



Interaktion med närstående till kritiskt sjuka patienter.

- Vilka svårigheter finns?

Emma Tiberto

Filippa Widegren

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur/Högskolan Väst

Höstterminen 2014

Abstract

Examensarbetets titel	Interaktion med närstående till kritiskt sjuka patienter – Vilka svårigheter finns?
Title	Interaction with family-members of critically ill patients – which difficulties exist?
Författare	Emma Tiberto Filippa Widegren
Handledare	Anette Johnsson
Examinator	Annika Janson Fagring
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2014
Antal sidor	18

Background: When the patient is critically ill the family is in a vulnerable position. The nurse's role is to support and help the family to find meaning in the difficult situation and to provide realistic hope. Balancing between the patient's and the family's needs is difficult. Knowledge about how nurses experience difficulties in the interaction with family is required in order to grant good care too critically ill patients and their family-members.

Aim: To describe nurses' perceived difficulties in the interaction with family-members of critically ill patients.

Method: The study is a qualitative literature-based study based on qualitative research.

Results: The analysis resulted in four main themes; difficult disunion, environmental constraints, interpersonal difficulties and communicative difficulties. Conflicts, disagreement and expectations in the interaction with family-members are difficult. There are environmental constraints in the form of family's presence, lack of space and time constraints. Nurses find it difficult to manage their emotions, family who get too close and to support the family. Information, comprehension, knowledge, language barriers and cultural differences represents communicative difficulties.

Conclusion: There is a lack of knowledge among nurses about how to handle difficult situations where family is involved. Doctors and nurses need to collaborate more. Conflicts, disagreements and expectations can put severe pressure on the nurse. It is difficult for the nurse to strike a balance between being professional and being personal. Environmental constraints are an organizational problem which creates difficulties for the nurse in the interaction with family.

Keywords

Critical ill, Difficulties, Interaction, Nurses perspective, Professional-Family Relations

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Vad innebär det att vara en kritiskt sjuk patient?.....	1
Närstående i vården	1
Interaktion	2
Omvårdnadsperspektiv	2
Joyce Travelbees teori om mellanmännsliga relationer	2
Sjuksköterskans kommunikativa funktion och arbete	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval	6
Analys	6
Resultat	7
Figur I. Resultatöversikt	7
Svåra splittringar	7
Konflikter	7
Oenighet	8
Orealistiska förväntningar	8
Miljömässiga begränsningar.....	8
Närståendes närvaro	8
Platsbrist	9
Tidsbrist	9
Relationsmässiga svårigheter	9
Sjuksköterskans känslor	9
Svårigheter med att stödja	10
Att komma för nära	10
Kommunikativa svårigheter	10
Information	10
Förståelse- och kunskapsbrister	11
Språksvårigheter och kulturella olikheter	11
Diskussion	12
Metoddiskussion	12

Överförbarhet	13
Trovärdighet	14
Forskningsetiska principer	14
Resultatdiskussion	14
Svåra splittringar	14
Kommunikativa svårigheter	15
Miljömässiga begränsningar	16
Relationsmässiga svårigheter	17
Slutsatser	17
Praktiska implikationer	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	18
Referenser	19

Bilagor

I	Sökhistorik av systematisk artikelsökning
II	Översikt av analyserad litteratur
III	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Inledning

År 2013 skrevs 123 836 personer ut från olika sjukhus i Sverige till följd av skador, förgiftningar och andra yttre orsaker. Detta motsvarar 13 % av alla vårdade. Antalet utskrivna som hade en yttre orsak till sjukdom och död uppgick till nästan 156 300 (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskan kommer i kontakt med många närstående i sitt arbete med dessa patienter. Närstående kan känna oro, rädsla och må psykiskt dåligt av situationen men de är en viktig resurs som kan bidra med stöd för patienten. Det kan uppstå en svår balansgång för sjuksköterskan; att dels vårda den sjuka och dels vara ett stöd till närstående. Det ställs stora krav på sjuksköterskan att utforma ett bra möte och samarbete. Detta arbete handlar om sjuksköterskans upplevda svårigheter i interaktionen mellan sjuksköterska och närstående i situationer där patienten är kritiskt sjuk.

Bakgrund

Vad innebär det att vara en kritiskt sjuk patient?

Enligt Svenska Akademiens Ordlista (2014) innebär ordet kritisk; granskande, kinkig, noga, avgörande, farlig, brydsam eller gräns. Att vara kritiskt sjuk är avgörande och en gräns mellan liv och död. Kritisk sjukdom innebär att vara i ett fysiskt tillstånd som betraktas som livshotande eller livsavgörande och kräver ett akut omhändertagande. Detta kan vara till följd av olycksfall, förgiftning, yttre orsaker (Socialstyrelsen, 2014) eller på grund av ett plötsligt och hastigt somatiskt insjuknande eller till följd av en försämring av ett kroniskt sjukdomstillstånd. När det finns en ovisshet i om patienten kommer att överleva eller inte överleva kan situationen bidra till osäkerhet och otrygghet för de närstående (Blom, Gustavsson & Sundler, 2013).

Närstående i vården

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) är närstående en social enhet bestående av medlemmar som knyts samman via släktskap, känslomässiga eller rättsliga band. Närstående till kritiskt sjuka patienter vill vara nära denne för att de då känner sig trygga. De känner rädsla för vad som kan hända, exempelvis som att patienten avlider när de inte är där (Plakas, Taket, Cant, Fouka & Vardaki, 2014).

De närstående befinner sig i en sårbar situation. De lever med en osäkerhet eftersom de inte vet om patienten kommer att överleva. Ofta känner närstående en stark oro för patientens tillstånd och de vill vara delaktiga men inte alltid ha en aktiv roll i vårdandet. Att inte få tillåtelse att vara delaktig är smärtsamt. Otryggheten ökar när närstående inte får vara nära patienten. Genom närvaro kan de garantera att patientens behov uppfylls (Blom et al., 2013). Närståendes närvaro och stöttning vid en kritisk situation är viktig och representerar känslor av säkerhet (Olsen, Dysvik & Hansen, 2009). När närstående är närvarande upprätthålls familjebanden genom att de visar sin kärlek och sitt stöd (McKiernan & McCarthy, 2010). De viktigaste behoven hos närstående är att mötas av försäkringen, närvaro och information (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007). Information och stöd skapar också ett självförtroende som ökar närståendes delaktighet i vården (Blom et al., 2013).

Närstående beskriver att det är viktigt att få närvara både psykiskt och fysiskt i vården av den kritiskt sjuka patienten. De känner då delaktighet, involvering och trygghet med den givna vården. Det är känsligt med vårdpersonalens attityder och tillvägagångssätt. Ett lidande skapas när de känner sig objektifierade och avhumaniserade. Vård som ges med omtanke och värdighet är viktigt (Blom et al., 2013).

När närstående inte får besöka patienten försöker de ändå vara i närheten, till exempel genom att vara i väntrummet. Interaktionen mellan närstående och sjuksköterskan är avgörande och ett gott beteende sinsemellan är av stor vikt därför att det kan påverka besökstider för närstående. Om det förekommer konflikter mellan dessa parter har besöken blivit färre (Plakas et al., 2014).

Interaktion

Begreppet interaktion beskrivs enligt Svenska Akademiens Ordlista (2014) som ett växelspel eller samspel. Nationalencyklopedin (2014) beskriver interaktion som samverkan eller samspel. Detta är en process där grupper eller individer genom sitt handlande ömsesidigt påverkar varandra (Nationalencyklopedin, 2014). Sjuksköterskan i interaktion med närstående upplevs som uppmuntrande, försäkrande och stödjande (Eggenberger & Nelms, 2007).

Omvårdnadsperspektiv

Joyce Travelbees teori om mellanmänskliga relationer

Travelbee (2002) beskriver att mellanmänskliga relationer handlar om kommunikation och samverkan mellan patient och sjuksköterska. Övertygelsen är att det är viktigare att inrikta sig på vad som egentligen sker med människor i sjukvården än att hålla ett professionellt avstånd till dem. Sjuksköterskan har ett ansvar att hjälpa den enskilde människan och dennes familj att finna mening i sjukdom och lidande, om det är möjligt. Det går att hjälpa människor att hantera de problem de utsätts för till följd av dessa erfarenheter. Sjuksköterskans andliga och etiska val eller filosofiska uppfattning av sjukdom och lidande, avgör i vilken utsträckning hen vill hjälpa den enskilde och dennes familj att finna mening (eller ingen mening) i dessa dyrt förvärvade erfarenheter (Travelbee, 2002).

Det centrala målet i att hjälpa är att lära människor hantera, bära och finna mening i de erfarenheter som följer med lidande och sjukdom. Sjuksköterskan skall främja känslor av mening och understödja ett realistiskt hopp. Att engagera sig i samtal och lära känna människan kan bidra till att man hjälper till att skapa en känsla av meningsfullhet i situationen. Genom att förmedla förståelse och ge stöd kan människan få hjälp att hantera sitt lidande och konsekvenserna av den förlust som sjukdom kan innebära (Travelbee, 2002).

Kommunikation är en process där sjuksköterskan kan skapa kontakt människor emellan och nå den avsikt som finns med sjukvården; att hjälpa individer och familjer förebygga och hantera upplevelser av sjukdom och lidande. Om möjligt hjälpa dem att finna mening med dessa erfarenheter (Travelbee, 2002).

Sjuksköterskans kommunikativa funktion och arbete

Sjuksköterskans arbete innefattar bland annat att hantera kommunikativa situationer som uppstår i vårdarbetet. Direktkommunikation med sjuksköterskan är viktig (Maxwell et al., 2007). Sjuksköterskor använder sig av varierande strategier för att hantera olika kommunikativa situationer. Genom att använda sin förmåga till att kommunicera; bemöter, informerar, undervisar och vägleder sjuksköterskan patienter och närstående (Socialstyrelsen, 2005). De ger information och förser närstående, sig själva och annan vårdpersonal med bland annat sorgestrategier (Bunch, 2000). Sjuksköterskan använder sig också av olika stödstrategier. Stödstrategier innebär att använda sig av sjukvårdsteam, personal från Sjukhuskyrkan och att skapa en trygg miljö för närstående (Maxwell et al., 2007).

Sjuksköterskor som visar engagemang för både patient och närstående skapar band med dem. Detta engagemang innebär att behandla patienten och närstående som personer, spendera tid med dem, dela med sig av sig själv, uppmuntra närståendes involvering och visa förståelse för vad de går igenom (Blom et al., 2013). Ett av de viktigaste tillvägagångssätten för att skapa kontakt är att sjuksköterskan svarar på frågor och delger rak och ärlig information till närstående om patientens tillstånd. Om sjuksköterskan informerar om vad som händer, på en nivå som närstående kan förstå, hjälper de närstående att hantera situationen (Eggenberger & Nelms, 2007). När sjuksköterskan ger information och svarar uppriktigt och ärligt på frågor får närstående en känsla av delaktighet. Närstående kan då tillföra mer i vårdandet av patienten. Bristande information kan bidra till att närstående känner sig sårbara (Blom et al., 2013). Närstående behöver stöd för att kunna hantera den kritiska situationen vilket möjliggör en känsla av säkerhet för dem (McKiernan & McCarthy, 2010).

Sjuksköterskan upplevs ibland som varken stöttande eller förstående. Närstående känner sig bedrövade när sjuksköterskan inte vill involvera dem, när en uppgiftsorienterad attityd visas gentemot patientens omvårdnad och när de misslyckas med att bekräfta dem. Upplevelser som dessa är mycket emotionella och närstående har känslor av ilska, ledsamhet, misstro och exkluderande. Närstående förstår att sjuksköterskans huvudansvar är patienten, men de vill väldigt gärna att sjuksköterskan skall finnas där för dem också (Eggenberger & Nelms, 2007).

Sjuksköterskans arbete ska genomsyras av en helhetssyn och etiskt förhållningssätt och innebär bland annat att sjuksköterskan ska ta tillvara patienten och närståendes kunskaper, erfarenheter, önskemål och behov (Socialstyrelsen, 2005). Birkler (2007) beskriver att en humanistisk människosyn beaktar människan i sin helhet genom hänsyn till förnuft, frihet, historia och kultur. De relationer människan har, räknas in i människan som helhet och omfattar alla de sammanhang som människan ingår i, till exempel familj, vänner och arbete. Närståendes behov är jämförbara med patientens vilket sjuksköterskan behöver ha i åtanke i vården av patienten (Blom et al., 2013).

I sjuksköterskans möte med närstående till kritiskt sjuka patienter upplever sjuksköterskan att de interventioner som kräver mer tid, känslor och kommunikationsfärdigheter görs i mindre utsträckning än de interventioner som kräver mindre av dessa faktorer gentemot närstående (Omari, 2013). En del sjuksköterskor ber närstående lämna rummet under pågående behandling eller förfarande med patienten för att de känner sig mindre bekväma med närstående i rummet. När läkare undviker konversationer med närstående hamnar sjuksköterskan i en svår situation (Attia, Abd-Elaziz & Kandeel, 2013). De känner sig även obekväma när det kommer till att prata om patientens prognos och diskutera kring patientens

död med närstående (Omari, 2013). Låg bemanning och trånga utrymmen är andra faktorer som sjuksköterskor ser som svåra när närstående är närvarande. När närstående bevittnar återupplivning upplever sjuksköterskan oro och rädsla för risken att närstående gör anmälningar som kan ge rättsliga påföljder (Köberich, Kaltwasser, Rothaug & Albarran, 2010). Ytterligare en svårighet sjuksköterskor upplever är när närstående kontinuerligt ringer till sjuksköterskan för att få uppdaterad information om patientens tillstånd (Attia et al., 2013).

Problemformulering

Att vara kritiskt sjuk är vanligt förekommande och är livshotande eller livsavgörande för patienten. Sjuksköterskor möter närstående till dessa patienter på sjukhus när de vårdas där. Det kan vara en svår balansgång för sjuksköterskan att både se till patienten och närståendes behov. Det finns kvalitativa studier om hur närstående upplever interaktionen men det är mindre forskat på hur sjuksköterskan upplever svårigheterna i interaktionen inom detta problemområde. Kunskap behövs om svårigheter i interaktionen för att sjuksköterskan skall kunna hantera dessa, skapa ett gott samarbete och öka förutsättningar att ge god omvårdnad till kritiskt sjuka patienter och deras närstående.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskans upplevda svårigheter i interaktionen med närstående till kritiskt sjuka patienter.

Metod

Studien som gjordes var en litteraturbaserad kvalitativ studie som undersökte sjuksköterskans upplevelser av svårigheter i interaktionen med närstående till kritiskt sjuka patienter. Kvalitativa studier studerar upplevelser, uppfattningar, erfarenheter, förväntningar och behov kring fenomen (Friberg, 2012; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Fenomen är ett viktigt begrepp och innebär att man tar ut aspekter och meningar ur situationer och beteenden. Kvalitativa studier kan vara vägledande för det praktiska vårdarbetet (Friberg, 2012).

Litteratursökning

Databasen som användes var Cinahl. Denna databas täcker nästan alla engelskspråkiga omvårdnads- och hälsoförbundna tidsskrifter, böcker, avhandlingar och omvårdnadskonferenser inom omvårdnad och allierade hälsoområden. Cinahl omfattar nästan 3000 tidsskrifter daterade från 1981 och innehåller mer än en miljon artiklar (Polit & Beck, 2012).

Innan sökningarna genomfördes antecknades möjliga sökord relevanta för syftet. Det var ett pågående arbete att hitta nya sökord och anteckningar fördes under hela sökningsprocessen.

Ett arbetsdokument i datorn användes som en dagbok för att hitta ingångar till nya sökningar och för att hålla reda på utförda sökningar. Enligt Polit och Beck (2012) är den här formen av dokumentation att föredra vid litteratursökning för att komma ihåg sökstrategier och för att skapa en effektiv sökprocess. Systematiska sökningar utfördes på området i Cinahl. Sökningar som hade med kritisk sjukdom och kritiska tillstånd gjordes i kombination med en rad begrepp för närstående och relationerna mellan sjuksköterska och närstående. Dessa sökningar gjordes också i kombination med sökord som hade med sjuksköterskans upplevelser, uppfattningar och erfarenheter att göra. Även sökord som hade med kommunikation, möten och samarbete kombinerades med de tidigare sökorden. Boolesk söklogik användes för att kombinera ord genom användning av "AND" i sökningen. Det är enligt Östlundh (2012) vanligt att man kombinerar sökord med "AND" mellan orden för att sökningen ska ge träffar som innehåller båda sökorden. I början av sökprocessen användes trunkering. Trunkering innebär att man använder en asterisk (*) och är ett sätt att få träff på olika böjningsformer exempelvis ger *nurs** träff på bland annat "nurse", "nurses", "nursing", "nursing care" (Polit & Beck, 2012; Willman et al., 2011; Östlundh, 2012).

Efter de systematiska sökningarna i Cinahl riktades uppmärksamhet mot tidigare uppsatser. Osystematiska sökningar gjordes genom att granska referenslistor för att finna lämpliga artiklar som kunde vara användbara. I de artiklar som hittades togs ämnesord ut för att användas i de fortsatta sökningarna. I all informationssökning bör så kallad sekundärsökning genomföras (Östlundh, 2012). Genom att studera referenslistor och ta ut relevanta referenser är det möjligt att söka vidare på samma kombination av ämnesord som finns i artiklarna som har relevans för syftet.

Sökandet efter artiklar fortsatte sedan i Cinahl och förutom sökord användes ämnesord som skulle ge mer exakta träffar. Ämnesord benämns i Cinahl som Major Headings (MH) och söktes fram med hjälp av sökord. De ämnesord som var mest relevanta för syftet valdes ut och användes för sökningarna. De systematiska sökningarna resulterade i två användbara sökningar.

Den ena sökningen som gjordes i Cinahl var MH "Critical care nursing" och MH "Professional-family relations" med begränsningarna engelska, år 2004-2014, peer-reviewed och vuxen från 19 år (Bilaga I). Denna sökning gav efter begränsningar 120 artiklar. Alla titlarna lästes av båda författarna och av de som ansågs vara relevanta för syftet lästes 52 abstracts. En del av artiklarna i sökningen fanns inte i fulltext i Cinahl. Från dessa artiklar kopierades titlarna och klistrades in i Google Scholar där sökning genomfördes. En del påträffades, en del hade enbart abstract tillgängligt. Tre av de artiklar vars abstract var relevanta för vidare granskning fanns inte i fulltext. På 24 utav de 52 artiklar, vars abstracts lästs igenom, granskades resultatdelen. Utav dessa valdes 11 ut som tangerade syftet. De tre som inte fanns i fulltext beställdes via biblioteket på Högskolan Väst. En av dessa fanns inte att tillgå. Systematiska sökningar med samma eller motsvarande ämnesord gjordes även i Medline/PubMed och i ProQuest utan relevanta resultat.

Den andra sökningen gav en användbar artikel och innehöll sökorden MH "Professional-family relations" i kombination med MH "Stroke Patients". Begränsningen för sökningen var engelska, år 2004-2014, peer-reviewed och vuxen från 19 år (Bilaga I). Detta resulterade i sju träffar. Alla titlar studerades och abstract undersöktes på fyra av de som ansågs relevanta för vidare granskning. Resultatet i denna studie omfattar således 14 artiklar.

Urval

Artiklarna skulle vara på engelska, peer-reviewed och publicerade mellan 2004-2014. De skulle vara kvalitativa samt empiriska. Artiklar som valdes bort var kvantitativa studier, reviewartiklar samt artiklar grundat på narrativer. Alla personer under 19 år exkluderades.

Om det i titel, abstract eller resultatdelen i artiklarna framkom att de inte tangerade syftet eller uppfyllde inklusions- och exklusionskriterier valdes dessa bort. En av de beställda artiklarna från sökning 1 var inte tillgänglig och blev därför exkluderad.

De artiklarna som valdes ut till studien granskades och värderades kritiskt via ett protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (Willman et al., 2011). Med stöd av protokollet granskades etiska resonemang och etiska överväganden gjordes. Alla artiklar inkluderades och bedömdes ha en hög eller medel kvalitetsnivå (Bilaga III).

Analys

Analysarbetet grundar sig i Fribergs (2012) modell för analys av kvalitativ forskning. Artiklarna lästes igenom med fokus på syftet. En sammanställning genomfördes av samtliga artiklars resultatdel. Detta gav en överblick över innehållet och vilka svårigheter som fanns i interaktionen med närstående (Friberg, 2012). En schematisk översikt av analyserad litteratur (Bilaga II) gjordes parallellt med en kvalitetsgranskning (Bilaga III). Artiklarna lästes igenom i sin helhet och innehållet sammanfattades utifrån översiktsmallens rubriker. Fokus lades sedan på att ta ut meningsbärande enheter som tangerade syftet i varje artikels resultatdel. Dessa märktes med märkpenna samt översattes och skrevs ner på post-it lappar som sattes på artikelns framsida. Artiklarna numrerades. Ord som försökte beskriva de meningsbärande enheternas innebörd skrevs ner i ett nytt dokument. De meningsbärande enheterna från post-it lapparna granskades och skrevs in under de ord som bäst beskrev innehållet. Dessa kodades sedan med den siffra som artikeln tilldelats, för att hålla isär vilken artikel som beskrivit de olika upplevelsena. Ord som inte använts för att kategorisera meningsbärande enheter togs bort. De meningsbärande enheterna flyttades runt tills de hamnat under det ord som bäst beskrev innebörden. Dessa ord blev subteman. Gemensamma nämnare för subteman söktes och teman skapades (Friberg, 2012).

Resultat

Figur I. Resultatöversikt

Temat			
Svåra splittringar	Miljömässiga begränsningar	Relationsmässiga svårigheter	Kommunikativa svårigheter
Subtemat			
Konflikter	Närståendes närvaro	Sjuksköterskans känslor	Information
Oenighet	Platsbrist	Svårigheter med att stödja	Förståelse-och kunskapsbrister
Orealistiska förväntningar	Tidsbrist	Att komma för nära	Språksvårigheter och kulturella olikheter

Svåra splittringar

Konflikter

Konfliktfyllda situationer upplevdes som den största svårigheten i interaktionen med närstående. När det fanns konflikter mellan sjuksköterskan och närstående upplevde sjuksköterskan det påfrestande att vistas i patientrummet och ibland svårt att gå till jobbet. I konfliktfyllda situationer upplevde sjuksköterskan att det var svårt att arbeta med närstående. Det upplevdes också svårt att inte kunna komma ifrån den konfliktfyllda situationen (Edwards, Thronson, & Dyck, 2012).

En annan konfliktfylld situation kunde vara att män i vissa kulturer inte respekterade kvinnlig vårdpersonal och såg dem som underordnade. Detta gav kommunikationssvårigheter i interaktionen med de närstående och skapade på så sätt konflikter (Høye & Severinsson, 2008).

När patienten och närståendes önskningar stod i konflikt med varandra kände sjuksköterskan sig fast mellan dessa (Gutierrez, 2012). Sjuksköterskan upplevde en känslomässig konflikt när det bedrevs meningslös vård på grund av att närstående inte ville låta patienten dö. Det var svårt för sjuksköterskan att känna att sjukvården höll patienten levande för de närståendes skull (Badger, 2005). Sjuksköterskan upplevde brist på kontroll över vårdmiljön när närstående och sjuksköterskan hade olika syn på hur de närstående skulle vara involverade i vården av patienten. Detta orsakade konflikter i interaktionen med närstående (Høye & Severinsson, 2010).

Oenighet

Det var svårt när sjuksköterskan och närstående var oeniga om föreslagen medicinsk behandling. När patienten och närstående var oeniga inom familjen om beslut gällande patientens vård blev det svårt för sjuksköterskan att få alla närstående att bli samstämmiga (Badger, 2005).

Sjuksköterskan upplevde det som komplicerat när närstående lade sig i sjuksköterska-patient relationen (Petronio & Sargent, 2011). Oenighet var både svårt och krävande när sjuksköterskans åsikter inte överensstämde med de närståendes (Rejnö, Danielson & von Post, 2013). Sjuksköterskan kände sig tvingad att ge efter för närståendes önskningar om att ge mer medicinsk smärtlindring till patienten trots att hen ansåg att patienten fått tillräcklig medicinsk dosering (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009). När patienten önskade att få dö men närstående inte ville detta, upplevde sjuksköterskan närstående som ett hinder. Närstående ville att sjuksköterskan skulle övertyga patienten om att fortsätta behandlingen vilket gjorde att sjuksköterskan upplevde interaktionen med de närstående svår (Petronio & Sargent, 2011).

Orealistiska förväntningar

När närstående hade orealistiska förväntningar på sjuksköterskan ansåg sjuksköterskan att det var svårt att leva upp till dessa (Badger, 2005). Närståendes orealistiska förväntningar var ett hinder för sjuksköterskan att kunna ge palliativ vård när närstående inte förstod allvaret i patientens tillstånd (Espinosa, Young, Symes, Haile & Walsh, 2010). Sjuksköterskan hamnade i en svår situation när sjuksköterskan förväntades följa patienten och närståendes regler för vad som fick sägas och inte sägas. Det fanns ibland sekretess kring information om patienten. Patienten ville inte att varken närstående eller annan sjukvårdspersonal skulle få ta del av denna information. Sjuksköterskan upplevde detta som svårt i interaktionen med närstående (Petronio & Sargent, 2011). Förutom närståendes orealistiska förväntningar på sjuksköterskan var det svårt för sjuksköterskan att ha orealistiska förväntningar på sig själv och sin roll gentemot närstående (Stayt, 2007). När närstående ville ha försäkran om att patienten inte led upplevde sjuksköterskan detta som en svåruppfylld önskan. Sjuksköterskan uttryckte att hen måste anpassa närståendes önskningar efter deras behov (Fridh et al., 2009).

Miljömässiga begränsningar

Närståendes närvaro

När närstående spenderade mycket tid i patientens rum uttryckte sjuksköterskan det som svårt att ge vård i form av att borsta patientens tänder, bada, komma upp eller att sitta i stol (Wählin, Ek & Idvall, 2010). Två studier beskrev att det var svårt när närstående inte visade respekt för besökstiderna på grund av att det påverkade sjuksköterskans arbetsmönster. Dessutom var det svårt när det blev trångt då många närstående till en patient befann sig i korridorerna så att vårdpersonal och andra närstående knappt gavs utrymme (Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010). Det blev också stressigt för sjuksköterskan när många besökare fyllde patientrummet och hindrade omvårdnadsprocedurer (Høye & Severinsson, 2008). Sjuksköterskan ansåg att det var svårt när närstående var högljudda och försökte skydda andra patienter och besökare från detta (Høye & Severinsson, 2010). När

närstående visade oro och rädsla, när patienten befann sig i ett akut kritiskt tillstånd, upplevde sjuksköterskan arbetsmiljön som stressig (Edwards et al., 2012).

Platsbrist

Sjuksköterskan upplevde att interaktionen med närstående blev svår när det inte fanns tillräckligt med utrymme på vårdenheten. Det var frustrerande att på grund av platsbrist förflytta en döende patient till en annan avdelning. Sjuksköterskan såg det som oförskämt och som en otjänst gentemot mot närstående och patienten (Arbour & Wiegand, 2014). Frustration över förflyttning av döende patienter, på grund av platsbrist, gjorde att sjuksköterskan inte kunde göra det sjuksköterskan kände var det rätta gentemot de närstående (Bloomer & O'Connor, 2012). Platsbristen gjorde också att det var svårt för närstående att närvara hos patienten. Sjuksköterskan upplevde det som ett stort hinder att ge värdig vård i livets slutskede för patienten och närstående till följd av brist på enskilda rum. Att vårda i flerbäddrum var frustrerande. Sjuksköterskan var tvungen att lägga fokus på den akut döende patientens närstående. Välmående av medpatienter och deras närstående fick komma i andra hand (Fridh et al., 2009).

Tidsbrist

Sjuksköterskan upplevde det svårt när patienten inte hade lång tid kvar att leva och att hen på grund av tidsbrist inte kunde sätta sig ner och trösta närstående och patienten. Det var frustrerande att tiden inte räckte till utan att de mer uppenbara behoven fick gå före att trösta (Rejnö et al., 2013). En sjuksköterska upplevde att det svåraste i interaktionen med närstående var när patienten oväntat dog och sjuksköterskan fick hantera situationen utan förvarning. Detta på grund av brist på tid för att skapa en relation till de närstående som var oförberedda på att patienten skulle dö. Då patienten dog och situationen inte blev optimal, på grund av att sjuksköterskan hade stressat och utelämnat vissa åtgärder fick hen dåligt samvete. Det var dubbelt så uttröttande när tidsbrist gjorde att sjuksköterskan inte kunnat utföra åtgärder som kunde gjort situationen bättre både för sjuksköterskan och närstående (Fridh et al., 2009).

Relationsmässiga svårigheter

Sjuksköterskans känslor

När sjuksköterskor tog hand om patienter eller närstående som starkt associerades med det egna privatlivet så kunde detta göra situationen skrämmande. Det skapade rädsla eftersom de blev påmind om att samma sak kunde hända dem själva eller någon av de egna familjemedlemmarna (Wåhlin et al., 2010). När patient och närstående var unga eller i samma ålder som sjuksköterskan blev det känslomässigt svårt för sjuksköterskan. Det var känslomässigt svårare för sjuksköterskan att vårda döende yngre patienter och att identifiera sig med dem och deras närstående. Sjuksköterskan såg det som att hen kom i kontakt med dödlighet på ett sätt hen inte gjort förut (Espinosa et al., 2010).

Svårigheter med att stödja

Sjuksköterskan upplevde det svårt att tillmötesgå de sörjande närståendes behov (Stayt, 2007). Bland annat berodde detta på att sjuksköterskan hade svårt att ta rollen som specialiserad stödpersonal, speciellt utanför dagtid då det inte fanns tillgång till kurator eller personal från Sjukhuskyrkan. Att vara oerfaren eller oförberedd socialt, utbildnings- eller känslomässigt var svårt (Bloomer & O'Connor, 2012). På grund av brist på kunskap och erfarenhet av att ta hand om närstående till palliativa patienter, var det svårt för sjuksköterskan att stödja de närstående (Espinosa et al., 2010).

Sjuksköterskor har beskrivit rollkonflikter där det var svårt att balansera vården mellan närstående och patient. Närstående blev väldigt uttrycksfulla och ledsna i situationer där patienten var kritiskt sjuk. När närstående var många tog de all uppmärksamhet och tid från patienten som behövde stödet mer och hela situationen blev svår för sjuksköterskan. De har beskrivit hur de försöker minska sin känslomässiga involvering genom att inte engagera sig känslomässigt med närstående. När närstående delgav information om personliga svårigheter som sjuksköterskan inte kunde hjälpa dem med upplevdes interaktionen med de närstående som svår (Stayt, 2007).

Att komma för nära

Svårigheter i interaktionen med närstående var att kombinera professionalism med det privata. Det var trevligt att närstående kände förtroende för sjuksköterskan (Stayt, 2007). När sjuksköterskan berättade om sig själv för närstående fanns tveksamheter om det var professionellt. Att investera i sjuksköterske-närstående relationen var grundläggande för att bygga tillit och skapa en terapeutisk relation. Denna personliga investering var inte alltid fördelaktig. Sjuksköterskan hade svårt att hantera situationen när närstående blev för nära i relationen med sjuksköterskan. Det var inga problem under arbetsskiftet men efter arbetstidens slut kunde interaktionen med närstående upplevas problematisk av sjuksköterskan. Närstående trodde sig ha skaffat en vän för livet och ansåg att sjuksköterskan var den enda som denne kunde lita på och prata med. Sjuksköterskan kände att relationen efter ett tag blev både destruktiv för sjuksköterskan och för närstående. Det var utmattande att vara med närstående när de gick över sjuksköterskans privata gränser och kom för nära i relationen. När närstående kom för nära i relationen försökte de manipulera och få sjuksköterskan att säga och göra saker utanför sjuksköterskans ansvarsområde. När sjuksköterskan satte sig in i närståendes situation för mycket blev det för känslamt. Detta medförde svårigheter i att fullgöra den institutionella rollen (Stayt, 2007).

Kommunikativa svårigheter

Information

Sjuksköterskan blev nervös och stressad när närstående ställde många frågor som sjuksköterskan inte kunde besvara (Stayt, 2007). Det var svårt att få många frågor från närstående om den apparatur som fanns på avdelningen. Informationen som givits till närstående om funktionen av apparaterna, kunde lätt vändas emot sjuksköterskan. Detta berodde delvis på att närstående hade ångest och att apparaterna var svåra för närstående att avläsa. Apparaturen gjorde närstående förvirrade (Zaforteza, Gastaldo, de Pedro, Sánchez-

Cuenca & Lastra, 2005). När närstående givits falskt hopp på grund av fortsatt vård, trots att patienten inte hade någon chans att överleva, upplevde sjuksköterskan närståendes frågor som besvärande. Sjuksköterskan fick väldigt obekväma frågor om patientens vård på grund av att närstående hade felaktiga uppfattningar om patientens tillstånd (Fridh et al., 2009).

Svårigheter i interaktionerna med närstående var att sjuksköterskan inte upplevde sig tillräckligt erfaren att ge information till närstående. Det var också svårt att undanhålla information de ville ge närstående men inte fick på grund av ett oskrivet avtal mellan sjuksköterskan och läkaren (Zaforteza et al., 2005). Sjuksköterskan kände rädsla för att hamna i problem om information om prognos gavs till närstående på grund av dessa oskrivna regler om att läkaren skulle ge denna information (Gutierrez, 2012). Det var även svårt att ge information till närstående när de inte visste vad läkaren sagt om patientens tillstånd (Zaforteza et al., 2005). Det blev en kamp för sjuksköterskan med närstående då läkaren kommunicerat falskt hopp till dem (Espinosa et al., 2010). Miljön hade en påverkan på närstående och kunde ge ytterligare svårigheter för sjuksköterskan i kommunikationsprocessen (Zaforteza et al., 2005). Att ge instruktioner om att låta patienten vila, inte störa och inte vara för många personer i patientrummet samtidigt, var svårt för sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde att närstående kunde få en negativ inställning till sjuksköterskan till följd av detta (Wåhlin et al., 2010). Att undanhålla information från närstående som patienten inte ville skulle avslöjas var även detta en svårighet (Petronio & Sargent, 2011). När manliga närstående till patienter i multikulturella familjer översatte information upplevde sjuksköterskan att all information inte nådde fram. Detta var ett problem för sjuksköterskan då patient och andra närstående inte blev fullt informerade (Høye & Severinsson, 2010).

Förståelse- och kunskapsbrister

Kommunikationen mellan sjuksköterskan och närstående försvårades när det fanns brister i förståelse och kunskap. I dessa fall uppstod missförstånd och misstolkning av information. Det blev svårt för sjuksköterskan att veta vilken information närstående skulle få när de på grund av missförstånd eller feltolkning av information fått falska förhoppningar (Zaforteza et al., 2005). En svårighet var också att sjuksköterskan inte kunde få närstående att förstå och acceptera situationen (Wåhlin et al., 2010). Närstående missförstod inte bara information. De missförstod även allvaret av patientens sjukdomstillstånd. Det var svårigheter med övergången från kurerande vård till palliativ vård av patienter. Detta på grund av närståendes brist på förståelse och kunskap kring patientens tillstånd (Badger, 2005). Konsekvensen av att närstående inte förstod allvaret i patientens tillstånd blev ett hinder för sjuksköterskan att kunna ge palliativ vård (Espinosa et al., 2010). Sjuksköterskan upplevde det problematiskt när närstående utan medicinsk kunskap förde patientens talan (Badger, 2005). Närstående upplevdes ha en bristande tro på sjuksköterskan och de uppfattades som missnöjda när de inte förstod vad som försiggick (Rejnö et al., 2013).

Språksvårigheter och kulturella olikheter

Språk och kultur kunde ha en svår inverkan på kommunikationen. Sjuksköterskan upplevde det svårt med språkbarriärer i multikulturella möten. De var svårt att vara osäker på om närstående förstod informationen (Høye & Severinsson, 2008). Förutom att det upplevdes svårt var det också komplicerat och förvirrande för sjuksköterskan att ge information på ett

annat språk än sitt eget och att kontrollera att patienten och närstående hade förstått given information. Det var krävande för sjuksköterskan när patienter och dennes närstående skulle få information i situationer då kommunikationen hindrades av språksvårigheter och kulturella olikheter (Høye & Severinsson, 2010). Sjuksköterskan såg det som en svår utmaning att kommunicera med närstående i multikulturella familjer och att förebygga missförstånd och oro hos dem. Sjuksköterskan upplevde kommunikationen med multikulturella familjer svår på grund av sina egna kunskapsbrister om kulturella och religiösa värden (Høye & Severinsson, 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som valts är en litteraturbaserad studie baserad på analys av kvalitativ data. Denna metod valdes eftersom målet är en ökad förståelse för sjuksköterskans svårigheter i interaktionen med närstående till kritiskt sjuka patienter (Friberg, 2012). Denna metod begränsar resultatet till att enbart gälla kvalitativ forskning. Hade en litteraturoversikt gjorts hade det kunnat ge ett annat resultat eftersom den studerar både kvalitativ och kvantitativ forskning. Denna studie hade kunnat nå en större population och större geografiska områden. Eftersom kvantitativ forskning studerar frågor såsom hur mycket, hur många, hur länge (Lantz, 2011) var det inte lämpligt att använda litteraturoversikt eftersom syftet var att få fram sjuksköterskans upplevelser av svårigheter i interaktionen med närstående. Fördelen med den valda metoden är att meningar och multipla sanningar kommer fram istället för generaliseringar om populationen. Det skapas en mer detaljerad och nyanserad bild av hur sjuksköterskorna upplever det studerade fenomenet (Polit & Beck, 2012).

Sökningen begränsades till att gälla högst tio år tillbaka i tiden för att finna relativt färska studier. Hade äldre studier tagits med hade möjligtvis upplevelserna sett annorlunda ut. Vårdmiljöer och organisationer ändras över tid och svårigheter kan därför ha sett annorlunda ut tidigare. Denna studie skulle vara internationell och därför söktes artiklar skrivna på engelska. Detta kan innebära ett visst bortfall av svårigheter i interaktioner på grund av exklusion av andra språk.

Begränsningar i sökningarna sattes till att gälla personer över 19 år då vuxna närstående var det som skulle undersökas och på grund av att det inte gick att begränsa sökningarna i Cinahl till över 18 år. Om inte sökningarna begränsats till att enbart gälla vuxna är det mycket troligt att andra svårigheter hade framkommit. Denna begränsning valdes för att inte studien skulle bli allt för omfattande eftersom tiden var begränsad. Att ha ett barn som kritisk sjuk patient i denna studie valdes bort eftersom dessa enbart ska behandlas av specialistutbildade sjuksköterskor och studien skall vara inom ramen för allmänsjuksköterskans område.

Artiklarna skulle vara peer-reviewed för att i möjligaste mån hålla en bra vetenskaplig kvalitet. Genom att avgränsa till peer-reviewed sorteras artiklar ut som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Östlundh, 2012). Kvalitetsgranskningen som gjordes genom mall var ett komplement för att göra ytterligare bedömning av kvalitén (Bilaga III).

När det söktes artiklar till resultatet användes även sökord som hjärtsvikt, njursvikt, KOL och hjärtinfarkt eftersom dessa sjukdomar kan ge ett plötsligt insjuknande som kan medföra ett kritiskt tillstånd för patienten. Tyvärr hittades inga artiklar som berörde syftet. Även

akutsjukvård användes som sökord för att få träffar på fler kritiska sjukdomstillstånd, men inga träffar gav användbara artiklar. Detta innebar att de artiklar som blev resultatet, till största delen berörde intensivvårdsavdelningar. Detta är en brist eftersom tanken var att komma åt de områden som allmänsjuksköterskan arbetar. Artiklarna svarade på syftet och som allmänsjuksköterska träffar man kritiskt sjuka patienter och deras närstående på bland annat akutmottagningar, stroke-, hjärt- och allmänmedicinska avdelningar.

Allmänsjuksköterskan bör ha kunskaper om interaktion med närstående till kritiskt sjuka patienter för att kunna hantera svåra situationer där närstående finns med. En artikel valdes bort eftersom det var svårt att avgöra om det var sjuksköterskan eller annan vårdpersonals upplevelser.

Sökningar gjordes i Medline via PubMed som innehåller medicinsk litteratur inklusive omvårdnadstidsskrifter (Polit & Beck, 2012; Willman et al., 2011). Sökningar gjordes också i PsychINFO som är en databas inom det psykiatriska området och fokuserar på psykologi (Willman et al., 2011). PsychINFO valdes i hopp om att finna artiklar innehållande upplevelser och tankar matchande syftet. Tanken var att undersöka om sjuksköterskan upplevde psykologiska svårigheter i interaktionen med närstående till kritiskt sjuka patienter. Även om inga artiklar i denna databas tangerade syftet så är det inte uteslutet att sjuksköterskan upplever psykologiska svårigheter av detta slag. Cinahl är mer riktat mot omvårdnad än Medline vilket kan vara en anledning till att artiklar passande syftet inte påträffades (Willman et al., 2012). På grund av bristande kunskap i sök teknik i dessa databaser är det möjligt att användbart material kan ha gått miste om. Vid sökning i dessa databaser fick författarna vägledning av en erfaren bibliotekarie, inriktad på omvårdnad, kultur och hälsa, men inga relevanta artiklar för syftet påträffades.

Av de granskade artiklarna bedömdes tre hålla en medelkvalité medan resterande höll en hög kvalité. Då innehållet var väsentligt och tillförde resultatet i denna studie viktigt innehåll valdes de tre artiklar som höll medelkvalité att tas med. Resultatet kunde säkert sett annorlunda ut om dessa inte tagits med i studien. Att merparten av artiklarna höll en hög kvalité stärker resultatets trovärdighet.

Under arbetsprocessen kontrollerades kategorier och teman fortlöpande så att de verkligen stämde överens med innehållet. Om innehållet inte stämde så flyttades antingen meningsbärande enheter till mer passande kategorier eller så ändrades namnet på kategorierna till att matcha innehållet. Att ha en öppen arbetsprocess där man försöker kategorisera så korrekt som möjligt skapar tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Överförbarhet

Huruvida resultatet är tillförlitligt är beroende på om resultatet är möjligt att överföra på liknande situationer (Polit & Beck, 2012). Artiklarna som denna studies resultat bygger på berör mestadels intensivvård. Sjuksköterskorna i dessa artiklar har specialistutbildning och minst tre års erfarenhet av intensivvård. Arbetsförhållandena på intensivvårdsavdelningar kan vara annorlunda mot akutvårdsavdelningar. Men även på akutsjukvårdsavdelningar finns kritiskt sjuka patienter och närstående i liknande situationer. Därmed borde resultatet gå att applicera inom akutsjukvård som bedrivs på sjukhusavdelningar inom västvärlden.

Överförbarheten är beroende av hur mycket erfarenhet sjuksköterskan har av att träffa kritiskt sjuka patienter och på hur länge den kritiskt sjuka patienten blir inlagd på akutvårdsavdelningen. En artikel som söktes men som inte gick att få tag på kom ifrån staten

Malawi i södra Afrika. Hade denna artikel gått att få tag på hade resultatet eventuellt kunnat utökas gälla ett större geografiskt område och därmed blivit mer överförbart.

Trovärdighet

Författarna till denna studie har en förförståelse som kan ha påverkat trovärdigheten i studien. Denna studie bygger på en medveten förförståelse om att det finns svårigheter i interaktionen med närstående. Författarna har innan studien observerat kliniskt verksamma sjuksköterskor som upplevt situationer med närstående som svåra. För att undvika att denna förförståelse inverkar på resultatet har alla studier som tangerade syftet tagits med. Inga upplevda svårigheter har medvetet tagits bort. Tolkningar har i möjligaste mån undvikits men en viss tolkning har skett i språköversättningar. Båda författarna har analyserat, granskat och diskuterat resultaten av artiklarna för att minimera risken för feltolkningar, vilket styrker trovärdigheten. Flera sökmotorer har använts för att jämföra översättningar av material som författarna inte förstod i detalj, detta för att få en så sann översättning som möjligt.

Forskningsetiska principer

Studier kan bli granskade av olika etiska kommittéer som bedömer om studien ska beviljas ett godkännande (Polit & Beck, 2012). Det är viktigt att skydda studiedeltagarna och att samtycke erhålls vilket innebär att deltagarna måste ges tillräckligt med information om studien. De skall förstå innebörden av sitt deltagande och det skall vara frivilligt (Polit & Beck, 2012). I de artiklar som använts för resultatet i denna studie nämns inga namn. Forskarna erhöll informerat samtycke. Alla artiklar hade etiska resonemang och 12 av studierna godkändes av etiska kommittéer. I de studier där det inte framgick att de granskats av etiska kommittéer fördes bra etiska resonemang och hade innehåll som tillförde resultatet i denna studie viktiga aspekter.

Resultatdiskussion

Svåra splittringar

Den största svårigheten i interaktionen med närstående var konfliktfyllda situationer (Edwards et al., 2012). Resultatet visade att sjuksköterskan upplevde konflikter som svårt och påfrestande. Några orsaker till konflikt kunde vara oenighet kring behandling, brist på kontroll och att närstående hade för orealistiska förväntningar på sjuksköterskan. Kommunikation är en process och genom att förmedla förståelse och stöd i dessa situationer kan man hjälpa närstående att hantera sjukdom och lidande (Travelbee, 2002). En god kommunikation kan förhindra att konfliktfyllda situationer uppstår. Genom att sjuksköterskan ger närstående rak och ärlig information kring patientens sjukdomstillstånd blir situationen mer hanterbar för närstående (Eggenberger & Nelms, 2007; McKiernan & McCarthy, 2010). Sjuksköterskan kan få närståendes orealistiska förväntningar till att bli mer realistiska och främja ett realistiskt hopp. Enligt Travelbee (2002) skall sjuksköterskan främja känslor av mening genom att engagera sig i samtal och lära känna människan. Lidandet kan hanteras genom ökad förståelse och stöttning. På detta sätt upprätthålls ett bra samspel i interaktionen med närstående.

Resultatet visade att sjuksköterskan gav efter för närståendes önsknings om ytterligare smärtlindring trots att hen ansåg att den givna dosen var tillräcklig. Det är oerhört viktigt att sjuksköterskan använder sin kunskap och kompetens och inte ger efter för närståendes påtryckningar om dessa motsäger varandra. Enligt Patientsäkerhetslagen 1§, kap. 6 (SFS 2010:659) skall arbetet utföras i överrensstämelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. När det råder oenigheter kring patientens vård och behandlingsalternativ leder detta till att det blir svårt i interaktionen mellan sjuksköterska och närstående. Är given dosering tillräcklig så är den det och om åsikter går isär behöver sjuksköterskan motivera beslutet så att närstående får en förståelse.

Närstående och patientens åsikter går ibland isär vilket leder till att sjuksköterskan upplever svårigheter i interaktionen med närstående. Vården skall vara av god kvalitet och sjuksköterskan skall respektera patientens självbestämmande samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet (SFS 1982:763). Det är viktigt att tänka på vad som är viktigast för patienten, att företräda denne, att säkerställa god vård och se till patientens omvårdnadsbehov. Samtidigt står det i sjuksköterskans kompetensområden att sjuksköterskan ska ta tillvara både patienten och närståendes kunskaper, erfarenheter, behov och önskemål (Socialstyrelsen, 2005). Resultatet visar att närstående inser att sjuksköterskans huvudansvar är patienten, men de vill väldigt gärna att sjuksköterskan skall finnas där för dem också (Eggenberger & Nelms, 2007). Det är viktigt att vården balanseras och närståendes behov är jämförbara med patientens (Blom et al., 2013). En aktuell studie styrker att sjuksköterskor ser närstående som mottagare av vård och att sjuksköterskor vill finnas där för dem lika mycket som för patienten (Kean & Mitchell, 2014).

Kommunikativa svårigheter

Kommunikation är ett viktigt verktyg för att sjuksköterskan i sitt arbete ska kunna ge en god vård med omsorg. Det finns ett behov av uppriktig information och närstående behöver känna till patientens utveckling för att få situationen hanterbar (McKiernan & McCarthy, 2010). Språkbarriärer upplevs av sjuksköterskan som en svårighet i interaktionen med närstående. Det är en svår utmaning att kommunicera med multikulturella familjer då sjuksköterskan saknar kunskaper om kulturella och religiösa värden (Høye & Severinsson, 2008). Sjuksköterskan behöver bli mer kunnig på detta område dels för att förebygga missförstånd och dels för att globalisering ger ett större kulturellt utbyte. Om närstående inte förstår allvaret i patientens sjukdomstillstånd är det svårt för sjuksköterskan att stödja dem och det blir ett hinder för att kunna ge rätt vård (Espinosa et al., 2010). Detta borde kunna avhjälpas genom att använda professionell tolk. Professionella tolkar bör finnas lättillgängliga för sjuksköterskan och närstående för att i kritiska situationer kunna ge rätt vård och kunna stödja.

Något som upplevs som svårt är när närstående ställer frågor. Detta upplevs som besvärligt, svårt och obekvämt. Svårigheter ligger i att sjuksköterskan är oerfaren eller saknar kunskap. Det oskrivna avtalet om att läkaren skall ge information om prognos gör att sjuksköterskan får undanhålla information (Zaforteza et al., 2005; Gutierrez, 2012). Sjuksköterskan upplever det svårt att undanhålla denna information. Problemet ligger troligen i kommunikationsbrister mellan sjuksköterskan och läkaren. Det är viktigt att sjuksköterskan involveras i de samtal läkaren har med närstående och patient för att kunna svara på följdfrågor från närstående. Kvalitén på vården blir högre när alla samarbetar. Svårigheter är att läkare förmedlar

närstående falskt hopp och ger felaktiga uppfattningar om patientens tillstånd (Espinosa et al., 2010). Vi tolkar det som att detta kan bero på att läkaren har ett språkbruk som gör att närstående kan misstolka informationen. Sjuksköterskan informerar på en nivå som närstående kan förstå och hjälper på detta sätt närstående att hantera situationen (Eggenberger & Nelms, 2007).

Miljömässiga begränsningar

Tidigare forskning visar på att närståendes närvaro vid en kritisk situation är viktig och skapar säkerhet (Olsen et al., 2009). Det är viktigt med information och stöd i vårdandet vilket ökar närståendes delaktighet i vården (Blom et al., 2013). Resultatet visar på att sjuksköterskor anser att det är negativt att ha närstående med i vårdandet av patienten. Några orsaker är trånga utrymmen, att närstående är högljudda och att närstående inte visar respekt för besökstider samt att det är svårt att bemöta närstående som är oroliga och rädda. Detta upplevs av sjuksköterskan som stressigt vilket i sin tur påverkar omvårdnadsprocedurer. I en kritisk situation är närståendes närvaro och stöd viktigt och representerar känslor av säkerhet för patienten (Olsen et al., 2009). Det är viktigt för närstående att få närvara både psykiskt och fysiskt i vården av den kritiskt sjuka patienten. Det blir ett lidande för närstående om de inte får vara delaktiga (Blom et al., 2013). Att komma underfund med varför dessa svårigheter har uppkommit är viktigt för att vända närståendes närvaro till något positivt. Närstående kan nyttjas om man ser dem som resurser. De känner oftast patienten allra bäst och ser dennes önsningar, behov och möjligheter. Närstående kan ge psykologiskt och känslomässigt stöd till patienten, något som sjuksköterskan inte alltid hinner med. Närstående hjälper också patienten med enkla omvårdnadshandlingar såsom tvättning, påklädning och förflyttningar (Zani, Marcon, Tonete & de Lima Parada, 2014). När det råder hög arbetsbelastning kan sjuksköterskan se detta som en avlastning i arbetet. Genom att sjuksköterskan involverar närstående kan interaktionen med närstående och vården av patienten underlättas.

Tidsbrist gör det svårt för sjuksköterskan att tillmötesgå närståendes behov (Rejnö et al., 2013). Att inte hinna utföra åtgärder är utmattande (Fridh et al., 2009). Sjuksköterskan utför i mindre omfattning interventioner som kräver tid och kommunikation (Omari, 2013). När närstående upplever att sjuksköterskan har en uppgiftsorienterad attityd känner de ilska, ledsamhet och misstro (Eggenberger & Nelms, 2007). Tidsbrist kan göra att sjuksköterskan får en mer uppgiftsorienterad attityd och detta leder till svårigheter i interaktionen med närstående. Det behövs mer tid för sjuksköterskor att stödja närståendes behov. Låg bemanning är svårt när närstående är närvarande (Köberich et al., 2010). Detta är både ett samhällsproblem och ett organisatoriskt problem.

Platsbrist utgör ett stort hinder för sjuksköterskan att ge värdig vård till patienten och närstående. Att ha närstående närvarande i trånga utrymmen är en svårighet för sjuksköterskan (Köberich et al., 2010). Att behöva förflytta patienter på grund av platsbrist och att vårda svårt sjuka patienter i flerbäddsrum är svårt i interaktionen med närstående (Arbour & Wiegand, 2014; Bloomer & O'Connor, 2012). Detta är ett arbetsmiljöproblem som går att åtgärda men det blir troligen en stor samhällskostnad. Sjukhusen skulle behöva byggas om och detta skulle resultera i att avdelningar blir större på grund av fler enkelrum. Högre bemanning skulle behövas till följd av att enkelrum tar större plats än flerbäddsrum. Det skulle med all sannolikhet öka säkerheten och kontinuiteten i vården som hälso- och sjukvården är skyldig att upprätthålla (SFS 1982:763).

Relationsmässiga svårigheter

Det är viktigt att sjuksköterskan visar engagemang för både närstående och patienter. Genom att tillhandahålla fakta, visa professionalism och stödja patienters och närståendes beslutsfattande, skapas hopp, förtroende och tillit hos närstående (Adams et al., 2014). Sjuksköterskan skall behandla dem som personer, spendera tid med dem, dela med sig av sig själv, uppmuntra deras involvering och visa förståelse för vad de går igenom (Eggenberger & Nelms, 2007). Balansgången mellan professionalism och det privata i interaktionen med närstående är svår. När närstående kommer för nära vet inte sjuksköterskan hur situationen ska hanteras (Stayt, 2007). Sjuksköterskans känslor påverkas när situationen associeras till det egna privatlivet (Espinosa et al., 2010). Det är av stor vikt att sjuksköterskan är tydlig gentemot närstående med vart gränsen går för vad som anses vara privat genom ett trevligt bemötande. Ju mer erfarenhet sjuksköterskan har desto troligare är det att ha en känsla av trygghet i sin professionalism och vet vart gränsen dras.

Slutsatser

Studien visar på att konfliktfyllda situationer, oenighet och förväntningar i interaktionen med närstående är svår. Det finns miljömässiga begränsningar i form av närståendes närvaro, platsbrist och tidsbrist. Sjuksköterskan har svårt att hantera sina känslor, att stödja närstående samt när de närstående kommer för nära i relationen. En viktig del är kommunikationen där det finns brister i information, förståelse- och kunskap samt språksvårigheter och kulturella olikheter.

Det saknas kunskap hos sjuksköterskor om hur man ska hantera svåra situationer där närstående är involverade. Kommunikationen brister mellan läkare och sjuksköterskor vilket skapar problem i interaktionen med närstående. Konflikter, oenighet och förväntningar sätter en svår press på sjuksköterskan i arbetet. Det är svårt för sjuksköterskan att sätta gränser för vad som är privat. Miljömässiga begränsningar är ett organisatoriskt problem som skapar svårigheter för sjuksköterskan i interaktionen med närstående.

Praktiska implikationer

Som blivande sjuksköterskor kan de svårigheter som lyfts fram i denna studie användas för att förstå hur dessa kan komma att påverka arbetet och förebygga att svårigheter uppkommer genom att skaffa kunskap om hur man kan hantera dessa situationer. Ur ett samhällsperspektiv behöver sjukhusen omorganiseras så att sjuksköterskor kan ge mer tid och utrymme för närstående. Sjuksköterskan behöver utbildas i konflikthantering och behöver få till ett bättre samarbete med läkare. Låt närstående vara delaktiga i vården och se dem som en resurs, det underlättar och skapar mening för alla parter.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Ytterligare studier behövs om vilka hanteringsstrategier sjuksköterskan kan använda sig av för att hantera de svårigheter hen upplever i interaktionen med närstående till kritiskt sjuka patienter. Utifrån ett sådant resultat skulle en handlingsplan kunna utformas för att sjuksköterskan lättare ska kunna hantera dessa svårigheter.

Referenser

Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulskey, J. A., Steinhauser, K. E., & Jr.Bailey, D. E. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung, 43*(5), 406-415. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001

Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing, 30*(4), 211-218. doi:10.1016/j.iccn.2013.12.002

Attia, A. K., Abd-Elaziz, W. W., & Kandeel, N. A. (2013). Critical Care Nurses' Perception of Barriers and Supportive Behaviors in End-of-Life Care. *American Journal Of Hospice & Palliative Medicine, 30*(3), 297-304. doi:10.1177/1049909112450067

Badger, J. (2005). Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *American Journal Of Critical Care, 14*(6), 513-522.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients--A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing, 29*(1), 1-8. doi:10.1016/j.iccn.2012.04.002

Bloomer, M. J., & O'Connor, M. (2012). Providing end-of-life care in the intensive care unit: Issues that impact on nurse professionalism. *Singapore Nursing Journal, 39*(3), 25-30.

Bunch, E. (2000). Delayed clarification: information, clarification and ethical decisions in critical care in Norway. *Journal Of Advanced Nursing, 32*(6), 1485-1491. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01613.x

Edwards, M. P., Thronson, K., & Dyck, F. (2012). Critical care nurses' perceptions of their roles in family -- team conflicts related to treatment plans. *Canadian Journal Of Nursing Research, 44*(1), 60-75.

Eggenberger, S., & Nelms, T. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with critical illness. *Journal Of Clinical Nursing, 16*(9), 1618-1628. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x

Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(3), 273-281. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d91424

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.57-79). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.121-132). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing one's utmost: nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(5), 233-241. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.007
- Gutierrez, K. M. (2012). Prognostic Communication of Critical Care Nurses and Physicians at End of Life. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 31(3), 170-182. doi:10.1097/DCC.0b013e31824e0022
- Høyve, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(6), 338-348.
- Høyve, S., & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(4), 858-867. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x
- Kean, S., & Mitchell, M. (2014). How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(5/6), 663-672. doi:10.1111/jocn.12195
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothhaug, O., & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241-250. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
- Lantz, B. (2011). *Den statistiska undersökningen: grundläggande metodik och typiska problem*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187-201). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Maxwell, K., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), 367-376.
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261. doi:10.1016/j.iccn.2010.06.004
- Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Interaktion*. Hämtad 2014-11-14, från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/interaktion>
- Olsen, K., Dysvik, E., & Hansen, B. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(4), 190-198. doi:10.1016/j.iccn.2009.04.004
- Omari, F. (2013). Jordanian nurses' perceptions of their roles toward the families of hospitalised critically ill patients. *Journal Of Research In Nursing*, 18(7), 669-680. doi:10.1177/1744987112455584
- Petronio, S., & Sargent, J. (2011). Disclosure Predicaments Arising During the Course of Patient Care: Nurses' Privacy Management. *Health Communication*, 26(3), 255-266. doi:10.1080/10410236.2010.549812

Plakas, S., Taket, A., Cant, B., Fouka, G., & Vardaki, Z. (2014). The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients. *Nursing In Critical Care*, 19(5), 243-254. doi:10.1111/nicc.12054

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rejnö, Å., Danielson, E., & von Post, I. (2013). The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(1), 123-130. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01011.x

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-10-30, från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Skador och förgiftningar behandlade i sluten vård*. Hämtad 2014-11-09, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19535/2014-10-8.pdf>

Stayt, L. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal Of Advanced Nursing*, 57(6), 623-630. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICNs etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-11-03, från: http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svenska Akademiens Ordlista. (2014). *Kritisk*. Hämtad 2014-11-14, från: http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista

Travelbee, J. (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. (1 uppl.) København: Munksgaard Danmark.

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wåhlin, I., Ek, A., & Idvall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: Nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 262-269. doi:10.1016/j.iccn.2010.06.005

Zaforteza, C., Gastaldo, D., de Pedro, J., Sánchez-Cuenca, P., & Lastra, P. (2005). The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *International Journal Of Nursing Studies*, 42(2), 135-145.

Zani, A. V., Marcon, S. S., Tonete, V. P., & de Lima Parada, C. G. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 13(2), 135-145

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.57-79). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Sökhistorik av systematisk artikelsökning

Sökning 1

Databas/datum Cinahl 2014-11-11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Professional-Family Relations")	10722				
#2	(MH "Critical Care Nursing")	15260				
#3	(MH "Professional-Family Relations") AND (MH "Critical Care Nursing")	689				
Begränsningar	Engelska, 2004-2014, peer-review, Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged 80, and over	120	120	52	24	13

Sökning 2

Databas/datum Cinahl 2014-11-11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Professional-Family Relations")	10722				
#2	(MH "Stroke Patients")	1078				
#3	(MH "Professional-Family Relations") AND (MH "Stroke Patients")	18				
Begränsningar	Engelska, 2004-2014, peer-review, Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged 80, and over	7	7	4	2	1

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning	
Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014) USA	Sjuksköterskor stöter på kritiskt sjuka patienter som kan bli döende och beslut fattas om när vårdarbetet ska övergå till palliativ vård. Att förstå sjuksköterskors upplevelser och uppfattning av aktiviteter och roller som de har när de vårdar patienter och familjer från kurerande vård till palliativ vård.	Deskriptiv fenomenologisk studie. Intervjuer.	19 ssk. Inkl. kriterie var att ha erfarenhet av att vårda döende pat och deras närstående i intensivvård.	De är viktigt att utbilda familjen och att representera patienten. Man ska uppmuntra och stödja familjen. Hantera patientens symtom gav tillfredställelse och bekvämlighet för sjuksköterskan. Mentorskap och undervisning sågs som viktigt. Sjuksköterskan upplevde frustration och att det var oförsämt att förflytta en döende patient till annan vårdavdelning.	HÖG	1
Badger, J. (2005) USA	Hur sjuksköterskor upplever att gå från att aggressivt försöka förlänga liv till att låta livet sluta är inte välkänt. Studien utforskar sjuksköterskors erfarenheter att gå från kurerande vård till välbefinnandeorienterad vård och att beskriva faktorer som hindrar eller främjar sådana övergångar.	Deskriptiv kvalitativ studie Kortvariga observationer. Fokusgrupper. Intervjuer.	24 ssk varav 19 kvinnor och fem män mellan 24-57år. Medicinsk IVA på Rhode Island Hospital.	Patientens ålder, närståendes okunskap och oenighet samt skiftande vårdbeslut gjorde övergången från kurerande till palliativ vård svår. Att uppnå konsensus mellan patient, närstående och personal om vård samt om patienten inte svarade på behandling underlättade övergången.	MEDEL	2

Bloomer, M. J., & O'Connor, M. (2012) Australien	Döden är en vanlig händelse på IVA och kräver uppmärksamhet. Närstående som kräver särskild vård utgör en viktig fråga för sjuksköterskan. Studien beskriver på vilka sätt sjuksköterskan arbetar i intensivvård för närstående genom döendefasen och efter döden.	Kvalitativ explorativ studie. Fokusgrupper	12 ssk från två IVA avd.	Det som inverkar på vårdarbetet är organisationens uppbyggnad, närståendestöd samt stöd till vårdpersonal. Svårigheter i vårdandet av närstående: tidspress, svårt för sjuksköterskan att ta socialarbetarrollen både kunskapsmässigt-, emotionellt och socialt. Svårt att vara oerfaren vårdare.	MEDEL	3
Edwards, M. P., Thronson, K., & Dyck, F. (2012) Kanada	Konflikter över behandlingsplaner är en oro för dem som arbetar inom IVA. Studien utforskar sjuksköterskors upplevelser av deras roll i konflikter mellan närstående och sjukvårds-personal på IVA.	Kvalitativ deskriptiv design. Semistrukturerade intervjuer. Fokusgrupper.	12 ssk med minst 1 års erfarenhet av IVA vård. Fyra mer erfarna ssk med ledarroll.	Att konflikter skapar en ökad stress i en redan stressig miljö. Att sjuksköterskor vill sätta patienten först. Sjuksköterskor försöker bygga upp relationer och förtroende hos närstående samt stödja varandra inom personalgruppen.	HÖG	4
Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010) USA	Intensivvårds-sjuksköterskor får inte professionellt stöd för att hantera döende och död. Studien utforskar intensivvårds-sjuksköterskors upplevelser av att vårda döende på IVA.	Deskriptiv fenomenologisk ansats. Intervjuer och fokusgrupper.	Ändamålsenligt urval. 18 ssk som vårdat döende på IVA varav 15 kvinnor och tre män mellan 23-61 år.	Tre teman utgjorde sjuksköterskans upplevelser vid vård av döende: Hinder för att kunna ge optimal vård, interna konflikter och hanteringsstrategier.	HÖG	5

<p>Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009) Sverige</p>	<p>Sjuksköterskans beteende hindrar ibland närstående från att vara nära patienten på IVA. Studien utforska sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda döende patienter på IVA med fokus på ensamma patienter, närheten av närstående och miljöaspekter.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Explorativ design. Intervjuer.</p>	<p>Information gavs på tre IVA enheter vid intresse kontaktades sjuksköterkor för intervju. Inklusion: IVA avd i minst 3 år inkl. arbetat nattskift. Nio IVA ssk varav sju kvinnor och två män mellan 33-58år.</p>	<p>Sjuksköterskan gör sitt bästa för patientens värdighet och bekvämlighet, för att ta hand om den ensamma patienten, för att ta hand om familjen och det finns miljömässiga hinder för att göra sitt bästa.</p>	<p>HÖG</p>	<p>6</p>
<p>Gutierrez, K. M. (2012) USA</p>	<p>Kunskap om IVA sjuksköterskors prognostiska kommunikation vid vård i livets slutskede är bristande. Studien syfte är att belysa detta område och skala bort en del av de lager av komplexitet som finns kring detta ämne.</p>	<p>Etnografisk studie</p>	<p>10 läkare 14 ssk och 20 närstående. Läkare specialist- utbildade inom IVA 5kvinnor och 5män 31-59år. Ssk som arbetade inom IVA med patienter som löpte stor risk för att dö. 13 kvinnor och en man, 20-49år. Närstående 14 kvinnor och 6män 54-88år.</p>	<p>IVA sjuksköterskor spelar en avgörande och komplementerande roll till läkarna i prognostisk kommunikation.</p>	<p>MEDEL</p>	<p>7</p>

Høye, S., & Severinsson, E. (2008) Norge	Invandringen ökar i Norge och Norge har blivit mer mångkulturellt. Sjuksköterskor behöver ha kunskap om olika kulturer för att möta patienters och närståendes behov på sjukhusen. Studien utforska sjuksköterskors upplevelser av möten med multikulturella familjer på IVA.	Kvalitativ, deskriptiv utforskande ansats med fokus på återblickande. Fokusgrupper.	Tre grupper av sjuksköterskor rekryterades från tre IVA enheter. De skulle ha arbetat på IVA avd minst 2år och ha erfarenhet av att möta multikulturella familjer. 16 ssk deltog varav 15 kvinnor och 1 man mellan 27-64år.	Sjuksköterskors upplevelser av multikulturella möten verkar vara tvetydiga om utmaningarna i interaktionen, språkbarriärer, kulturella och etniska skillnader. Sjuksköterskor strävar efter ökad kunskap om olika kulturer och religioner.	HÖG	8
Høye, S., & Severinsson, E. (2010) Norge	Professionella och kulturella konflikter för sjuksköterskor. Åsikter och uppfattningar kring vården har inverkan på vårdprocessen. Vissa sjuksköterskor är inte tillräckligt kulturellt medvetna. Syfte; att utforska sjuksköterskans erfarenheter av konflikter relaterade till praktiska situationer när de möter kulturellt olika familjer till kritiskt sjuka patienter.	Deskriptiv Explorativ intervjuer	Inkl. kriterie var minst 2 års erfarenhet av intensivvård. 16 Ssk varav en man och 15 kvinnor mellan 30-50 år.	Kulturella skillnader leder till kommunikations- och språksvårigheter, brist på fullständig informationsöverföring, brist på kontroll. Svårt när närstående skrek och ropade, ej respekterade besökstider, när de var många (brist på utrymme). Ansvaret som patienten och närstående har vad gäller information (rätt att få korrekt och adekvat info), sågs som krävande eftersom kommunikation hindras av språksvårigheter och kulturell mångfald.	HÖG	9
Petronio, S., & Sargent, J. (2011) USA	Ibland får sjuksköterskor ta emot avslöjanden från patienter som kan skapa utmaningar och behov av strategier för att hantera patientinformation och förväntningar. Denna studie utforskar pinsamma avslöjanden som sjuksköterskor upplever på intensivvårds- och akutsjukvårdsavdelningar.	Kvalitativ studie. Komparativ metod för att avslöja teman: CPM. Intervjuer.	11 Ssk varav nio kvinnor och två män mellan 26-53år. Dessa valdes från IVA, akutvårdsavd samt onkologavd på ett sjukhus i USA.	Sjuksköterskor har en konfidentiell roll gentemot patienten. Studien behandlar i vilken kontext patienten och närstående avslöjar pinsamheter för ssk. De beskrivs också strategier som ssk använder sig av för att hantera dessa avslöjanden.	HÖG	10

Rejnö, Å., Danielson, E., & von Post, I. (2013) Sverige	Stroke inträffar plötsligt och oväntat och kan ge livsavgörande konsekvenser. Syftet är att beskriva hur sjuksköterskor upplever patientens död och döende, när patienter drabbas av akut stroke och vars liv inte går att rädda.	Deskriptiv metod med hermeneutiskt tillvägagångssätt	10 ssk, alla kvinnor, 27-62 år, på stroke-enhet.	Plötslig död kom oväntat och utan förvarning, sågs som krävande och kan förstås som etiska dilemman och värdekonflikter. Anhöriga beskrev nyheten som en chock och fick inte chans att vänja sig vid tanken. Anhöriga behöver vara delaktiga i beslut men ansvaret ligger hos vårdpersonal. Pat ska ges en respektfull vård.	HÖG	11
Stayt, L. (2007) Storbritannien	Lite är känt om hur sjuksköterskan upplever att möta behov av närstående till kritiskt sjuka patienter. Studien utforskar sjuksköterskors erfarenheter av att vårda närstående som har anhöriga på vuxen IVA.	Intervjuer med Heideggerian filosofi (ontologiskt koncept).	Ändamålsenlig urvalsstrategi. 12 ssk med fast anställning på IVA och involverade i vården av närstående. Minst 1års erfarenhet av IVA vård. Hade ej själv haft anhörig som vårdats på IVA. Tio kvinnor två män.	Sjuksköterskor som vårdar närstående som har anhöriga på vuxen IVA genomgår konflikter både över rollförväntningar, patientvård och mellan professionella ideal och att vara människa.	HÖG	12
Wåhlin, I., Ek, A., & Idvall, E. (2010) Sverige	Vårdare på IVA utsätts ofta för traumatiska- och krävande situationer. Detta kan leda till stress och utbrändhet. Syftet är att beskriva empowerment från intensivvårdspersonalens perspektiv.	Fenomenologisk ansats. Intervjuer.	8 ssk, 4 läk Sju kvinnor, fem män mellan 27-56år. Ändamålsenlig urvalstrategi för att få olika Åldrar, kön och erfarenhet.	För att öka upplevelser av empowerment nämndes kunskap, färdigheter, stödjande atmosfär och lagarbete. Det upplevdes som svårt när närstående tog mycket tid och blev bundna till personalen. Det var svårt att föra konversation och diskussion med närstående. Det var svårt när vård av patienten och närstående associerades med egna familjemedlemmar. Det var frustrerande för alla när sjuksköterskan och läkaren hade delade meningar om behandling.	HÖG	13

<p>Zaforteza, C., Gastaldo, D., de Pedro, J., Sánchez-Cuenca, P., & Lastra, P. (2005) Spanien</p>	<p>Det saknas enligt en tidigare publikation kommunikation mellan professionella, patienter och deras närstående på intensivvårdsavdelning ar. Studien utforskar relationen sjuksköterskan etablerar med närstående för att identifiera faktorer som påverkar relationen. Fokus på informationsprocessen till närstående.</p>	<p>Explorativ ansats. Poststrukturell teori. Observationer . Intervjuer.</p>	<p>14 ssk och närstående observerades. 6 ssk mellan 25-55år på tre sjukhus på Mallorca. Inkl. kriterie att ha arbetat på IVA avd minst två år och som kunde kommunicera sina upplevelser.</p>	<p>Sjuksköterskor var inte involverade i informationsprocessen. Kunskap om och tillgång på information var nyckeln. Om både sjuksköterskan och läkaren gav information blir närstående förvirrade. Närstående kan, misstolka och få falska förhoppningar. Sjuksköterskor var inte tränade för känslomässigt stressande situationer som när negativ information om patienten förvärrade tillstånd skulle ges.</p>	<p>HÖG</p>	<p>14</p>
---	---	---	---	--	------------	-----------

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Exempel på protokoll för **kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod** hämtad från Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur. Smärre förändringar har gjorts.

Beskrivning av studien

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patient- (informant-) karaktäristika

Antal

.....
Ålder

.....
Man/kvinna

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant?

Ja Nej Vet ej

- Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

- Är urvalsförfarandet tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

- Är datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

- Är analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt?

Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad?

Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

- Genereras teori?

Ja Nej Vet ej



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög

Låg

Kommentarer

.....

.....

Granskare (sign.).....

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se