



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet

## **Anhørigas erfaringer av kommunikation på intensivavdelningen**

- En systematisk litteraturstudie

**Ivar Mattias Kaspersson**

*Masteroppsats i intensivvård, juni 2020*

ord: 14754

## Förord

Först och främst vill jag tacka Norges Arktiske Universitet och Det helsevitenskaplige fakultet som har gett mig möjligheten att ta en vidareutbildning och skriva mastergrad i intensivvård. Sedan vill jag tacka min underbara handledare Bente Ervik som med sin otroliga positiva energi och motivation tagit mig igenom denna uppsatsen. Jag vill också tacka min klasskamrater för stöd och hjälp med uppsatsen.

## Sammanfattning

**Inledning och bakgrund för val av tema:** Intensivvårdssjuksköterskan har ett stort ansvar för behandlingen av patienten på intensivvårdsavdelningen men också ett ansvar för de anhöriga till patienten. Anhöriga är i en utsatt situation och har stor risk att drabbas av psykiska påfrestningar. Det har tidigare gjorts mycket forskning på anhöriga till intensivpatienten men inte lika på kommunikation med anhöriga till intensivpatienten. Därför har jag valt att undersöka deras erfarenheter av kommunikation på intensivvårdsavdelningen och med denna kunskap sedan kunna hjälpa anhöriga att mättra situationen på intensivvårdsavdelningen.

**Tidigare forskning:** Psykiska påfrestningar som anhöriga kan uppleva, deras erfarenheter och upplevelser av att ha en anhörig på intensivvårdsavdelningen. Det finns personer som har ökad risk att drabbas av dessa påfrestningar samt strategier som kan förebygga och motverka symptomen.

**Teori:** Kommunikationsteori, omvårdnadsteori och familjefokuserad vård med fokus på intensivvård och anhöriga.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie enligt Helen Aveyards metod, datainsamling från databaserna PubMed och Cinahl.

**Resultat:** Anhörigas erfarenheter av kommunikation på intensivvårdsavdelningen är att de önskar kontinuitet, förståelse, involvering, en kontaktperson, skapa en relation, bli bemötta på ett respektfullt och personligt sätt samt hur dagbok kan vara en hörnsten vid kommunikation på intensivvårdsavdelningen.

**Metod och resultatdiskussion:** Diskuterar resultatet upp emot tidigare forskning, teori och bakgrund för nå en konklusion samt hur resultatet kan användas i praktiken.

**Konklusion:** Anhöriga på intensivvårdsavdelningen har risk att drabbas av psykiska påfrestningar. De problem anhöriga upplever kan förebyggas genom olika kommunikations strategier som att anhöriga får förståelse för situationen, regelmässig information, familjefokuserad vård, dagbok samt att identifiera vilka anhöriga som är mest utsatta att drabbas av psykiska påfrestningar.

**Nyckelord:** Intensivvård, kommunikation, familj och anhöriga, PICS-F.

## Abstract

**Introduction and background:** The intensive care nurse has a great responsibility by taking care of the patient but also a responsibility for the patients family. The family is exposed in this new environment and are at risk of developing mental health problems. There has been done a lot of research around families in the intensive care unit, but not as much about communication with family members. I wanted to learn more about their experience of communication with health care professionals. With this knowledge I want to help families cope with this situation and with communication prevent them from developing mental health problems.

**Previous research:** Involves mental health problems that families can experience, the perceptions and experiences they get from being a relative in the intensive care unit. There are persons that have a greater risk of developing mental health problems and the strategies that can prevent it.

**Research theory:** Communication theory, nursing theory and family centered care focusing on intensive care and relatives in hospitals.

**Method:** Systematic literature review using Helen Aveyard's method, data was collected from the databases PubMed and Cinahl.

**Findings:** Relatives experience of communication in the intensive care unit is that they wish continuity, a contact person, understanding of the situation, involvement, have a relationship with the health care professionals, being taken care of in a respectful and personal way and also that a diary can be a helpful communication tool.

**Discussion:** The findings are discussed with previous research, background and theory to reach new conclusions and how the findings can be used in practice.

**Conclusion:** Relatives of the intensive care patient are at risk of experiencing mental health problems. These problems can be prevented or reduced by using communication strategies such as making sure the relatives understand what is happening to the patient, continuous updates, family centered care, diary and by targeting relatives that have higher risk of mental health problems.

**Keywords:** Intensive care, communication, family and relatives, PICS-F

# Innehållsförteckning

1	Inledning och bakgrund för val av tema.....	6
1.1	Problemställning.....	8
1.2	Tidigare forskning .....	8
1.3	Teoretisk tillnärming .....	13
2	Metod .....	17
2.1	Litteraturstudie som metod.....	17
2.2	Urvalskriterier.....	18
2.3	Kvalitetsgranskning .....	22
2.4	Dataanalys .....	22
2.5	Förförståelse .....	25
2.6	Etiska principer.....	25
3	Resultat.....	26
3.1	Behov för information .....	26
3.1.1	Förståelse för situationen .....	26
3.1.2	Ärlig kommunikation .....	28
3.1.3	Delta i beslutstagande.....	29
3.2	Att bli involverad.....	30
3.2.1	Kontinuitet i kommunikationen .....	30
3.2.2	Relationen med vårdpersonal .....	32
3.2.3	Kontaktperson .....	33
3.2.4	Dagbok .....	33
4	Diskussion .....	34
4.1	Resultatdiskussion .....	34

4.2	Metoddiskussion.....	43
5	Avslutning och konklusion.....	46
	Referanslista .....	47
6	Bilagor.....	51

# 1 Inledning och bakgrund för val av tema

Under år 2017 lades 13737 patienter in på olika intensivavdelningar i Norge (Norsk intensivregister, 2018). När en patient blir inlagd på intensivavdelningen definieras det som akut kritisk sjukdom och det handlar ofta om liv och död och patientens framtid är oklar (Stubberud, 2015). I denna situationen har både anhörig och patient ett stort behov för att vara tillsammans, och det är sjuksköterskans ansvar att organisera (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Vid kritisk sjukdom är anhöriga något av det viktigaste patienten har i livet (Stubberud, 2015; Ågård, 2016). Patienten på intensivvården har behov för anhörigas närhet, stöd och hjälp. För att ge patienten god behandling behövs ett samarbete mellan intensivvårdssjuksköterskan och anhöriga. Anhöriga kan ge personalen information om vem patienten var innan hen blev inlagd på intensivvården och personalen har ansvar för att patienten får den behandling som behövs (Ågård, 2016). Stubberud (2015) beskriver hur vardagen för en intensivvårdssjuksköterska kan vara krävande, det att ta hand om en kritiskt sjuk patient och samtidigt ta vara på anhöriga i kris. Anhöriga är en stor resurs för patienten, men när anhöriga befinner sig i en krissituation är det inte säkert de kan mästra situationen och ta vara på sig själva, och resursen till patienten riskerar att försvinna (Stubberud, 2015).

Intensivvårdssjuksköterskan har en viktig roll i att förse anhöriga med daglig information när de är på besök. När mer avgörande beslut skal diskuteras styr oftast läkaren samtalet och intensivvårdssjuksköterskans roll handlar mer om att stötta familjen, förklara och gjenta den informationen läkare gett (Briggs, 2017).

Intensivvården blir stadigt bättre och allt fler patienter överlever inläggelsen på intensivavdelningen, detta gör att fler patienter och anhöriga drabbas av PICS (Post-intensiv care syndrom) (Needham et al., 2012). PICS innebär att patienten uppfyller en eller flera av symptomen mentala problem, påverkad kognitiv funktion eller fysiska problem (Needham et al., 2012). Post-intensiv care syndrom-family (PICS-F) kännetecknas av att familjen upplever symptom som PTSD, rädsla, depression eller svår sorg och som varar över längre tid. PICS-F uppstår av en stressreaktion som anhöriga upplever när en nära omtyckt person blir kritiskt sjuk. Symptomen kan vara över månader till år beroende på patientens livskvalitet efter tiden på intensivvården. Det i sin tur skapar en stor kostnad för samhället om PICS inte behandlas (Needham et al., 2012).

Närmare 50-70% av anhöriga förstår inte vad som är fel med patienten, hur allvarlig situationen är och prognosen vidare (Briggs, 2017). Dålig kommunikation med anhöriga på intensivvården ökar risken för ångest och depression. Ofta förstår inte anhöriga vilken diagnos patienten har fått (Rusinova, Kukul, Simek, & Cerny, 2014).

Mer än hälften av anhöriga på intensivvården upplever post-traumatiska stress symptom (Alfheim et al., 2019). Anhöriga upplever i olika grad PTS-symptom, faktorer som påverkar detta är utbildningsnivå, relation till patienten och ålder. Anhöriga bör få information om risken att drabbas av PTS-symptom. Personalen på intensivvården behöver i förebyggande syfte också indentifiera vilka anhöriga har ökad risk för PTS-symptom (Alfheim et al., 2019).

Kommunikation kan hjälpa personer att mästra kriser, det kan uppnås genom information som ger personen förståelse, vilket i sin tur skapar mening för situationen (Eide & Eide, 2017). Hur anhöriga blev bemötta av personalen på intensivvården påverkar också anhörigas upplevelse av uppehållet på intensivvården. När anhöriga hade lite eller upplevde dålig kommunikation med personalen ökade det risken för PICS-F. Information och att känna tillit till läkaren hade också stor påverkan. En faktor som minskade risken för PICS-F var anhöriga som hade gott om socialt stöd (Davidson, Jones, & Bienvenu, 2012). Att vara närmaste anhörig till patienter som blir kritiskt sjuka kan vara traumatiskt. Det är svårt för anhöriga att sätta ord på situationen och symptom som rädsla, ångest och psykiska problem upplevs ofta under och efter tiden på intensivvården (Aghaie et al., 2019).

Anledningen till att detta tema intresserat mig väcktes under min praktik på en intensivvårdsavdelning. Jag får ett samtal in på rummet till en patient som nyligen blivit inlagd och som jag i dag träffat för första gången. Fru till patienten ringer och önskar information om patientens status, och när jag svarar i telefonen känner jag mig oförberedd och vet inte vad jag ska berätta för henne. I slutet av samtalet meddelar frun att hon är på väg i bil till sjukhuset men det tar fyra timmar att köra. Efter samtalet med henne funderar jag på vilken typ av information hade hon egentligen behov för. Vilka tankar skapade den informationen jag sade till henne och vad borde jag ha sagt? Och vad har jag lovat att säga? Detta temat önskade jag därför fördjupa mig inom, kommunikation med anhöriga.

NSFs landsgrupp av intensivvårdssjukeplejare (NSFLIS) har gjort en funktions- och ansvarsbeskrivelse för intensivvårdssjuksköterskor. En del av den involverar anhöriga och det



leder som följande (NSFLIS, 2017). Tillrättaläga för ett patient och familjefokuserat behandlingsmiljö och begränsa belastningar anhöriga kan uppleva i förbindelse med intensivbehandlingen. Se anhöriga som en resurs för patienten, vägleda och stötta dem så att de kan ta del i omsorgen till patienten. Samt känna igen och tillvarata anhörigas behov för omsorg i en situation med akut, kritisk sjukdom.

Enligt norsk lag har anhöriga också rätt till att medverka. § 4-6. *Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse*. Kortfattat innebär lagen att närmaste anhörig har rätt att medverka vid beslut hos patienter som inte har samtykkekompetens, anhöriga kan då bidra med information om vad patienten själv hade velat.

Syftet med litteraturstudien är undersöka vilka erfarenheter anhöriga har med kommunikation på intensivavdelning, bra och dåliga erfarenheter. Med fokus på intensivvårdsjuksköterskans kommunikation med vuxna patienter och anhöriga på intensivavdelningen. På intensivavdelningen arbetar personalen i team och därför vill också kommunikation med läkare inkluderas. Med denna kunskapen önskar jag kunna hjälpa anhöriga mästra situationen på intensivvården och förebygga de psykiska problem som kan uppstå under och efter vistelsen på intensivvården.

## **1.1 Problemställning**

Vad upplever anhörig som centralt i kommunikation med vårdpersonal på intensivavdelningen?

## **1.2 Tidigare forskning**

Detta avsnitt inkluderar tidigare forskning om anhöriga på intensivvården. Vilka psykiska påfrestringar anhöriga kan uppleva som följd av att ha en anhörig på intensivavdelningen. Anhörigas behov och erfarenheter på intensivvården samt vilka strategier som kan användas för att minska dessa psykiska påfrestringar hos anhöriga.

## **Psykiska påfrestringar på intensivvården**

Anhöriga som tidigare haft en sjukdomshistoria med PTSD, stress och ångest har större risk att drabbas av PICS-F. Statistik om hur många anhöriga som drabbas av psykiska symptom på intensivvården är 45,8% drabbas av ångest, 25% av depression och 11% av PTSD (posttraumatisk stressyndrom) (Petrinec, Martin, & Petrinec, 2018).

Där patienten är ung och anhöriga har låg utbildningsnivå är det flera artiklar beskriver som riskfaktorer att drabbas av psykiska påfrestningar (Davidson et al., 2012; Kross et al., 2011; Makowski, 2011). Vidare beskriver Davidson et al., (2012) i sin reviewartikel att det finns anhöriga till kritiskt sjuka pasienter som har ökad risk för att drabbas av PICS-F (Davidson et al., 2012). Kvinnor, vara fru eller man till patienten samt att vara ensamstående förälder till ett kritiskt sjukt barn, dessa grupper löper större risk att drabbas av PICS-F. Hög stress är ytterligare en faktor som ökar risken för PICS-F. Dessa faktorer är bland annat om patienten dör, eller är nära döden, bevittnat dödsfall, att vara närmaste anhörig eller om patienten varit sjuk kortare än fem år. Studien visar att det är viktigt att anhöriga medverkar i beslut som tas om patientens behandling, speciellt när det gäller beslut om behandlingen skal fortsätta eller avslutas (Davidson et al., 2012). Risken för PTSD hos anhöriga var också högre på större intensivavdelningar (Azoulay et al., 2005).

Där respiratorbehandlingen inte avslutas innan dödsfallet löper anhöriga störst risk att drabbas av komplikationer efteråt. Högre risk för PTSD kan också ses hos familjer som medverkar under själva dödsfallet, och familjer bör få möjligheten av att inte medverka under dödsfall (Kross et al., 2011). En annan artikel beskriver det motsatta att när anhöriga får medverka under kritiska situationer istället för att sitta ute i ett vänterum minskar det stress, ångest och rädsla. Att hela tiden få medverka och se vad som händer med sin närmaste är en faktor som kan minska risken för PTSD hos anhöriga. Oavsett vilken situation som uppstår till och med om patienten inte överlever önskar anhöriga att medverka för att kunna vara säkra på att allt som kunde bli gjort blev gjort (Clark, Guzzetta, & Clark, 2017).

Anhöriga som har konflikter inom familjen har större risk för att drabbas av psykisk stress. Förmågan att kunna indentifiera och förebygga familjer som löper större risk att drabbas av psykiska problem kan öka välbefinnandet hos anhöriga. Att indentifisera dessa riskfaktorer samtidigt som intensivvårdsjuksköterskan skal ta hand om patienten och anhörig är ingen lätt uppgift (Makowski, 2011).

Det råder stor okunskap utanför intensivavdelningen angående PICS (Radigan, 2018). De patienter som är inlagda på intensivens överflyttas till vårdavdelning när de är färdigbehandlade på intensivens. Då är kommunikation mellan intensivavdelningen och den nya avdelningen avgörande för att minska risken för PICS både hos patienten och anhöriga.

Det är inte alla avdelningar på sjukhusen som känner till PICS och då är det viktigt att anhöriga som följer hela patientens förlopp blir informerade om detta. I bästa fall har sjukhuset tillgång till uppföljningskliniker, som följer upp intensivvårdspatienten efter utskrivelse från intensivavdelningen. Dessa kliniker är specialiserade på att ta hand om patienter efter intensivupphållet. Både patient och anhöriga kan ta kontakt med dessa kliniker för råd och hjälp i bearbetandet av det som hänt (Radigan, 2018).

Warrillow, Farley & Jones (2015), beskriver i sin review artikel tio olika strategier med hjälp av kommunikation som kan förebygga psykiska problem hos anhöriga (Warrillow, Farley, & Jones, 2015). Strategierna består av att vara ärlig, inga överraskningar, inte samtala med anhöriga ensam, tillräckligt med tid, god förberedelse, tala klarspråk, undvika statistik, våga visa känslor, lyssna och inte avbryta samt beskriva vad vidare plan för behandlingen är. Att kunna kommunicera med anhöriga på detta sätt borde vara en självklarhet för vårdpersonal (Warrillow et al., 2015).

### **Anhörigas behov på intensivvården**

Alsharari (2019) har undersökt anhörigas behov med hjälp av frågeformulär på intensivvården, det viktigaste behovet anhöriga har är att få veta att deras närmaste får all hjälp som behövs, information, stöd och omsorg. Anhöriga har stort behov för att personalen bryr sig och att planer om patientens behandling skal informeras till anhöriga direkt (Alsharari, 2019).

På senare år har besökstiderna ändrats markant för anhöriga på intensivvårdsavdelningar, nu kan besökande komma och gå i stort sätt när dom vill (Clark et al., 2017). Argumenten mot att besökande inte skal få medverka under vissa omständigheter är rädsla för att anhöriga skal mista kontrollen och besvära situationen vilket kan påverka behandlingen negativt (Clark et al., 2017). Senaste forskning visar det motsatta, anhöriga har många fördelar av att se hela patientens händelseförlopp, speciellt under kritiska situationer. När patienten precis blivit inlagd på intensivvården eller när patientens framtid är osäker är det viktigt för anhöriga att vara vid patientens sida, därför rekommenderas fria besökstider så anhöriga kan komma och gå när dom vill (Briggs, 2017).

Wetzig och Mitchell (2017) kommer i sin review artikel fram till flera olika teman för vilka behov anhöriga har vid traumatiska inläggelser på intensivvården. Information, ge mening, hopp,

involverande, stöd och försvar. Anhöriga upplever att olika läkare ofta ger olika information som kan upplevas förvirrande. En konstant dialog med vårdgivaren önskas och informationen ska vara lätt att förstå och ärlig. Informationen kan upplevas vara på ett oförståeligt språk och den som informerar kan behöva ändra sitt språk för att göra det mer förståeligt för att anhöriga ska kunna ta till sig informationen. Anhöriga kan också dra nytta av skriftlig information som de kan ta med sig och läsa flera gånger då informationen vid ett trauma kan vara svår att ta in. Under den första tiden vid inläggelsen på intensivvårdsavdelningen har anhöriga ett stort behov för att vara tillsammans med patienten, helst dygnet runt. (Wetzig, 2017).

Genom att informera anhöriga om prognoser och risker bör kvantitativ data användas i form av tal och procentenheter, det gör det lättare för anhöriga att förstå. Vid samtal med anhöriga kan personalen också få bekräftat att anhöriga har förstått det som blivit sagt (Briggs, 2017).

En intervjustudie gjord i Sverige 2018 undersökte anhörigas och patienters upplevelser av hälsovårdssamtal med intensivvårdssjuksköterskor (Hollman Frisman, Wåhlin, Orvelius, & Ågren, 2018). Studien följde upp anhöriga och patienter på intensivvårdsavdelningen vid tre olika tillfällen för samtal om känslor och tankar om vistelsen på intensivvårdsavdelningen. Både patienter och anhöriga blev mer informerade och fick bättre förståelse för situationen. De kände också en större tillit till vården efter samtalen. De personer som hade få nära vänner upplevde det extra viktigt att få dela sina känslor och tankar med någon. Första samtalen kunde upplevas som stela men att träffa samma person igen gjorde det lättare att uttrycka sina känslor och tankar. Personer i studien menade också att dessa samtal borde vara vanligare då de var till så mycket hjälp (Hollman Frisman et al., 2018).

Skriftlig information om intensivvårdssituationen och patientens diagnos ökar också anhörigas förståelse för den situationen patienten är i. Anhöriga som både fick skriftlig och muntlig information fick bättre förståelse, men fortfarande hade ca 33% av anhöriga svårt att förstå vilken diagnos patienten hade. När det ska diskuteras om patientens ska få vidare behandling eller det ska avslutas är det självklart bäst om patienten kan medverka men i 95% av dessa situationer har patienten inte möjlighet att medverka på grund av sin sjukdom (Briggs, 2017).

En integrativ litteraturstudie gjord av Rückholy, Tofler, Randall och Buckley (2019) med fokus på att undersöka familjers copingstrategier på intensivvårdssituationen. Copingstrategierna

på intensivvården i starten uppehållet var att acceptera situationen, få information och stöd. Förnekelse av situationen var inte en vanlig copingstrategi. Under de sju första dagarna på intensivvården upplevde anhöriga copingstrategier som stöd, optimistiskt tankesätt, förklaring och konfronterande som de mest effektiva strategierna för att mättra situationen.

Att förneka situationen och känslor gav ökad risk för psykiska plågor senare, personer som hade ett problemlösande tankesätt som copingstrategi hade mindre risk att drabbas av psykiska problem (Rückholdt, Tofler, Randall, & Buckley, 2019). Anhöriga som hade erfarenhet med intensivvården från tidigare hade lättare att mättra situationen nästa gång. De blandade inte in sig lika mycket i patientens behandling och tog mer tid till sig själv och slappna av för att mättra situationen. Vidare hade äldre, kvinnor med större socialt nätverk och anhöriga som inte var så nära patienten lättare för att mättra situationen (Rückholdt et al., 2019).

### **Anhörigas möte med intensivvården och vårdpersonalen**

En systematisk review som undersökte familjers erfarenheter på intensivvården kom fram till att anhöriga upplever sitt första möte med intensivvården som skrämmande och ovanligt men samtidigt nödvändigt för att patienten ska överleva (Imanipour, Kiwanuka, Akhavan Rad, Masaba, & Alemayehu, 2019). Vidare hade familjerna ett behov för förståelse, berätta vem patienten var och få bekräftelse. Familjer hjälpte till mer och mer med vården för att bli inkluderade i vårdteamet. Familjerna fick också mer och mer förståelse för hur sjuk patienten var under tiden som gick samt förståelse för avdelningens kultur och rutiner. Relationen familjerna fick med vårdteamet påverkade deras upplevelse av intensivvården. Det var krävande när patienten skrevs ut till vårdavdelning då familjen fick större ansvar, att kombinera det med det vardagliga livet samt få förståelse av andra familjemedlemmar och vänner var svårt. Positiva erfarenheter som hjälpte familjerna genom den svåra tiden på intensivvården var kommunikation, information, socialt stöd, relationer och hopp (Imanipour et al., 2019). Samtalen med vårdpersonal upplevs kortare än vad de egentligen är och anhöriga önskar skriftlig information upptill verbal information om patientens status (Rusinova et al., 2014).

Tre forskare i Sverige genomförde en systematisk review som undersökte familjers upplevelser av att behöva vänta på intensivvården (Björk, Lindahl, & Fridh, 2019). Samtliga familjer fick vänta på information när patienten befann sig i en kritisk situation.

Familjerna kände sig bortglömda och det upplevdes ta lång tid att få prata med läkaren. Att inte få vara med på rummet var frustrerande och de kände sig maktlösa när personalen på intensivvårdsavdelningen bad dem vänta utanför. Vidare hade familjer alltid hopp om att patienten skulle överleva oavsett hur nära döden patienten var. Samtidigt var det skönare att vänta på sjukhuset än hemma, men det var svårt att låta personalen på intensivvårdsavdelningen ta fullt ansvar för sin närmaste. I dessa situationer var kommunikation med vårdpersonal avgörande för att lugna anhöriga. Att bara få veta varför det tar så lång tid och att inte vara ensam och vänta var lättande. Väntandet på intensivvårdsavdelningen kändes meningslöst och upplevdes som tortyr (Björk et al., 2019).

Inläggelsen på intensivvårdsavdelningen är som tidigare beskrivet en stor påfrästning både för anhöriga och patient, då kan dagbok vara ett gott hjälpemedel för anhöriga att mästra situationen (Scruth, Oveisi, & Liu, 2017). Även i denna artikel beskrivs hur risken för PICS-F hos anhöriga kommer öka i samband med en äldre befolkning och därmed också behovet för intensivvårdsplatser. En dagbok på intensivvårdsavdelningen har som syfte att följa patientens utveckling med hjälp av foton, berättelser och annan dokumentation då patienten ofta är medvetslös och själv inte kommer ha något minne av tiden på intensivvårdsavdelningen. Tidigare har dagböcker främst varit i pappersform som en vanlig bok men forskarna i denna studie har utvecklat en elektronisk dagbok så anhöriga lättare kan ta del av patientens behandling hemifrån (Scruth et al., 2017).

### **1.3 Teoretisk tillnärming**

Detta avsnittet involverar forskningsteori om anhöriga på intensivvårdsavdelningen, kommunikation, kris och mästring samt familjefokuserad vård.

#### **Omsorg för anhöriga**

Familjefokuserad omsorg innebär att anhöriga ses som en resurs för patienten, samt att familjen är det viktigaste för vår fysiska och psykiska hälsa (Stubberud & Eikeland, 2013). Målet med familjefokuserad omsorg är att skapa ett samarbete mellan personal, patient och anhöriga. Det förutsätter i sin tur att sjuksköterskan kartlägger anhörigas behov och hur de påverkas av patientens tillstånd, det skapar en upplevelse av tillit. Anhöriga upplever många

olika tankar och stress när deras anhörig blir akut kritisk sjuk. Rädsla för komplikationer, död, dålig behandling, ekonomiska problem, påverkad fysisk och psykisk funktion samt hur vardagen blir efter utskrivelse. En familj med goda relationer är viktigt för att anhöriga skal tackla denna situationen (Stubberud & Eikeland, 2013).

Vidare visar Stubberud och Eikeland (2013) att kommunikation med anhöriga är en annan viktigt faktor som hjälper anhöriga mästra situationen. Vilken förståelse som anhöriga har för patientens tillstånd är ofta beroende på vilken information de fått och hur mycket de förstår av det som blivit sagt. Ofta upplever anhöriga att de får för lite information. Det upplevs frustrerande och stressande att behöva vänta på att få information när en anhörig är kritiskt sjuk. Olika personer säger olika saker och kvaliteten på informationen kan vara dålig och göra anhöriga förvirrade. Det viktigaste för anhöriga är att få höra att deras närmaste får all den hjälp som behövs, det minskar risken för känslor som hjälplöshet och frustration (Stubberud & Eikeland, 2013).

## **Kommunikation, kris och mästring**

När patienten blir kritiskt sjuk drabbar det anhöriga lika mycket som patienten själv, sjuksköterskan måste alltså ha förståelse för att anhöriga också upplever samma reaktioner som patienten (Eide & Eide, 2017). Patienter har också en förväntning av att anhöriga ska hjälpa till och stötta vid kritisk sjukdom, får inte patienten det stödet som förväntas kan patienten uppleva ett svek från anhöriga. Anhöriga hamnar i en egen krissituation som de skal försöka mästra och det kan gå ut över patienten. Därför är det viktigt att både patient och anhöriga får det stöd som behövs. Personer med liten social omkrets klarar sig dåligare genom krissituationer (Eide & Eide, 2017).

Vid kommunikation med en anhörig i kris behöver sjuksköterskan lära sig att aktivt lyssna för att ta reda på vilka tankar och värderingar de anhöriga har (Eide & Eide, 2017). Efter en traumatisk händelse försöker den drabbade personen förneka det som hänt. Sakta slår det personen vad som hänt och känslor uppstår i kombination med hur mycket personen förstått av situationen. De flesta har behov för att prata med någon om det som hänt. Då är det viktigt

att lyssna och fråga personen om vad som hände och vad personen känner, det kan göra att den drabbade personen får klargörelse över situationen (Eide & Eide, 2017).

Vidare beskriver Eide och Eide (2017) nonverbal kommunikation som är en stor del av den kommunikation som sker mellan personer. Leende, ett bekymrat ansikte eller en krämtning kan vara mer betydande än många ord. Nonverbal kommunikation är också avgörande för tillit och trygghet i en relation. Det som kan vara svårt med nonverbal kommunikation är hur det tolkas, olika personer kan tolka kommunikationen olika. Hur en person mår kan oftast ses genom nonverbal kommunikation, om personens er ledsen ut, stressad eller upprörd. Vårdpersonalens nonverbala kommunikation påverkar mer än man kanske tror, den signalerar hur vi lyssnar och om vi är beredda att på att hjälpa till, något som i sin tur påverkar relationen med patienter och anhöriga. Sex olika strategier för god nonverbal kommunikation beskrivs. Ögonkontakt utan att stirra, mottagande kroppshållning, vara vänd mot den andre, bekräfta med nickande eller beröring, avslappnad röst och naturligt mild ton samt välkomnade ansiktsuttryck (Eide & Eide, 2017).

Eide och Eide (2007) beskriver också in sin tidigare bok om kris, mästring och kommunikation i kris. Mästring kännetecknas av handlingorienterade och intrapsykiska försök för att tolerera, behärska eller undgå att drabbas av negativa känslor och påkänningar. Kris kännetecknas i sin tur av svåra och alvarliga livshändelser. Mästring av kriser skiljer sig mellan livskris och traumatisk kris. Livskris är något som kommer över lång tid medan traumatisk kris är något som kommer hastigt, genom sjukdom, olyckor eller våld. Händelseförloppet under traumatiska kriser kan delas upp i olika faser, chockfasen, reaktionsfasen, reparationsfasen samt nyorienteringsfasen. Chockfasen kan vara en kort stund till flera dagar. Reaktionsfasen och chockfasen räknas tillsammans som den akuta fasen och varar 4-6 veckor (Eide & Eide, 2007).

I chockfasen kan personer framstå som lugna och verka vara sig själva fast än personen faktiskt befinner sig i ett chocktillstånd (Eide & Eide, 2007). Andra personer kan reagera starkt med apati eller panik. Personer i chockfasen har beskrivit att det känns som att allt går i slow motion eller att det upplevs som en dröm. Information är svårt att ta till sig och det är svårt att koppla in känslor. Informationen behöver ofta upprepas och misstolkas ofta. Det är också vanligt att förneka situationen och personens förmåga att lösa vanliga problem vill vara



dålig. För att mästra chockfasen behöver personen omsorg i form av närhet och respekt (Eide & Eide, 2007).

I reaktionsfasen börjar personen ta in det som har hänt (Eide & Eide, 2007). Känslor kommer fram mer och mer och personen börjar få förståelse för situationen. Desto alvarligare situation desto starkare blir känslorna. Genom att hjälparen försätter ställa frågor till personen i kris och inta en lyssnande roll kan personen lättare mästra situationen. Många personer upplever det som obehagligt att ställa frågor till en person i kris eftersom man är rädd för de följder frågorna får. Följderna av att personen blir starkt känslomässigt påverkad är dock oftast inte reaktionen. Oavsett vilka följder dessa frågorna får hjälper det personen att bearbeta situationen (Eide & Eide, 2007).

### **Facilitated Sensemaking**

Facilitated sensemaking är en middle-range teori som beskrivs av Judy E. Davidson (2010) från USA som är specialistsjuksköterska med doktorgrad inom omvårdnad och är känd för sitt arbete med familjefokuserad vård. Teorin stöttar familjer till patienter på intensivvårdsavdelningar (Davidson, 2010). Middle-range teorier är menade att vara bedside till skillnad från grand-theories som är mer fokuserade på helhetlig omvårdnad. Teorin fokuserar på att minska risken för psykologiska problem hos familjen och ger intensivvårdsjuksköterskan detaljer för hur familjer ska hjälpas under deras tid på intensivvården. Detta görs genom att mål sätts upp, familjen till patienten måste förstå vad det är som händer och hur intensivvårdsjuksköterskan kan hjälpa familjen att klara av denna situationen. När en patient blir kritiskt sjuk och hamnar på intensivvården kan anhöriga uppleva känslor och tankar som, vad gör jag nu? hur kan jag hjälpa till? och hur ska jag kunna fortsätta leva?

Davidson (2010), föreslår då att familjen ska involveras i behandlingen av patienten, detta ger familjen en känsla av meningsfullhet, familjen kan till exempel hjälpa till med basal omvårdnad. Innan familjen går hem är det viktigt att summera upp vilken typ av information familjen fått och redogöra för att de inte missförstår situationen. Intensivvårdsjuksköterskan behöver också ge förklaring för situationer och inte bara informera, detta för att familjen ska få en bättre förståelse för situationen och vilken behandling som ges. När anhöriga är tysta eller ställer lite frågor kan det bero på att de inte vet vad det ska fråga om, vilket kan vara ett tecken på brist på förståelse över situationen.

## 2 Metod

Metoddelen innehåller en genomgång av vad som kännetecknar litteraturstudie som metod och hur jag har gått till väga. Det inkluderar urval, sökningar, kvalitetsgranskning, dataanalys, förförståelse och etiska principer efter Aveyard (2019) metod.

### 2.1 Litteraturstudie som metod

Jag har i denna uppsats använt mig av en systematisk litteraturstudie för att svara på min problemställning. En litteraturstudie är en studie där forskaren önskar besvara en fråga genom att analysera data med ett systematiskt tillvägagångssätt (Aveyard, 2019). Metoden i en litteraturstudie består av problemställning och hur den skal besvaras genom sökstrategi och analys av litteraturen samt resultat och diskussion. En litteraturstudie har en tydligt formulerad problemställning som besvaras genom att söka efter litteratur och analysera den. Syftet med en sådan studie kan vara att undersöka vilken och hur mycket forskning som finns inom ett specifikt område (Aveyard, 2019).

Vidare beskriver Aveyard (2019) litteraturstudier hjälper personal inom hälsa och sjukvård lättare ska kunna hålla sig uppdaterade om forskning. Det finns allt mer forskning tillgänglig och det blir svårare att hålla sig uppdaterad, då är litteraturstudier ett gott hjälpmedel. Endast en artikel ger bara en liten kunskap om ett ämne medan en litteraturstudie som sammanfattar flera artiklar ger en bredare kunskap. Genom att göra en systematisk litteraturstudie kan forskaren fördjupa sig i ett valt tema och få förståelse för ett fenomen. Litteraturstudier kan alltså genomföras på olika sätt och skapa nya synvinklar på den forskning som finns, vilket i sin tur kan skapa nya resultat (Aveyard, 2019)

Det finns flera olika typer av litteraturstudier, systematisk litteraturstudie, systematic reviews, meta-analys och meta-syntehesis och scoping review (Aveyard, 2019). Systematisk review är en resurskrävande metod som genomförs av ett forskningsteam och hela forskningstemat blir undersökt. Om det inte är möjligt att genomföra en sådan studie kan forskaren försöka ha ett systematiskt tillvägagångssätt på sin litteraturstudie, som jag valt att göra. Det kan göras genom att forskaren beskriver tydligt systematiken i hur studien genomförts, tydlig beskrivning av hur forskaren sökt fram, evaluerat och analyserat sin data (Aveyard, 2019).

## 2.2 Urvalskriterier

En litteraturstudie har inklusion och exklusionskriterier för att begränsa studiens storlek, samt att lättare kunna svara på problemställningen. Vidare behöver forskaren bör också tänka på vilken del av forskningsfrågan som är viktigast, populationen, interventionen eller utfallet (Aveyard, 2019). Jag har också valt att endast inkludera kvalitativa artiklar då jag valt att undersöka anhörigas erfarenheter av kommunikation. Genom erfarenheterna till anhöriga kan jag få större förståelse för hur fenomenet kommunikation påverkar dem (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier jag valt att använda i min studie:

- artiklar som är publicerade i peer reviewed journals.
- studier gjorda med deltagare över 18 år.
- artiklar publicerade mellan 2010–2020
- artiklar skrivna på engelska eller nordiskt språk

Exklusionskriterier för artiklarna i studien:

- artiklar som ej innehåller etiska överväganden.
- artiklar med låg kvalitet efter granskning
- pediatri, neonatal, palliation eller artiklar som på andra sätt inte passar in på problemställningen.

Databaserna som jag använt mig av är Cinahl och Pubmed som innehåller artiklar inom omvårdnad och medicin. Sökord hittade jag genom att leta i keywords från artiklar som svarar på problemställningen, samt leta efter synonymer till relevanta sökord. (Aveyard, 2019).

Aveyard (2019) beskriver en metod som hjälper till att genomföra en strukturerad sökning som passar till problemställningen är SPIDER, som jag valt att använda mig av.

Problemställningen är formulerad efter SPIDER (S=sampel, PI= phenomen of interest, D= design, E= evaluation, R= research type). SPIDER är en metod som används i samma syfte som PICO, men SPIDER ägnar sig bättre åt kvalitativa studier (Aveyard, 2019).

<b>S</b>	Sample	Anhöriga
<b>PI</b>	Phenomen of interest	Kommunikation på intensivvården

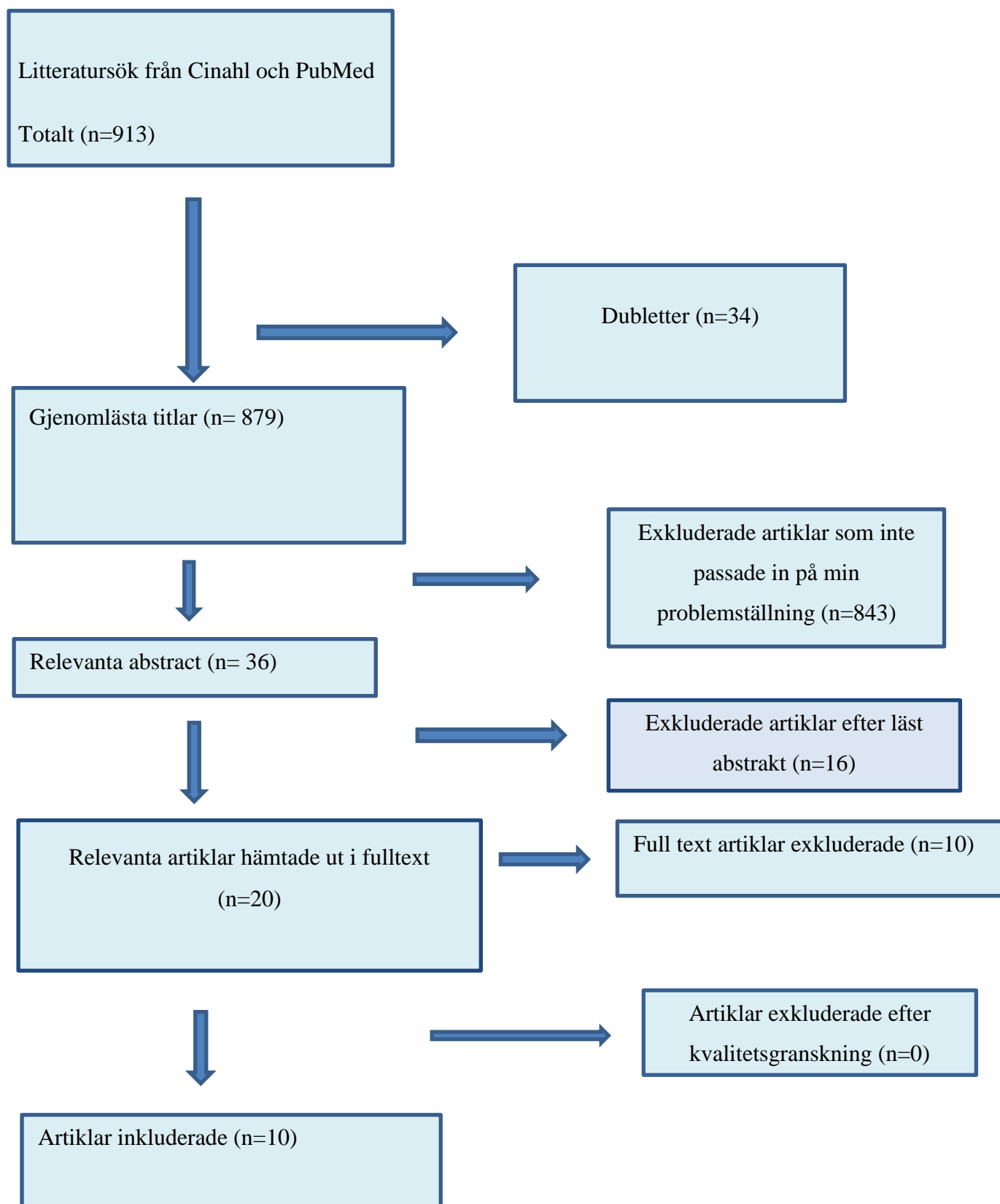
<b>D</b>	Design	Intervjuer eller observation
<b>E</b>	Evaluation	Erfarenheter
<b>R</b>	Research type	Kvalitativa studier

När söken genomfördes använde jag mig av den avancerade sökfunktionen som databaserna har. Funktionen ger möjlighet att kombinera olika sökord som passar in på problemställningen, liksom exemplet om SPIDER ovan (Aveyard, 2019). Sökorden kombinerades sedan med hjälp av booleska operatörer AND, OR och NOT. En del ord började med samma bokstäver men slutade olika, då använde jag mig av asterisker. Då ger sökningen träff på alla ord som börjar med samma bokstäver (Aveyard, 2019). I denna studie har jag bland annat valt att använda asterisk på sökord som family\*. Då träffar sökningen också ord som, familymembers.

Första söken gjordes på egen hand med hjälp av metoderna beskrivna ovan, men det gav inte tillräckligt med relevanta artiklar till resultatet. Efter möte med bibliotekarie fick jag hjälp att genomföra nya sökningar som gav mer träffar och jag hittade fler artiklar samtidigt som jag stramade in mina begränsningar och då fick mer relevanta träffar. Söken med bibliotekarie genomfördes den 24.01.2020 och resulterade i fler träffar trots fler begränsningar.

En översikt över sökningar med träffar och vilka artiklar som blivit utvalda presenteras i tabellerna nedanför. Studien inkluderade totalt tio artiklar. De tio artiklarna inkluderade tillsammans 142 intervjuer, 50 timmars observationsstudie och 138 personer som svarade på frågeformulär. Av artiklarna var det tio stycken som mötte inklusionskriterierna, i bilaga 1 presenteras artiklarna i matriser.

<b>Databas Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal Träff</b>	<b>Möjliga artiklar till resultat</b>
Cinahl 12.01.2020	(ICU or intensive care ) AND ( relative* or famil* ) AND communication AND information	19 + years, peer reviewed, english. 10 år.	104	5
Pubmed 12.01.2020	((((ICU or intensive care)) AND (family* or relative*)) AND communication) AND information	All adults, english, 10år. (peer reviewed)	291	3
Cinahl 24.01.2020	(ICU OR intensive care unit* OR critical care) AND AB ( relative* OR family* OR families OR "next of kin" ) AND communication	10 år, all adult, english, family or relative I Abstract, peer reviewed	204	5
Pubmed 24.01.2020	((((ICU or intensive care unit OR intensive care*)) AND (Family OR families OR Family* OR relative* OR "next of kin")) AND communication	10 år, English 19+ years, search fields titel/abstract. (peer reviewed)	314	7



## 2.3 Kvalitetsgranskning

Aveyard, (2019) rekommenderar att data som inkluderas i studien kvalitetsgranskas, det ger forskaren en djupare förståelse av artiklarnas styrkor, svagheter och forskaren lär känna sina artiklar bättre. Vidare ger det också övning i kritiskt värdering av forskning. Det ger också forskaren en bättre bild av om artikeln passar in på problemställningen. Aveyard beskriver också att forskaren inte ska vara för hård vid sin kvalitetsgranskning då ingen artikel är helt perfekt.

Det finns olika verktyg för att kvalitetsgranska artiklar, verktygen ger forskaren relevanta frågor att tänka på vid granskningen av artiklar. Det är främst artiklarna som ska användas till resultatdelen av studien som behöver kvalitetsgranskas. CASP (Critical Appraisal Skills Programme) är en av kvalitetsgranskningsverktygen som Aveyard beskriver och som jag valt att använda. Genom att använda sig av ett verktyg som CASP får forskaren en strukturerad och djupare granskning av sina artiklar. Vid granskning av artiklar med CASP kan en artikel få som mest nio «Ja» svar, vilket betyder att artikeln är av hög kvalitet enligt CASP (Aveyard, 2019). Ingen av artiklarna blev exkluderade på grund av dålig kvalitet, alla artiklar var av hög kvalitet och fick svar «Ja» på minst 7/9 frågor om kvaliteten. Se bilagor för CASP i mer detalj.

## 2.4 Dataanalys

Målet med dataanalysen är att forskaren skal kunna föra samman de olika artiklarna och se på dem som en helhet för att kunna skapa en ny mening av resultaten i sitt eget resultat (Aveyard, 2019).

Först behöver forskaren bestämma sig för hur många artiklar som skal inkluderas i studien. Allt mellan 5-10 artiklar är passande för en student på masternivå som skriver sin första litteraturstudie (Aveyard, 2019). Nästa steg innebär att sammanfatta de artiklarna som hittats oavsett om de inkluderas till resultatet eller inte, det ger en översikt över artiklarnas styrkor och svagheter. Artiklarna kan sammanfattas och struktureras upp enligt ett schema, det skapar bättre översikt och förståelse. När detta är gjort är det dags för att skapa teman utifrån de artiklar som inkluderats. Målet är inte att summera resultaten från alla artiklar utan att skapa teman från resultaten, forskaren skal också kunna beskriva likheter och skillnader i artiklarna.

Aveyard (2019) beskriver vidare hur data sedan kan analyseras med en metod som benämns tematisk analys. Första identifierar forskaren teman i resultaten från artiklarna som skal inkluderas och varje artikel kan skapa flera teman. Resultatet i artiklarna bör läsas flera gånger. De teman som framstår skal vara passande till problemställningen. Ordet på temat är ett ord som sammanfattar meningen med de viktigaste punkterna av temat (Aveyard, 2019).

Denna processen fortsätter tills resultaten från alla artiklar har genomgåts. För att också här lättare skapa en översikt kan forskaren använda sig av scheman. När alla teman från resultaten identifierats skal de teman som är lika slås samman. Genom att klippa och klistra eller färgkoda kan teman från de olika artiklarna byggas ihop. Här bör forskaren också gå igenom sina teman flera gånger för att se om det verkligen passar ihop. Slutligen när forskaren har format sina teman presenteras de i resultatet på ett sätt som svarar på problemställningen. Varje tema har en rubrik och det rekommenderas att välja det tema som är mest relevant först. Följden av hur forskarens teman presenteras skal vara väl genomtänkt (Aveyard, 2019).

Jag följde Aveyards metod för dataanalys, och började med att läsa mina artiklar flera gånger och kunde då försäkra mig om att de passade in på min problemställning. Under tiden jag läste artiklarna skrev jag också ner ord i kanten av texten, dessa orden var förslag på ord till teman. Efter det gav jag de olika artiklarna olika färger för att lättare hålla reda på artiklarna. Sedan skrev jag ner det resultat jag önskade inkludera från varje artikel i en egen färg i ett nytt word dokument. Orden jag skrivit ned i kanten hjälpte sedan till att skapa teman och den tillhörande texten flyttade jag samman med flera andra artiklar som hade samma eller liknande ord för temat. Nedan kommer exempel på hur jag gått till väga för att skapa mina tema, orden i kursiv stil är de ord jag skrev ned vid sidan av texten.



Meningsenheter med färgkodning	Sammanfattade meningsenheter	Tema	Huvudtema
<p>Anhöriga upplever att det var mycket osäkerhet i patientens prognos under den första tiden på intensivvården. Varken läkare eller intensivvårdssjuksköterskor kan ge svar på allt och när vårdteamet inte vet vad som är fel med patienten vill anhöriga att de ska erkänna sin frustration över att de inte har full kontroll över situationen. <i>Erkänna</i></p> <p>Anhöriga satte pris på att vårdpersonal var öppna och ärliga med den informationen som gavs. Anhöriga önskade inte att vårdpersonal skulle försöka få situationen att låta mindre kritisk än den var genom att använda mildare ord. <i>Ärlighet</i></p> <p>Anhöriga som ofta är på besök märker fort om patientens tillstånd har ändrat sig och önskar då oftast få det bekräftat av intensivvårdssjuksköterskan. <i>Inte undvika anhörigas förståelse.</i></p> <p>(Cody, Sullivan-Bolyai, Reid-Ponte, &amp; Cody, 2018).</p> <p>(Wong, Liamputtong, Koch, Rawson, &amp; Wong, 2015)</p> <p>(Manias et al., 2019).</p>	<p>Erkänna sin frustration över att inte ha full kontroll över situationen.</p> <p>Inte ljuga eller dölja information.</p> <p>Få bekräftelse över att ha förstått situationen</p>	<p>Ärlig kommunikation</p>	<p>Behov för information</p>

## 2.5 Förförståelse

För att ta reda på sin förförståelse beskriver Gadamer att en konversation med en kollega inom valt tema skapar en bild av forskarens förförståelse. Förförståelse är ett viktigt tema och genomför forskaren en studie bör han också redogöra för sin förförståelse (Fleming, Gaidys, & Robb, 2003).

Jag har varit utbildad sjuksköterska i fyra år och har mött många anhöriga under denna tid på de vanliga vårdavdelningar jag arbetat på. Sedan december 2019 är jag intensivvårdsjuksköterska och arbetar nu också på en intensivavdelning. Mötet med anhöriga skiljer sig mycket från det jag upplevt som grundutbildad sjuksköterska, mycket beror på att patienterna blir kritiskt sjuka och oftast inte kan prata själva då de är medvetslösa. Anhörigas reaktion är mer dramatisk på intensivvården än vad jag tidigare upplevt och jag känner att mitt ansvar är större eftersom jag är närmast patienten och svarar i telefonen när anhöriga ringer. Det jag under min tid hittills på intensivvården har lagt märke till är att anhöriga ofta lägger märke till olika mätvärden såsom temperatur, puls, blodtryck eller infektionsparametrar. När anhöriga kommer på besök frågar de ofta om dessa värden, och vad orsaken är till förändringen samt vad förändringen betyder. Jag känner också ibland själv att jag har svårt för att sätta mig in i de anhörigas situation och förstå hur de känner, men under studiens gång har min förståelse för anhörigas reaktioner ändrat sig efter att min kunskap om deras erfarenheter blivit större.

## 2.6 Etiska principer

En systematisk litteraturstudie baseras ofta på forskningsartiklar och det finns flera olika checklistor för att värdera om en forskningsartikel är trovärdig (Forsberg & Wengström, 2015). Checklistorna tar också ställning till om studierna fått tillstånd från etisk kommitté. Etiska aspekter involverar fusk, stöld av data, plagiat, egen tolkning av resultat utan riktiga källor eller missvisande forskningsprocess. Vid litteraturstudier är det viktigt att tänka på att resultat som kommer fram i studien inte skal vinklas åt ett håll mot fördel för studiens resultat (Forsberg & Wengström, 2015).

Enligt Forsberg och Wengström, (2015) är etiska överväganden ett krav vid alla vetenskapliga studier. Jag har använt mig av Critical Appraisal Skills Programme (CASP) för att värdera om mina forskningsartiklar är etiskt granskade. Checklisten tar hänsyn till etiska principer genom

att personerna i studierna fått rätt information om deltagelse, att etiska principer varit diskuterade och ifall det blivit sökt om godkänning av etisk kommitté.

### **3 Resultat**

Efter analys av artiklarna framkom huvudtemat *behov för information* med undertema *förståelse för situationen, ärlig kommunikation* och *delta i beslutstagande*. Huvudtemat *Att bli involverad* med undertema *kontinuitet i kommunikationen, relation med vårdpersonal, kontaktperson* och *dagbok*.

#### **3.1 Behov för information**

##### **3.1.1 Förståelse för situationen**

Anhörigas behov för information varierade, för någon var situationen så överklig att de inte kunde se framtiden medan andra ville veta vidare plan om rehabilitering (Wong et al., 2015). Anhöriga hade också ett konstant behov för information under tiden på intensivvården, då var intensivvårdssjuksköterskan den personen som kommunicerade mest med anhöriga eftersom hen var vid patienten sida hela tiden (Gutierrez, 2012). Anhöriga önskar gärna veta vad och varför intensivvårdssjuksköterskan utför sina handlingar. För exempel om en medicinpump piper och sjuksköterskan endast slår den av och säger att det är ”ok” kan den anhörige känna sig utanför. Anhöriga vill ha en förklaring till varför saker händer (Manias et al., 2019).

Flera studier visade att anhöriga behövde be om information från vårdpersonalen, det kom inte av sig själv (Frivold, Dale, Slettebø, & Frivold, 2015; Gutierrez, 2012; Manias et al., 2019; Wong et al., 2015). Familjer försökte hela tiden skaffa information om deras sjuka anhörig från personalen på intensivvården. När familjemedlemmar inte haft möjlighet att träffa läkaren frågade de alltid om vad läkaren sagt. Vidare beskrev också anhöriga det lättare att prata med intensivvårdssjuksköterskorna än läkarna eftersom de var lättare att förstå, vänligare och alltid var hos patienten (Wong et al., 2015).

Anhöriga beskrev att kommunikationen påverkades av att det ibland var trångt på rummet och intensivvårdssjuksköterskan var tvungen att be anhöriga flytta på sig när hen utför sina rutiner. Det får anhöriga att känna sig ivägen. Fast än familjen var närvarande var det inte alltid sjuksköterskan bekrev vad eller varför hon gjorde saker, vilket försämrade anhörigas

förståelse (Manias et al., 2019). Anhöriga erfarande också att en del av intensivvårdssjuksköterskorna inte tänkte långsiktigt utan gav endast information om dagens status (Wong et al., 2015).

Wong et al., (2015) studie av familjer i chockfasen visar att när familjer befinner sig i chock var det viktigt att informationen gavs på ett språk som anhöriga lätt kunde förstå (Wong et al., 2015). Liknande beskriver Gutierrez, (2012) att anhöriga hade svårt för att ta till sig information när de var känslomässigt påverkade över situationen. Det var speciellt svårt hos anhöriga som inte kunde förutse situationen och när saker hände oväntat. Tidsperspektivet blev dåligare och anhöriga kände sig förvirrade, det gjorde i sin tur att de hade det svårt att ta till sig information. Anhöriga fokuserade på att lyssna på vad vårdpersonalen sa och ställa relevanta frågor som kunde ge svar på vart situationen var påväg (Gutierrez, 2012).

Två studier visade att anhöriga hade svårt att förstå och tolka den information som läkare och intensivvårdssjuksköterskor förmedlade. Detta gjorde i sin tur att anhöriga hade svårt att ställa frågor. Anhöriga ville inte heller framstå som dumma och avstod därför från att ställa frågor. Istället drog anhöriga egna slutsatser om patientens status eller använde sig av internet (Gutierrez, 2012). Liknande beskriver Wong et al., (2015) att vårdpersonal som är otrevliga eller får anhöriga att känna sig okompetenta kan göra att anhöriga inte vågar ställa frågor. Anhöriga upplevde vid olika tillfällen bristande information i form av läkaren inte tog sig tid till anhöriga, det skapade mer stress och rädsla (Wong et al., 2015). Om läkare samtalade med jargong hade anhöriga svårt att förstå betydningen i informationen. Då var det intensivvårdssjuksköterskan som lade till information och förklarade vad läkaren menade (Frivold et al., 2015).

När familjer inte medverkade under ronder gjorde det att de kommunicerade mindre med vårdpersonalen och då inte heller fick lika mycket information vilket i sin tur gjorde att de fick mindre förståelse för patientens tillstånd (Cody et al., 2018). Vidare beskrivs det hur anhöriga kan feltolka information som blir sagt, till exempel om en läkare säger att det går bra för patienten idag. Då kan anhöriga tolka det som att patienten håller på att bli frisk men i själva verket bara hade en liten förbättring den dagen. När patienten då blir dåligare igen hamnar anhöriga i en ny tugn situation (Wong et al., 2015). Anhöriga upplevde också att när läkare använde svåra ord som de inte förstod så kom inte den riktiga betydningen fram i

samtalet. Detta gjorde att anhöriga kände att läkarna försökta dölja information, men anhöriga önskade veta sanningen och information ska inte hållas tillbaka från dem. Denna typ av kommunikation från vårdpersonal gjorde att anhöriga blev frustrerade, förvirrade och tappade tron på vårdpersonalen. Kommunikationen med anhöriga varierade också från läkare till läkare (Frivold et al., 2015). Anhöriga hade svårt för att behålla informationen som blivit sagt och ibland var viktigt information bortglömd efter tio minuter. Detta gjorde att en del anhöriga skrev ned information för att inte glömma (Wong et al., 2015)

Anhöriga uppskattade att intensivvårdssjuksköterskorna alltid var tillgängliga (Noome, Dijkstra, van Leeuwen, & Vloet, 2016). De informerade om patientens status och tog hand om familjen. Under samtal med läkare var intensivvårdssjuksköterskans roll otydlig och anhöriga erfarade att de hjälpte till med kommunikationen mellan läkare och familj när de kunde se att familjen inte förstod det som blivit sagt. Ibland hjälpte också intensivvårdssjuksköterskan familjen att ställa frågor till läkaren (Noome et al., 2016). Wong et al. (2015) beskriver att det oftast var intensivvårdssjuksköterskorna som talade med anhöriga, de vidareförmedlade informationen från läkare. Medans Lind et al., (2011) beskrev att anhöriga ofta hade frågor som de ställde till intensivvårdssjuksköterskorna men de svarade sällan på frågorna utan sade att det var läkaren som skulle svara på det. Att få tid till ett möte med läkare upplevde anhöriga som svårt och intensivvårdssjuksköterskorna var sällan medverkande på möten med läkare. Anhöriga upplevde också att intensivvårdssjuksköterskorna endast informerade om patientens dagliga välmående och var motvilliga att ge mer meningsfull information (Lind, Lorem, Nortvedt, & Hevroy, 2011).

### **3.1.2 Ärlig kommunikation**

Anhöriga upplever att det var mycket osäkerhet i patientens prognos under den första tiden på intensivvården. Varken läkare eller intensivvårdssjuksköterskor kan ge svar på allt och när vårdteamet inte vet vad som är fel med patienten vill anhöriga att de ska erkänna sin frustration över att de inte har full kontroll över situationen (Cody et al., 2018).

Anhöriga satte pris på att vårdpersonal var öppna och ärliga med den informationen som gavs. Anhöriga önskade inte att vårdpersonal skulle försöka få situationen att låta mindre kritisk än den var genom att använda mildare ord (Wong et al., 2015). De flesta anhöriga vill ha reda på när det går sämre för patienten, de ville ha ärlig information utan falska förhoppningar, hopp skal endast ges när det finns potential. Både bra och dåliga nyheter önskades eftersom

familjer då kunde förbereda sig för olika utfall (Gutierrez, 2012). Genom öppen och ärlig kommunikation fick anhöriga bättre tillit till vårdpersonalen. Samtidig önskade anhöriga att vårdpersonalen förmedlade informationen på ett värdigt sätt med tanke på den situationen de befann sig i (Wong et al., 2015).

Gutierrez (2012) beskriver anhöriga som inte ville ha rak och ärlig informationen befann sig i förnekelse då de egentligen visste att patienten skulle dö. Anhöriga som själva jobbar inom vården kunde lättare förutse patientens prognos. Vilket sätt vårdpersonalen kommunicerade på var avgörande för anhörigas situation. Anhöriga önskade att informationen kommunicerades på ett respektfullt, medlidande och omtänksamt sätt. Dessa kommunikativa faktorer gjorde att dåliga nyheter var lättare anpassa sig till (Gutierrez, 2012). Anhöriga som ofta är på besök märker fort om patientens tillstånd har ändrat sig och önskar då oftast få det bekräftat av intensivvårdssjuksköterskan (Manias et al., 2019).

### **3.1.3 Delta i beslutstagande**

Familjer hade olika upplevelser om hur de blev involverade i beslutstaganden, att ha en dialog under beslutstagande med vårdpersonalen fick familjen att känna sig respekterad (Frivold et al., 2015). Anledningen till anhörigas stora behov för information berodde delvis på att det var anhöriga som skulle vara med och ta beslut om patientens behandling. Det upplevdes som stressande att göra det rätta i situationen, speciellt om anhöriga inte hade förståelse (Wong et al., 2015). Flera studier visade att anhöriga var lättade över att det var läkaren som tog det sista beslutet om behandlingen skulle avslutas och inte familjen då vårdpersonalen var mer kompetent att ta rätt beslut (Frivold et al., 2015; Lind et al., 2011; Noome et al., 2016) När anhöriga fick reda på detta skapade det mindre rädsla och ångest (Noome et al., 2016).

Vid livets slut är många patienter medvetlösa och då är det den närmaste anhöriga som deltar vid beslutstagandet. Detta momentet var det många anhöriga som fruktade. Det upplevdes också som att vårdpersonalen undvek att diskutera livets slut (Noome et al., 2016). Anhöriga hade behov för hjälp med beslutstagandet av vårdpersonal. Det skapade i sin tur mindre ångest hos anhöriga att inte vara självständiga vid beslutstagande som ansågs vara det svåraste under perioden på intensivvården (Wong et al., 2015). Ibland kände sig anhöriga exkluderade från beslutstaganden och de visste inte vad som hände med patienten.

Familjemedlemmar som hade dåliga erfarenheter med kommunikationen upplevde det som frustrerande att inte bli informerad om patientens status. De upplevde också att deras frågor

inte blev besvarade, och att ingen frågade om de ville vara med vid beslutstaganden (Hansen, Rosenkranz, Mularski, & Leo, 2016).

Vid beslutstagande hade intensivvårdssjuksköterskorna ett ansvar för anhöriga, att få de att känna sig omhändertagna och att de inte själva ansvarliga för situationen. Ofta tyckte anhöriga det var skönt att bara sitta och prata med intensivvårdssjuksköterskan vid sängen. När vårdpersonalen inte bara såg patienten som en patient utan som en människa var anhöriga tacksamma (Frivold et al., 2015).

Två studier beskriver hur anhöriga ansåg det som svårt att få läkaren att förstå deras känslor. Det gjorde i sin tur att valet av ord för att få läkare att förstå anhörigas perspektiv under beslutstagandet upplevdes som svårt (Lind et al., 2011; Wong et al., 2015). Ibland var också läkare imellan oeniga vid de beslut som anhöriga hade tagit. De såg saker som anhöriga inte såg i förhållande till patientens prognos medan anhöriga hade tydliga argument för varför behandlingen till patienten skulle avslutas. Anhöriga som tidigare diskuterat livsbeslut med patienten hade svårt att minnas vad de hade diskuterat (Wong et al., 2015).

Att hela tiden behöva vänta på läkare gjorde att anhöriga kände sig lite medverkande i beslutstagandet (Lind et al., 2011). När samtalet väl kom hade läkarna oftast redan bestämt sig genom att sammanfatta den kliniska bilden, flera anhöriga önskade en bättre kommunikation med läkarna under denna processen. En del anhöriga hade inte diskuterat beslutstagande vid livets slut men de hade nästan alltid en bild av vilket val patienten själv hade tagit. Denna bild hade skapats genom relationen den anhörige haft med patienten. Detta beslut upplevdes som ett stort ansvar (Lind et al., 2011).

## **3.2 Att bli involverad**

### **3.2.1 Kontinuitet i kommunikationen**

Flera anhöriga upplevde att de ville ha mer och oftare uppdatering från vårdpersonalen om patientens status (Koukouli, Lambraki, Sigala, Alevizaki, & Stavropoulou, 2018). Anhöriga kunde ibland känna att vårdpersonalen inte pratar med dem, många sitter bara på rummet och observerar vårdteamet utan att känna sig inkluderade (Frivold et al., 2015). Men anhöriga upplevde sällan regelbunden kommunikation med läkare (Lind et al., 2011). Brist på

kontinuitet i kommunikationen gjorde att familjer hade svårt att följa patientens förändringar, planer och delta vid beslutstaganden (Hansen et al., 2016).

Familjer uppskattade att bli kontaktade regelmässigt om patientens status, det fick familjen att känna sig involverade i behandlingen när vårdpersonalen tänkte på dem och kontaktade dem för uppdateringar (Hansen et al., 2016). Anhöriga önskade regelbundna tidpunkter på rondan samt att när familjen måste vänta vill de veta varför de måste vänta (Cody et al., 2018). Regelbunden kommunikation med vårdteamet fick anhöriga att känna sig lugna, tillit till vårdteamet och bekräftelse på att patienten fick rätt behandling. Vid det motsatt hade familjer risk att drabbas för PICS-F. Dålig kommunikation var starten på många av de problem anhöriga upplevde på intensivvården. Problem som att inte lita på vårdteamet, olika information från olika personer och när rondan blir försenad eller inte blir av. Vidare beskrev familjer vikten av att få höra den långsiktiga planen om behandlingen och framtida undersökningar, det gjorde att familjen fick bättre tillit till vårdteamet. Familjer som medverkade under rondan var generellt sett mycket nöjda med detta. De som medverkade på rondan under tiden på intensivvården fick regelmässig information om patienten, det gjorde att informationen skapade ett sammanhang som minskade både stress och ångest (Cody et al., 2018).

När familjer blir involverade och har regelmässig kommunikation med vårdpersonalen förbättrar det deras förståelse över situationen (Frivold et al., 2015). Läkarna var dåliga på att hålla tider, verkade upptagna och lät anhöriga vänta i timmar. När anhöriga väl fick möjlighet att prata med läkare hade de inte tillräckligt med tid till samtalet och anhöriga kände att de fick för lite information. Flera anhöriga hade endast kontakt med läkare en gång under tiden på intensivvården och det var när det var ett inbokat samtal. Ofta innehöll samtalen mycket information om mätvärden medan anhöriga hellre önskade information om perspektiv på behandlingen (Lind et al., 2011). Intensivvårdssjuksköterskorna var ofta upptagna och hade sällan tid att sätta sig ned och prata med anhöriga. En del familjer satte upp skift för att alltid vara närvarande hos patienten och på så sätt garantera att få information när läkaren kom (Gutierrez, 2012).

Anhöriga hade också ett stort behov för att hela tiden vara på rummet och prata med patienten. Anhöriga upplevde att denna närhet och kontakt kunde förbättra



sjukdomstillståndet hos patienten (Koukouli et al., 2018). Några av anhörigas bekymringar var att få bekräftat av vårdpersonalen att patienten fick den bäst möjliga behandlingen. Att få observera var viktigt för anhöriga, när de kunde observera att patienten får den behandling som behövs skapade det mer tillit till vården. De flesta anhöriga hade ett stort behov för att dela information om patienten med vårdpersonalen. Detaljerad information om patientens tidigare sjukdomshistoria som kunde vara viktig för vårdpersonalen. Anhöriga hade olika behov för att medverka och någon anhörig ville medverka vid omvårdnaden när patienten dött (Frivold et al., 2015). Regelbunden kommunikation med vårdpersonalen gjorde att anhöriga kände sig mer involverade i behandlingen, vilket i sin tur gav hopp hos familjen och en känsla av välbefinnande (Frivold et al., 2015).

### **3.2.2 Relationen med vårdpersonal**

I början av inläggelsen på intensivvården vågar anhöriga ibland inte lämna patienten ensam utan vill stanna kvar dygnet runt. Då var kommunikationen med vårdpersonal avgörande för relationen med anhöriga och att de skulle känna sig bekväma med att lämna patienten (Wong et al., 2015). Familjen uppskattade när vårdpersonalen kommunicerade och försökte ta reda på vem patienten var innan inläggelsen på intensivvården samt vad patienten tyckte om och inte tyckte om. Det skapade trygghet och familjen kände att vårdpersonalen inte bara såg patienten som en patient utan som en människa. Detta gav anhöriga en större tillit till vården (Hansen et al., 2016).

Otrygghet uppstod om anhöriga inte kom överrens med vårdpersonalen av olika orsaker. Det fick anhöriga att känna sig stressade, obekväma och irriterade. De ville också att den personen inte skulle få ha ansvar för patienten (Hansen et al., 2016). Anhöriga försökte bygga upp en relation med vårdpersonal för att uppnå effektiv kommunikation. Detta gjorde att de kunde få information, hopp och bekräfta att patienten blev bra omhändertagen (Koukouli et al., 2018). Regelbunden kommunikation hjälpte till att skapa en bättre relation med familjen på intensivvården (Cody et al., 2018; Wong et al., 2015).

Anhöriga som får ta del i vårdpersonalens plan var uppskattat, detta skapade i sin tur en god relation mellan vårdpersonalen och familjen. Att få ta del i konversationen fick anhöriga att känna sig lugnare och ökade välbefinnandet. Genom att medverka under ronderna lärde anhöriga känna minst en person i vårdteamet. När en relation uppstod mellan personalen och familjen fyllde det en tomhet utan att patientens prognos blivit bättre (Cody et al., 2018).

### **3.2.3 Kontaktperson**

Det var slitsamt för anhöriga att dela känslor med flera olika personer (Frivold et al., 2015). Flera studier beskriver hur anhöriga ville ha en fast kontaktperson på intensivvården (Gutierrez, 2012; Hansen et al., 2016; Lind et al., 2011; Wong et al., 2015). Vårdpersonalen gav olika information (Frivold et al., 2015; Koukouli et al., 2018). Anhöriga upplevde också problem med kommunikationen mellan olika vårdteam. Det kommer ständigt ny personal som inte känner patienten och intensivvårdssjuksköterskan lyssnade inte alltid på anhöriga när dom upplevde att något var fel. Någon anhörig blev gång på gång frågad om patienten skulle återupplivas vilket gav en tydlig bild av att personalen inte hade kommunicerat med varandra. Anhöriga önskade att denna information skulle skrivas ned för att detta misstag inte skulle ske igen (Hansen et al., 2016).

Ofta var flera läkare involverade i varje patient och jobbade i rotation vilket gjorde att anhöriga inte visste vem de skulle hänvisa sig till. Anhöriga upplevde också det som frustrerande att det var många olika intensivvårdssjuksköterskor (Gutierrez, 2012; Hansen et al., 2016). Familjer önskade endast en eller två personer att kommunicera med men så var det sällan (Wong et al., 2015). Många olika vårdgivare var involverade i patientens behandling och anhöriga upplevde det svårt att kommunicera med flera olika personer. Anhöriga önskade en kontaktperson och att regelbundet bli kontaktad av vårdpersonalen (Frivold et al., 2015).

### **3.2.4 Dagbok**

En studie om dagbok på intensivvården har visat hur dagboken kan hjälpa till med kommunikationen mellan anhöriga och vårdpersonal. Dagboken gjorde så att anhöriga och vårdpersonal var på samma sida i situationen, och anhöriga fick bekräftat att alla parter ville det bästa för patienten (Johansson, Hanson, Runeson, Wåhlin, & Johansson, 2015). Detta skapade en god relation mellan vårdpersonal och familjen till patienten. Eftersom patienten på intensivvården ofta varierar i vakenhet och klarhet var det svårt för anhöriga att kommunicera med patienten. Med hjälp av dagboken kunde familjen beskriva vad som hade hänt när patienten inte var vaken. Dagboken fungerade också som ett testamente för anhöriga och vänner alla timmar de hade varit på besök och stöttat patienten. Det var viktigt för anhöriga att patienten fick reda på att de hade varit där. Anhöriga såg också att vårdpersonalen såg patienten som en människa genom dagboken (Johansson et al., 2015).

Den fungerade också som en kommunikationsplattform för familjemedlemmar, vänner och vårdpersonal. Intensivvårdsjuksköterskorna upprepade den information som läkaren sagt och skrev det i dagboken. Detta skapade möjligheter för anhöriga att lättare ställa frågor till vårdpersonalen om patientens behandling (Johansson et al., 2015).

## 4 Diskussion

Enligt Aveyard (2019) bör diskussionen struktureras upp efter Doherty och Smith (1999) samt Drotar (2009), strukturen innehåller fem olika punkter, redogörelsen av resultat, studiens styrkor och svagheter, reflekterande över rollen som forskare, resultatdiskussion samt rekommendationer och implementeringar till praktiken. Vikten av dessa fem punkter skal läggas på diskussionen av resultatet (Aveyard, 2019).

Av de tio inkluderade artiklarna var samtliga kvalitativa och använde sig av intervjuer, observation eller frågeformulär med öppna frågor. Alla inkluderade artiklar är från västvärlden USA (3), Australien (2), Nederländerna (1), Grekland (1), Norge (2) och Sverige (1). Deltagarna i studierna var till 70% vuxna kvinnor och publicerades mellan 2011-2019.

### 4.1 Resultatdiskussion

Aveyard (2019) beskriver resultatdiskussionen som den viktigaste delen av diskussionen. Här kan forskaren diskutera sina teman mot tidigare forskning, teori och riktlinjer. Samt sätta resultatet i ett större perspektiv med fokus på den aktuella praktiken (Aveyard, 2019).

Problemställningen lyder som tidigare. Vad upplever anhöriga som centralt i kommunikationen med vårdpersonal på intensivavdelningen? I resultatet framkom två huvudteman med underteman. *Behov för information* med undertema *förståelse för situationen, ärlig kommunikation* och *delta i beslutstagande. Att bli involverad* med

undertema *kontinuitet i kommunikationen, relation med vårdpersonal, kontaktperson samt dagbok*. I resultatdiskussionen vill jag försöka följa samma ordning som i resultatet.

Ett centralt fynd i resultatet visade att anhöriga kan ha svårigheter med att inta information och har svårt att förstå vad som händer med patienten (Gutierrez, 2012; Wong et al., 2015). Tidsperspektivet blev dåligare och känslor påverkade förståelsen. Anhöriga som var i chock hade behov för tillrättalagd information då informationen ibland glömdes bort efter några minuter (Gutierrez, 2012). En artikel i tidigare forskning av Wetzieg och Mitchell (2017) beskriver också liknande behov hos anhöriga vid traumatiska inläggelser på intensivvården. Båda resultatartiklarna inkluderar patienter där tillståndet till patienten var speciellt kritiskt, traumatisk inläggelser och där patienten hade hög risk att avlida. Sambandet visar sig också i resultatet då anhöriga har liknande erfarenheter med kommunikationen.

Svårigheter att förstå som kan ses i ljuset av kristeorin av Eide och Eide (2007) som beskriver att anhöriga i chockfasen upplever verkligheten som slow motion eller som en dröm. Personer reagerar olika och en person kan verka lugn fast hen är i chock. I denna situationen har dessa personer behov för att informationen upprepas flera gånger (Eide & Eide, 2007). Vid samtal med anhöriga kan personalen också få bekräftat att anhöriga har förstått det som blivit sagt (Briggs, 2017). Innan anhöriga går hem är det viktigt att summera upp vilken typ av information de fått och redogöra för att de inte missförstår situationen. När anhöriga är tysta eller ställer lite frågor kan det bero på att de inte vet vad det ska fråga om, vilket kan vara ett tecken på brist förståelse över situationen (Davidson, 2010). I resultatet beskrev också Gutierrez (2012) hur anhöriga undvek att ställa frågor för att inte framstå som dumma.

I resultatet framkommer det också att när familjer inte medverkade under ronder gjorde det att de kommunicerade mindre med vårdpersonalen och då inte heller fick lika mycket information vilket i sin tur gjorde att de fick mindre förståelse för patientens tillstånd (Cody et al., 2018). Stubberud och Eikeland, (2013) som beskriver också hur anhörigas förståelse påverkas av hur mycket information de fått. Närmare 50-70% av anhöriga förstår inte vad som är fel med patienten, hur allvarlig situationen är och prognosen vidare (Briggs, 2017). Vid korta inläggelser är det inte säkert det finns tid till att anhöriga får förståelse för situationen och om anhöriga befinner sig i chockfasen kan det vara svårt att inta information (Eide & Eide, 2007). Då kan uppföljningskliniker som följer upp intensivpatienten efter utskrivelse

från intensivavdelningen vara ett bra alternativ. Dessa klinikerna är specialiserade på att ta hand om patienter och anhöriga efter tiden på intensivavdelningen. Både patient och anhöriga kan ta kontakt med dessa kliniker för råd och hjälp i bearbetandet av det som hänt (Radigan, 2018).

I resultatet framkommer det också i flera artiklar att anhöriga hade behov för att bli involverade i patientens behandling, det kunde göras med hjälp av kommunikation (Cody et al., 2018; Frivold et al., 2015; Hansen et al., 2016; Koukouli et al., 2018; Wong et al., 2015) (Lind et al., 2011). Några av anhörigas bekymringar var att få bekräftat av vårdpersonalen att patienten fick den bästa möjliga behandlingen (Frivold et al., 2015). Liknande beskriver också Alsharari (2019) i tidigare forskning att de viktigaste behoven anhöriga har är att få veta att deras närmaste får all hjälp som behövs, information, stöd och omsorg. Även Stubberud och Eikeland (2013) beskriver hur anhöriga kan ha en rädsla för att patienten skal få en dålig behandling. I dessa situationer kan familjefokuserad omsorg skapa ett samarbete mellan personal, patient och anhöriga. Det förutsätter i sin tur att sjuksköterskan kartlägger anhörigas behov och hur de påverkas av patientens tillstånd, det skapar en upplevelse av tillit (Stubberud & Eikeland, 2013).

En artikel i resultatet av Manias et al., (2019) beskriver att fast än familjen var närvarande var det inte alltid intensivvårdssjuksköterskan bekräftar vad eller varför hen gjorde saker, vilket påverkade anhörigas förståelse och involvering. För exempel om en medicinpump piper och sjuksköterskan endast slår den av och säger att det är ”ok” kunde den anhörige känna sig utanför. Anhöriga vill gärna ha en förklaring till varför saker händer (Manias et al., 2019). I tidigare del om teori beskriver Davidson, (2010) hur intensivvårdssjuksköterskan behöver ge förklaring för situationer och inte bara informera, detta för att familjen ska få en bättre förståelse för situationen och vilken behandling som ges. Vilket skulle kunna vara en lösning på problemet i exemplet ovan. Vidare kan det läggas märke till att det är nio års skillnad mellan dessa artiklar, det finns mycket tidigare forskning som fortfarande inte används i praktiken. Kleinpell et al., (2019) beskriver hur det kan vara svårigheter med att implementera nya behandlingsmetoder på intensivavdelningen. Ekonomi, vilja, intresse och personalbrist är faktorer som påverkar. En person som har ansvar och får tid till förändringen behövs för att det ska bli något resultat (Kleinpell et al., 2019). Detta är också något jag upplevt under min tid som intensivvårdssjuksköterska att det ofta är saker som brist på personal eller andra

faktorer som prioriteras framför studietiden till intensivvårdsjuksköterskor. Detta kan i sin tur påverka kompetansen på avdelningen negativt.

Vidare framkom det i resultatet att brist på kontinuitet gjorde att anhöriga fick svårigheter att följa med på patientens förändring, planer och beslutstaganden (Hansen et al., 2016).

Regelbunden kommunikation med vårdteamet fick anhöriga att känna sig lugnare, ökad tillit till vårdteamet och bekräftelse på att patienten fick rätt behandling. Vid det motsatt hade familjer ökad risk att drabbas av PICS-F (Cody et al., 2018). I tidigare forskning beskrivs det hur regelbundna hälsovårdssamtal med patienter och anhöriga skapade bättre förståelse för situationen och gav större tillit till vården. Personer som hade få nära vänner upplevde det extra viktigt att få dela sina känslor och tankar med någon (Hollman Frisman et al., 2018). I resultatet framkommer det att anhöriga som får ta del i vårdpersonalens plan var uppskattat, detta skapade i sin tur en god relation mellan vårdpersonalen och familjen. Att få ta del i konversationen fick anhöriga att känna sig lugnare och ökade välbefinnande. Genom att medverka under rondan lärde anhöriga känna minst en person i vårdteamet. När en relation uppstod mellan personalen och familjen fyllde det en tomhet utan att patientens prognos blivit bättre (Cody et al., 2018). Åter kan Davidson (2010) teori användas som föreslår att familjen ska involveras i behandlingen av patienten, detta ger familjen en känsla av meningsfullhet och minskar risken för att anhöriga drabbas av PTSD (Davidson, 2010).

Stubberud (2015) beskriver hur anhöriga är en stor resurs för patienten som riskerar att försvinna om situationen på intensivvården blir för överväldigande för dem. Alfheim et al., (2019) i tidigare forskning beskriver hur anhöriga bör få information om risken att drabbas av psykiska problem, för att bli medvetna om detta. Radigan (2018), skriver om att det råder stor okunskap om PICS utanför intensivvårdsavdelningen. När patienten byter avdelning bör också den nya avdelningen informeras, speciellt i de tillfällen där sjukhuset inte har tillgång till uppföljningskliniker som kan ta hand om patienter och anhöriga (Radigan, 2018).

I resultatet framkom också beslutstagande som ett tema. Anhöriga var ofta lättade när de fick höra att läkaren var ansvarig för beslutstagandet (Frivold et al., 2015; Lind et al., 2011; Noome et al., 2016). Samtidigt beskrev en artikel i resultatet att anhöriga hade ett behov för att bli involverade i beslutstagandet och kände sig exkluderade. Ingen frågade om de ville vara delaktiga och anhöriga fick inte svar på sina frågor (Hansen et al., 2016). Åter upplevde

anhöriga kontinuitet som ett problem och anhöriga upplevde att läkare var svår att få tag i samt att de tog beslut utan att involvera anhöriga (Lind et al., 2011). Anhöriga upplevde också att vårdpersonal undvek att diskutera beslutstagande (Noome et al., 2016). Dessa situationer är vanliga för anhöriga hemma i då 95% av diskussionerna på intensivavdelningen om beslutstagande involverar en patient som själv inte kan delta i diskussionen (Briggs, 2017). Enligt norsk lag har anhöriga rätt till att medverka. § 4-6. *Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse*. Kortfattat innebär lagen att närmaste anhörig har rätt att medverka vid beslut om patienter som inte har samtykkekompetanse, anhöriga kan då bidra med information om vad patienten själv hade velat.

Vidare beskriver Wong et al., (2015) att anhöriga hade svårigheter att få vårdpersonalen att förstå deras meningar och perspektiv. Samt att anhöriga som tidigare diskuterat livsbeslut med patienten hade svårt att minnas vad de hade diskuterat (Wong et al., 2015). Detta kan också kopplas till chockfasen av Eide och Eide (2007) där personer som är i chock kan få ändrad verklighetsuppfattning samt resultatartikeln av Gutierrez (2012) som beskriver anhörigas tidsperspektiv som dåligare som resultat av den situation de hamnat i. Medan Lind et al., (2011) beskriver det motsatta att anhöriga hade nästan alltid en bild av vilket val patienten själv hade tagit. Denna bild hade skapats genom relationen den anhörige haft med patienten (Lind et al., 2011).

I resultatet var det också två artiklar som beskrev hur anhöriga inte önskar lämna patienten utan vara kvar på rummet hela tiden (Koukouli et al., 2018; Wong et al., 2015). Artikeln skriven av Koukouli et al., (2018) inkluderar patienter som varit inlagda mer än sju dygn samt att data är insamlad i Grekland. Wong et al., (2015) är en Australisk artikel där patienterna är inlagda efter en traumatisk händelse och anhöriga kontaktades 48-72 timmar efter inläggelsen. Två artiklar där anhöriga uttrycker detsamma under olika omständigheter. Anhörigas behov av att vara hos patienten hela tiden kan alltså vara över en längre tid.

I flera av studiens artiklar upplevde anhöriga att de behövde be om information från vårdpersonalen, det kom inte av sig själv (Frivold et al., 2015; Gutierrez, 2012; Manias et al., 2019; Wong et al., 2015). Detta kan kopplas samman att intensivvårdssjuksköterskorna ofta var upptagna och hade sällan tid att sätta sig ned och prata med anhöriga (Gutierrez, 2012). Personer kan uppleva det som obehagligt att ställa frågor till en annan person i kris eftersom

man är rädd för de följer frågorna kan få. Att personen blir starkt känslomässigt påverkad är dock oftast inte reaktionen. Oavsett vilka följer dessa frågorna får hjälper det personen att bearbeta situationen (Eide & Eide, 2007). Vidare kan intensivvårdssjuksköterskan inta den rollen som Lind et al., (2011) beskriver att intensivvårdssjuksköterskan sällan svarar på anhörigas frågor utan anser att det är läkarens uppgift att svara på dem. Men läkarna har sällan tid att prata med anhöriga (Frivold et al., 2015; Koukouli et al., 2018; Lind et al., 2011). Detta skapar en konflikt om ansvar mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare som går ut över kommunikationen anhöriga.

Dagboken på intensivavdelningen kan ha en hjälpande roll i kommunikationen mellan anhöriga och vårdpersonal (Johansson et al., 2015). Den kunde också hjälpa till anhöriga att skapa en god relation med intensivvårdssjuksköterskan. Förståelsen för patientens sjukdomstillstånd ökade genom att anhöriga fick mer information och hade lättare för att ställa frågor (Johansson et al., 2015). Det att ställa frågor har också flera studier i resultatet beskrivit att anhöriga kan uppleva som svårt (Gutierrez, 2012; Wong et al., 2015). Vidare kan strikta besökstider göra det svårare för anhöriga att besöka patienten, på senare år har besökstiderna på intensivavdelningar ändrat sig till mer fria besökstider (Clark et al., 2017). Fria besökstider har många positiva fördelar både för patienten och anhöriga (Briggs, 2017). En elektronisk dagbok vara passande då anhöriga kan ta del av patientens behandling hemifrån (Scruth et al., 2017).

I den senaste situationen som uppstått i världen nu med Covid-19 viruset har jag själv erfart att besökstiderna på intensivvården begränsats markant och det är svårt för anhöriga att besöka patienten. Endast under mycket speciella omständigheter får anhöriga komma på besök. I dessa situationer kunde elektroniska dagböcker hjälpa anhöriga att få förståelse för situationen. Clark et al., (2017) beskriver också att hela tiden få medverka och se vad som händer med sin närmaste kan minska risken för PTSD hos anhöriga (Clark et al., 2017). Det i sin tur minskar kostnaderna i samhället om detta förebyggs (Needham et al., 2012). Den situationen vi befinner oss i nu med sjukhus som inte låter anhöriga komma på besök gör att risken för psykiska påfrestningar kommer drabba allt fler anhöriga.

Stubberud (2015) och Ågård (2016) beskriver också hur viktigt anhörigas stöd, närhet och hjälp är för patienten. Samt att det behövs ett samarbete mellan anhöriga och



intensivvårdsjuksköterskor. Stubberud (2015) påpekar också hur resursen till patienten riskerar att försvinna om anhöriga inte klarar av att mästra situationen. Vidare visar Stubberud och Eikeland (2013) att kommunikation med anhöriga är en viktig faktor som hjälper anhöriga mästra situationen. Då kan resultatet av denna litteraturstudien vara till hjälp för vårdpersonal att kommunicera med anhöriga genom att ta del av deras erfarenheter med kommunikation på intensivavdelningen.

Temat involvering framkom i resultatet, där kontinuitet i kommunikationen, relationen med vårdpersonal och kontaktperson hade ett starkt samband. Det var också kopplat mycket till anhörigas tillit till vården.

Kontinuitet i kommunikation med vårdteamet fick anhöriga att känna sig lugna, tillit till vårdteamet och bekräftelse på att patienten fick rätt behandling. Det skapade också en bättre relation mellan vårdpersonal och anhöriga på intensivvården (Cody et al., 2018). När många olika vårdgivare var involverade i patientens behandling och anhöriga upplevde det svårt att kommunicera med flera olika personer. Anhöriga önskade en kontaktperson och att regelbundet bli kontaktad av vårdpersonalen (Frivold et al., 2015). Lind et al., (2011) beskriver i resultatet hur flera anhöriga endast hade kontakt med läkare en gång under tiden på intensivvården och det var när det var ett inbokat samtal. Samt hur intensivvårdsjuksköterskorna ofta var upptagna och sällan hade tid att sätta sig ner och prata med anhöriga. Medans Noome et al., (2016) beskrev hur anhörigas uppskattade att intensivvårdsjuksköterskorna alltid var tillgängliga (Noome et al., 2016). Dessa olika erfarenheter av kommunikation med vårdpersonal påverkar i sin tur tilliten och relationen mellan vårdpersonal och anhöriga. I resultatet beskriver också Wong et al., (2015) hur kommunikationen med vårdpersonal var avgörande för att anhöriga skulle känna sig bekväma med att lämna patienten i personalens händer. Vidare var öppen och ärlig kommunikation viktig för att skapa tillit till vårdpersonalen (Wong et al., (2015). Vidare beskrev anhöriga hur vårdpersonal som såg patienten som en människa gjorde att anhöriga fick trygghet och tillit till vårdpersonalen (Hansen et al., 2016).

Även i tidigare forskning beskriven Hollman Frisman et al., (2018) hur regelmässiga samtal med anhöriga skapade mer tillit till vården. Också Stubberud och Eikeland (2013) beskriver hur anhöriga kan få tillit till vården genom att intensivvårdssjuksköterskan kartlägger

anhörigas behov och hur de påverkas av patientens tillstånd (2013). Eide och Eide (2017) beskriver i sin tur om hur nonverbal kommunikation är avgörande för tillit och trygghet i en relation. Vårdpersonalens nonverbala kommunikation påverkar mer än man kanske tror, den signalerar hur vi lyssnar och om vi är beredda att på att hjälpa till, något som i sin tur påverkar relationen med patienter och anhöriga. Sex olika strategier för god nonverbal kommunikation beskrives. Ögonkontakt utan att stirra, mottagande kroppshållning, vara vänd mot den andre, bekräfta med nickande eller beröring, avslappnad röst och naturligt mild ton samt välkomnade ansiktsuttryck (Eide & Eide, 2017).

I resultatet framkommer det också både positiva och negativa erfarenheter av intensivvårdssjuksköterskans roll i kommunikation. Anhöriga beskrev att kommunikationen påverkades av miljön på rummet och hur intensivvårdssjuksköterskan behövde be dem flytta på sig när hen utförde sina rutiner. Det fick anhöriga att känna sig ivägen (Manias et al., 2019). Anhöriga upplevde det som positivt att intensivvårdssjuksköterskorna alltid var på rummet och var lättillgängliga att prata med (Gutierrez, 2012; Noome et al., 2016). Med samtidigt var de upptagna och hade dålig tid att sätta sig ner och prata (Gutierrez, 2012). Intensivvårdssjuksköterskorna var också lättare att förstå än läkarna och under samtal med anhöriga var intensivvårdssjuksköterskans roll otydlig och anhöriga erfarade att de hjälpte till med översättning av det läkaren sade (Noome et al., 2016). Liknande beskriver också Briggs (2017) att när mer avgörande beslut skal diskuteras styr oftast läkaren samtalet och intensivvårdssjuksköterskan roll handlar mer om att stötta familjen, förklara och gjenta den informationen läkare gett (Briggs, 2017). Medans Wong et., al (2015) beskriver att det oftast var intensivvårdssjuksköterskorna som talade med anhöriga, de vidareförmedlade informationen från läkare. Lind et al , (2011) beskriver hur intensivvårdssjuksköterskorna var motvillig att svara på frågor, och sällan medverkade vid samtal med anhöriga (Lind et al., 2011).

Artiklarna som beskriver intensivvårdssjuksköterskans roll i kommunikation är alla från olika länder vilket kan göra att det är en del olikheter i kulturen på avdelningarna, men intensivvårdssjuksköterskans roll och ansvarsområde i kommunikation med anhöriga framkommer som olik och ospecifikt. Det finns heller inte några tydliga riktlinjer för vad som är intensivvårdssjuksköterskans ansvar i den kommunikativa rollen.

I bakgrunden beskrives NSF's landsgrupp av intensivsykepleiere (NSFLIS) har gjort en funktions- og ansvarsbeskrivelse for intensivvårdssjukskøterskor. En del av den involverer anførte og det leder som følger (NSFLIS, 2017). Tillrættalåge for ett patient og familjefokuserat behandlingstiljø og begrænse belastninger anførte kan oppleve i forbindelse med intensivbehandling. Se anførte som en resurs for patienten, våglede og støtta dem så att de kan ta del i omsorgen till patienten. Samt kænna igjen og tillvarata anførtes behov for omsorg i en situation med akut, kritisk sjukdom.

Det är intressant att se hur Warrillow, Farley & Jones (2015), i sin review artikel beskriver tio olika strategier med hjälp av kommunikation som kan förebygga psykiska problem hos anførte (Warrillow et al., 2015). Artikeln har både skillnader och likheter med denna litteraturstudien. Vara årlig, tala klarspråk är likheter till undertemat årlig kommunikation. Där Wong et al (2015) beskriver att anførte önskade öppen och årlig information, samt att vårdpersonalen inte skulle avdramatisera situationen med milda ord. Liknande beskrev Gutierrez (2012) inga falska förhoppningar, årlig information samt goda och dåliga nyheter. Vidare beskrev Cody et al ., (2018) hur vårdpersonal skulle erkænna när de inte hade kontroll över situationen. Warrillow et al., (2015) beskriver hur anførte har behov att veta planen for vidare behandling, detsamma beskriver Cody et al., (2018). Undvika statistikk kan sammanliknas med artiklen av Lind et al., (2011) där samtalen med läkare innehöll mycket information om måtvärden medans anførte hellre önskade information om perspektiv på behandlingen (Lind et al., 2011). Inte avbryta och god förberedelse framkommer inte lika tydligt men god förberedelse kan liknas med situationen i artiklen Hansen et al., (2016) av där vårdpersonal frågar om återupplivning flera gånger. Tillræckligt med god tid beskrev Warrillow et al ., (2015) som en strategi som också återkommer flera gånger i litteraturstudien og Gutierrez (2012) beskriver situationer där anførte inte anser sig få tillræckligt med tid till samtal med läkare og sætter opp skift hos patienten for att inte missa når läkaren kommer inom.

Artikeln som beskrivs i tidigare forskning av Wetzig og Mitchell (2017) har också flera likheter med resultatet i denna litteraturstudien. Artiklen beskriver anførtes behov vid traumatiska inlæggelser på intensiven medans jag har fokusert på erfaringer og opplevelser av kommunikation generelt på intensivavdelningen. Likt mitt resultat næmner forskarna information, ge hopp, stød, involverande, kontinuitet, svårigheter med att forstå,

fördelar med skriftlig information samt att anhöriga önskar vara hos patienten hela tiden. En del av det som skiljer sig är beslutstagande som är ett tema i mitt resultat, detta kan eventuellt bero på att Weitzig och Mitchell (2017) har fokuserat på traumatiska inläggelser där anhöriga har lite förståelse för situationen samt att de befinner sig i chockfasen, vilket kan bidra till att anhöriga inte deltar vid beslutstagande. De artiklarna jag inkluderat som handlar om kommunikation vid beslutstagande fokuserar mer på detta. Vidare är också dagboken något jag valt att inkludera i resultatet som skiljer sig från deras studie. Det som blivit mitt resultat är forskning som jag medvetet valt ut eftersom det involverat anhörigas erfarenheter av kommunikation på intensivavdelningen.

## 4.2 Metoddiskussion

Istället för att genomföra en litteraturstudie hade jag kunnat göra en observationsstudie, fokusgruppintervju eller intervjustudie för att svara på min problemställning (Polit & Beck, 2017). Anledningar till att jag inte gjorde detta var tidbrist samt etiska aspekter som hade gjort det mer krävande att jobba heltid och lämna in uppsatsen i rätt tid. Men hade jag tagit mig mer tid eller forskat på en högre nivå hade det varit intressant att göra en intervjustudie. Samtidigt hittade jag tillräckligt med existerande litteratur för att svara på min problemställning.

Det finns också begränsningar med att genomföra sökningar i databaser (Aveyard, 2019). Sökmotorena är inte helt perfekta och fast än forskaren använder flera olika sökord är det inte säkert att all relevant forskning hittas som kan svara på problemställningen. Detta beror både på mänsklig faktor samt hur databaserna är konstruerade. Dessa problemen kan motverkas genom att använda sig av flera olika keywords vid litteratursök (Aveyard, 2019).

Om jag skulle genomfört en ny litteraturstudie hade jag lättare kunnat söka efter artiklar. Jag beskrev tidigare hur jag använde mig av SPIDER och hittade sökord via keywords från andra artiklar. Jag tänkte först skriva en scoping review men ändrade mig under tiden från att använda Forsberg och Wengström (2015) metod men kände att en vanlig litteraturstudie med systematiskt tillnärmning passade mig bättre. Det var två steg fram och ett tillbaka genom

denna processen. Hade jag gjort detta på nytt hade datainsamlingen varit betydligt mer effektiv och jag hade kunnat lägga mer tid på andra saker i uppsatsen. Söken hade involverat fler synonymer och jag hade kanske hittat fler artiklar som varit mer relevanta för min problemställning. Jag hade också kunnat göra nya sök under tiden jag skrivit uppsatsen för att se om det kommit ut nya artiklar men jag hade redan tio artiklar som jag valt att inkludera. Samt att jag var nöjd med de artiklarna jag hade och det resultat artiklarna skapade.

Aveyard (2019) påpekar också att forskare som genomför en mer avancerad litteratur översikt består av flera forskare som var för sig läser artiklarna, vilket jag gjort ensam och det kan ses som en svaghet. Vidare hade jag kunnat skriva tillsammans med någon då två personer kunde läst varje artikel och kanske kommit fram till saker som jag inte gjorde.

Endast en av mina artiklar är skriven av en enskild författare, där resultatet är tolkat av en utomstående forskare kan ses som en styrka, då också Polit och Beck (2017) beskriver att insamlad data borde gjenomgås av minst två personer för att studien skal bli mer trovärdig (Polit & Beck, 2017).

Vidare beskriver Aveyard (2019) att forskaren bör argumentera för sina inklusions och exklusionskriterier, samt att flera kriterier används av praktiska orsaker då uppsatsen har en tidsfrist. Kriterierna sorterar också bort orelevant litteratur och kan hjälpa forskaren att inte sväva bort i orelevant litteratur (Aveyard, 2019). Flera av mina kriterier använde jag mig av för att min studie skulle passa in i praktiken där jag jobbar. En ny intensivvårdsjuksköterska har oftast ansvar för vuxna patienter vilket gjorde att jag önskade personer över 18 år. Trots detta fick jag många träffar som handlade om barn och neonatal vård, därav valde jag att exkludera dessa artiklar då denna patientgruppen inte var relevant för mig. Detsamma gällde palliation och organdonation som är två stora ämnen för sig.

Vidare beskriver Aveyard (2019) att forskarens inklusion och exklusionskriterier både kan ses som styrkor och svagheter. Att välja bort artiklar som inte är skrivna på engelska eller nordiskt språk kan också ses som en svaghet då artiklar av god kvalitet kan falla bort. Peer reviewed journals innebär att artiklarna blivit granskade och accepterade för de publiceras i en tidsskrift. Detta kan i sin tur ha gjort att jag inte behövde exkludera någon artikel på grund av dålig kvalitet. Jag valde också att begränsa artiklar som publicerats de senaste tio åren vilket då kan göra att goda artiklar från tidigare år försvunnit. Intensivvården blir som nämt i

tidigare i min studie bättre och bättre så ett alternativ kunde ha varit att använt mig av ändå stramare gränser och begränsat till sista fem åren för att få nyare forskning.

Forskaren bör också reflektera över sin förförståelse (Aveyard, 2019). Under tiden jag börjat arbeta på intensivavdelningen har jag också reflekterat mer och mer över anhöriga på intensivvården. Min förförståelse har ändrat sig mycket under tiden jag arbetat på intensivavdelningen och skrivit denna uppsatsen. Resultatet jag kommit fram till känns i efterhand ganska självklart men det fungerar likadant på min avdelning som det gör i flera av artiklarna utan att vårdpersonalen är medveten om dessa brister. Anhöriga ringer och är besvikna över att inte få tillräckligt med information och det är också begränsade besökstider som också försvårar anhörigas tillgång till patienten. Att kontakta anhöriga regelmässigt är ovanligt och att anhöriga skulle medverka på rond varje dag händer inte heller. Dessa sakerna gör mig egentligen lite besviken på intensivvården att vi inte tar bättre hand om anhöriga till patienten, när det finns mycket forskning på temat.

När en masterstudent skriver sin uppsats får hen också ofta en handledare som vägleder forskaren genom processen (Aveyard, 2019). En styrka är att jag haft en regelbunden dialog med min handledare och vi har haft möten under hela tiden jag skrivit min uppsats. Samt att jag reflekterat med mina klasskompisar när jag haft funderingar och problem.

Generaliserbarhet kan grundas i variationen på de deltagare som ingår i studien, deltagarna kan vara från olika sjukhus och miljöer. Överförbarhet i sin tur betyder i vilken grad resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (Polit & Beck, 2017). Samtliga av artiklarna i studien är gjorda i västvärlden och fyra av tio från skandinavien. Att dömma av resultatet som har olika teman inkluderar artiklar från flera olika länder där anhöriga har flera gemensamma erfarenheter av kommunikation med vårdpersonal. Detta kan betyda att resultatet är överförbart till andra intensivavdelningar i västvärlden. Det visade sig också generellt sätt vara fler kvinnor än män i studierna, genomsnitt 70% var kvinnor i artiklarna som inkluderades i litteraturstudien. Om det betyder att kvinnor hellre deltar i studier på intensivavdelningen eller att det är vanligare att kvinnor besöker intensivavdelningen framkommer inte i studierna.

## 5 Avslutning och konklusion

Det mest centrala fyndet i resultatet är att anhöriga önskar förståelse för vilken situation patienten hamnat i och en känsla av tillit. Denna förståelse behövs för att anhöriga skal kunna medverka i beslutstagandet och förståelse kan uppnås genom att anhöriga blir kontaktade regelmässigt, får dagbok samt en kontaktperson på intensivavdelningen. Tilliten kan uppnås genom att vårdpersonalen är ärliga i kommunikationen med anhöriga och ser patienten som en unik person vilket i sin tur skapar en bättre relation med de anhöriga.

Äldre befolkning och bättre intensivvård gör att fler människor överlever intensivbehandlingen vilket ökar risken för att fler personer drabbas av psykiska påfrestningar. Genom att anpassa kommunikationen efter anhörigas erfarenheter kan anhöriga lättare mästra situationen och dessa psykiska påfrestningar förebyggas, vilket också kan minska onödiga kostnader för samhället. Anhöriga bör också ha tillgång till uppföljningskliniker med inriktning mot intensivvård för att hjälpa anhöriga efter tiden på intensivavdelningen då många frågor fortfarande kan vara osvarade.

Artiklarna i litteraturstudien är från flera olika intensivavdelningar och har både skillnader och likheter i anhörigas erfarenheter med kommunikation. För att undersöka temat anhörigas erfarenheter av kommunikation på min egen intensivavdelning ytterligare kunde en intervjustudie med samma problemställning genomförts, samt undersöka vilka psykiska påfrestningar anhöriga upplevde. Det i sin tur kan göra att min intensivavdelning fick specificerat vilka brister anhöriga upplevde i kommunikationen och förebyggt de psykiska påfrestningarna. Ett par år senare kan avdelningen göra en ny evaluering och se om de blivit bättre eller om det behöver göras ytterligare åtgärder.

## Referanseliste

Kildene du bruker i oppgaven din skal settes inn både i tekst og referanseliste, og formatet på disse varierer alt etter hvilken referansestil du bruker. For informasjon om referansestiler og referanseteknikker generelt, se [iKomp](#). For opplæring i bruk av referansehåndteringsverktøyet EndNote, se [Universitetsbibliotekets EndNote-sider](#).

- Aghaie, Bahman, Anoosheh, Monireh, Foroughan, Mahshid, Mohammadi, Esa, Kazemnejad, Anoshirvan, & Tayebi, Zahra. (2019). First days in intensive care units: A tragedy for families. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 14(4), 332-337.
- Alfheim, Hanne Birgit, Hofsø, Kristin, Småstuen, Milada Cvancarova, Tøien, Kirsti, Rosseland, Leiv Arne, & Rustøen, Tone. (2019). Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: A longitudinal study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 50, 5-10. doi: 10.1016/j.iccn.2018.05.007
- Alsharari, Af. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence*, 13, 465-473.
- Aveyard, Helen. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. uppl.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Azoulay, Elie, Pochard, Frédéric, Kentish-Barnes, Nancy, Chevret, Sylvie, Aboab, Jérôme, Adrie, Christophe, . . . Schlemmer, Benoît. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 171(9), 987-994. doi: 10.1164/rccm.200409-1295OC
- Björk, Kristofer, Lindahl, Berit, & Fridh, Isabell. (2019). Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 522-539. doi: 10.1111/scs.12660
- Briggs, Deborah. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 32(2), 41-48. doi: 10.7748/ns.2017.e10812
- Clark, Angela P., Guzzetta, Cathie E., & Clark, Angela P. (2017). A Paradigm Shift for Patient/Family-Centered Care in Intensive Care Units: Bring in the Family. *Critical care nurse*, 37(2), 96-99. doi: 10.4037/ccn2017142
- Cody, Shawn E., Sullivan-Bolyai, Susan, Reid-Ponte, Patricia, & Cody, Shawn E. (2018). Making a Connection: Family Experiences With Bedside Rounds in the Intensive Care Unit. *Critical care nurse*, 38(3), 18-26. doi: 10.4037/ccn2018128
- Davidson, E. Judy. (2010). Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical care nurse*, 30(6), 28-39. doi: 10.4037/ccn2010410
- Davidson, E. Judy, Jones, Joseph Christina, & Bienvenu, Joseph O. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. doi: 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9



- Eide, Hilde, & Eide, Tom. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, Hilde, & Eide, Tom. (2017). Mestring og motivasjon. I H. Eide & T. Eide (Red.), *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (3. rev. og utv. utg. oppl., ss. 47-68). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fleming, Valerie, Gaidys, Uta, & Robb, Yvonne. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian - based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120. doi: 10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
- Forsberg, Christina, & Wengström, Yvonne. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.
- Frivold, Gro, Dale, Bjørg, Slettebø, Åshild, & Frivold, Gro. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: a phenomenological hermeneutical study. *Intensive & critical care nursing*, 31(4), 232-240. doi: 10.1016/j.iccn.2015.01.006
- Gutierrez, M. Karen. (2012). Experiences and Needs of Families Regarding Prognostic Communication in an Intensive Care Unit: Supporting Families at the End of Life. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 299-313. doi: 10.1097/CNQ.0b013e318255ee0d
- Hansen, J. Lissi, Rosenkranz, A. Susan, Mularski, C. Richard, & Leo, C. Michael. (2016). Family Perspectives on Overall Care in the Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 65(6), 446-454. doi: 10.1097/NNR.0000000000000179
- Hollman Frisman, Gunilla, Wåhlin, Ingrid, Orvelius, Lotti, & Ågren, Susanna. (2018). Health - promoting conversations—A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 631-639. doi: 10.1111/jocn.13969
- Imanipour, Masoomeh, Kiwanuka, Frank, Akhavan Rad, Sanaz, Masaba, Ronald, & Alemayehu, Yisak Hagos. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 569-581. doi: 10.1111/scs.12675
- Johansson, Maria, Hanson, Elizabeth, Runeson, Ingrid, Wåhlin, Ingrid, & Johansson, Maria. (2015). Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: a hermeneutic interview study. *Intensive & critical care nursing*, 31(4), 241-249. doi: 10.1016/j.iccn.2014.11.002
- Kleinpell, L. Ruth, Zimmerman, A. Jerry, Vermoch, Y. Kathleen, Harmon, Y. Lori, Vondracek, Y. Hugh, Hamilton, Y. Rebekah, . . . Hwang, Y. David. (2019). Promoting Family Engagement in the ICU: Experience From a National Collaborative of 63 ICUs\*. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1692-1698. doi: 10.1097/CCM.0000000000004009
- Koukouli, Sofia, Lambraki, Maria, Sigala, Evaggelia, Alevizaki, Afroditi, & Stavropoulou, Areti. (2018). The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive & Critical Care Nursing*, 45, 44-51. doi: 10.1016/j.iccn.2017.12.001
- Kross, Erin K., Engelberg, Ruth A., Gries, Cynthia J., Nielsen, Elizabeth L., Zatzick, Douglas, & Curtis, J. Randall. (2011). ICU Care Associated With Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Family Members of Patients Who Die in the ICU. *Chest*, 139(4), 795-801. doi: 10.1378/chest.10-0652
- Lind, Ranveig, Lorem, Geir F., Nortvedt, Per, & Hevroy, Olav. (2011). Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life

- decisions.(Author abstract). *Intensive Care Medicine*, 37(7), 1143. doi: 10.1007/s00134-011-2253-x) contains supplementary material, which is available to authorized users.
- Makowski, Suzana K. E. (2011). Who Is at Risk for Psychological Distress?: A Patient-Centered Process to Identify Risk for Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Families of ICU Patients. *Chest*, 139(4), 743-744. doi: 10.1378/chest.10-2488
- Manias, Elizabeth, Braaf, Sandy, Rixon, Sascha, Williams, Allison, Liew, Danny, & Blackburn, Aleesha. (2019). Communicating with patients, families and health professionals about managing medications in intensive care: A qualitative observational study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 54, 15-22. doi: 10.1016/j.iccn.2019.05.001
- Moesmand, Anna Marie, & Kjøllesdal, Astrid. (2004). *Å være akutt kritisk syk : om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Needham, M. Dale, Davidson, O. Judy, Cohen, C. Henry, Hopkins, Joseph Ramona, Weinert, L. Craig, Wunsch, B. Hannah, . . . Harvey, A. Maurene. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference\*. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509. doi: 10.1097/CCM.0b013e318232da75
- Noome, Marijke, Dijkstra, Boukje M., van Leeuwen, Evert, & Vloet, Lilian C. M. (2016). Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 33, 56-64. doi: 10.1016/j.iccn.2015.12.004
- NSFLIS. (2017). FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER. Hämtad den 2019-11-22, från <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. § 4-6. *Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse*. Hämtad den 2019-09-22, från <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Petrinec, Amy B., Martin, Bradley R., & Petrinec, Amy B. (2018). Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliative & supportive care*, 16(6), 719-724. doi: 10.1017/S1478951517001043
- Polit, Denise F., & Beck, Cheryl Tatano. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. oppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Radigan, Kathryn. (2018). Post-intensive Care Syndrome: What Happens After the ICU? *Critical Care Alert*, 26(5).
- Rusinova, Katerina, Kukal, Jaromir, Simek, Jiri, & Cerny, Vladimir. (2014). Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 21-21. doi: 10.1186/1471-244X-14-21
- Rückholdt, Monica, Tofler, Geoffrey H., Randall, Sue, & Buckley, Thomas. (2019). Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review.

- International Journal of Nursing Studies*, 97, 40-54. doi:  
10.1016/j.ijnurstu.2019.04.016
- Scruth, Elizabeth A., Oveisi, Nazanin, & Liu, Vincent. (2017). Innovation and Technology: Electronic Intensive Care Unit Diaries. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), 191-199. doi: 10.4037/aacnacc2017471
- Stubberud, Dag-Gunnar. (2015). Pårørende. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. oppl., ss. 124-140). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, Dag-Gunnar, & Eikeland, Anne. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud, A. Eikeland & I. L. Sjøbjerg (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 165-185). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Warrillow, Stephen, Farley, K. J., & Jones, Daryl. (2015). Ten practical strategies for effective communication with relatives of ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 41(12), 2173.
- Wong, Pauline, Liamputtong, Pranee, Koch, Susan, Rawson, Helen, & Wong, Pauline. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 31(1), 51-63. doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.005
- Ågård, Anne Sophie. (2016). De pårørendes rolle og betydning på intensivafdelningen. I L. Langhorn, B. Schmidt & P. Dreyer (Red.), *Sygepleje på intensiv* (ss. 63-80). København: Munksgaard.

## 6 Bilagor

För CASP checklista se <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>.

## Artikelmtriser

Författare, år och titel.	Syfte	Urval	Metod Styrkor och svagheter	Tema/resultat	Kvalitet
<p><b>1.</b></p> <p><b>Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., &amp; Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. <i>Intensive &amp; Critical Care Nursing</i>, 31(1), 51-63</b></p>	<p>Undersöka vilka erfarenheter anhöriga har på intensivvården och genom den informationen kunna ge intensivvårdssjuksköterskor bättre förståelse för anhörigas situation och ge en mer familjefokuserad vård.</p>	<p>Australien, 75% kvinnor.</p> <p>Generell intensivvård med fria besökstider. En närmaste anhörig</p> <p>Inklusionskriterier: patienten inte varit inlagd mer än 48-72 timmar, familjemedlem, traumatiska händelseförlopp som gjort att patienten blivit inlagd, 18 år och över samt engelsktalande.</p> <p>Exkluderade personer som var allt för känslomässigt påverkade samt hjärndöda och patienter vid livets slut.</p> <p>.</p>	<p>Grounded theory.</p> <p>Tolv djupintervjuer. På sjukhuset. 30-88 minuter, som transkriberats.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Teman: <i>Skaffa information, språklig kommunikation, stöttande kommunikation, icke stöttande kommunikation.</i></p> <p>IVA-sköterskan har stort roll i kommunikation med anhöriga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Översättare</li> <li>- Skapade bättre förståelse</li> </ul> <p>Ärlig och respektfull. kommunikation. Kontinuitet. Bekräftelse.</p>	<p>Ja 9/9</p>

<p><b>2. Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and Needs of Families Regarding Prognostic Communication in an Intensive Care Unit: Supporting Families at the End of Life. <i>Critical Care Nursing Quarterly</i>, 35(3), 299-313</b></p>	<p>Undersöka vilka erfarenheter och behov familjer har vid kommunikation om prognos på intensivvården hos patienten som är nära döden</p>	<p>Urval: USA, 70 % kvinnor. Inklusionskriterier: Engelsktalande familjemedlemmar över 18 år till patienter med hög risk att dö.  Exklusionskriterier: beskrivs inte.  Generell intensivavdelning.  Typ av diagnoser var, sepsis, multiorgansvikt, vegetativt tillstånd, grad 4 cancer, neurologisk diagnos med mortalitets ratio på över 50%.</p>	<p>Deskriptiv studie.  Intervju till saturation av data, 20 familjemedlemmar, 45-60 min.  Skrevs ned eller transkriberades beroende på var intervjun gjordes.  Samma person intervjuades flera gånger för att följa upp personens upplevelser.  Iterativ content-analysis  En expert på kvalitativ dataanalys granskade analysen av data.</p>	<p>Temor: <i>Ta till sig information, skaffa sig information, tolka information, behålla information och använda informationen till beslutstagande</i>  Kommunikation och samtidigt vara känslomässigt påverkad.  Beslutstagande och önskan om att skaffa sig förståelse för situationen.  Iva-sköterskan var alltid tillgänglig.  Ärlig och respektfull kommunikation.  Kontinuitet, kontaktperson och väntan.  Svårigheter med att ställa frågor.</p>	<p>Ja 8/9</p>
--	---	--	---	---	---------------

<p><b>3.</b></p> <p><b>Noome, M., Dijkstra, B., Van Leeuwen, E., &amp; Vloet, L. (2016). Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. <i>Intensive &amp; Critical Care Nursing, 33, 56-64.</i></b></p>	<p>Undersöka familjers erfarenheter av omvårdnad vid livets slut på intensivvårdsavdelningar när det tagits beslut om att avsluta vidare behandling</p>	<p>Fyra olika sjukhus i Nederländerna, 70% kvinnor.</p> <p>Inklusionskriterier:  Familjemedlemmar till patienter som avlidit efter att behandling varit stoppad, tala nederländska, över 18 år, kontaktperson till patienten. Skulle gå minst tre veckor efter patienten dött tills kontakt.</p> <p>Exklusionskriterier: Anhöriga som tackar ja till organdonation.</p> <p>Varierande inläggelsestid 1 dag till 107 dagar.</p>	<p>Fenomenologisk design, 26 semistrukturerade intervjuer 45-75 minuter.</p> <p>Både på sjukhus och i anhöriges hem.</p> <p>Induktiv tematisk analys. Två av forskarna analyserade datan individuellt.</p>	<p>Temat: <i>Kommunikation mellan sjuksköterskor, patienter och familjer. Omvårdnad till patienten. Omvårdnad till familjen. Förutsättningar</i></p> <p>Positivt att iva-sköterskan var alltid tillgänglig. Samt hjälpte anhöriga att ställa relevanta frågor.</p> <p>Frykt för beslutstagande.</p>	<p>Ja 8/9</p>
--	---	--	--	---	---------------

<p><b>4.</b></p> <p><b>Koukoulis, S., Lambraki, M., Sigala, E., Alevizaki, A., &amp; Stavropoulou, A. (2018). The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. <i>Intensive &amp; Critical Care Nursing, 45</i>, 44-51.</b></p>	<p>Undersöka familjers erfarenheter, behov och coping strategier. Till patienter inlagda på intensivvårdsavdelningar</p>	<p>Urval: Grekland, 60% kvinnor. Tre olika intensivavdelningar på Kreta.</p> <p>Vissa personer valdes specifikt ut, för önskan om så rik information som möjligt.</p> <p>Inklusionskriterier, personer över 18 år som var nära patienten, över sju dagars inläggelse på intensivvården.</p> <p>Exklusionskriterier: Nämns inte</p>	<p>14 stycken semistrukturerade intervjuer. 15-40 min.</p> <p>Induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Teman: <i>starka känslor, skydda patienten, söka kommunikation och anpassa sig till förändring</i></p> <p>Önskan om att få förståelse.</p> <p>Ärlig information.</p> <p>Kontinuitet.</p>	<p>Ja 8/9</p>
--	--	--	---	---	---------------



<p>5.</p> <p><b>Lind, Ranveig, Lorem, Geir F., Nortvedt, Per, &amp; Hevroy, Olav. (2011). Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. (Author abstract). <i>Intensive Care Medicine</i>, 37(7), 1143</b></p>	<p>Undersöka anhörigas erfarenheter av beslutstaganden vid livets slut på intensivvårdsavdelningar i Norge.</p>	<p>Norge, 75 % kvinnor, 3 universitetssjukhus, mer än 8 sängar och generell intensivvård.</p> <p>Inklusionskriterier: över 18 år och avslut av behandling skulle vara dokumenterat i patientens journal.</p> <p>Exklusionskriterier: Där anhöriga sagt ja till organdonation.</p>	<p>Tolkande grounded theory, 27 intervjuer med familjemedlemmar till patienter som avlidit, öppna frågor.</p> <p>3-12 månader efter patienten avlidit.</p> <p>Samtliga intervjuer gjordes av en forskare. I anhörigas hem eller via telefon pga distans.</p>	<p>Temor: <i>Otillgänglighet, ambivalent, olik förståelse, försenad kommunikation och delat beslutstagande.</i></p> <p>Brist på ärlig och regelmässig kommunikation samt få samtal med läkare.</p> <p>Iva-sköterskor undvek att ge meningsfull information.</p> <p>Anhöriga fick sträva efter att få information.</p> <p>Brist på förståelse försvårade beslutstagande.</p>	<p>Ja 9/9</p>
--	---	---	--	---	---------------

<p>6.</p> <p><b>Frivold, G., Dale, B., &amp; Slettebø, &amp;. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. <i>Intensive &amp; Critical Care Nursing</i>, 31(4), 232-40.</b></p>	<p>Belysa meningen av familjers omhändertagande från sjuksköterskor och läkare på intensivvårdsavdelningar i Norge</p>	<p>Norge, 55% kvinnor.</p> <p>Inklusionskriterier: Närmaste anhörig, minst 24 timmar på intensivvården, 2-12 månader efter utskrivelse (pga av stress) över 18 år och tala norska.</p> <p>Exklusionskriterier: Beskrivs ej.</p>	<p>Fenomenologisk hermeneutisk metod, 13 intervjuer, 30-120 minuter till saturation av data.</p> <p>En forskare gjorde alla intervjuer.</p> <p>Samtliga forskare tog del i analyseringen av data.</p>	<p>Teman: <i>Att vara i en mottagande roll.</i></p> <p><i>Betydelsen av att känna sig inkluderad</i></p> <p>Regelmässig information gav anhöriga en känsla av att känna sig inkluderad</p> <p>Anhörig önskade en kontaktperson.</p> <p>Svårt att få samtal med läkare. Olika personer gav olika information.</p> <p>Anhöriga fick sträva efter att få information, det var också brist på ärlig kommunikation.</p> <p>Skapa en relation med anhöriga genom att vara personlig.</p> <p>Lättnad över att läkare tog livsavgörande beslut.</p>	<p>Ja 9/9</p>
---	--	---	---	---	---------------

<p>7.</p> <p><b>Cody, S., Sullivan-Bolyai, S., &amp; Reid-Ponte, P. (2018). Making a Connection: Family Experiences With Bedside Rounds in the Intensive Care Unit. <i>Critical Care Nurse</i>, 38(3), 18-26</b></p>	<p>Beskriva familjers erfarenheter av att vara med under rond på intensivvården.</p>	<p>Urval: USA, 90% kvinnor.</p> <p>Inklusionskriterier: Familjemedlem över 18 år, kunna läsa och skriva på engelska och där patienten överlevde.</p> <p>Exklusionskriterier: Beskrives ej.</p>	<p>19 semistrukturerade intervjuer, 36-65 minuter och till saturation av data.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Teman, <i>skapa en relation, regelbunden kommunikation, förberedelse för framtiden samt besvikelse och frustration</i></p> <p>En känsla av delaktighet, skapade en relation mellan vårdgivare och anhörig.</p> <p>Relationen fyllde en tomhetskänsla hos anhöriga.</p> <p>Kontinuitet/regelmässig information.</p> <p>Förståelse.</p> <p>Väntan på läkare och väntan utan att veta vad som händer.</p>	<p>Ja 7/9.</p>
--	--	--	--	---	----------------

<p><b>8.Manias, E., Braaf, S., Rixon, S., Williams, A., Liew, D., &amp; Blackburn, A. (2019). Communicating with patients, families and health professionals about managing medications in intensive care: A qualitative observational study. <i>Intensive &amp; Critical Care Nursing, 54</i>, 15-22</b></p>	<p>Undersöka kommunikation mellan patienter, familjer och vårdgivare i förhållande till mediciner på intensivsen</p>	<p>Australien.</p> <p>Inklutionskriterier: Patienter på intensivsen med minst en medicin, närmaste anhörig, engelsktalande</p> <p>Exklutionskriterier: Beskrivs ej.</p>	<p>Totalt 50 timmars observationstudie av 73 patienter, anhöriga och vårdpersonal.</p> <p>Studien fortsatte till saturation av data.</p> <p>Transkribering.</p> <p>Tre av forskarna examinerade individuellt resultatet som sedan kontrollerades av resterande forskare i teamet.</p>	<p>Teman: <i>Förmedlande av information, relation med personal, miljöpåverkan på intensivsen</i></p> <p>Anhöriga gav vårdpersonal om patientens mediciner.</p> <p>Anhöriga önskade bekräftelse av vårdpersonal.</p> <p>Önskan om förståelse för vad IVA-sköterskan gör med patienten.</p> <p>På grund av alla apparater på rummet kände sig anhöriga i vägen.</p> <p>IVA-sköterskan tog sig inte tid till att förklara för anhöriga.</p>	<p>Ja 8/9.</p>
---	--	---	---	--	----------------

<p><b>9.</b></p> <p><b>Johansson, Hanson, Runeson, &amp; Wåhlin. (2015). Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study. <i>Intensive &amp; Critical Care Nursing, 31(4), 241-9.</i></b></p>	<p>Undersöka familjemedlemmars erfarenheter med dagbok hos en sjuk patient på intensivvården.</p>	<p>Sverige. 64 % kvinnor.</p> <p>Inklusionskriterier: Närmaste anhörig till patient som haft dagbok, över 18 år, svensktalande.</p> <p>Exkluderade anhöriga som var dementa, i svår sorg samt de som författaren MJ hade behandlat under inläggelsen.</p>	<p>Hermeneutisk tillnärming,</p> <p>11 familjemedlemmar och 9 dagböcker, intervju 35-70 minuter.</p> <p>6-10 veckor efter att patienten var utskriven från intensivvården.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Temat: <i>Dagboken skapade en känsla av samhörighet och dagboken gjorde kommunikation möjlig.</i></p> <p>Dagboken fungerade som ett testamente att anhöriga varit på besök.</p> <p>Dagboken skapade också stress över ett ansvar att skriva och besöka.</p> <p>Bättre förståelse för situationen.</p> <p>Skapade en känsla hos anhöriga att vårdpersonalen såg patienten som en unik person.</p> <p>Skapade en relation.</p>	<p>Ja 8/9</p>
--	---	---	--	---	---------------

<p><b>10.</b></p> <p><b>Hansen, L. J., Rosenkranz, S. A., Mularski, R. C., &amp; Leo, M. (2016). Family Perspectives on Overall Care in the Intensive Care Unit. <i>Nursing Research</i>, 65(6), 446-454.</b></p>	<p>Undersöka familjemedlemmars meningar om intensivvård i USA för att på så sätt kunna förbättra vården.</p>	<p>USA. 81% kvinnliga deltagare, 22-88 år.</p> <p>Inklusionskriterier: Anhöriga till patienter som varit inlagda mer än 48 timmar.</p> <p>Exklusionskriterier: Beskrivs ej.</p>	<p>Kvalitativ studie, 138 familjemedlemmar svarade på två öppna frågor samt valfria kommentarer om intensivvård och skrev ned sitt svar.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p> <p>Fick 15 dollar för att genomföra frågeformuläret.</p>	<p>Teman: <i>kompetent vård, kommunikation och intensivvårds miljö</i></p> <p>Anhöriga uppskattade att regelmässigt bli kontaktade.</p> <p>Anhöriga kände sig exkluderade från beslutstagande.</p> <p>Önskan om en kontaktperson.</p> <p>Brist på kommunikation mellan vårdgivare.</p> <p>En del vårdgivare var dåliga på att kommunicera på ett respektfullt sätt.</p>	<p>Ja 7/9</p>
---	--	---	--	---	---------------



