved somatiske sykehus. Dette kan være intensivavdelinger, overvåkningsavdelinger, postoperative avdelinger og akuttmottak (Stubberud, 2010).

Ved akutte hendelser overtar intensivsykepleieren og teamet på intensivavdelingen ivaretagelsen av pasienten. Pårørende må på sin side må forsøke å mestre situasjonen og de reaksjonene som kommer som følge av for eksempel frykten for død. De må forholde seg til et nytt og høyteknologisk miljø samt forskjellige profesjoner innad i sykehuset.

Intensivsykepleieren på sin side vil være pårørendes kontakt og kilde til informasjon og ivaretagelse på intensivavdelingen (Stubberud, 2010). I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren samhandle med pasientens pårørende. Hun skal vise dem respekt og omsorg, og ivareta deres rettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2011).

2.2.3 Taushetsplikten

I lov om helsepersonell § 21 defineres taushetsplikten som:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (Lov av 2013-06-21 nr.82).

Alle som er ansatt i helsevesenet er bundet av forvaltningsloven § 13 om taushetsplikt som omfatter: ”alle som utfører en tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan” (Lov av 2013-06-14 nr.42). I følge Stubberud (2010) har pårørende et stort behov for informasjon om

pasientens tilstand og behandling, men det betyr ikke nødvendigvis at de har krav på en slik informasjon.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3.3 (Lov av 2013-06-21 nr.79) definerer pårørendes rett til informasjon som:

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste ha informasjon om pasientens tilstand og den helsehjelp som ytes. Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykisk forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon (Lov av 2013-06-21 nr.79).

2.3 Den akutt kritisk syke pasienten

Akutt kritisk syk vil si at det er oppstått en akutt sykdom eller skade. Kritisk vil si at tilstanden kan være livstruende og kanskje dødelig for pasienten. Definisjonene av målgruppene sett ut fra helse- og sykdomsdimensjonene er: personer som blir utsatt for en skade/ulykke eller akutt sykdom, personer som rammes av akutt forverring av kronisk sykdomstilstand eller som allerede er i en tilstand hvor de vitale funksjonene trues og personer som med bakgrunn i sykdomsopplevelser opplever psykisk, fysisk, sosialt og/eller åndelig krisetilstand (Kjøllesdal og Moesmand, 2012).

2.4 Sjokk og Krise

Ved akutte hendelser opplever kroppen en fysisk og psykisk reaksjon. Akutt kritisk sykdom representerer psykologisk stress for de pårørende og stabiliteten, ressursene og mestringsevnen trues (Moesmand, 2012). Hvordan vi reagerer, påvirkes av flere faktorer som; alder, kjønn, fortid, nettverk, mestringsevne og bakgrunn (Skants, 2008).

Skants (2008) forteller om de vanligste reaksjonene i en krise og referere til de fysiske, psykiske og atferdsmessige reaksjoner. Kroppens fysiske reaksjoner viser seg ofte ved hjerteklapp, svetting, svimmelhet og mage/tarmproblemer. Ved de psykiske faktorer vil det første som skjer være at hjernen kutter de avanserte funksjoner som logisk tenkning og beslutningsevne. Dette gjør at prioritering og beslutningsevnen blir nedsatt og det blir vanskeligere å se ting objektivt. Det forklares også at man mister konsentrasjonen og at tankegangen foregår langsommere, man forstår dårligere. De følelsesmessige aspektene varierer også i stor grad fra person til person. Noen opptrer med apati, mens andre har en mer

heltemodig tilnærming. Det finnes med andre ord mange ulike måter å reagere på. Noen finner det vanskelig å kommunisere med andre, mens andre oppsøker kontakt. Andre reaksjoner som ofte oppstår er sinne og aggresjon, da gjerne mot personellet på avdelingen. Det er viktig at intensivsykepleieren ikke tar slikt sinne personlig. Mange opplever også gråt, mens andre igjen ikke feller en tåre (Skants, 2008).

Skants (2008) forklarer at innenfor krisepsykiatrien snakkes det om fire reaksjonsfaser etter akutte hendelser:

- 1) Sjokkfasen oppstår innen de første timene etter en hendelse. I denne fasen preges personen ofte av usikkerhet, indre kaos og forvirring.
- 2) Reaksjonsfasen er den perioden man tar hendelsen innover seg. Følelse av fortvilelse, rastløshet og engstelse er vanlig i denne fasen.
- 3) Bearbeidingsfasen er den fasen hvor det ikke alltid kommer reaksjoner til uttrykk.
- 4) Nyorienteringsfasen er den tiden man begynner å tilpasse seg til hverdagen igjen.

2.5 Pårørendes behov i en akutt kritisk fase

Stubberud (2010) beskriver hvordan intensivsykepleierens handlinger kan ivareta pårørendes behov. Det oppgis at det er viktig å gi pårørende mening av å være betydningsfulle og bruke de som en ressurs. Pårørende trenger informasjon om pasientens tilstand og behandling, tilrettelegging for å være til stede hos pasienten og god støtte fra intensivsykepleier.

Pårørende kjenner pasienten og kan fortelle hvem han er. I samtale med pårørende kan slik informasjon være til nytte i behandlingen (Stubberud, 2010).

2.5.1 Informasjon til pårørende

Intensivsykepleier bør gi informasjon om pasientens tilstand når pårørende trenger det. Informasjonsbehovet hos pårørende til akutt kritisk syke er ofte stort. En stressfaktor blant pårørende er å få for lite informasjon. De vil da kunne få en opplevelse av å være konstant engstelige og faren for at de feiltolker situasjonene er stor (Moesmand, 2012).

Det betyr mye for pårørende å bli pratet til, at intensivsykepleier gir dem oppmerksomhet og at de blir inkludert når viktig informasjon blir formidlet. Informasjon kan gjelde alt fra praktiske forhold til informasjon om den syke. Pårørende har ofte et behov for å bli informert

om pasientens tilstand og behandling, men de har ikke alltid krav eller rett på informasjon (Gulbrandsen og Stubberud, 2010).

I en akuttsituasjon er det for pårørende viktig å føle seg trygge på at den beste behandling og pleie blir utført, derfor bør informasjonen være konkret og ærlig, selv om det er en stor utfordring. Informasjon må tilpasses hver pårørende individuelt, og det bør brukes med et språk som dem uten helsefaglig bakgrunn forstår. Informasjon må ofte gjentas, da pårørende kan være i en krise og ha problemer med hukommelse og konsentrasjon (Gulbrandsen og Stubberud, 2010).

Pårørendes behov for informasjon omfatter pasientens medisinske behandling, hva som blir gjort for pasienten, hvorfor ting gjøres med pasienten og pårørendes behov for å snakke med lege hver dag. Søken etter informasjon er pårørendes mestringsstrategi. Tap av kontroll gjør at pårørende kan få økt opplevelse av psykologisk stress (Moesmand, 2012).

2.5.2 Tilrettelegging og støtte

For pårørende er det spesielt viktig å få være hos pasienten den første tiden etter innleggelse, spesielt når det er kritisk. Det betyr mye at de får lov å være i rommet eller i avdelingen. Ved å få være tilstede gir det pårørende følelsen av at de kan bidra, siden de kjenner pasienten best (Moesmand, 2012). Praktisk tilrettelegging fremgår også som viktig, som for eksempel; hvem de kan kontakte, hvor de kan sove, når de kan snakke med lege og kan de være i rommet under prosedyrer. Intensivsykepleieren er, i tillegg til familie og venner, en viktig ressurs for pårørende som nå trenger faglig og medmenneskelig støtte. De trenger hjelp for å mestre situasjonen de står i. Dette kan være gjennom å se pårørende, ta seg tid til dem, spørre om hvilke behov de har og svare på de spørsmål som måtte komme (Stubberud, 2010).

3.0 METODE

3.1 Valg av metode

Forskningsprosjektet gjennomføres i kvalitativt design. Intervjuguiden er utarbeidet med en fenomenologisk inspirert tilnærming. I det kvalitative forskningsintervjuet er hensikten å forstå verden ut fra intervjupersonenes side. Det søker å få frem erfaringer og opplevelser menneskene har til verden, uten at det finnes vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2010). Det er valgt systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse, inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud (Malterud, 2013). Metoden kan ifølge Malterud brukes selv av dem med lite erfaring innen kvalitativ forskning (Malterud, 2013). Til tross for at dette ikke er en ren fenomenologisk analyse, velger vi å beskrive både fenomenologien og hermeneutikken, for å belyse vår metode og analyse.

3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologien oppstod rundt år 1900 og Edmund G.A. Husserl (1859-1938) blir sett på som grunnleggeren (Kvale og Brinkmann, 2010; Thornquist, 2012). Han var opptatt av at kunnskap og kunnskapens natur og vilkår ble forstått. Hovedinteressen til Husserl var å undersøke bevisstheten, ikke studere empiriske fenomener (Thornquist, 2012).

Fenomenologi blir sett på som læren om det som viser seg og kommer til syne, og blir kalt bevissthetsfilosofi eller konstitusjonsfilosofi. I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik subjektet erfarer den. Denne filosofiske retning er alltid rettet mot noe, aldri tom. Menneskets bevissthet er for eksempel alltid rett mot noe og fra noe, noe som vil si at det alltid er bevissthet om noe (Thornquist, 2012). Husserl og Heidegger utvidet fenomenologien senere, til å omfatte menneskets livsverden (Kvale og Brinkmann, 2010). Husserl sier at menneskelig erfaring kjennetegnes ved direkte og umiddelbar opplevelse av helhetlig og meningsbærende fenomener. Denne levde erfaringsverden er hva forsker søker å forstå. Fenomenologisk beskrivelse har til hensikt å sette alle antakelser, forventninger og forforståelse til side. På denne måten vil fenomenet selv komme til syne (Thomassen, 2006). I intervjusituasjonen brukte vi som forskere en fenomenologisk tilnærming, slik at deltakernes opplevelser og erfaringer kom til syne.

3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er gresk og betyr forklaringskunst. Filosofene Friedrich Schleiermacher (1768-1834) og Wilhelm Dilthey (1833-1911) regnes som fedre av den moderne hermeneutikk. Moderne hermeneutikk går ut på å lage metodelære for fortolkning av meningsfulle fenomener og beskrive vilkårene slik at forståelse av mening blir mulig (Gilje og Grimen, 2011). I hermeneutikken er en av de grunnleggende tankene at vi aldri møter verden forutsetningsløst. Den tyske filosofen Hans Georg Gadamer er en av de mest sentrale teoretikerne i nyere hermeneutikk og utviklet begrepet forforståelse. Han sier at forforståelse er en nødvendighet for at det skal være mulig å forstå, verden møter vi aldri forutsetningsløst. (Gilje og Grimen, 2011).

Gilje og Grimen (2011) sier at den hermeneutiske sirkel er et begrep innenfor hermeneutikken og betyr at all fortolkning er i stadig bevegelse mellom helhet og del. Fortolkning av delen avhenger av hvordan helheten fortolkes og omvendt. Videre sier de at fortolkninger alltid blir forklart ved å vise til andre fortolkninger, og det finnes ingen vei ut av denne sirkelen (Gilje og Grimen, 2011). Ved å benytte systematisk tekstkondensering med fenomenologisk tilnærming setter vi vår egen forforståelse til side, og beveger oss fra del til helhet og helhet til del gjennom hele analyseprosessen.

3.2 Utvalg

3.2.1 Utvalgskriterier

Det er i vår studie foretatt et strategisk utvalg med ni intervjudeltakere. Utvalgskriteriene var videreutdanning i intensivsykepleie med minst 5 års erfaring fra intensivavdeling. I følge Malterud (2013) er et strategisk utvalg den metoden som mest sannsynlig er best for å kunne belyse problemstillingen i studien. Dette vil styrke den interne validiteten som gir utvalget relevans til fenomenet som skal undersøkes.

Vi har valgt å intervju tre intensivsykepleiere fra hver avdeling ved ulike intensivavdelinger i Norge, for å gi en variasjonsbredde i utvalget. Det er valgt lokalsykehus og universitetssykehus, som kan bidra til å beskrive flere nyanser av et og samme fenomen (Malterud, 2013). Vi valgte intensivavdelinger hvor ingen av oss tidligere har vært ansatt.

Vi har ikke gått ut i fra at kjønn og alder vil ha betydning i studiet, da erfaring, personlighet og kunnskap nødvendigvis ikke avhenger av dette.

3.2.2 Rekruttering av deltakere

Første ledd i studien var å kontakte forskningsenhetene ved sykehusene, for å få tillatelse til datainnsamling. Vi sendte mail til forskningsleder med informasjonsskriv, godkjennelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Fakultetets Etske Komité (FEK), samt prosjektbeskrivelse (Vedlegg 2, 3 og 4). Enkelte sykehus krevde kontaktperson ved intensiv avdeling (avdelingsleder), før søknaden kunne sendes til forskningsleder. Etter godkjennelse fra forskningsleder fikk avdelingsleder tilsendt de aktuelle dokumentene med forespørsel om å velge ut kandidater på bakgrunn av våre utvalgsriterier. Vi sendte ut forespørsel om deltakelse i studien til åtte ulike sykehus, hvor noen ligger under samme helseforetak. Vi fikk positiv tilbakemelding fra 3 sykehus, både lokal- og universitetssykehus.

3.3 Metode for datainnsamling

Informantene fikk på forhånd tilsendt et informasjonsskriv med tema for intervjuet, og hvor deltakerne ble opplyst om at de kunne trekke seg fra prosjektet hvis de måtte ønske det. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at hensikten med informert samtykke er at deltakerne deltar i studien på frivillig basis, og at de har mulighet til å trekke seg om de ønsker det.

Intervjudeltakerne i vår studie fikk også informasjon om hvordan vi skulle oppbevare og behandle informasjonen vi hentet. Det ble brukt kode for å registrere deltakerne, og denne koden er bare kjent for forskerne. Lydopptakene ble spilt inn på telefon med kode og transkribert ordrett av oss før de ble slettet. All data ble aidentifisert og oppbevart med kodelås.

3.3.1 Dybdeintervju

Dybdeintervju betyr at deltakerne intervjues individuelt. Problemstillingen i studien og relasjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt, sier noe om hvor dypt samtalen skal gå. Intervjuguide ble utarbeidet på forhånd. Det er i kvalitativ forskning ikke nødvendig å standardisere intervjusituasjonen, og intervjuguiden kan revideres underveis i studien når forskeren ser hvor fokus bør konsentreres. Samtalen kan raskt styres mot feltet hvor egen

eksisterende kunnskap befinner seg – forforståelsen, og samtalen kan raskt bli generell og overfladisk. Intervjuobjektet må derfor få vite hva slag kunnskap forskeren er ute etter, slik at det ikke oppstår misforståelser (Malterud, 2013).

I det fenomenologiske intervjuerspektiv er målet å hente inn data om deltakernes erfaringer. Intervjuet skal åpne for kunnskap som for intervjuobjektet er forankret i hans/hennes livsverden, med andre ord levende kunnskap. Det er viktig at den som intervjuer skaper en god intervjusituasjon for intervjuobjektet, slik at meningsinnholdet kommer frem i samtalen. Intervjuet skal være deskriptiv orientert, hvor best mulig beskrivelse av situasjonen kommer frem og hvor intervjuobjektets ord får skape bildene. Intervjuet skal foregå med et åpent sinn, men forskeren må holde på problemstillingen. På denne måten kan man fokusere på samtalen og bli rik på informasjon. Som forsker må man være forberedt på at fokuset i studien kan være et annet sted enn hva man i utgangspunktet forventer. Dersom forsker skal lære noe nytt fra intervjuobjektet, må han/hun utvikle følsomhet eller sensitivitet som intervjuer. Dette for å skape en situasjon preget av fortrolighet og trygghet, men også avgjørende for å klare å tilegne seg ny kunnskap (Malterud, 2013).

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Før vi gikk ut i feltet for å intervju deltakerne utførte vi to pilotintervjuer som bidro til at vi som nye forskere ble tryggere i situasjonen. Ved å utføre pilotintervjuer ble vi gjort oppmerksom på å sette vår egen forforståelse til side og fokusere på å lytte til deltakerne. Pilotintervjuene førte til at vi måtte legge til et spørsmål i intervjuguiden for å få et rikere materiale. Etter at pilotintervjuene var gjennomført hadde vi dannet oss tanker om foreløpige temaer, men opplevde under intervjuene at noen av temaene endret seg.

Vi startet intervjuene med og kort presentere studien selv om de på forhånd hadde fått utlevert informasjonsskriv. Dette for at vi kunne være sikre på at informasjonsskrivet var lest og forstått. Intervjuene ble tatt opp med to båndopptakere og transkribert fortløpende før de ble slettet. Ved bruk av to båndopptakere følte vi oss tryggere på at materialet ble lagret og vi kunne fokusere på deltakerne. Det var satt av totalt 1 time per intervju og alle intervjuene ble utført i løpet av en tidsperiode på 3 uker. Alle intervjuene ble utført på et kontor ved deltakers arbeidsplass. Vi transkriberte halvparten av intervjuene hver og skrev ned alle ord og setninger så nøyaktig som mulig.

3.4 Forskningsetiske overveielser og tillatelser

Studien er godkjent av NSD og FEK. Som forsker i Norge er man også bundet av helseforskningsloven når det gjelder retningslinjer for forskning. Forskningsprosjektet har fulgt prinsippene ved helseforskningsloven (2010) ved at vi hele tiden har vært kritisk bevisste i forhold til prosjektet og ved kontakt med informantene i studien. Alle godkjenninger var i orden før vi sendte ut forespørsel ved de aktuelle sykehusene. Deltakerne fikk igjennom informasjonsskrivet informasjon om fordeler og ulemper ved studien. De kan når som helst trekke seg før oppgaven blir levert inn. Det ble gitt informasjon om at dette ville være i mai 2014. Ingen av deltakerne trakk seg fra studien. Samtykkeskjema ble oppbevart innelåst i skuff hos forsker.

3.5 Metode for analyse av data

En analyse skal gjennomføres på en slik måte at de som kommer etter, enkelt kan følge trinnene i analyseprosessen og kunne forstå konklusjonene forskerne har kommet frem til. I analysen av kvalitativt materiale, stiller vi spørsmål ved all data som er samlet inn. Alt materialet leses igjennom og organiseres med bakgrunn i dette. Til slutt gjenfortelles funnene på en forståelig, systematisk og relevant måte (Malterud, 2013). I analysen av materialet benyttes systematisk tekst kondensering av Malterud, som består av en metode med fire analysetrinn.

- 1) Materialet leses igjennom for å skape et helhetsinntrykk og danne foreløpige temaer.

I første del av analysen leste begge forskerne, hver for seg, igjennom alt materialet ord for ord. Foreløpige temaer som var kommet frem, ble satt til side, slik at vi var åpne for nye inntrykk. Hver forsker noterte ned aktuelle temaer og møttes for å sammenlikne funnene. De funnene som var like satte vi i samme gruppe og noen enkeltfunn ble lagt til side. Vi laget et skjema med oversikt over veiledende temaer som kom frem. Det ble totalt 8 funn som var: 1) Informasjon. 2) Omsorg. 3) Kommunikasjon. 4) Sjokk og krise. 5) Barn. 6) Tilstedeværelse. 7) Tillit. 8) Kunnskap og erfaring.

- 2) Meningsbærende enheter som kan belyse problemstillingen identifiseres og kodes med bakgrunn i temaene fra første analysetrinn.

Sammen gikk vi gjennom intervjuene linje for linje, for å finne meningsbærende enheter, temaer. Vi la farge på de ulike temaene, slik at vi lettere kunne identifisere dem. I arbeidet med å finne temaer i setningene, fant vi ut at det var mange som omhandlet det samme, og vi satte dem derfor inn under samme tema. Delene fra teksten som vi ikke fant relevante la vi i en egen "blank" bunke for senere gjennomgang. Alle tekstbitene ble merket for å knytte dem opp til deltakerne, for at vi som forskere fortsatt kunne beholde oversikten.

3) Kodegruppene sorteres og deles inn i subgrupper, fra kode til mening.

Vi begynte med å skille de meningsbærende enhetene og grupperte dem etter koder. Vi oppdaget at noen av kodene omhandlet det samme, noe som gjorde at vi kunne slå dem sammen. På dette tidspunktet fant vi ut at temaet "barn" måtte forkastes på grunn av at fokuset i oppgaven var basert voksne pasienter. Dette burde kommet klarere frem i informasjonen før intervjuene, noe vi tar som kritikk til oss selv. Da vi hadde sortert kodene, kom vi frem til tre midlertidige temaer. Disse tre var: 1) Informasjon. 2) Omsorg. 3) Sjokk/krise. Under hvert tema fikk vi to-tre subgrupper. I hver subgruppe hentet vi frem de meningsbærende og relevante enhetene og lagde et kondensat i jeg-form. Dette gjorde vi for å representere hvordan deltakerne uttrykte seg under intervjuene. I forbindelse med kondensatet fant vi et "gullsitat" som midlertidig belyste subgruppen.

4) Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene lages det en analytisk tekst for hver kodegruppe, skrevet i tredjeperson. Dette legger grunnlag for utvikling av nye beskrivelser, da bitene igjen analyseres og settes sammen.

Vi gikk tilbake og åpnet hvert tema og leste gjennom subgruppene og kodegruppene. Dette for å trekke ut essensen av dem, og for å utvikle kategorier. Nå hentet vi også frem tekstene fra bunken som ikke var kodet og gikk igjennom disse for å vurdere om de tilhørte noen av subgruppene. Vi fant noen sitater som passet inn, men det utviklet seg verken nye koder eller nye subgrupper. Deretter lagde vi en analytisk tekst i tredjeperson som gjenforteller deltakernes utsagn. Vi var hele tiden bevisste på at denne teksten ikke var en tolkning, men en sammenfatning av deltakernes historier. Vi opplevde at en av subgruppene tilhørte et av de andre temaene, og måtte derfor flytte på det. Ingen av de tre temaene ble tatt bort, men de skiftet navn slik at det ble tydeligere hva ulike temaene representerer og vi fikk følgende kategorier: 1) Informasjon 2) Omsorg og 3) Sjokk og krise.

3.6 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet i kvalitativ forskning sier noe om studiens nøyaktighet og konsistens, og er avgjørende for evalueringen av kvaliteten (Kvale og Brinkmann, 2010; Polit og Beck, 2010).

Kvale og Brinkmann (2010) skriver:

Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Dette har å gjøre med om intervjupersonen ville endre sine svar i et intervju med en annen forsker (Kvale og Brinkmann, 2010, s.250).

Validitet forteller om det som er sant og riktig (Kvale og Brinkmann, 2010). Malterud (2013) omtaler begrepene intern validitet og ekstern validitet. Med intern validitet forklares det hva metode og materialet sier noe om, hva det er sant om. Ved all forskning vi utfører bør vi derfor spørre om metoden vi bruker leder oss på rett vei for å finne kunnskap som kan belyse problemstillingen. Dette innebærer hvor relevant problemstillingen er, utvalget, datainnsamlingen, den teoretiske referanserammen, analysestrategien og presentasjonsformen er for å finne gyldige svar (Malterud, 2013). Kvale og Brinkmann (2010) sier at validitet handler om metoden er godt nok egnet for å studere det fenomenet som forskes på. Malterud (2013) sier at ekstern validitet gjelder overførbarhet. Kan funnene våre gjelde utenfor den konteksten vi har kartlagt? For å finne ut av dette må forsker se på utvalget materialet er hentet fra, hva slags kunnskap man ønsker å utvikle og rekkevidden funnene kan få. Den eksterne validiteten blir lav dersom man kun forholder seg til den lokale konteksten og ikke ser på om kunnskapen er overførbar. Dersom resultatene fra en studie vurderes som pålitelige og gyldige, kan man se på om resultatene er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner. Gyldigheten ved funnene kan styrkes dersom flere er enige om konklusjonen.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Gjennom analysen fant vi tre hovedtemaer: 1) Omsorg – ”du er ikke alene”, 2) Informasjon til pårørende- ”taushetsbelagt informasjon”, ”trygghet i det utrygge”, ”konkret og ærlig informasjon” og ”pårørende i et høyteknologisk miljø” 3) Sjokk/krise- ”Aksept for ulike reaksjoner i krise” og ”basale behov”. 1) Omsorg handler om intensivsykepleiers evne til å se pårørende. 2) Informasjon gikk ut på at intensivsykepleier prøvde å oppnå tillitt hos pårørende ved å være konkret og ærlig i sine uttalelser, i tillegg til at det var utfordrende å sette av nok tid til dem og overholde taushetsplikten. Informasjon om utstyret i rommet nevnes også som viktig. 3) Mange intensivsykepleiere opplevde at pårørende var i en sjokk/krise situasjon, hvor pårørende hadde mange ulike reaksjoner og problemer med å ta vare på seg selv.

4.1 Du er ikke alene

De fleste deltakerne nevner at omsorgen for pasienten alltid er første prioritet, noe pårørende som regel har forståelse for. Videre påpeker de at det er viktig at pårørende får komme inn å se, men at de ofte må vente en del ute på grunn av prosedyrer og undersøkelser.

Det viktigste er at de får komme inn og se, og heller gå ut igjen. Om det så er veldig kort.

Noen av deltakerne fortalte at for dem var det viktig å vise seg tilgjengelig for pårørende, selv om de hadde mye å gjøre. Flere nevner også at pårørende ikke skal være alene, og prøver å tilstrebe at det sitter noen sammen med dem de første timene. Dette kan være intensivsykepleier fra avdeling, sykehusprest eller andre familiemedlemmer. Flere av deltakerne forteller historier om pårørende som er blitt sittende alene på venterommet med egne tanker og følelser.

Vi prøver også når vi tar dem med ut i avdelingen, sånn for første gang, å ha med en sykepleier som tar seg av de pårørende. Aller helst en som bare har i oppgave å ta seg av pårørende, men det er selvfølgelig helt avhengig av pasientsituasjonen.

4.2 Informasjon til pårørende

4.2.1 Taushetsbelagt informasjon

Flere av deltakere uttrykker at det er vanskelig å overholde taushetsplikten når pasientene ligger på tomannsrom eller storstuer. Deltakerne sier at de forsøker å være fleksible med besøkstider det første døgnet, men at dette må tilpasses etter forholdene. Noen av deltakerne forteller også at det må være klart hvem pårørende er.

Det viktigste er at de er her så mye som mulig. Vi har jo tomannsrom og da er det ikke alltid at det passer at de er inne på rommet. Vi begrenser det i alle fall hvis det er to på rommet.

En deltaker forteller også om en hendelse hvor politiet var involvert og hvor helsepersonellet ikke kunne informere pårørende med hele sannhetene. Dette opplevdes som vanskelig.

Det var ikke min oppgave å fortelle det til familien... det kan politiet og etterforskerne fortelle... men jeg kan undre meg med dem.

4.2.2 Trygghet i det utrygge

Mange nevner at det er utfordrende å sette av tid til å gå i fra pasienten, men at de prioriterer å gi løpende informasjon, noe som gir trygghet til pårørende. En deltaker forteller om utfordringen i å få tiden til å strekke til når man skal drive intensiv behandling samtidig som at man skal ha tid til pårørende. Fire deltakere sier at det viktig for dem at pårørende ikke føler seg glemt.

Det er veldig vondt å bli sittende på et venterom lenge, og det er ingen som kommer og forteller hva som skjer. Sitte der med sine egne tanker, og er redde for hva som skjer.

Noe av det vanskeligste for deltakerne er når pårørende ikke stoler på intensivsykepleierne og møter dem med vantro og mistillit. Enkelte deltakere opplever at pårørende stoler mer på legene enn på intensivsykepleierne. Derfor er det viktig for mange at det blir etablert et tillitsforhold til pårørende tidlig, slik at pårørende kan føle seg trygg på intensivsykepleier.

Ofte stoler de mer på legene enn på sykepleierne som går til og fra, jo oftere en snakker med de jo oftere får man oppnådd den her kontakten. Sånn at du ser etter hvert i øynene at nå begynner de å stole på oss.

4.2.3 Konkret og ærlig informasjon

Deltakerne sier at pårørende har et stort behov for informasjon, og flere nevner at det er viktig at informasjonen er konkret og kortfattet. En av deltakerne sier også at man må være bevisst i måten man kommuniserer på, slik at ting ikke misoppfattes.

Ord som stabilt er... da tror noen at det er greit, men det trenger ikke å bety det. Det kan bety stabilt dårlig. Være litt obs på hvordan man formidler ting. At det nødvendigvis ikke betyr noen forbedring. Observasjoner er stabile, men kanskje andre ting har forandret seg. Det er veldig variabelt hvordan de oppfatter det vi sier. Vi må være observante på hvordan vi legger ting frem.

Mange deltakere sier at pårørende ofte stiller spørsmål om diagnose og utfallet av behandlingen. Det å våge å være ærlig er utfordrende, men fremstår som en viktig del i dialog med pårørende. Samtidig påpeker flere av deltakerne at det er viktig å gi pårørende håp.

... nyansere det med at vi har ikke helt kontroll. Endringer kan skje. Det vet vi. Det er ikke sikkert at det går godt. Vi må tørre å si det...

En deltaker forteller at det er viktig å være ærlig, men noen ganger er ikke pårørende mottakelig for all informasjon, og informasjonen må da tilpasses hver enkelt.

Mange av deltakerne viser til praktisk informasjon som en viktig del av arbeidet med pårørende. Med dette menes hvor de kan parkere, hvor de kan få tak i mat, hvordan de skal forholde seg til rutinene i avdelingen, kontakt med avdelingen når de er hjemme og informasjon om utstyr, behandling og diagnose.

... det er veldig godt for dem å ha litt sånn konkret. Hvordan de skal forholde seg, gi dem tydelig beskjed om hvordan de skal opptre, hvor de skal få være....

4.2.4 Pårørende i et høyteknologisk miljø

Flere av deltakerne sier det er viktig at pårørende får informasjon om utstyret som blir brukt i rommet, da dette kan virke skremmende på de som ikke har vært i en intensivavdeling før.

Noen mente også at det var viktig at det så rent og pent ut rundt pasienten, for eksempel at blodflekker dekket til.

... jeg informerer gjerne om hva de forskjellige tingene er... hva som møter de i form av alt det utstyret vi bruker. At hva en respirator er, hvor de slangene går og alle pumpene og hva de forskjellige medikamentene gjør.

4.3 Aksept for ulike reaksjoner i krise

Mange av deltakerne opplever at pårørende er i en sjokk- og krisesituasjon, og de erfarer mange ulike reaksjoner. De som nevnes er aggressivitet, forvirring, taushet, apati, gråt og redsel.

.. Jeg har også opplevd noen som er aggressive. Og noen spør kanskje ingenting, de vil bare forsvinne..

Flere av deltakerne synes det er utfordrende å møte pårørende i den første fasen, da de ikke vet hvilke reaksjoner og behov de pårørende vil ha. For noen av deltakerne er det viktig å gi pårørende aksept for ulike reaksjoner og møte de der de er, selv om det kan være vanskelig. En deltaker forteller at det kan være vanskelig med pårørende som blir sinte og lar det gå utover intensivsykepleier.

Jeg prøver å roe ned å være ydmyk og nøyaktig i informasjonen. Gi de forståelse for at de er opprørte og at det er lov til å være helt ute av balanse i en slik situasjon. Det er på ingen måte noe som er upassende.

To av deltakerne mente at tidligere erfaringer styrket dem i møte med pårørende.

Noe jeg har lært igjennom årene er at det kanskje ikke er de fine ord og de flotte frasene som er viktigst, men at jeg viser at jeg bryr meg.... Som nyutdannet så burde jeg fikset det, si noe og bli ferdig med det, men jeg har erfart at det er ikke så lett. Det er ingen oppskrift på hvordan man skal forholde seg eller hva man skal si som er de rette ordene.

4.3.1 Basale behov

Deltakerne forteller om møter med pårørende i sjokk og krise. I denne fasen var de ofte ute av stand til å ivareta egne grunnleggende behov som drikke, mat og søvn. Mange av deltakerne forteller at de derfor må hjelpe pårørende til å ivareta disse behovene. Noen av deltakerne sier

at pårørende ofte må minnes om å trekke seg tilbake, gå ut å lufte seg, slik at de får samlet krefter og har energi til å være der for pasienten senere i forløpet.

..Jeg tror det er viktig å hjelpe dem til å ta vare på seg selv også. De vil gjerne sitte inne hos pasienten hele tiden, forsaker sine egne behov, sant. De orker ikke spise. Klarer ikke sove... Det første døgnet er jo spesielt tøft.

5.0 DISKUSJON

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi som den fundamentale grunnmuren i studien. Gjennom analysen kom det frem tre hovedkategorier: omsorg, informasjon og sjokk/krise. I studien er vi kommet frem til at det er omsorg som ligger til grunn for de valg og den fremtoning intensivsykepleierne har i møte med pårørende.

5.1 Du er ikke alene

5.1.1 Pasienten er alltid førsteprioritet

For de fleste deltakerne i vår studie er pasienten alltid førsteprioritet, dette har de pårørende stort sett forståelse for. Moesmand og Kjøllesdal (2012) sier at i den perioden det arbeides hektisk rundt pasienten må pårørende komme i andre rekke. I studien til Ågård og Lomborg (2010) sier intensivsykepleierne at pårørende ofte har god forståelse for når de kan være til stede i avdelingen. Stubberud (2010) skriver at pårørende godtar å vente ute, men at det oppleves frustrerende å føle seg glemt. Intensivsykepleier kan bli mer oppmerksom på at pårørende bør få komme inn raskest mulig etter at prosedyrer og stell er utført. I følge Moesmand og Kjøllesdal (2012) bør helsepersonell vise respekt og gjøre seg kjent med pårørende slik at de kan sette seg inn i hvordan pårørende har det. Dette kan danne grunnlaget for hvordan sykepleie hun velger å gi til pårørende. Moesmand (2012) sier at psykologisk stress kan endre opplevelsen av tid, derfor bør helsepersonellet legge til rett for at pårørende får komme inn til pasienten så fort som mulig, om det så er veldig kort. Stubberud (2010) sier videre at pårørendes opplevelse av angst og stress på denne måten reduseres, ved at de får være mest mulig sammen med den syke. Stayt (2006) fant i sin studie at intensivsykepleierne følte seg dratt mellom pasient og pårørende. De følte også at ettersom pårørende kunne uttrykke sine behov verbalt sett, i motsetning til en intubert og sedert pasient, endte det med at de måtte ta seg av de pårørende først. Moesmand (2012) skriver at for pårørende er noe av det viktigste etter at akutt kritisk sykdom har inntrådt å bli orientert om at pasienten får den beste behandling og pleie, samt at ubehag og smerter pasienten plages av lindres. Videre sier hun ved at intensivsykepleier gir omsorg til pasienten vil også pårørende føle omsorg. Martinsen (2003) sier du skal være mot andre, som du vil at andre skal være mot deg. Likevel vil det i omsorgsarbeidet fortone seg litt annerledes da det ikke er et likeverdig gi- og ta- forhold (Martinsen, 2003).

Våre funn peker på at prosedyrer og undersøkelser som blir gjort, ofte er uten pårørende til stede. Vi stiller spørsmål ved om det er intensivsykepleier eller lege som ønsker at pårørende skal vente ute eller om det er pårørende selv som vil unngå å være til stede når prosedyrer og undersøkelser utføres. Frivold og Dale (2013) fant at intensivsykepleier stadig møter begrensninger, som gjør det vanskelig å inkludere pårørende så mye som man ønsker. Stubberud (2010) mener at pårørende kan delta i de praktiske gjøremålene rundt pasienten der hvor det er naturlig. Ofte vil ikke dette bli aktuelt før etter noen dager da pårørende trenger å bli trygge i situasjonen.

En studie gjort av Ågård og Maindal (2009) viser til at de i Danmark har en lang tradisjon rundt det å praktisere fleksible besøkstider og at de tillater pårørende å være ved pasientens seng store deler av døgnet, samt at de får delta i daglig rutiner og stell. Det kan være en utfordrende oppgave å skulle samarbeide med pårørende, derfor vil det kreves gode ferdigheter fra intensivsykepleier for å håndtere de ulike situasjonene. Intensivsykepleierne må tilegne seg kunnskap om hvert individs behov, dette gjelder både pasient og pårørende, slik at hun kan gi dem den omsorg og støtte de trenger (Ågård og Maindal, 2009). I Norge har de fleste intensivavdelingene fri visittid og pårørende kan besøke pasienten hele døgnet. Den politikken intensivavdelingene fører i forhold til besøkstider bør overholdes for å unngå konflikter mellom pårørende og personalet (Stubberud, 2010). Erfaringen vår tilsier at pårørende vil det beste for pasienten, derfor setter de som regel ikke krav til å komme inn dersom intensivsykepleier ber dem vente.

5.1.2 Viktig å vise seg tilgjengelig

Deltakerne i studien påpekte at selv om de hadde mye å gjøre, var det viktig for dem å vise pårørende at de var tilgjengelige. Stubberud (2010) skriver at hensikten med å ivareta pårørendes behov er å sørge for at de skal klare å mestre situasjonen mest mulig hensiktsmessig. Intensivsykepleier skal på en faglig måte vurdere situasjonen og vise omsorg i form av å være åpen og medfølende overfor pårørendes situasjon. I en studie gjort av Kinrade et.al. (2009) fant de at pårørendes helse og velvære påvirkes av følelser og psykologiske stressfaktorer, og den støtten de mottar fra intensivsykepleier er betydningsfull. Vi som sykepleiere vet hvor krevende mottak av nye pasienter kan være og hvor hektisk det er å jobbe med akutt kritisk syke pasienter. Pårørende ønsker å være til stede hele tiden og har samtidig selv behov for å bli ivaretatt. Samtaler og omsorgsfulle handlinger kan bidra til å

skape den tillitt og trygghet pårørende trenger i den akutte fasen av sykdomsforløpet. I følge Moesmand og Kjøllesdal (2012) kan det være vanskelig å utvikle og opprettholde god kommunikasjon i et høyteknologisk miljø. Intensivsykepleier skal ikke opptre rutinemessig, men se hvert enkelt individ. Pårørende har et stort behov for å bli sett, lyttet til og trøstet og fortjener å bli behandlet med stor respekt og verdighet.

5.1.3 Behovet for å ha noen hos seg

Mange av deltakerne i studien vår mente at pårørende burde ha noen hos seg den første tiden etter at de var ankommet intensivsenheten. Moesmand (2012) mener at det er pasientens primærsykepleier som bør møte pårørende, da spesielt ved første møte. En annen sykepleier kan imellomtiden ta over ansvaret for pasienten. Pårørende får da anledning til å bli kjent med intensivsykepleieren som utøver behandling og pleie til pasienten, noe som kan trygge pårørende og gi dem en viss grad av kontroll over situasjonen. Engstrøm og Söderberg (2005) fant i sin studie at på samme tid som intensivsykepleier måtte ta seg av den syke pasienten, ville de også yte omsorg for pårørende. Derfor mente de at det beste var om en intensivsykepleier var hos pårørende og en intensivsykepleier sammen med den akutt kritisk syke pasienten, spesielt rett etter ankomst i intensivavdelingen. Samtidig ønsket intensivsykepleierne i studien å ha en prest til stede som kunne ta seg av de dype samtalerne med pårørende. I studien til Almerud et al. (2007) sa et av funnene at møte med pårørende er svært følelsesladd. Sykepleier og lege, kan enten på grunn av mangel på tid eller mangel på erfaring med pårørende, ofte bruke andre profesjoner, som for eksempel prest, til å ta seg av pårørende. Moesmand (2012) sier at dersom pårørende bruker venner som støtte må intensivsykepleier være observant på at de får den hjelpen de trenger for å ivareta sine behov.

Det å skulle ta seg av pårørende er utfordrende og som en intensivsykepleier i vår studie uttalte, så er det «ikke de fine ord og flotte frasene som er det viktigste, men at jeg viser at jeg bryr meg...» Videre nevner hun at det ikke finnes noen oppskrift på hvordan intensivsykepleier skal opptre i de ulike situasjonene, men man kommer langt med å være et medmenneske og vise at man er til stede for pårørende. En intensivsykepleier i Stayt (2006) sin studie fortalte en historie hvor hun hadde mye å gjøre med pårørende og hvor hun opplevde at det var svært vanskelig å finne de riktige ordene å si til dem. Alt hun egentlig ønsket var å si noen magiske ord som kunne fikse alt eller i det minste gjøre ting bedre (Stayt, 2006). I en studie av Engstrøm og Söderberg (2005) sier noen av intensivsykepleierne at som

nyutdannet var det vanskelig å se pårørende og ivareta deres behov. Martinsen (2003) sier at det er viktig å forstå den andres situasjon og være et medmenneske. Fox og Jeffrey (1997) gjorde en studie i Canada, hvor noen intensivsykepleiere mente at det ikke var deres oppgave og ivareta pårørendes følelsesmessige behov. Ågård og Maindal (2009) gjorde derimot en dansk studie, hvor de fant at intensivsykepleierne så på det som sitt ansvar å ivareta pasientens pårørende (Ågård og Maindal, 2009). Engstrøm og Söderberg (2005) foretok en studie i Sverige hvor noen intensivsykepleiere mente pårørende var blitt en større og viktigere del av arbeidet de siste årene. Andre deltakere i denne studien mente pårørende alltid hadde vært viktig. Stubberud (2010) skriver at det er pårørende som kjenner pasienten og kan fortelle hvem det er. Informasjon pårørende gir kan være viktig i behandlingen og intensivsykepleier bør gi pårørende en opplevelse av at de er betydningsfulle i arbeidet med pasienten.

Martinsen (2003) snakker om moral i sin omsorgsfilosofi. Med dette mener hun at vi skal handle til den andres beste. I samhandling og dialog med andre mennesker opparbeides og tilegnes moral, og det er vår grunnleggende moral som avgjør hvordan vi handler i de ulike situasjonene (Martinsen, 2003). Helsepersonell handler som Martinsen (2003) sier utfra et ønske om å ville den andre vell. Vi har erfart at pårørende til akutt kritisk syke pasienter opplever hendelsen som svært frustrerende og at det er mange tanker og følelser involvert. Vi må tørre å stå i situasjonene, men samtidig våge å koble inn andre fagfolk som for eksempel prest, dersom det er behov for det. Som kommende intensivsykepleiere er det viktig at vi ser vår egen begrensning, noe som kan være en styrke i seg selv. I en studie gjort av Engstrøm og Söderberg (2005) fant de at den viktigste måten intensivsykepleierne kunne vise omsorg og støtte på var å være nær pårørende og vise at de brydde seg. Stubberud (2010) skriver at hensikten med å ivareta pårørende er å hjelpe dem til å mestre situasjonen på best mulig måte slik at de kan være en ressurs for pasienten (Stubberud, 2010). Det krever mye av intensivsykepleier å jobbe med intensivpasienten og det er derfor en utfordring og forholde seg til både pasient og pårørende på samme tid (Moesmand, 2012).

5.2 Informasjon og trygghet til pårørende

5.2.1 Taushetsbelagt informasjon

Noen av intensivsykepleierne i studien uttrykker at det kan være utfordrende å overholde taushetsplikten når informasjon skal formidles til pårørende. Pasientens pårørende er den pasienten selv oppgir. Dersom pasienten ikke er i stand til å oppgi nærmeste pårørende tas det i følge pasient- og brukerrettighetsloven utgangspunkt i følgende rekkefølge:

ektefelle/samboer/partner, barn over 18 år og foreldre (Lov av 2013-06-21 nr.79). Hensikten med helsepersonell loven § 21 er å hindre at sensitive opplysninger kommer ut (Lov av 2013-06-21 nr.82). Som sykepleiere er det derfor vårt ansvar å kartlegge familieforholdene, slik at viktig informasjon blir gitt til hoved pårørende. Pasientrettighetsloven § 3.3 sier at hoved pårørende kan få informasjon dersom pasienten samtykker til det. Dersom pasienten ikke kan ivareta sine behov og er over 16 år har også pårørende rett på informasjon (Lov av 2013-06-21 nr.79).

En av deltakerne i vår studie fortalte en historie hvor politiet var involvert, og hvor hun som intensivsykepleier mente det var politiets ansvar å gi informasjon. Hun opplevde det som vanskelig da hun satt med informasjon hun ikke kunne dele med pårørende. Selv bundet av regler sier Martinsen (2003) at man skal handle moralsk forsvarlig. Kravet sier hun er at reglene vi handler etter må ta hensyn til de svake, og det er vår egen omsorgsmoral som ligger til grunn for hvordan vi handler i situasjoner som krever et valg mellom behov og rettigheter. Videre sier hun at dersom vi handler kun ut i fra regler vil det ikke være rom for refleksjon, men vi må også sette oss inn i hvilke konsekvenser våre handlinger får. Stubberud (2010) sier at det kan være utfordrende og overholde taushetsplikten for intensivsykepleier dersom pårørende krever informasjon pasienten ikke har samtykket til. Situasjoner som dette kan oppstå dersom pasienten innlegges akutt i sykehus. Det er hensynet til pasienten som skal prioriteres. I en studie gjort av Engstrøm og Söderberg (2005) sa noen av intensivsykepleierne at dersom pasienten var ved bevissthet og i stand til å kommunisere, ba de pasienten si hvem nærmeste pårørende var og hva slags informasjon han/hun ønsket de skulle få. Det ble sett på som utfordrende dersom pasienten ikke kunne gjøre rede for seg eller var bevisstløs. Intensivsykepleierne opplevde det som vanskelig når det ringte mennesker til avdelingen som sa de var pårørende uten at dette var dokumentert (Engstrøm og Söderberg, 2005). Dersom pasienten hadde mange slektninger, ba ofte intensivsykepleierne om at en av dem ble utnevnt som hoved pårørende og at den personen hadde ansvar for å videreformidle all informasjon

gitt fra helsepersonell (Engstrøm og Söderberg, 2005; Stubberud, 2010). Vi har gjennom praksis erfart at taushetsplikten kan være utfordrende og overholde da det ikke alltid finnes retningslinjer for hvor mye informasjon pårørende har krav på.

Intensivsykepleierne i vår studie uttrykte at det var vanskelig å overholde taushetsplikten når pasientene ligger på storstuer. Det er i Helsedirektoratets Rundskriv (2010) skrevet om helsepersonells taushetsplikt i forbindelse med organiseringen på avdelingene ved sykehusene. Det kan være utfordrende å hindre at sensitive opplysninger overhøres da det ofte ligger flere pasienter på samme rom. Spesielt under legevisitten og i pleiesituasjoner må pleierne være oppmerksomme på hva som blir sagt. Stubberud (2010) sier at avdelingen må ta hensyn til personvernet når pasienter deler rom og derfor må helsepersonell være oppmerksom på når pårørende kan være til stede. I studien til Frivold og Dale (2013) fant de at storstuene hindret pårørende fri besøkstid, blant annet på grunn av hensynet til andre pasienter og taushetsplikten.

5.2.2 Trygghet i det utrygge

Intensivsykepleierne i vår studie sier at de prioriterer å gi pårørende løpende informasjon, for å gi dem trygghet i det utrygge. Det er helsepersonells ansvar å sørge for at pårørende forstår den informasjonen som blir gitt. Hvordan pårørende oppfatter den informasjonen som gis, avhenger av innholdet, vektleggingen og hvordan informasjonen blir lagt frem. Det blir sagt at korte og konkrete forklaring oppfattes lettere enn de som er lange (Moesmand og Kjøllesdal, 2012). Ifølge Stubberud (2010) er det viktigste for pårørende å få informasjon om hvordan det går med pasienten, og vissheten om at den beste behandling og pleie er iverksatt (Stubberud, 2010; Moesmand, 2012). Frivold og Dale (2013) fant at informasjon var noe mange intensivsykepleiere brukte mye tid på (Frivold og Dale, 2013). Det er viktig å presisere at pasienten alltid kommer først, men pårørende har et stort behov for informasjon, spesielt i den initiale fasen av sykdomsforløpet. Alvorlig syke pasienter er ofte sedert, derfor er det pårørende som trenger trygghet gjennom informasjon den første tiden (Stubberud, 2010).

Noen av deltakerne i vår studie sa at for dem var det viktig at pårørende ikke ble glemt. De uttrykte at det var vondt for pårørende å bli sittende lenge på et venterom, med egne tanker og følelser og en redsel for hva som foregikk. Flere av deltakerne i studien til Frivold og Dale (2013) sa at det for dem var viktig å gi pårørende kontinuerlig informasjon, slik at de

oppretholdt kontakten og at pårørende da ikke følte seg glemte. Stubberud (2010) skriver at pårørende i en intensivavdeling ofte må vente en del utenfor pasientrommet. Det kan være mange ulike grunner til dette, men blant annet kan det ha med ulike prosedyrer å gjøre, akutt situasjoner som har oppstått og stell av pasienten. Pårørende godtar som regel å måtte vente ute, men de kan oppleve det frustrerende å føle at de blir glemte (Stubberud, 2010).

5.2.4 Tillit til intensivsykepleierne

Noen av deltakerne i studien opplevde det som vanskelig når pårørende ikke klarte å stole på intensivsykepleierne. Etablering av et tillitsforhold til pårørende tidlig var derfor viktig for deltakerne. Moesmand og Kjøllesdal (2012) skriver at tillit er viktig gjennom sykdomsforløpet. Videre skriver de at det er i den første fasen utviklingen av tillitt mellom intensivsykepleier, pasient og pårørende oftest oppstår. Tillitt sier noe om forventningene vi har til hverandre, og i et sykepleier-forhold vil dette vise seg ved at pasient lar andre ta vare på seg når han/hun ikke klarer det selv. Tillitt er derfor en viktig faktor mennesker imellom. For intensivsykepleier er det viktig å oppnå en god kontakt med pårørende, slik at de sitter med en opplevelse av å bli sett og hørt. Informasjon er selve «hjørnesteinen» i det å skulle bygge opp et tillitsforhold, og intensivsykepleier må derfor tilstrebe og gi god informasjon, orientere om situasjonen, berolige pårørende og gjenta informasjon til de som skulle trenge det. Hvordan intensivsykepleier legger frem informasjon kan styrke samholdet og tillitten til pårørende (Moesmand og Kjøllesdal, 2012). Intensivsykepleierne må prøve å forstå pårørendes opplevelse av situasjonen og finne ut av deres behov i forbindelse med at deres nære er innlagt ved en intensiv avdeling (Cypress, 2011). En intensivsykepleier i studien til Almerud et al. (2007) sier at det prates mer med pårørende enn med pasientene. De kan verbalisere de behov pasienten har, da pasienten ikke alltid er våken og kan formidle det selv (Almerud et al., 2007; Moesmand og Kjøllesdal, 2012). Frivold og Dale (2013) fant i sin studie at det var viktig for intensivsykepleier og klare å være personlig, men samtidig ikke privat. For mange av deltakerne i studien var det også viktig og klare å formidle tillitt og trygghet til pårørende. Dette kunne for eksempel være at avtaler ble fulgt opp og at man kunne stå for det man sa og formidlet til pårørende. En av intensivsykepleierne mente at dersom man ga mye av seg selv og var åpen, så ble det enklere å få kontakt med pårørende (Frivold og Dale, 2013). En studie gjort av Engstrøm og Söderberg (2005) sa intensivsykepleierne at de opplevde at pårørende klandret dem dersom de ikke fikk nok informasjon. Intensivsykepleierne hadde erfart at pårørende var kritiske, stresset og

aggressive mot dem. Dersom forholdet mellom intensivsykepleier og pårørende fikk en tøff start kunne det ta lang tid før det ble bra. Vi har erfart at det som skaper tillitt til intensivsykepleier er å være ærlig og skape en trygg ramme rundt pårørende. Martinsen (2003) sier at det er hvordan den teoretiske kunnskapen integreres hos sykepleier, som er avgjørende for bruk i omsorgsarbeidet. En sykepleier tilegner seg ikke uten videre faglig- og praktisk dyktighet innen omsorg, ved å studere sykepleie og medisin. Det å være faglig dyktig som sykepleier, forutsetter at praktiske ferdigheter og teoretisk kunnskap blir integrert som en enhet. I omsorgssituasjonen vil den teoretiske kunnskapen være der i måten sykepleier bruker det ulike utstyret på i arbeidet med pasienten (Martinsen, 2003). Slik vi ser det, vil intensivsykepleiers måte å formidle både teoretisk og praktisk kunnskap, kunne bidra til at pårørende utvikler et godt tillitsforhold.

Deltakerne i studien vår opplevde at pårørende ofte hadde mer tillitt til legene enn intensivsykepleierne. Legen er den som primært skal gi informasjon om pasientens sykdom/skade og videre om behandling og prognose. Intensivsykepleier har sammen med lege et ansvar for at det blir lagt til rette for dette. Intensivsykepleier bør være til stede på samtalen mellom lege og pårørende for å vite hva som blir sagt. Det vil også gjøre det enklere og gjenfortelle til pårørende på et senere tidspunkt, da intensivsykepleier er til stede hos pasienten hele døgnet. Pårørende har også ofte et behov for emosjonell støtte underveis i samtalen. Bruk av forsvarsmekanismer kan medføre at informasjonen som er gitt, ofte må repeteres og omformuleres slik at pårørende skal forstå budskapet som er gitt av lege (Moesmand og Kjøllesdal, 2012). Stubberud (2010) skriver at informasjonen som skal gis til pårørende må være på et nivå som mennesker uten helsefaglig bakgrunn kan forstå og tilpasset hvert individ. Informasjon må også gis på en hensynsfull måte.

5.2.5 Konkret og ærlig informasjon til pårørende

Deltakerne i studien sier at pårørende har et stort behov for informasjon, og de fleste nevner at det er viktig å gi konkret, kortfattet og ærlig informasjon. Buckley og Andrews (2011) gjorde en studie hvor de fant at intensivsykepleierne hadde gode kunnskaper rundt pårørendes behov, spesielt behovet for å få konkret og ærlig informasjon. Stubberud (2010) skriver at informasjonen som blir gitt til de pårørende skal være ærlig, til tross for at informasjonen kan innebære dårlige nyheter. I en studie gjort av Engström og Söderberg (2005) uttrykker intensivsykepleierne at det er vanskelig å informere pårørende om behandlingen hvis de selv

fant den nytteløs. Martinsen (2003) sier at hvordan vi forholder oss til andre har med omsorg å gjøre og at omsorg er grunnlaget i å forstå mennesker. Frivold og Dale (2013) fant i sin studie at intensivsykepleiernes egne livserfaringer bidro til å forstå og møte hvert enkelt menneske, og at erfaring som pårørende kan gjøre at intensivsykepleier enklere kan sette seg inn i den andres situasjon. Vi har erfart at ved å gi informasjon på en omsorgsfull, men likevel ærlig og konkret måte, kan man oppnå tillitt hos pårørende. Moesmand (2012) sier at informasjonen som gis skal være ærlig, konkret og gitt på en måte som gjør at pårørende forstår den. Gjennom egne vurderinger kan pårørende på den måten få oversikt over situasjonen. Erfaringen vår tilsier at pårørende er takknemlig når helsepersonell gir ærlige tilbakemeldinger.

Det å våge å være ærlig er utfordrende, men fremstår som en viktig del i dialog med pårørende. Samtidig påpeker flere av deltakerne at det er viktig å gi pårørende håp. I tidlig fase har pårørende alltid håp om at pasienten skal overleve, uavhengig av diagnose. Dette håpet er basert på tillitt til at helsepersonell har den kompetansen som skal til for å hjelpe pasienten (Moesmand, 2012). Stubberud (2010) skriver at håp er viktig for å håndtere vanskelige situasjoner. Derimot ønsker ikke pårørende falskt håp, men at informasjonen som gis er så ærlig som mulig. Videre sier Moesmand (2012) hvordan helsepersonell uttrykker seg bidrar til å påvirke håpet til pårørende (Moesmand, 2012). Dersom tilstanden til pasienten tar noen skritt i feil retning bør det fokuseres på ressursene til pasienten slik at pårørende kan beholde håpet, samtidig bør ikke alvorlighetsgraden overskygges. Informasjon til pårørende kan være utfordrende og spørsmålene kan være vanskelig å besvare konkret og ærlig da man ikke ønsker å si noe galt eller si for mye (Stubberud, 2010). Moesmand og Kjøllesdal (2012) sier at pårørende i alvorlige situasjoner må ha lov til å bevare håpet. Intensivsykepleiers oppgave blir å hjelpe dem til å finne en balansegang mellom å forstå informasjonen som blir gitt og ivaretagelsen av håp. Det å ha håp gjør pårørende utholdende, gir dem mot og styrker dem. Stubberud (2010) sier at håp blant annet er knyttet til tillitt til intensivsykepleier. Med dette mener han at intensivsykepleier viser at hun er kompetent og villig til å hjelpe pasient og pårørende med de behov de måtte ha. I studien til Engstrøm og Söderberg (2005) nevner noen av intensivsykepleierne at det er viktig å poengtere hvor alvorlig situasjonen er, men på samme tid gi pårørende et håp.

5.2.6 Praktisk informasjon

Flere av deltakerne i studien vår nevner at det er viktig for dem å informere pårørende om praktiske forhold. I følge Moesmand (2012) er det vanskelig for pårørende å forholde seg til muntlig informasjon rett etter det har oppstått en akutt kritisk sykdom. Derfor må helsepersonell legge til rette for at pårørende får informasjon de kan forholde seg til. Stubberud (2010) sier det vil være hensiktsmessig å gi pårørende skriftlig informasjon med opplysninger om avdelingen, overnatting, parkering og liknende. Videre sier han at selv om pårørende får skriftlig informasjon vil det aldri erstatte den kontakten og nærværet fra intensivsykepleieren. En studie utført av Engstrøm og Söderberg (2005) sier intensivsykepleierne at pårørende har behov for praktisk informasjon, for eksempel hvor de kan spise. I følge Moesmand (2012) må helsepersonell også ta høyde for at pårørende ikke er fra nærområdet og kan befinne seg langt fra hjemmet. Dette kan forekomme når sykehus har region- eller landsfunksjon, eller ved for eksempel feriereiser. Pårørende er da i en situasjon hvor de tilbringer all sin tid i ukjente omgivelser og helsepersonellet må være ekstra oppmerksom på deres behov. Dette vil bidra til å redusere faren for fremmedgjøring for pårørende (Moesmand, 2012)

5.2.7 Utfordringene i et høyt teknologisk miljø

Mange av deltakerne i vår studie uttalte at det første møte med en intensivavdeling kan være skremmende for pårørende. Stubberud (2010) skriver at intensivavdelingene har mye medisinsk utstyr og førsteinntrykket er ofte overveldende. Maskinenes alarmer, lyder og lys kan virke skremmende, sammen med et høyt arbeidstempo hos intensivsykepleierne, som ofte behandler svært dårlige pasienter. Kjøllesdal (2012) sier at ved å integrere pasient og pårørende i det som skjer inne i rommet, kan føre til at de oppnår mer kontroll over situasjonen. Martinsen (2003) skriver at det man i dag møter i helsevesenets institusjoner, er utstyr som er spesialtilpasset, innviklet sykehusspråk og effektivitet hvor hensikten er å løse pasientens problem raskest mulig. Kjøllesdal (2012) sier at teknologi diskuteres i forbindelse med omsorg i sykepleien. Et av spørsmålene som stilles er om man må velge mellom respekt og omsorg, som er en viktig menneskelig verdi, og teknologi. Videre skriver Kjøllesdal (2012) at intensivsykepleier kan være til støtte for både pasient og pårørende ved å utvise gode tekniske ferdigheter, samtidig som hun viser dem empati.

Noen av deltakerne i studien vår var opptatt av at pårørende fikk informasjon om det tekniske utstyret før de gikk inn til pasienten. Stubberud (2010) sier at pårørende har behov for informasjon for å redusere stressnivået. Et eksempel kan være pasientens mulighet til å kommunisere da han/hun er sedert og/eller respirator behandles. Frivold og Dale (2013) fant i sin studie at det å være mentalt innstilt på spørsmål, bidro til at intensivsykepleierne håndterte spørsmålene pårørende måtte ha på en enklere måte. Martinsen (2003) sier at informasjon bør være enkel og forståelig. Almerud et al. (2007) fant i sin studie at det å jobbe i et høyteknologisk miljø krever hode, hender og hjerte. Det kan virke som om det tekniske utstyret utmanøvrerer omsorg da effekten av det medisinske og tekniske har overtatt som omsorg for pasienten. Intensivbehandling handler om å få så mye informasjon som mulig til enhver tid (Almerud et al., 2007). Hvordan intensivsykepleier forholder seg til pasient og pårørende i et høyteknologisk miljø avhenger av hvem intensivsykepleier er som person. Omsorg i et høyteknologisk miljø kan ivaretas ved at intensivsykepleier ser både pasient og pårørende, og møter de behovene de måtte ha. Det negative ved bruk av teknologi er at pasienten raskt kan objektiveres (Kjøllesdal, 2012). Stayt (2006) fant i sin studie at sykepleierne favoriserte medisinske og teknologiske prosedyrer fremfor psykisk og sosial støtte til pårørende. Samtidig skriver Kjøllesdal (2012) at teknologien har skapt et høyere krav til sykepleierens kunnskapsnivå. Vi som nye forskere og kommende intensivsykepleiere har erfart at det er krevende å jobbe i et høyteknologisk miljø. Det er en lang prosess, hvor målet er å bli trygg i arbeidssituasjonen. Det første man blir opplært til er å se pasienten, men vi vet at det i starten er svært vanskelig når pasienten er omringet av høyteknologisk utstyr man ikke kjenner til. I tillegg kommer ansvaret for pårørende som også kan være en utfordrende oppgave. Kjøllesdal (2012) sier at det er når spesialsykepleier blir trygg på det tekniske utstyret at oppmerksomheten kan rettes mot pasient og pårørende.

5.2.7 Ryddig atmosfære

I studien vår var det noen intensivsykepleiere som mente at det var viktig for pårørende at det så rent og ryddig ut rundt pasienten. Frivold og Dale (2013) sier i sin studie at det var viktig for intensivsykepleieren at det "så greit ut" rundt pasienten og at de hadde tid til å legge til rette for at pårørende kan komme inn i rommet. Moesmand (2012) sier at sykepleierens behov for at det er ryddig rundt pasienten kan forlenge ventetiden for pårørende og dette kan gi angst og føre til at pårørende blir sittende med egne tanker.

5.3 Sjokk og krise

5.3.1 Aksept for ulike reaksjoner

Flere av deltakerne i vår studie opplevde det første døgnet etter at pasienten ble innlagt i intensivavdelingen som utfordrende, da de aldri visste hvilke reaksjoner og behov de ulike pårørende ville ha. Frivold og Dale (2013) gjorde en studie hvor intensivsykepleierne hadde mange opplevelser rundt det å være mottakere av pårørendes ulike reaksjoner og følelser. For mange av deltakerne kunne en slik rolle oppleves som frustrerende og vond. Ifølge Skants (2008) er sjokkfasen den første reaksjonen intensivsykepleier møter hos pårørende. Pårørende vil være i en situasjon som oppleves med forvirring, et indre kaos og usikkerhet. Videre påpekes det at mennesker i sjokkfasen automatisk velger og «stivne», sloss eller flykte. Pårørende som virker fraværende eller har sterke reaksjoner vil ofte ta seg raskt inn igjen. Det viktigste var at noen var til stede i rommet sammen med pårørende og for noen var det godt å bli holdt rund. Dette kunne hjelpe pårørende i denne fasen (Skants, 2008). I en studie gjort av Engstrøm og Söderberg (2005) sa noen intensivsykepleiere at det viktigste var å støtte pårørende ved å være til stede for dem og vise at de brydde seg om dem. Intensivsykepleierne sa videre at pårørende måtte føle seg betydningsfulle. Edwards et al. (2012) fant i sin studie at intensivsykepleierne opplevde det utfordrende når pårørendes følelser og nedsatte evne til tilpasning tar fokuset vekk fra pasienten. Kinrade et al. (2009) sier også at det ikke er uvanlig at familiemedlemmene reagerer ulikt når deres nærmeste blir kritisk syk. Egen helse og velvære kan bli påvirket. Pårørendes opplevelse av psykiske og fysiske reaksjoner som følge av å være i en intensivavdeling kan direkte relateres til hvor mye støtte de får fra helsepersonellet i intensivavdelingen. I følge Moesmand (2012) kan pårørende ved akutt kritisk sykdom oppleve psykologisk stress. Deres evne til å bruke hensiktsmessige mestringsteknikker vil da kunne svekkes. Pårørendes reaksjoner påvirkes også av hvor tett følelsesmessig bånd det er i mellom den pårørende og den akutt kritisk syke.

Deltakerne i vår studie nevner at pårørende møter dem med følelser som blant annet aggressivitet, forvirring, taushet, apati, gråt og redsel. Moesmand og Kjøllesdal (2012) sier at å gi støtte og fremme mestring hos pårørende til akutt kritisk syke kan sammenliknes med den sykepleie som gis til pasienter innenfor psykiatrien. Videre sier de at forskjellen ligger i at ved akutt kritisk sykdom kan endringer i pasientens tilstand skje raskt hvor pårørendes reaksjoner endres i takt med dette. Moesmand (2012) sier at det er viktig å la pårørende få vise sine følelser og at de ikke fortrenger eller fornekte dem. Intensivsykepleier må også se det

helhetlige bilde rundt pårørendes situasjon, i forhold til tidligere erfaring med helsepersonell og mestringssevnen pårørende har. Videre sier hun pårørende som er i en sjokkfase ikke har ressurser eller kunnskap til å støtte pasienten. Til dette trenger de psykisk førstehjelp. Ifølge Waldenstrøm (2007) må denne intensivsykepleieren ha høy toleranse for sterke følelsesmessige reaksjoner på den akutte krisen og være lyttende. Stubberud (2010) sier det er til stor støtte for pårørende at de blir sett og at noen tar seg tid til å lytte. De kan ha behov for å fortelle om sine egne følelser og tanker uten at de føler seg til bry. I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren vise respekt og omsorg for de pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Martinsen (2003) sier at evnen til å være solidarisk, sette seg inn i den andres situasjon, åpner mulighetene for å kunne hjelpe den andre. I møte med pårørende står vi ansvarlige for å øke de pårørendes evne til å mestre situasjonen på best mulig måte ut i fra de ressurser både vi som sykepleiere har og de pårørende har. Martinsen (2003) omtaler dette som den moralske hederlighet og at våre handlinger styres ut i fra dette.

I funnene våre ble det nevnt at tidligere erfaringer styrket intensivsykepleieren i møte med pårørende. Frivold (2013) sier at personlig styrke og erfaringer basert på tidligere hendelser var grunnlaget for å takle utfordringer. Buckley og Andrew (2011) og Kinrade et al. (2011) fant begge at alder og erfaring nødvendigvis ikke var relevant ved i varetakelse av pårørende. Ågård og Maindal (2009) sier derimot at alder og erfaring har innvirkning på sykepleierens egen oppfatning av kunnskap om pårørendes behov. I følge teorien er Dreyfus og Dreyfus` (1988) kompetanselæringsstige et bilde på sykepleierens evne til å gi helhetlig pleie gjennom erfaring. Hvor vidt kompetanse og kunnskap er viktigst i denne settingen er til diskusjon. Evnen til å vise omsorg og empati er ikke like enkelt å tillæres, og egnethet til situasjonen varierer fra person til person. Fra egen erfaring ser vi at de ulike personlighetene i en avdeling tar på seg ulike arbeidsoppgaver i en akutt situasjon. Noen trives best i sitt arbeid med teknisk utstyr og oppkobling av pasienten, mens andre har lettere for å ta seg av pårørende. En sykepleier med god kunnskap rundt i varetakelse av pårørende er nødvendigvis ikke dyktig i sitt møte med pårørende. Martinsen (2003) sier at kunnskap igjennom lærebøker ikke gir deg evnen til å utføre den omsorgsfulle pleie, men at disse må settes sammen med praktiske ferdigheter.

5.3.2 Basale behov

Mange av deltakerne i studien vår fortalte om pårørende i sjokk og krise som ikke var i stand til å ivareta egne grunnleggende behov. Intensivsykepleierne så det som en viktig oppgave å hjelpe pårørende med disse behovene. Moesmand og Kjøllesdal (2012) sier det å gi praktisk hjelp er en stor del av sykepleien ved akutt kritisk sykdom. Cypress (2011) fant i sin studie at sykehusinnleggelse kan påvirke familiens balanse. For å være i stand til å hjelpe familien er det viktig at intensivsykepleieren fremmer mulighetene de har til å tilpasse seg og er *en psykisk støtte* for dem. I følge Moesmand og Kjøllesdal (2012) vil noen pårørende trenge hjelp for ikke og bli syk selv. Det viktigste intensivsykepleieren kan gjøre er å gi informasjon, praktisk tilrettelegging og emosjonell støtte. Stubberud (2010) nevner at pårørende til kritisk syke må oppfordres til å ivareta egne behov som mat, drikke og søvn. Moesmand og Kjøllesdal (2012) støtter opp om Stubberud (2010) med at intensivsykepleier skal tilrettelegge for at pårørende får sine grunnleggende behov dekket da pårørende ofte glemmer det når pasienten er kritisk syk. Pårørende bør få tilbud om overnatting og støttes på at det er greit å forlate pasientrommet for å hvile. Videre er det viktig at de trygges på at intensivsykepleier ivaretar pasienten mens de er borte og at pårørende kontaktes dersom det skulle skje endringer i pasientens tilstand. Intensivavdelingene har ofte rom pårørende kan oppholde seg i hvor det er mulig å få slappe av og ta seg litt og drikke. Martinsens (2003) omsorgsteori omtaler de basale behov med enkle grep som å gi vann, mat og stell og hun mener dette bidrar til god omsorg. Gjennom grunnutdanningen på sykepleien lærte vi at det var de grunnleggende behovene som var de viktigste i møte med pasient og pårørende, og at de ligger til grunn i all sykepleie. I hektiske situasjoner kan det være lett å glemme pårørendes grunnleggende behov. Som nevnt i Dreyfus og Dreyfus (1988) kompetanselæringsstige er kunnskap og erfaring nøkkelordet for å stige i dyktighetsnivå. Praktisk kunnskap tillæres igjennom erfaring og bidrar til at sykepleier utvikler et helhetlig blikk for situasjonen og handler etter det som føles riktig (Dreyfus og Dreyfus, 1988). Intensivsykepleieren har også en forebyggende funksjon som tilsier at vi skal identifisere og forebygge helsesvikt (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det første døgnet går fort og kroppen kan greie seg fint uten tilstrekkelig oppfølging på grunnleggende behovene, men det handler om å forebygge fremtidige komplikasjoner for pårørende. Ofte vil akutt kritisk syke pasienter være inneliggende i dager, uker og noen ganger måneder. Pårørende trenger all den energien de kan få for å være sterk til å stå i situasjonen i tiden fremover og for å kunne være der for deres nærmeste. Moesmand (2012) sier at det er viktig å kontinuerlig vurdere pårørendes behov.

6.0 METODEDISKUSJON

6.1 Vår rolle som forskere

Som nye forskere kan studiens reliabilitet og validitet bli svekket. I intervju situasjonene og i analyseprosessen kan dette føre til at vi har oversett funn og fanget opp en annen kunnskap enn hva mer erfarne forskere hadde gjort. Malterud (2013) sier at i kvalitative studier er det utfordrende å lese mange ulike alternative svar i materialet, og begrunne hvorfor noen av resultatene har større gyldighet enn andre når vi skal belyse problemstillingen.

Samtidig har vår rolle gjort at vi har utført analyseprosessen med stor konsentrasjon og nøyaktighet. Malterud (2013) sier at det kan være mange fordeler med at vi forsker innen et felt vi allerede kjenner til. Egen erfaring kan bidra til at vi har en bedre forståelse for det som blir sagt, dette vil kanskje gjøre kommunikasjon med deltaker lettere og skape større tillitt mellom intervjuer og deltaker. Dersom vi forsker innenfor et felt vi allerede kjenner godt til, må forskeren være bevisst at egen forforståelse ikke kommer i veien for nye funn og at analysen ikke bekrefter forskerens forforståelse. Malterud (2003) sier videre at ved å forske på eget felt vil alltid observasjonene farges av egen erfaring.

6.2 Er metoden relevant?

I følge Malterud (2013) må metoden gi oss relevant informasjon, som belyser problemstillingen. Videre sier hun at kvalitative metoder kan brukes når vi ønsker å få kunnskap om menneskers erfaringer, tanker og opplevelser (Malterud, 2013). Hensikten med studien vår er å belyse intensivsykepleiers møte med pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i en intensivavdeling. Kvale og Brinkmann (2010) sier at innen kvalitativ forskning brukes fenomenologien som et redskap i det å forstå sosiale fenomener sett ut fra intervjudeltakernes egne opplevelser og erfaringer. Vi brukte en kvalitativ metode med fenomenologisk inspirert tilnærming og mener at den metoden har vært relevant for å belyse vår problemstilling. Den semistrukturerte intervjuguiden var til god hjelp i innhenting av deltakernes opplevelser og erfaringer. Kvale og Brinkmann (2010) sier at semistrukturert livsverdensintervju og har til hensikt å forstå hver enkelt intervjudeltakers livsverden.

Kvalitativ metode handler om å forstå intervjudeltakernes livsverden ut i fra ord, ikke tall (Kvale og Brinkmann, 2010). En kvantitativ metode er derfor ikke aktuell for vår studie, da vi søker opplevelser og erfaringer hver enkelt intervjudeltaker har.

6.3 Utvalg

Malterud (2013) sier at utvalgsstrategien skal sørge for at data som innhentes inneholder informasjon om fenomenet vi forsker på, og at denne kunnskapen er gyldig og overførbart. Et strategisk utvalg er i følge Malterud (2013) den metoden som mest sannsynlig er best, for å kunne belyse problemstillingen i studien.

Kvale og Brinkmann (2010) sier at antallet informanter avhenger av hva som er formålet med studien. Ifølge Malterud (2013) sier ikke antallet noe om hvor rikt materialet du sitter igjen med er, men om samtaleene var vellykket og teksten kan belyse problemstillingen (Malterud, 2013). Samtidig vil forskernes ressurser og tidsperspektiv påvirke hvor mange deltakere som kan delta i studien. I vår studie ble de ni deltakerne, uavhengig av kjønn og alder, hentet fra ulike intensivenheter i Norge. Vi anser dette som en styrke, da det gir en større variasjonsbredde av deltakere og kan bidra til at materialet ikke bli ensformig. Dette styrker også den interne validiteten. Malterud (2013) sier at et stort antall informanter kan i en kvalitativ studie fort bli uoversiktlig og gi en overfladisk analyse. Det er en styrke for vår studie at alle deltakerne har et minimum av 5 års erfaring fra intensivhet og at de på forhånd fikk god informasjon om temaet i studien.

6.4 Gjennomføring av intervjuene og transkripsjon

Intervjuene varte fra 9-36 minutter. Vi opplevde at noen av deltakerne snakket raskt, mens andre brukte mer tid på å formulere svarene. Det var stor forskjell på deltakerne. Noen svarte kort og konsist, mens andre var mer utdypende. Det vi erfarte var at de lange intervjuene ikke nødvendigvis tilførte et rikere datamateriale. I starten av studien ønsket vi i utgangspunktet seks intervjudeltakere. Gjennom pilotintervjuene opplevde vi stor forskjell på intervjudeltakernes evne til å skildre situasjoner. På bakgrunn av dette, valgte vi å legge til tre deltakere, for å sikre et rikere datamateriale. Intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer ga oss en variasjon og dybde, som beskrev det fenomenet vi forsker på. Slik vi oppfatter det har ikke alder og erfaring fra intensiv vesentlig betydning for hvordan intensivsykepleierne møter pårørende. Som en styrke for studien var det ingen av deltakerne som trakk seg, noe som har gitt oss tilgang til å benytte alt datamateriale som er samlet inn.

Under intervjuene var begge forskerne til stede og vi fikk tildelt rom med lite støy, noe som førte til at det ble lite forstyrrelser under selv intervjuene. Vi brukte to båndopptakere slik at

vi kunne fokusere på det som ble sagt i stedet for å notere underveis. På denne måten sikret vi også at datamaterialet ble lagret. Intervjuguiden er utarbeidet i et fenomenologisk perspektiv uten ledende spørsmål. Transkriberingen utførte vi selv, slik det anbefales å gjøre i Malterud (2013). Vi fikk da bedre kjennskap til materialet og ifølge Malterud (2013) vil dette styrke validiteten i analysen.

For å sikre at data ikke gikk tapt, skrev vi ned ord for ord så nøyaktig som mulig under transkriberingen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2010) styrkes reliabiliteten ved at alle intervjuene blir transkribert av to forskere. Som kritikk til oss som nye forskere, fordelte vi arbeidet med å transkribere intervjuene. Da intervjuene var ferdig transkribert, fulgte vi analyseprosessen i Malterud (2013). Vi valgte og ikke stille spørsmålstegn ved om deltakernes uttalelser var oppriktige, og skildret ikke stemning og følelser i tekstene, da dette blir vår objektive opplevelse av situasjonen.

6.5 Forskningsetiske overveielser og tillatelser

I kapittel 2.4 gjør vi rede for de forskningsetiske overveielserne i studien. Vi mener deltakerne i studien blir ivaretatt på en etisk forsvarlig måte, ved at vi har fulgt de etiske retningslinjene og prinsippene ved helseforskningsloven (2008).

6.6 Metode for analyse av data

Malterud (2013) sier at systematisk tekstkondensering kan brukes av forskere med lite erfaringen innen kvalitativ forskning. Vi som nye forskere har derfor valgt denne metoden og vi mener den er relevant i forhold til analyse av vårt materiale. Vi har fulgt metoden trinn for trinn, som beskrevet i kapittel 2.5, og analyseprosessen ble gjennomført av begge forskerne. Malterud (2013) sier at dersom flere er enige om samme konklusjon av funnene, er sannsynligheten større for at funnene er gyldige.

Som forskere har vi kontinuerlig vært bevisst på å være tro mot metoden som er brukt. Vi har forsøkt å sette vår egen forforståelse til side, ved ikke å tolke de transkriberte tekstene. Det er intervjudeltakernes egne opplevelser og erfaringer som har vært i fokus, ikke forskernes. Ifølge Malterud (2013) skal analyseprosessen gjennomføres på en måte som gjør at andre forskere på et senere tidspunkt kan følge trinnene og forstå konklusjonene som er gjort, hvordan kunnskapen er utviklet. Dette kalles intersubjektivitet. Intersubjektivitet er det

viktigste virkemiddelet forskeren har for å vurdere studiens validitet. Det er ikke forventet at alle lesere forstår metoden som er brukt. Derfor må det komme tydelig frem hvordan funnene er utarbeidet.

6.7 Ekstern validitet

Innenfor kvalitativ metode er ikke målet med valideringen å komme frem til én sannhet. Som forsker kan man ikke si at funnene er gyldige eller sanne, men at gyldigheten er vurdert og kunne begrunne i hvilke sammenheng det sier noe om (Malterud, 2013). Deltakernes opplevelse og erfaringer i studien vår kan derfor oppleves annerledes av andre, da det finnes forskjellige utgaver av virkeligheten som er gyldig. Deltakernes opplevelse og erfaringer i møte med pårørende er individuelle, men strategien for utvalget gir en bredde i studien, som kan bidra til ekstern validitet. Funnene i vår studie kan øke bevisstjøringen rundt temaet og tilføre ny kunnskap for intensivsykepleiere.

7.0 KLINISKE IMPLIKASJONER OG VIDERE FORSKNING

7.1 Kliniske implikasjoner

Temaet i studien belyser et viktig område innen intensivsykepleie. De siste årene er det rettet fokus mot pårørendes deltakelse og tilstedeværelse i intensivheten. Besøkstidene er utvidet og de blir i stor grad inkludert i pleien av deres nærmeste. Denne studien kan bidra til å belyse hva som er viktig for intensivsykepleieren i møte med pårørende, og hvordan dette utføres i praksis. Det er intensivsykepleiers opplevelse av å møte pårørende vi forsker på, ikke hvordan pårørende selv opplever det. Funnene indikerer at det finnes flere fellesnevner for hvordan dette møtet foregår, og dette kan føre til bevisstgjøring hos erfarne intensivsykepleiere og gi ny kunnskap til dem med lite erfaring.

7.2 Videre forskning

Funnene gjort i vår studie har mange likhetstrekk med andre studier gjort på temaet, men vi fant ingen studier gjort innenfor de første 24 timene i intensivavdelingen. Vi mener at funnene vi har gjort har ekstern validitet, men at det kreves mer forskning på temaet.

Forslag til videre forskning er at det gjøres en større kvalitativ studie, for å belyse problemstillingen med et bredere utvalg. Det vil da vise seg om funnene vi har gjort i vår studie er relevante, og om nye funn oppdages. En annen vinkling er at det gjøres en studie på pårørende, som kan si noe om hvordan pårørende opplever de første 24 timene. Som et tredje forslag kan disse to studier sammenlignes, for å se på forskjeller og likheter. Det er pårørendes behov vi først og fremst skal møte, men det betyr ikke at vi møter dem slik de forventer.

Kinrade et al. (2009) benyttet et spørreskjema som heter Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Spørreskjemaet har 45 spørsmål, hvor deltakerne blir bedt om å rangere behovene. Både intensivsykepleiere og pårørende deltok i studien. Dette for å finne ut hvilke behov intensivsykepleierne mente var viktig i forhold til de behov pårørende faktisk har. Denne studien synes vi kunne vært interessant å gjøre i Norge med fokus på de første 24 timene. Kinrade et al. (2009) hadde et krav til at pasienten hadde vært innlagt på intensivavdeling i mer enn 48 timer.

8.0 AVSLUTNING

Ved å bruke kvalitativ metode har vi gjort funn som har belyst problemstillingen vår. Funnene viser at det er stor enighet mellom intensivsykepleiernes syn på hvilke behov pårørende har, og hvordan de prioriterer pasient og pårørende. I diskusjonen drøfter vi funnene vi har gjort opp mot tidligere forskning og aktuell litteratur for å løfte frem intensivsykepleierens opplevelser og erfaringer.

Mange intensivsykepleiere mente det var viktig at pårørende hadde noen som var sammen med dem. Videre nevner noen at det var utfordrende å sette av tid til pårørende, da pasienten alltid er førsteprioritet. Storstuer og mangel på pårønderom gjorde det utfordrende å overholde taushetsplikten. Flere av intensivsykepleierne sa at de forsøkte å oppnå tillitt hos pårørende ved å gi ærlig og konkret informasjon. Aksept for ulike reaksjonene fremgår også som viktig og erfaring styrket intensivsykepleierne i møte med pårørende. Til slutt nevner de fleste intensivsykepleierne at de må ivareta pårørendes behov. Flere av funnene vi har gjort i vår studie samsvarer med tidligere forskning på temaet.

LITTERATURLISTE

Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B. og Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 130 – 136.

Buckley, P. og Andrews, T. (2011). Intensive care nurses` knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 263 – 272.

Cypress, B.S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensiv and critical care nursing*, 27, 273 – 280.

Dreyfus, H.L., Dreyfus S.E. og Athanasiou, T. (1988). *Mind over machine: the power of human institution and expertise in the era of the computer*. New York: Basil Blackwell.

Edwards, M., Thronson, K. og Girardin, J. (2012). Survey of Canadian critical care nurses` experiences of conflict in intensive care units. *Canadian association of critical care nurses*, 23 (3), 15 – 19.

El-Masri, M.M. og Fox-Wasylyshyn, S.M. (2006). Nurses` roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 43-50.

Engström, Å. og Söderberg, S. (2005). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1651 – 1659.

Fox, S. og Jeffrey, J. (1997). The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses` perspective. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 8(1), 17 – 23.

Frivold, G. og Dale, B. (2013). Sykepleieres opplevelser av å være i interaksjon med pårørende i intensivavdeling. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3 (2), 90 – 104.

Gilje, N. og Grimen, H. (2011). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Helsedirektoratets Rundskriv. (2010). *Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet I helsepersonells samtaler med pasienten*. Helsedirektoratet.

Kinrade, T., Jackson, A.C. og Tomnay, J.E. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses` and family members` perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (1), 82 – 88.

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kjøllesdal, A. (2012). Teknologi. I: Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk*. (2012). (2.utg., s.100 - 143). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kjøllesdal, A. og Moesmand, A.M. (2012). Introduksjon om sykepleie til akutt kritisk syke. I: Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk*. (2012). (2.utg., s.17 – 34). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kjøllesdal A. og Moesmand A.M. (2012). Å være akutt kritisk syk. I: Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk*. (2012). (2.utg., s.35 - 67). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lov av 2010-03-26 nr.9. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov av 2013-06-14 nr.42. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningsloven (Forvaltningsloven)*. Justis- og beredskapsdepartementet.

Lov av 2013-06-21 nr. 79. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov av 2013-06-21 nr. 82. *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Kari Martinsen og TANO AS.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Moesmand, A.M. (2012). Pårørende til akutt kritisk syke. I: Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk*. (2012). (2.utg., s. 144 - 206). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. (2012). Psykososiale reaksjoner og behov – konsekvenser for sykepleien. I: Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk*. (2012). (2.utg., s. 237 - 286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund Landsgruppe av Intensivsykepleiere. (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Oslo.

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

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2010). *Nursing Research*. (7.utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Skants, P. (2008). *Omsorg i kriser – håndbok I psykososialt støttearbeid*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stayt, L.C. (2006). Nurses`experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (6), 623 – 630.

Stubberud, D.G. (2010). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.G. *Intensivsykepleie*. (2utg., s.32 - 52). Oslo: Akribe AS.

Stubberud, D.G. (2010). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.G. *Intensivsykepleie*. (2utg., s.23 - 31). Oslo: Akribe AS.

Stubberud, D.G. (2010). Pasientens psykososiale behov. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.G. *Intensivsykepleie*. (2utg., s.55 – 75). Oslo: Akribe AS.

Stubberud, D.G. (2010). Pårørende. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.G. *Intensivsykepleie*. (2utg., s.77 - 93). Oslo: Akribe AS.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ågård, A.S. og Lomborg, K. (2010). Flexible family in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1106 – 1114.

Ågård, A.S. og Maindal, H.T. (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *British Association of Critical Care Nurses*, 14 (5), 264 – 272.

Forfatter (ref)	Forskningsspørsmål	Utvalg	Design	Metode	Funn
Engström, Å. and Söderberg, S. (2005)	To describe critical care nurses` experience of close relatives within intensive care	24 critical care nurses	Qualitativ	Focus group discussions.	Presence of relatives taken for granted by nurses. Information from relatives gave opportunity to create individual care for critically ill patients. Information, being near and good relations towards relatives was important .
Ågård, A.S. and Maindal, H.T. (2009)	To describe how Danish ICU nurses percieve personal knowledge and skills and outcome expectations to interact with relatives.	68 ICU nurses	Quantitative	Cross sectional Self administered questionnaire. Banduras` theory	Nurses perception of personal knowledge, skills, and expectations towards relatives were positive. Nurses did not support presence of relatives in critical situations. Nurses`outcome expectations correlated to thei attitude towards involving relatives in caring activities

Frivold, G and Dale, B. (2013)	Sykepleiers erfaringer i interaksjon med pårørende i intensivavdeling.	6 intensivsykepleiere fra 2 sykehus. Minst 2 års erfaring. Alder fra 36-58 år 6-23 års erfaring.	Kvalitativ	Åpent intervju, fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.	Balansegang mellom høyteknologisk kompetanse og å yte omsorg. Skape tillitt og trygghet. Tilpasse kompetanse til situasjonen.
Ågård, A.S and Lomborg, K. (2010)	Identify and explore general strategies used by ICU nurses in decisionmaking about family visitation.	11 ICU nurses in Denmark (9 women og 2 men). 6 months- 28 years experience.	Qualitative	Semi-structures interviews.	Nurses used three general strategies: 1) clarifying relations 2)defining the situation 3) guiding relatives
Kinrade, T., Jackson, A.C. and Tomnay, J.E. (2009).	To explore the needs of relatives whos familymember is unexpectedly admitted in the ICU. Comparison between familymembers and nurses.	25 family members. 3 male, 22 females. Aged 34-71. 33 nurses experience in ICU 1-22 years	Quantitative	Critical care family inventory (CCFNI) 45 need-based questions.	minor differences between familymembers and nurser in the rank order in the statements listed in CCFNI.
Edwards, M., Thronson, K. and Girardin, J. (2012)	Canadian ICU nurses experiences of and responses to situations of conflict in the ICU	241 nurses. Mean age 43 years.	Quantitative	Survey. Web based.	Most common type of conflict was disagreements between team and family and within the team. Important with clear, consistent and honest communication.

El-Masri, M.M. and Fox-Wasylyshyn, S.M. (2006)	Nurses perception of self-performance and nurses comfort on their role in contact with family members.	47 ICU nurses. >6 months experience	Quantitative	Descriptive Survey	Rated their self performance higher their colleauges
Buckley, P. and Andrews, T. (2011)	Explore nurses knowledge of family needs, and their current practices.	48 ICU nurses Experience 3 months-10 years.	Quantitative	Descriptive, Survey.	ICU nurses has high knowledge of the needs of family member, but low in ranking of these needs.
Stayt, C.L. (2006)	Nurses experience of caring for families in adult ICU units.	12 nurses in ICU 1 -15 years of experience.	Qualitative	Interview. Heideggerian Philosophy	Conflict between role expectations and patient care, and professional ideas and being human.
Cypress, B. (2011)	Lived experienes of ICU nurses, patients and family members during critical illness.	5 in each category	Quantitative	Interview. Manens`method	Mutual influence amongst the family, patient and nurse. The importance of having the family included in care of their loved ones.
Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B. and Ekebergh, M. (2007)	To uncover the meaning of being a caregiver in a technological environment.	10 participants off different occupations within ICU.	Quantitative	Unstructured, open-ended interviews.	Nurses trust the technology to much, needs to balance the use between technology and comprehensive care.

PROSJEKTBEKRIVELSE

Som sykepleier ved intensivavdelingen opplever vi ofte å møte pårørende i krise. Det er travle dager med høy intensitet. Vi har erfart ulike fremgangsmåter intensivsykepleieren benytter seg av ved organisering av ivaretagelsen av pårørende. Hva intensivsykepleieren kan tilby baserer seg mye på erfaring. Vår problemstilling er derfor følgende;

"Hvordan ivaretar intensivsykepleier pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i intensiv avdelingen?"

Studien gjennomføres ved kvalitativ metode. Vi vil lage en semistrukturerte intervjuguide med 6-8 informanter, hvor vi ønsker to informanter fra hvert sykehus. Undersøkelsen tar sikte på å få frem intensivsykepleiers opplevelser og erfaring, derfor bruker vi en fenomenologisk tilnærming. Vi ønsker å benytte oss av Giorgios' fenomenologiske analyse når vi skal jobbe med intervjuene og analysere tekstene.

ETISK VURDERING

Vi vil kontakte avdelingssykepleierne ved de ulike intensivavdelingene før vi sender ut informasjonsskriv og samtykkeskjema. Avdelingssykepleier vil da få ansvar for å velge ut deltakere. I tillegg vil vi samtale med informantene før intervjuet starter, slik at vi kan være sikre på at de vil inkluderes i studien. Studien er høyst frivillig, og vi vil på ingen måte presse noen til å delta. Derfor kontakter vi avdelingssykepleier, som kan gjøre et utvalg for oss. Forhåpentligvis vil informantene føle et mindre press til å delta, dersom de ikke ønsker å delta.

Det finnes flere utfordringer ved gjennomføring av prosjektet. Vi ønsker å innhente erfaring- og kunnskapsbasert data fra intensivsykepleier med minst 5 års erfaring fra intensivheten. En av utfordringene blir å formulere spørsmål som ikke virker kritiske eller som kan sette intensivsykepleieren i et dårlig lys. Det vi ønsker å oppnå er å få frem relevant erfaring, som kan bidra til økt kunnskap. På en annen side kan vi risikere å møte informanter med spredte erfaringer, da de forskjellige intensivhetene kan ha ulikt fokus i møte med pårørende.

I transkriberingen av intervjuene vil vi nummerere deltakerne. Lydopptakene og transkriberingstekstene vil bli oppbevart og tatt vare på med varsomhet, og slettet, så raskt som mulig.

Det finnes mye forskning på pårørendes erfaringer, opplevelser og behov i en intensivavdeling. Det er forsket lite på intensivsykepleierens møte med pårørende i krise, spesielt med fokus på de første 24 timene. Vi ønsker å belyse intensivsykepleierens erfaring og kunnskap i møte med pårørende til akutt kritisk syke. Det vi ønsker å oppnå med undersøkelsen, er å kartlegge hvordan sykepleier går frem i møte med pårørende og om det finnes retningslinjer for ivaretagelse av pårørende.

Målet med undersøkelsen er å bevisstgjøre intensivsykepleiers rolle i møte med pårørende i krise. Informasjonen som blir innhentet kan gi økt fokus på temaet for både deltakerne og de respektive avdelingene.

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

” Hvordan ivaretar intensivsykepleieren pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i en intensiv avdeling?”

Bakgrunn og hensikt

Som sykepleier ved intensivavdelingen opplever intensivsykepleieren ofte å møte pårørende i krise. Vi ønsker å intervju deg som har jobbet i 5 år, eller mer, ved en intensiv avdeling for å belyse intensivsykepleierens møte med pårørende i en akutt kritisk fase. Forskerne er mastergrad studenter med spesialisering i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder, fakultet for helse- og idrettsvitenskap.

Hva innebærer studien

To masterstudenter vil utføre et dybdeintervju og benytter seg av båndopptaker. Dette innebærer at vi har en samtale med deg som kan vare ifra 20-50 minutter. Vi ønsker at du forteller om dine erfaringer og opplevelser i møte med pårørende til akutt kritisk syke. Samtalen vil foregå ved ditt arbeidssted, etter at du har gitt skriftlig samtykke til å delta i studien. Tidspunkt for samtale avtales over telefon etter ditt ønske.

Fordeler og ulemper

Det finnes flere utfordringer ved gjennomføring av prosjektet. Vi ønsker å innhente erfaring- og kunnskapsbasert data fra deg med minst 5 års erfaring fra intensivheten. Fordelen med dette er du vil ha et godt grunnlag for å gi oss innsikt i ditt møte med pårørende. Det vi ønsker å oppnå er å få frem relevant erfaring, som kan bidra til økt kunnskap. Studien vil ikke medføre ulemper for deg som deltaker, utover tid og gjennomføring av samtalen.

Konfidensialitet

Båndopptaket av deg vil bli slettet etter at transkriberingen er ferdig. I mellomtider vil lydopptakene bli oppbevart og tatt vare på med varsomhet. Transkriberingen vil også bli slettet når oppgaven er ferdig utarbeidet. Du vil bli anonymisert og nummerert. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelistene

og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene når disse publiseres.

Frivillig detakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien kan du kontakte:

Masterstudent Ann Kristin Nygård, annkristin_86_1@hotmail.com, mobil 47645076

Masterstudent Kine Andersen, kineand_87@hotmail.com, mobil 41562590

Førsteamanuensis Gudrun Rohde, gudrun.e.rohde@uia.no, mobil 99164094

SAMTYKKE TIL Å DELTA I UNDERSØKELSEN

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Jeg kan treffes på følgende telefonnummer for å avtale tidspunkt for samtalen

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen :

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Gudrun Rohde
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 23.12.2013

Vår ref: 36705 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36705	<i>Hvordan ivaretar intensivsykepleieren pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i en intensiv avdeling?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Gudrun Rohde
Student	Ann Kristin Nygård

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kopi: Ann Kristin Nygård annkristin_86_1@hotmail.com



Det gis skriftlig informasjon og samtykke for deltakelse er ensbetydende med aktiv deltakelse.

Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet godt utformet, men forutsetter at følgende endres/tilføyes;

- at det oppgis dato for prosjektslutt, her 30.06.2015

- setningen "Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger,....." til "Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger,....."

Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes

personvernombudet@nsd.uib.no før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med prosjektnummer).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.


Personvernombudet legger til grunn at det fra intervju med sykepleiere ikke samles inn og registreres opplysninger om identifiserbare tredjepersoner, her ment pårørende og pasient.

Prosjektet skal avsluttes 30.06.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes.

Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Innlevering skjema - Kommentar

Navn: Ann Kristin Nygård

Les kommentarer i besvarelsen din:  FEKny.dotx

Kommentar: Prosjektet " Hvordan ivaretar intensivsykepleier pårørende til akutt kritisk syke de første 24 timene i en intensiv avdeling" ble behandlet i Fek 22.11.13. Prosjektet er godkjent under forutsetning av godkjenning fra Nsd. Lykke til! På vegne av Fek Anne Skisland

Karakter:

Evaluering: Godkjent

Avbryt

Eksempel på analyseprosess

Meningsenhet	Transformert til sykepleievitenskapelig språk og sammenfattet meningsenhet	Tema
Vi prøver også når vi tar dem ut pårørende i avdelingen, sånn for første gang, å ha en sykepleier som tar seg mer av de pårørende. Aller helst en som har det som hovedoppgave og bare ivareta de pårørende, men det er selvfølgelig helt avhengig av pasientsituasjonen.	Intensivsykepleier mente pårørende trengte en som var til stede hele tiden.	Du er ikke alene

INTERVJUGUIDE

Hva er din alder?

Hvor lenge har du arbeidet i intensiv avdeling?

Kan du beskrive hva du legger vekt på i ditt møte med pårørende til akutt kritisk syke pasienter for første gang?

Kan du beskrive hva som er viktig for deg ved oppfølging av pårørende de første 24 timene?

Kan du gjøre rede for hvilke utfordringer du som intensivsykepleier har i møte med pårørende?

Hvilke reaksjoner har du erfart at pårørende har i den akutte situasjonen og hvordan håndterer du som intensivsykepleier disse reaksjonene?

Oppfølgende spørsmål:

Kan du fortelle mer om det?

Hvordan opplevde du å møte pårørende?

(pårørende – griner – organiserer – apatiske – holder «maska» -)

Hva skulle du ønske var annerledes?

Hva mener du med det?

Kan du utdype det litt mer?

Hvis du skal oppsummere dette litt, hva synes du er det viktigste?

Fordeler med pårørende

Ulemper med pårørende