

ANHÖRIGAS UPPLEVDA SITUATION NÄR EN NÄRSTÅENDE VÅRDAS PÅ EN INTENSIVVÅRDSAVDELNING

-En litteraturöversikt

FAMILY MEMBERS' EXPERIENCES WHEN A RELATIVE RECEIVES CARE IN AN INTENSIVE CARE DEPARTMENT

-A literature review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin År 2018

Författare: Henrik Bergström
Andreas Hammar

SAMMANFATTNING

Titel:	Anhörigas upplevda situation när en närstående vårdas på en intensivvårdsavdelning -En litteraturöversikt
Författare:	Bergström, Henrik; Hammar, Andreas
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Wills, Joanne
Examinator:	Hertfelt Wahn, Elisabeth
Sidor:	25
Nyckelord:	Erfarenhet, Familjemedlem, Hjälp, Sjukvård, Omgivning

Bakgrund: Intensivvårdsavdelningen är en avdelning där kritiskt- och akut sjuka patienter vårdas. Avdelningen har specialiserade rutiner och utrustning för omvårdnad samt övervakning. Sjuksköterskan på en intensivvårdsavdelning har ansvar över omvårdnaden av patienten tillsammans med ledandet av omvårdnadsarbetet i vårdlaget. Utöver har även sjuksköterskan ett ansvar att uppmärksamma den anhöriga. Därför är det viktigt för sjuksköterskan att förstå anhörigas upplevelser i denna situation för att kunna ge en god omvårdnad även till dem. **Syfte:** Att beskriva anhörigas upplevda situation när en närstående vårdas på en intensivvårdsavdelning. **Metod:** Litteraturöversikt av vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats med ett anhörigperspektiv för att belysa upplevelser. **Resultat:** Anhöriga kunde uppleva flera faktorer som påverkade situationen negativt. Rutiner, teknisk utrustning och vårdinsatser upplevdes främmande och förvirrande. Situationen gjorde det svårt för den anhörige att uppleva sig nära patienten. Anhöriga upplevde att god kommunikation och information påverkade situationen positivt. Anhöriga upplevde det viktigt att kunna vara delaktig i vården och beslutsfattandet. **Slutsats:** Att som anhörigas hamna på en intensivvårdsavdelning är en främmande situation som skiljer sig från andra avdelningar. Det finns olika regler, utrustning och situationer som försvårar möjligheten för den anhörige att förstå och se sammanhanget. Det är av betydelse att vården uppmärksammar och skapar möjlighet för en ökad förståelse och ett sammanhang för de anhöriga.

ABSTRACT

Title: Family members experiences when a relative receives care in an intensive care department
-A literature review

Author: Bergström, Hernik; Hammar, Andreas

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Wills, Joanne

Examiner: Hertfelt, Wahn, Elisabeth

Pages: 25

Keywords: Environment, Experiences, Family member, Healthcare, Support

Background: The intensive care unit is a department where critically and acute sick patients are being treated. The department has specialized routines, equipment to treat and screening. Nurses on a intensive care unit are responsible for the treatment of patients as well as the leadership of the workforce. The nurses are also responsible to acknowledge the patient's relatives. Therefore, it is of great importance for the nurses to understand relatives' experiences in this situation, to be able to give treatment of good quality to relatives too.

Aim: To describe the experience of relatives to patients who are being treated at the intensive care unit. **Method:** A literature review of scientific articles with a qualitative standpoint, aimed towards the experiences of relatives to intensive care unit patients. **Results:** Relatives experienced that a lot of factors affected them negatively. Routines, equipment and treatment were experienced as unfamiliar and confusing. The situation made it hard for the relatives to experience being close to the patient. Relatives experienced that good communication and information made the situation positive. Relatives experienced that being a part and having a say in the patients' treatment were important. **Conclusion:** To be a relative at the intensive care unit can feel unfamiliar and differ from other kinds of departments. There are rules, equipment and situations that makes it difficult for the relatives to see the context of the situation. It is of great importance that the healthcare is attentive and give the relatives the possibility to understand the context.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Anhörigas situation på en intensivvårdsavdelning	1
Anhörigstöd	2
Anhörigas delaktighet	2
KASAM	3
Betydelsen av kommunikation.....	3
Sjuksköterskans ansvarsområde	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	8
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
En främmande situation	9
Mötet med vårdpersonal	9
Att vara en del av vårdandet	12
Önskan om hjälp	12
Resultatsammanfattning.....	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Konklusion.....	19
Kliniska implikationer	19
Förslag till utveckling av ämnet.....	20
REFERENSER	21

BILAGOR

1. Bilaga 1
2. Bilaga 2

INLEDNING

När en person skadas i en olycka eller blir allvarligt sjuk kan intensivvård vara nödvändigt. Detta genomförs främst på anpassade intensivvårdsavdelningar (IVA) som har specialiserad utrustning, särskilt anpassade patientrum och utformade rutiner. Att som anhörig befinna sig i dessa förhållanden kan därför vara en svårare upplevelse än på andra avdelningar. Under året 2017 har det skett totalt 45 428 vårdtillfällen på intensivvårdsplatser runt om i Sverige enligt svenska intensivvårdsregistret (2017) vilket kan visa på att det är en stor grupp anhöriga som kan påverkas. Då kunskap saknas hos författarna över hur anhöriga upplever denna situation väcktes därför ett intresse att undersöka detta. Författarna har tidigare erfarenheter som sjukvårdare inom akutsjukvård med allvarligt sjuka patienter och har reflekterat över de anhörigas situation. I reflektionerna har det framkommit att mer uppmärksamhet och tid från vårdpersonal har lagts på patienter och mindre på de anhöriga i allt mer akuta lägen. Eftersom IVA har de mest akut sjuka patienterna finns det en risk att anhöriga kan få en sämre upplevelse till följd av att patienten kräver mer uppmärksamhet och tid från vårdpersonal. Genom att undersöka de upplevelser anhöriga har på IVA hoppas vi därför på att få en fördjupad förståelse som skapar goda förutsättningar att identifiera och förebygga möjliga problem.

BAKGRUND

Anhörigas situation på en intensivvårdsavdelning

IVA är den plats där akut sjuka eller allvarligt skadade patienter vårdas. Där finns det en högre personaltäthet med avancerad utrustning som ökar möjligheten att övervaka patienter. Det är dessutom en av de mest resurskrävande avdelningarna. Där arbetar specialutbildad vårdpersonal för att kunna adekvat övervaka akut sjuka patienter och hantera utrustningen som används. Denna kontrollerande övervakning innebär täta intervaller av kontroller vilket gör att vårdpersonal måste vara mer närvarande hos patienten. (Svenska intensivvårdsregistret, 2018).

Miljön kan göra det svårare för den anhöriga att vara fysiskt nära patienten när utrustning och personal är emellan. Enligt Hughes, Bryan och Robbins (2005) kan anhöriga uppleva svårigheter att förstå utrustning och rutiner på IVA som försvårar situationen. Ytterligare kan anhöriga även sakna inblick om hur IVA fungerar vilket kan leda till att miljön blir osammanhängande eftersom förståelsen saknas (McKiernan & MC Carthy, 2010).

På IVA kan anhöriga ställas inför olika påfrestningar som kan orsaka starka känslor. Starka känslor kan förekomma och kan vara svårt för anhöriga att bearbeta i en intensivvårdsmiljö. (Hughes, Bryan & Robbins, 2005). Dessa svårigheter kan bero på att den anhörige inte söker hjälp för sina känslor eftersom de inte vill ta fokus från intensivvårdspatienten (Ågård &

Harder, 2007). Det finns också en risk att anhöriga utsätter sig för negativa tankegångar som förstärker dessa känslor på grund av intensivvårdspatientens situation (Ågård & Harder, 2007).

Anhörigstöd

Att vara en anhörig kan vara en svår upplevelse under akuta och kritiska faser då det kan påverka den anhöriges förmåga att klara av vardagen (Honoré, 2012). I sjukvården finns det därför möjlighet att som anhörig få anhörigstöd. Detta stöd kan innebära olika saker eftersom det beror på vad det är som den anhörige vill ha hjälp med. Det kan vara att; få information eller utbildning för att öka förståelsen, få hjälp med att strukturera vardagen, hantera situationer eller en chans till att påverka och bli en del i vårdandet (Socialstyrelsen, 2016). Med anhörigstöd menas då med att få hjälp på olika sätt. Det kan vara genom samtal, ekonomiska bidrag, utbildningspass eller särskilda hjälpmedel.

Att vårda en närstående under en längre tid kan innebära konsekvenser för anhöriga och det är viktigt att de får stöd. Anhöriga riskerar att inte kunna vila, få i sig tillräckligt med mat och dryck eller hantera sin känslomässiga oro (Honoré, 2012). Genom att uppmärksamma anhörigas behov kan stödet bli användbart. För att det ska bli användbart är det viktigt att information anpassas till den anhörige. Människor har olika förutsättningar att ta till sig information som bör beaktas (Socialstyrelsen, 2016).

En grundläggande förutsättning för anhörigstöd är också att ha en god kommunikation där både den anhörige och den närstående blir sedd, lyssnad och respekterad. Ett fungerande anhörigstöd ska bidra till ökad delaktighet, ökad trygghet och möjlighet för den anhörige att påverka vårdens utformning (Socialstyrelsen, 2014).

Enligt Svenska intensivvårdsregistret (2018) erbjuds anhöriga till intensivvårdspatienter stöd genom information om intensivvården från personal och kontaktuppgifter till kurator. Anhöriga får också informationsbroschyrer och adresser till hemsidor som de kan använda sig av hemma.

Anhörigas delaktighet

En viktig del i vården är att främja anhöriga så att de kan bli delaktiga. Med delaktighet menas att den anhörige kan bli en del i vårdandet och får möjlighet att påverka beslutsfattandet (McCance & McCormack, 2013). Det bidrar till att omvårdnaden kan anpassas och utvecklas till det bättre så att både patient och anhörig blir respekterad och uppmärksammas.

Enligt Ågård och Harder (2007) finns risker där anhörigas delaktighet inte kan främjas likvärdigt på IVA som jämfört med andra avdelningar. Dessa risker kan då medföra att delaktigheten brister eller uteblir. Den anhörige kan utsättas för situationer som kan försvåra möjligheten att ha kontakt med intensivvårdspatienten (Ågård & Harder, 2007).

Intensivvårdspatientens sjukdomsbild eller tillstånd kan orsaka att den anhörige hindras från att vara delaktig. Att inte kunna vara delaktig kan leda till att den anhörige inte upplever sig kunna påverka eller bidra till vården. Den anhörige kan då sakna ett sammanhang i sin situation.

KASAM

Känslan av sammanhang (KASAM) är en salutogenetisk hälsoteori enligt Antonovsky (2005). Denna teori används i nordisk vårdvetenskaplig hälsoforskning för att beskriva vad som gör att människor upplever hälsa (Wärnå-Furu, 2017). KASAM bygger på tre huvudsakliga delar; Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet för att beskriva uppfattningen av hälsa. Begriplighet menas med personens förståelse för det som sker inom och utanför människan. Hanterbarhet om vilka resurser som finns tillgängliga hos personen och meningsfullhet om vad som är eller gör saker betydelsefullt för personen. Dessa tre delar skapar tillsammans en bild av hälsa och kan därför inte ses som enskildheter utan är beroende av varandra. Det är samspelet mellan dessa och vad som ger en upplevelse av hälsa som är KASAM (Antonovsky, 2005). KASAM är därför individuell och skiljer sig från person till person. Användandet av KASAM kan då hjälpa till att förklara vad som påverkar att anhöriga upplever sin situation som bra eller dålig.

Betydelsen av kommunikation

Inom vården används kommunikation som ett begrepp för att beskriva hur information eller ett budskap förmedlas mellan två eller flera individer (Eide & Eide, 1997). Vanligast sker det genom två metoder; verbal samt icke verbal kommunikation. Med verbal kommunikation menas att information överförs språkligt via tal eller i skrift. Icke verbal kommunikation med att information överförs på annat sätt genom exempelvis kroppsspråk, tonläge eller ansiktsuttryck (Eide & Eide, 1997).

Enligt Ågård och Harder (2007) kan brister eller missförståelse i kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga på IVA vara faktorer som påverkar anhörigas upplevelser. Bristande kommunikation kan exempelvis orsakas av hög arbetsbelastning eller bristande kunskaper och kan då hindra vårdpersonal att tala med anhöriga. Det kan öka risken att anhöriga glöms bort i särskilda situationer eller att information från vårdpersonal inte förtydligas vilket kan missförstås av anhöriga (Ågård & Harder, 2007).

God kommunikation är att exempelvis lyssna på motparten, skapa trygga och likvärdiga relationer, föra tydliga samtal eller ha ett öppet förhållningssätt. Med god kommunikation kan då en bra omvårdnad uppnås samt bidra till en förbättrad kontakt och minskad stress (Eide & Eide, 1997).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Det huvudsakliga ansvarsområde som sjuksköterskan har är omvårdnad och att det genomförs så säkert som möjligt. Det innebär att sjuksköterskan har till arbetsuppgift att se till att alla patienter inom hälso-sjukvården får en god omvårdnad (Dahlberg & Segesten, 2010). En god omvårdnad bygger enligt Norberg (1994) på att hjälpa personer att genomföra och planera handlingar med målen att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Klang et, al. 2014). Sjuksköterskan har också till ansvar att en god omvårdnad utförs av vårdpersonal. Det gör att sjuksköterskans ansvarsområde även sträcker sig ut till vårdlaget och inte enbart sig själv (Dahlberg & Segesten, 2010). Omvårdnaden ska grunda sig i aktuell vårdvetenskap vilket gör att sjuksköterskan ytterligare har ett ansvar att hålla sig väl insatt i forskning som bidrar till en bättre omvårdnad (Dahlberg & Segesten, 2010).

Sjuksköterskan ansvar sträcker sig till att uppnå en god omvårdnad för patienten tillsammans med de anhöriga. Inom hälso och sjukvården har sjuksköterskan ansvaret att leda och övervaka omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det innebär bland annat att sjuksköterskans omvårdnadsarbete bygger på samverkan med patienter och deras anhöriga (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan har också skyldigheten enligt lag att möjliggöra för den anhöriga att få information om det inte kan lämnas till patienten samt erbjuda den anhörige att få bli delaktig i vården (SFS 2014:821). De tillfällen då samtycke inte kan inhämtas från patienten till följd av medvetlöshet eller annan orsak har sjuksköterskan fortfarande en skyldighet att vården utformas efter patientens vilja (SFS 2010:659). Det ligger således ett ansvar hos sjuksköterskan att tillsammans med anhöriga utforma vården vid sådana situationer.

Enligt Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening (2012) har sjuksköterskan på IVA flertal ansvarsområden. Exempel på ansvarsområden är omvårdnad, bemötande, undersökningar, säkerhet, patientundervisning och förebyggande av ohälsa. Tillsammans utgör de sjuksköterskans kompetensområde och de särskilda ansvarsuppgifter de har i sin profession på IVA.

PROBLEMFORMULERING

Att vara anhörig på IVA är en svår situation att befinna sig i. Det beror på att det omvårdnadsarbete som sker görs med prioritet på intensivvårdspatienten. Det gör att mindre tid och resurser används till att möta den anhörige. Miljön på IVA kan hindra anhöriga från att fysiskt närvara intensivvårdspatienten då utrustning och rutiner upplevs främmande. Det är känt att anhöriga väljer att dölja sina känslor i kontakt med vårdpersonalen för att inte ta fokus från intensivvårdspatienten. Bristande kommunikation mellan vårdpersonal och anhöriga gör också att risken för missförstånd ökar. Dessa olika påfrestningar kan leda till att anhöriga inte blir delaktiga eller inte hamnar i en sammanhängande situation. Då dessa risker finns i intensivvården är det därför viktigt att undersöka hur anhöriga upplever sin situation. Genom att beskriva anhörigas upplevda situation på IVA kan en förståelse skapas där sjuksköterskan kan bidra till att förbättra omvårdnaden av de anhöriga.

SYFTE

Att beskriva anhörigas upplevda situation när en närstående vårdas på en intensivvårdsavdelning.

METOD

I denna studie har en litteraturoversikt med kvalitativ ansats använts som metod. Genomförandet av en litteraturoversikt har skett genom att data samlas in från vetenskapliga artiklar och tidskrifter från befintlig forskning. Detta sammanställs sedan för att skapa en översikt av området som studeras (Friberg, 2017b). Det bidrar till att skapa ett helhetsperspektiv av forskningsområdet och visa hur kunskapsläget är inom området (Friberg, 2017b). Med en kvalitativ ansats bearbetas och analyseras data för skapa en ökad förståelse kring det som studeras (Henricson & Billhult, 2017). Det medför att ett resultat blir mer beskrivande om vad som orsakar eller påverkar det som studeras och kan sedan användas i praktiken (Friberg, 2017a). Resultatet kan sedan skapa en ökad förståelse av området som kan användas för att förbättra omvårdnaden.

Urval

För att underlätta urvalet av artiklar har inklusionskriterier använts. Artiklarna ska vara tillgängliga i fulltext för att kunna läsas i sin helhet. Detta för att få fram tydligt vad artikeln innehåller och möjliggöra granskning av artikeln. Artiklarna ska vara granskade genom Peer-review som innebär att experter inom området har bearbetat innehållet som i sin tur ökar trovärdigheten av artikeln (Henricson och Mårtensson, 2017). Det ska också tydligt framgå ett anhörigperspektiv i abstrakten för att enkelt avgöra om artikelns innehåll är relevant för denna studie.

Artiklar som saknade något av dessa kriterier och som hade fokus på barn exkluderades.

En granskning har utförts av kvarvarande artiklar innan de analyserats. Enligt Friberg (2017b) är det viktigt att fundera över vilka frågor som ska ställas under en granskning då det ska avgöra vilka artiklar som ska ingå i olika studier och skall därför anpassas. Granskningen utfördes genom att kontrollera att artiklarna tydligt besvarade följande frågor; vad är artikelns syfte och perspektiv, vilken/vilka metoder har använts, vad framkommer som resultat samt vilka forskningsetiska överväganden har gjorts. Dessa frågor har valts för att avgöra om artiklarna besvarar sitt syfte och att resultatet är trovärdigt i förhållande till metod. Artiklar med tydligt etiskt övervägande valdes eftersom litteraturoversikten bygger på andras forskning och är beroende av att tidigare forskning utförts korrekt. Sammanställning av granskade artiklar finns som bilaga 1.

Datainsamling

Sökningar av artiklar har skett i databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Det är inte alltid tillräckligt att enbart söka i en databas och ibland kan ytterligare databaser behövas användas (SBU, 2017). För litteratursökningen användes därför CINAHL, Pubmed och Cochrane Library som huvudsakliga databaser. De är enligt SBU (2017) viktiga databaser för litteraturoversikter inom hälso- och sjukvården. Pubmed

och Cochrane Library skulle användas som kompletterande databaser om sökningar inom CINAHL inte var tillräckliga.

För att skapa en bild över ämnet och det område som litteratursökningen berörde användes ett helikopterperspektiv enligt Friberg (2017b). Detta görs genom att läsa sammanfattningarna i artiklar som visas i sökningar och således skapa en uppfattning över området.

Val av sökord, begränsningar, antalet träffar och antalet använda artiklar finns redovisade i tabellen nedan (*Tabell 1*).

Tabell 1 Sökresultat

Databas / Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
CINAHL / 18-09-03	intensive care relative	Full text, Peer-reviewed	12	12	5	2
CINAHL / 18-09-03	relatives roles	Full text, Peer-reviewed	148	148	1	1
CINAHL / 18-09-03	intensive relatives	Full text, Peer-reviewed	19	19	7	0
CINAHL / 18-09-03	intensive care support	Full text, Peer-reviewed	49	49	1	0
CINAHL / 18-09-04	intensive care family	Full text, Peer-reviewed	95	95	15	4
CINAHL / 18-09-17	intensive care unit OR icu OR critical care OR critical care unit AND relatives of intensive care patients OR family of intensive care patients	Full text, Peer-reviewed, All-adult	37	37	4	2
CINAHL / 18-09-17	Intensive care unit OR icu OR critical care OR critical care unit AND relatives OR intensive care patients OR family OR intensive care patients AND perceptions OR attitudes OR opinion OR experience OR view OR reflection OR beliefs	Full text, Peer-reviewed, All-adult	27	6	6	2

Analys

Bearbetningen av sökresultatet har skett enligt Fribergs analysmetod (Friberg, 2017, sid 133). Resultatet från artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att skapa en tydlig förståelse och sammanhang. Denna helhetsbild sammanfattades sedan till en tabell som redovisas i bilaga 1. Denna nya helhet delades sedan upp i temaområden. Från varje artikel har sedan bärande meningar inom de olika temaområdena färgmarkerats. Färgmarkerade meningar plockades ut och skrevs ihop till ett nytt resultat inom respektive temaområde. Det nya resultatet lästes av författarna var för sig och diskuterades för att minimera missförståelse av innehållet. Diskussionerna över varje artikel sammanfattades och jämfördes sedan med varandra för att hitta likheter och skillnader. Därefter har de sammanförts till en ny helhet enligt Fribergs analysmetod (Friberg, 2017, sid 133).

Etiska överväganden

Resultat som samlas i detta arbete ska vara etiskt försvarbart. Det är därför viktigt att artiklar som använts i denna studie har ett etiskt övervägande. Genom att granska artiklar efter etiska överväganden kan denna studie använda sig av resultatet som inhämtats. Rosén (2017) poängterar att det finns risk med litteraturoversikter då författare kan välja material som styrker en förbestämt antagande. Då författarna i detta arbete har tidigare erfarenheter från akutsjukvård som både patient och personal kan det därför finnas en risk att förförståelsen påverkar resultatet. För att minimera påverkan har författarna valt att visa särskild noggrannhet vid referenshantering så att innehåll ej förvanskas. Alla påståenden har styrkts av god referenshantering i så stor omfattning som möjligt. Genom att tydligt redogöra för urvalskriterierna och hur resultatet analyseras bör ytterligare påverkansfaktor minimeras.

Genom att ta hjälp av etiska principer kan deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter påvisas i en studie (Kjellström, 2017). För att så långt som möjligt säkerställa att personer som deltagit i artiklarnas studier givit samtycke, har stor hänsyn tagits till att kontrollera om samtycke inhämtats. Då en litteraturoversikt har använts som metod är det en liten risk att deltagarna i artiklarnas studier kommer till skada om de tidigare givit sitt samtycke. Det resultat som framkommer i detta arbete är en sammanställning av upplevelser och knyts inte till deltagarna individuellt. Det bidrar till att konfidentialiteten bevaras. Resultatet i denna studie bygger också på upplevelser från både män och kvinnor av olika kulturer. Detta har hanterats likvärdigt med varandra och en rättvis princip har använts för att uppmärksamma alla upplevelser.

RESULTAT

Efter analys av insamlade artiklar framkom fyra teman som beskriver vilka upplevelser anhöriga har på IVA. Dessa teman var: en främmande situation, mötet med vårdpersonal, att vara en del av vårdandet samt önskan om hjälp.

En främmande situation

Den främmande situationen på IVA påverkar anhörigas upplevelser under hela vårdtiden. Det första som påverkar är när anhöriga ska hitta till IVA. Att försöka hitta till IVA för första gången beskrivs som en svår upplevelse för den anhörige då känslor av frustration och ångest uppstår (Turner-Cobba, Smitha, Ramchandania, Begena & Padkin, 2016). Att inte hitta i en brådskande situation beskriva anhöriga orsakar känslor av panik och oro om att komma fram för sent. Inne på IVA introducerades den anhörige till en ny miljö med främmande människor, obegripliga rutiner och utrustning. Det fanns en ängslan hos anhöriga som inte förstod situationen eller varför utrustningen larmade (Turner-Cobba, et. al., 2016). När utrustningen larmade eller lyste upp var det lätt för den anhörige att tro att något var fel. Anhöriga som saknade förförståelse av IVA hade svårare att hantera situationen, däremot hade anhöriga som hade tidigare erfarenheter lättare att bilda en uppfattning och förståelse av omgivningen (Turner-Cobba, et. al., 2016).

Enligt anhöriga upplevdes situationen säkrare när vårdpersonal tog sig tid att bygga relationer med både patient och anhörig (Hansen, Rosenkranz, Mularski & Leo, 2016). När anhöriga upplevde att vården ingav en säkerhet kunde de även uppleva att patienten var i goda händer (Witkamp, Droger, Janssens, van Zuylen & van der Heide, 2016). En känsla av säkerhet kunde också upplevas av anhöriga om det var färre patienter som vårdades. När det var färre patienter för sjuksköterskan att vårda upplevde anhöriga att sjuksköterskan hade mer tid och kunde ge en god vård till patienten när anhöriga inte fanns på plats (Hansen, et. al., 2016). Att veta att det fanns någon kvar som hade tid att vara med patienten beskrevs av anhöriga som lugnande.

Mötet med vårdpersonal

En god relation mellan vårdpersonal och anhöriga har påvisat ge upphov till positiva upplevelser. När samtal med vårdpersonal var konsekvent resulterade detta i att anhöriga upplevde sig som lugna och trygga, detta i sin tur stärkte sedan samarbetet med vårdpersonalen (Cody, et. al., 2018). Oavsett om anhöriga hade olika erfarenheter eller förväntningar av IVA så var det tacksamt när personal tog sig tid att förklara. Anhöriga uppskattade att vårdpersonalen förklarade hur avdelningen, utrustningen och rutiner fungerade (Turner-Cobba, et. al., 2016). Däremot upplevde anhöriga att när mötet med vårdpersonal var bristfällig resulterade detta i rädsla, misstro eller förvirring (Cody, et. al., 2018). Ytterligare visar detta på att det är viktigt att kommunikation sker på rätt sätt, men även att bemötande från vårdpersonal var vitalt för en god upplevelse. Anhöriga beskrev att de var nöjda när bemötande bygger på respekt.

Anhöriga uppskattade när vårdpersonal bemötte patienter som individer och med empati. Detta gav anhöriga en känsla av trygghet för den vård som gavs (Hansen, et. al., 2016). Var den otillräcklig upplevde anhöriga situationen som stressande istället (Witkamp, et. al., 2016). En aspekt av bemötandet gentemot patienten ansåg anhöriga var när vårdpersonal visade känslomässiga egenskaper som finkänslighet, uppmuntrande, betryggande, medlidande och oro för patienten (Hansen, et. al., 2016). Detta resulterade i att anhöriga upplevde att vårdpersonalen var kompetent och professionell (Hansen, et. al., 2016).

När vårdpersonal var tillmötesgående i sina möten med anhöriga upplevdes en känsla av trygghet (Witkamp, et. al., 2016). Anhöriga upplevde däremot att vårdpersonal som inte var tillmötesgående eller öppna i sin kommunikation var respektlösa, och detta skapade en otrygghet (Hansen, et. al., 2016). När kommunikationen ansågs som ofullständig enligt anhöriga innebar detta en risk för missförstånd och ofullständig förståelse. Anhörigas upplevelser av oro och rädsla dominerades av otrygghet som uppstod vid bristande förståelse. Detta kunde uttrycka sig genom ilska, frustration och ångest (Turner-Cobba, et. al., 2016). Ett negativt förlopp rotade sig för anhöriga med bristande förståelse då en vårdinsats utfördes på patienter och ingen kontext till varför den utfördes förtydligades. När vårdpersonal tog initiativ att dela med sig av information i förväg upplevde anhöriga detta som positivt. Särskild i kontrast till att de tidigare tvingats begära information (Witkamp, et. al., 2016). Även när patienten fått en diagnos som leder till att hon avlider så upplevde anhöriga att få ta del av information inför och gällande patientens död som lika viktig (Witkamp, et. al., 2016). Det fanns däremot information som anhöriga poängterade var mycket viktigt att ta del av. Det var information om varför patienten ligger på IVA och vad som behövs göras för att patienten ska må bättre. Denna information upplevde anhöriga som ovärderlig (Cody, Sullivan-Bolyai, Reid-Ponte, 2018). Att bli uppdaterad med information genom hela vårdförloppet var någonting som var uppskattat hos de anhöriga. När anhöriga inte blev uppdaterade med ny information upplevde de istället att de blev lämnade utanför vården (Hansen, et. al., 2016). Utbytet av information kunde ske på olika sätt. Ett av de vanligare sätten var under ronderna då en uppdaterad status om patienten presenterades. Om det under ronderna saknades konsekvent kommunikation upplevde en del anhöriga ångest och misstro för vårdlaget. Denna känsla spred sig sedan inom familjen och skapade otrygghet (Cody, et. al., 2018).

Däremot upplevde anhöriga som fått information från vårdpersonal som var tydlig och konsekvent att det var enklare att förstå och befinna sig på IVA (Witkamp, et. al., 2016). Fortsättningsvis är det enligt anhöriga viktigt hur informationen framförs. Anhöriga ansåg att i situationer där vårdlaget gav flera motsägelsefulla svar upplevde informationen som förvirrande (Witkamp, et. al., 2016).

Tydlig information om regler på IVA och hur de anhöriga ska uppföra sig bredvid patienten uppskattades (Söderström, Saveman, Benzein, 2005). Däremot upplevdes vissa delar av informationen som svårtolkade för anhöriga och risken för förvirring ökade. Anhöriga uppskattade en explicit förklaring om hur IVA fungerade, men hade svårigheter att förstå den implicita förklaringen om hur IVA fungerade (Söderström, et. al., 2005). Problemet med den implicita förklaringen var att anhöriga tolkade den bokstavligt. Till exempel om vårdpersonal sa "Ni kan komma på besök när ni vill" så tolkades detta bokstavligt av

anhöriga, men det som vårdpersonal menade var “Ni kan komma när ni vill under besökstider eller då vi har tid”. Anhöriga som förstod de implicita förklaringarna kunde därför anpassa sig till situationen. Oavsett hur tolkningen av de implicita budskapet gjordes så var budskapet accepterat av de anhöriga i alla fall. Det medförde att anhöriga i största mån upplevde att de anpassade sig efter IVA och höll sig inom den ram som var uppstyrd (Söderström, et. al., 2005).

När vårdpersonal visade på mottaglighet och lyssnade under samtal upplevde anhöriga det som betryggande (Hansen, et. al., 2016). Detta gjorde att den anhörige frambringade tillit för vårdpersonalen. Däremot framstod denna process som skör då det kunde bli obeständigt beroende på mängden av vårdpersonal som pratade med de anhöriga. Att bli ställd samma fråga flera gånger kunde anhöriga uppleva som irriterande. Anledning var att anhöriga upplevde det som att vårdpersonal inte talade med varandra och hade ett bristande samarbete i vårdlaget (Hansen, et. al., 2016).

Anhöriga upplevde även att de kände sig uppmärksammade när vårdpersonal även spenderade tid på att fråga hur dem själva mår under vårdprocessen (Söderström, et. al., 2005). Med denna typ av kontakt skapades en positiv miljö och anhöriga upplevde att de blev accepterade och att de inte var i vägen (Söderström, et. al., 2005). Ytterligare uppfattade anhöriga att vårdpersonalen stod upp för patienten och att de valde att engagera sig i patientens välmående tillsammans med de anhöriga. Denna handling gjorde att anhöriga upplevde att de blev sedda (Söderström, et. al., 2005). Att anhöriga även kände att de kunde tala öppet med vårdpersonal om kritik angående vårdprocessen och samtidigt bli bemötta med respekt (Söderström, et. al., 2005). Detta uppskattades mycket av anhöriga och de upplevde att de var en del av vårdprocessen (Söderström, et. al., 2005). Detta var speciellt värdefullt för den anhöriga eftersom när budskapet kunde missuppfattas upplevdes situationen som osäker (Söderström, et. al., 2005). Därför blev det genast svårigheter för vårdpersonal och anhöriga som inte förstod varandra för att det kunde leda till ytterligare missförstånd. Anhöriga upplevde förvirring och osäkerhet av att inte förstå budskapet och kunde inte anpassa sig till IVA (Söderström, et. al., 2005).

När det framkom meningsskiljaktigheter mellan vårdpersonal och anhöriga kunde negativa upplevelser framstå. Anhöriga som inte var överrens med vårdpersonal eller vården som gavs upplevde situationen som osäker (Witkamp, et. al., 2016). Att ha en kontinuitet i vårdarbetet ansåg anhöriga som viktigt för vårdandet. Att inte ha samma kontaktperson eller tydligt veta vem som har vilket ansvar beskriver anhöriga som förvirrande. Anhöriga har ibland svårt att avgöra vilka roller alla i vårdpersonalen har i vårdlaget (Stelson, Carr, Golden, Martin, Richmond & Holena, 2016). Att ha en fast kontaktperson upplever anhöriga skulle lindra frustrationen och oron av att inte ha tryggheten i en och samma person (Hansen, et. al., 2016).

En annan viktig aspekt av att känna sig som en del i vårdandet enligt den anhöriga var när vårdpersonal använde vardagligt språk istället för medicinska termer. Det skapade en bild hos anhöriga att vårdpersonalen ville ha dom med i vårdandet (Söderström, et. al., 2005). Anhöriga upplevde att det var viktigt att få denna förståeliga information om patientens situation för att vara en del utav vården (Witkamp, et. al., 2016).

Att vara en del av vårdandet

Anhöriga uppskattade att känna sig som en del av vårdarbetet omkring patienten (Smithburger, et. al., 2017). Att finnas till för patienten var viktigt och anhöriga var villiga att hjälpa till om det skulle behövas (Smithburger, et. al., 2017). Upplevelsen av att inte känna sig involverad beskrev anhöriga som negativ. Anhöriga upplevde sig försummade av vårdpersonal när de inte blev en del i beslutsfattanden (Witkamp, et. al., 2016). Det orsakade att anhöriga hade svårt att förstå varför en del beslut fattades och på vilka grunder. Något som enligt anhöriga underlättade tyngden av denna situation var att vara med på ronder gällande patienten. Detta upplevde anhöriga knöt allting samman och lindrade rädsla och ångest. Denna medverkan beskrevs av anhöriga som en lugnande upplevelse som hjälpte dem i sin situation (Cody, et. al., 2018). Anhöriga upplevde det givande att vara med på ronder och påverka vårdandet (Stelson, et. al., 2016). Eftersom anhöriga ibland hade svårt att öppna upp sig om sina känslor hjälpte även dessa initiativ till medverkande vid ronderna. Anhöriga fick då möjlighet att påverka och bli en del i vårdarbetet kring patienten. Eftersom möjlighet att påverka till största del kom ifrån att vara närvarande på ronder kunde en del anhöriga känna sig begränsade. När det fanns svårigheter för anhöriga att närvara på eller missade ronder upplevde anhöriga att de inte fick ta del av viktig delar av vården (Cody, et. al., 2018). Det upplevdes därför som frustrerande av anhöriga när de missade ronderna. När anhöriga hade funderingar kunde det sedan vara svårt att ställa frågor för att de inte ville verka som störande (Stelson, et. al., 2016). Det fanns även svårigheter för anhöriga att känna sig involverade beroende på hur dialogen inom vårdlaget var utformat. Användandet av medicinskt språk upplevdes av anhöriga som en barriär för att kunna bli delaktig och förstå det som sades (Stelson, et. al., 2016). Anhöriga upplevde att när medicinska ord förklarades och 'vanligt språk' användes istället under ronder ökade deras förmåga att vara delaktig. För att underlätta medverkan för de anhöriga som inte kan vara med på ronder har förslag att genomföra telemedicin diskuterats med de anhöriga. Anhöriga upplever främst att de vill närvara under ronder men ser telemedicin som ett alternativ när det inte går att närvara (Stelson, et. al., 2016). Att ha ett alternativ när det inte går att närvara på ronder och fortsätta vara en del av vården upplevde anhöriga kunde underlätta situationen (Stelson, et. al., 2016).

De gånger som vårdpersonal bjöd in anhöriga till att vara delaktiga eller när anhöriga kunde hjälpa i vårdandet skapade en upplevelse av meningsfullhet. Anhöriga upplevde att de passade in när de kunde hjälpa till och att deras närvaro kunde bidra till vårdandet av patienten (Smithburger, Korenoski, Alexander & Kane-Gill, 2017). Vikten av att vara tillgänglig och nära patienten beskrev anhöriga som en viktig uppgift. Anhöriga ville ha möjligheten att besöka patienten, kunna sova över och spendera tid tillsammans för att uppleva att de finns nära hos patienten (Witkamp, et. al., 2016).

Önskan om hjälp

Att vara på IVA innebär många omställningar som kan vara psykiskt påfrestande. Dessa beror på situationen för var enskild anhörig. Emotionellt stöd har därför anhöriga värderat högt då de framkommit att de första erfarenheterna av IVA inte varit optimalt för

välståndet. Anhöriga upplevde en stor del av osäkerhet under det tidiga skedet av vården på IVA.

Enligt anhöriga var behovet att hantera känslor vid ankomsten viktigt. Blandandet av känslor mellan alla anhöriga behövdes omhändertagas noggrant (Turner-Cobba, et. al., 2016). Enligt anhöriga finns vårdpersonalen i stor utsträckning som stöd för deras praktiska behov. Däremot upplevde anhöriga att både praktisk och emotionellt stöd från familj och vänner var viktigt för att minska oro (Turner-Cobba, et. al., 2016). Anhöriga var generellt nöjda med vården som patienten fick på IVA. Tillika när samma omvårdnad gavs till de anhöriga själva (Lloyd-Williams, Morton, Peters, 2009). Även om anhöriga var till viss del nöjda med omvårdnaden de fick av vårdpersonal, så upplevde en del anhöriga att vårdpersonal gav liten hänsyn till deras emotionella behov (Lloyd-Williams, et. al., 2009). Denna känsla av ett tillfredsställt emotionellt stöd kunde även förvärras ytterligare. Anhöriga som inte bemöttes med förståelsen av att förändringen skett på kort tid, upplevde sig bli överraskade och överväldigade av informationen som förmedlades till dem via vårdpersonal (Lloyd-Williams, et. al., 2009). Det skakade om tillvaron för den anhörige och acceptansen av att patienten helt plötsligt var död utan en synbar förändring kunde upplevas som svårt att förstå (Lloyd-Williams, et. al., 2009). Detta upplevde anhöriga som en mycket emotionell period. Efter att patienten avlidit upplevde en del anhöriga sig övergivna med stark känsla av förlust (Lloyd-Williams, et. al., 2009). Förlusten kombinerat med bristande information från vårdpersonal med hänsyn till förståelse upplevde anhöriga som en svår emotionell situation att befinna sig i. Anhöriga upplevde att det bästa sättet att förebygga emotionellt lidande var att bli tydligt informerade och att deras känslor vart bekräftade (Witkamp, et. al., 2016).

Att bli lämnad själva med patienten kunde anhöriga både uppleva som ett tecken på respekt eller också som en känsla av att bli övergiven (Witkamp, et. al., 2016). Till största del uppskattades detta av anhöriga som befann sig i denna situation.

Att dela med sig av känslor över det okända kunde upplevas frustrerande för de anhöriga. Däremot bidrog det till att anhöriga upplevde en närmare kontakt med vårdlaget (Cody, et. al., 2018). Anhöriga kunde känna sig rädda för att tala med vårdpersonalen (Smithburger, et. al., 2017). Även fast det var svårt för anhöriga att öppna upp sig till vårdpersonal så upplevdes den anhörige sig att må bättre. Anhöriga kunde uppleva tacksamhet när vårdpersonal bekräftade anhörigas egna behov (Hansen, et. al., 2016) eftersom anhöriga upplevde att det kunde vara svårt att hantera alla emotionella situationer ensam (Fridh, Forsberg, Berbm, 2007).

Resultatsammanfattning

Anhöriga upplever sin situation svårt när en närstående vårdas på IVA. Miljön är främmande och förvirrande, patientens tillstånd är osäker, det är svårt att veta vilka förhållningssätt som gäller och att förstå det som händer runt omkring. Dessa faktorer riskerar att påverka anhörigas upplevelse av situationen på IVA negativt. Viktigt för anhöriga var att bli sedd och uppmärksammas av vårdpersonalen, att få information fortlöpande och få möjlighet att bli delaktiga i vårdandet. Om dessa viktiga delar uteblev kunde de skapa känslor som oro, ångest och otrygghet. Det kunde i sin tur påverka den anhöriges förmåga att begripa och

hantera situationen de befann sig i. Anhöriga i sådana situationer upplevde att det var viktigt att få stöd från både vårdpersonal och familj. Situationen upplevdes bra av anhöriga när kommunikationen fungerade med vårdpersonalen. Då kunde frågor besvaras, information förtydligas och missförstånd rättas till och det bidrog till att anhöriga upplevde situationen som trygg. Ytterligare upplevdes situationen som trygg för anhöriga när de blev mer delaktiga i vårdandet. Anhöriga upplevde att de kunde finnas till för patienten och hjälpa till där det behövdes. Det bidrog också till att anhöriga kände sig sedda och uppmärksammade.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats har använts i denna studie. Valet av att använda denna metod bygger främst på syftet som denna studie har. För att samla in relevant data var det därför av betydelse att upplevelser beskrevs och förklaras mer djupgående. Detta för att förstå vad anhöriga upplever och varför. Eftersom en kvalitativ ansats har till mål att skapa en djupare förståelse genom att samla in beskrivande och förklarande data ansågs det som en relevant metod för syftet.

En kvantitativ ansats har inte använts i denna studie men det finns ett värde att kombinera dessa två metoder. Om en kvantitativ ansats hade kombinerats med denna kvalitativa ansats kunde kompletterande data samlats in som ökar förståelsen. Den kvantitativa datan hade då kunnat visa på vilken upplevelse anhöriga har oftast. Vilket kan ha påverkat resultatet märkbart. Det kan exempelvis även framkomma om anhöriga beskriver sina upplevelser som mer eller mindre viktiga. Ett sådant möjligt resultat skulle även kunna påverka kliniska implikationer gällande vad sjuksköterskan behöver fokusera på i kontakten med anhöriga.

I studien användes en litteraturoversikt för att inhämta data. Litteraturoversikten bidrar med att skapa ett helikopterperspektiv och sammanställer forskningsresultat (Friberg, 2017b). Då studiens syfte var att sammanfatta den vetenskap som fanns ansågs det som en relevant metod. Det är dessutom en bra metod för att kartlägga kunskapen inom ett visst område och på så sätt skapa ökad förståelse (Friberg, 2017b). En litteraturoversikt är också en relativ tidseffektiv metod jämfört med intervjuer (Danielson, 2017). Intervjuer hade kunnat bidra till ett relevant resultat men då tidsramen inte fanns valdes en litteraturoversikt istället. Det finns en möjlighet att resultatet skulle påverkas om intervjuer hade valts som metod. Det kan ha framkommit mer information från intervjuer än från det som sammanfattats i litteraturen. Från intervjuer skulle det finnas möjlighet att ställa följdfrågor som kunnat utöka svaren ytterligare (Danielson, 2017). En av nackdelarna med en litteraturoversikt är att denna möjlighet inte finns då artiklarnas egna resultat är endast det som finns tillgängligt. Det innebär att det finns en risk att resultatet från litteratursökningen ibland blir begränsat då det inte alltid delar samma eller liknande syfte med litteraturstudien. En tydlig svaghet med litteratursökningar är att de sökord som används påverkar det resultat som visas i sökningarna (Östlundh, 2017). När artiklar använder sig av en eller flera synonymer blir det därför svårare att hitta relevant innehåll som i sin tur påverkar litteraturstudien. Det finns därför en risk att valet av sökord påverkat det resultat som sammanställts i denna studie.

Det finns en viss överförbarhet från det resultat som samlats in. Urvalet i metoden inriktar sig på anhöriga som befann sig på en intensivvårdsavdelning. Intensivvårdsmiljön är unik i jämförelse till andra avdelningar och gör det svårt att tillämpas i andra grupper. Däremot har mer data kring anhörigas upplevelser samlats in. Upplevelser som påverkar kommunikation, delaktighet och stöd. Dessa tre är relevanta i andra delar av vården och förekommer ofta som centrala delar. Oavsett om det gäller kommunikation, delaktighet eller stöd så behövs det en viss kunskap från sjuksköterskan för att främja dessa delar. Att då öka förståelsen för hur

anhöriga upplever situationerna bidrar till att kunskapen ökar. Detta gör att överförbarheten trots inriktningen på intensivvårdsavdelningen blir hög.

I denna studie har särskilda val gjorts. Alla artiklar gällande barn som patienter eller som anhöriga har exkluderats. Det har påverkat resultatet genom att ingen information har samlats om barn. Därför har anhörigas upplevelser om barn som intensivvårdspatient och upplevelser från barn som är anhöriga uteblivit. Skulle ett resultat samlas in med barn i åtanke hade det påverkat resultatet. Resultatet hade då behövt formas för att återge en så trovärdig bild som möjligt vilket hade innefattat mer tid för studien. Genom att fokusera på en grupp kan man istället tydliggöra vad resultatet hämtas från och öka trovärdigheten. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) blir ett resultat mer överförbart när det fokuserar på en särskild grupp. Resultatet kan då användas i liknande kontext eller situationer som ökar trovärdigheten.

Ingen exkludering har gjorts gällande geografiskt område då antalet relevanta artiklar från sökningarna inte varit tillräckliga. När det gällde urval av kön och kultur ansågs det för syftet att inkludera alla delar. Det finns ingen anledning att exkludera dessa områden då syftet med resultatet var att skapa en överblick. Bristen på artiklar riskerade också att ett urval baserat på kön och kultur skulle påverka resultatets omfattning negativt i denna studie.

Trovärdighet är ett begrepp som används för att beskriva hur tillförlitligt någonting är (Mårtensson & Fridlund, 2017). Att det finns en noggrannhet för det som undersöks. För att resultatet i denna studie ska vara trovärdig har enbart artiklar som är peer reviewed använts i resultatet. Artiklar som är peer-reviewed har blivit vetenskapligt granskade. Artiklarnas trovärdighet har därför kontrolleras genom att det jämförs med den forskning som finns inom området (Mårtensson & Fridlund, 2017). Då misstolkning kan ske av det resultat som samlats in har artiklar därför lämnats ut till medlemmar i handledningsgruppen. Det skall bidra till att eventuella misstolkningar eller syftningsfel upptäcks och säkerställa att det finns en tydlighet och ökar trovärdigheten i studien. Ytterligare har granskningsfrågor använts i urvalet av artiklar (Friberg, 2017, bilaga III). Denna granskning lyfter fram relevanta och viktiga punkter som behöver tydliggöras för att artiklarnas innehåll kan användas utan risk för misstolkning. En tydlighet i artiklarnas utformning och innehåll bidrar även detta till en ökad trovärdighet (Friberg, 2017b).

I denna studie fanns faktorer som kan påverka trovärdigheten negativt. Främst är att denna studie bygger sitt resultat på ett fåtal artiklar som är publicerade 15 år tillbaka. Det kan innebära att informationen är ofullständig och att det kan finnas annan aktuell forskning som hanterar tidigare upptäckta begränsningar. Varför dessa artiklar har valts in i denna studie beror på att det inte framkom tillräckligt mycket resultat på sökningar av artiklar publicerade som tidigast 10 år tillbaka. Det ansågs finnas en trovärdighet i att aktuell forskning saknas inom området. Även om risken att äldre forskning skulle vara ofullständig gjordes valet att utöka publiceringsåret. Det är av värde att samla in tillräcklig mängd data för att säkerställa trovärdigheten i en studie (Mårtensson & Fridlund, 2017). Skulle mer aktuell forskning användas i denna studie så är sannolikheten liten att det skulle påverka resultatet.

CINAHL har använts som databas vid inhämtningen av artiklar. CINAHL var den mest relevanta databasen för studiens syfte och det fanns inget behov att använda andra databaser. Frågan om att använda andra databaser kom upp när det saknades artiklar för att sammanställa ett resultat som var tillräckligt omfattande. Eftersom det saknades ett fåtal artiklar valdes det att istället utöka sökorden. Det resulterade i en ny sökning av kompletterande artiklar. Trovärdigheten att resultatet skulle påverkas av att söka i andra databaser ansågs som liten. Detta för att CINAHL som databas innehåller artiklar inom omvårdnadsvetenskap i större utsträckning än andra databaser. Andra databaser kunde inte visa lika relevanta artiklar efter samma sökningar som gjorts tidigare i CINAHL. Att istället använda sig av andra sökord i CINAHL ansågs som ett mer rimligt steg innan byte av databas skulle ske.

Påståenden och resultat i artiklarna som besvarade vårt syfte skrevs över på ett nytt dokument. Därefter färgkodas upplevelser efter kategorier som sedan skrevs över till temaområdena. Genom detta tillvägagångssätt fick vi fram tydligt vad som är det nya resultatet. Det leder till att referenshanteringen blir tydligare och enklare att redovisa.

Resultatdiskussion

Anhöriga uppskattade att få information om hur IVA fungerade samt vad utrustning och rutiner hade för avsikt, i mål om att ge en god trygghet. Så som Eide och Eide (1997) tidigare beskrev kan en god kommunikation bidra till en ökad upplevelse av trygghet och därför är en god kommunikation viktig för att information ska nå fram på rätt sätt. Det kan därför vara bra att vårdpersonal informerar kontinuerligt i möten med anhöriga. Informationen som var tydlig och kontinuerlig och bekräftade anhörigas känslor skapade en trygghet. Att även visa förståelse i vad som händer och vad som behöver göras var viktigt. Enligt Socialstyrelsen (2014) så är det av intresse för den anhörige att bli sedd, bekräftad och respekterad av vårdpersonal. Att föra tydliga samtal med ett öppet förhållningssätt var enligt Eide och Eide (1997) kriterier för en god kommunikation. Att som vårdpersonal ha en öppen och välkomnande samtalsmiljö är även det viktigt. Det är också av betydelse att ge tid för samtal då information ibland kan upplevas vara för mycket att ta in. Att ta tid med information och att vara tydlig förebygger även risken för missförstånd. Missförstånd kan i sin tur bidra till oförståelse. Eftersom anhöriga inte vill vara störande ställer de heller inte alltid frågor. Enligt Eide och Eide (1997) skapas trygga relationer genom att skapa likvärdiga relationer och lyssna på motparten. Det kan då vara viktigt att vårdpersonal stannar upp och frågar eller bjuder in anhöriga till samtal. Ett gott bemötande är viktigt för att anhöriga skall känna sig trygga och respekterade. Sjuksköterskan bör därför arbeta tillsammans med anhöriga i omvårdnadsarbetet eftersom ett gott bemötande bygger på att lyssna och skapa likvärdiga relationer (Eide & Eide, 1997). Det är viktigt för vårdpersonal att därför tänka på sitt bemötande med anhöriga.

Bristande kommunikation som inte är konsekvent, otydlig och osympatisk leder till att anhöriga känner sig rädda, förvirrade, och får misstro för vårdlaget. Enligt Eide och Eide 1997 kan också bristande kommunikation leda till stress och en känsla av otillräcklighet. Det innebär stora konsekvenser när kommunikationen är bristfällig. Det kan även påverka

förtroendet för sjukvården negativt. Det är därför viktigt att beakta kvaliteten för kommunikationen och bemötandet för att öka chanserna för gott välmående. Anhöriga upplevde en bättre vård när goda relationer skapades både mot dem själva och mot patienten. När vårdpersonalen visade känslomässiga egenskaper upplevdes de av anhöriga som kompetenta och professionella. Det kan då vara av vikt att undersöka om vårdpersonal som har dessa egenskaper upplevs ge en bättre vård. Sättet kommunikation gavs på var även det viktigt. Då vårdpersonal tog sig tid att förklara och använde ett mer vardagligt språk upplevde anhöriga sig mer delaktiga i vården. Enligt McCance och McCormack (2013) ger en ökad delaktighet en möjlighet för anhöriga att påverka vården. Det är därför viktigt att vårdpersonal använder ett mer vardagligt språk och förklarar det som sägs och utförs. Eftersom oförståelse gällande utrustning, att inte veta hur IVA fungerar, saknad av information och när den är motsägelsefull var förvirrande för den anhörige.

Antonovsky (2005) poängterar att upplevelsen av hälsa kan påverkas av att inte begripa situationen. Konsekvent och tydlig information från vårdpersonal är i detta sammanhang därför viktigt. Att förebygga dessa känslor kunde ske genom att göra den anhöriga en del av vården. Det gör att anhöriga har en större chans att påverka vården genom att bli mer delaktiga. När vårdpersonal bjuder in anhöriga att hjälpa till i vårdandet upplevde anhöriga sig som att deras närvaro var meningsfull. Vårdpersonal bör därför skapa möjligheten att göra anhöriga mer delaktiga. En god start för att skapa en känsla av delaktighet för den anhöriga var när möjligheten gavs att vara med på ronder. Detta var samtidigt bra för anhöriga då det reducerade risken att missa viktig information. Detta skapade ett kontinuerligt flöde av information som ständigt gav anhöriga en uppdaterad bild om patientens tillstånd. Vårdpersonal bör därför arbeta så att anhöriga kan vara med på ronder.

Att som anhörig sakna förståelse och inte bli mött med förståelsen av att förändring skett på kort tid resulterar i känslor som överväldigade, frustration och ångest. Enligt Antonovsky (2005) kan upplevelsen av hälsan påverkas negativt när det inte finns förmåga att hantera situationen. När då möjligheten för anhöriga att ha en tydlig kontaktperson i vårdlaget och när vårdpersonal stod upp för patientens bästa upplevde sig anhöriga bekräftade och trygga. Det kan därför vara viktigt för vårdpersonal att arbeta så att anhöriga träffar samma personer i vårdlaget kontinuerligt för att stärka relationen och tryggheten. Då behöver därför vårdpersonal visa att de är där för patientens bästa. Det skapar en känsla av trygghet hos den anhöriga för att vara mer delaktig. Att få vara delaktig i vården upplevde anhöriga som betydelsefullt. Att som människa känna sig meningsfull kan även det enligt Antonovsky (2005) bidra till en ökad upplevelse av hälsa. Det är därför viktigt att man skapar en meningsfull miljö för den anhöriga. Att skapa en god miljö för den anhöriga gjorde då indirekt att känslor upplevdes som bekräftade. Anhöriga upplevde att det är viktigt att få sina känslor bekräftade. De var också uppskattat när vårdpersonal frågade hur de mår. Att även bli lämnad med patienten själv kunde anhöriga uppleva som ett tecken på respekt, men samtidigt kunde det ge känslan av att bli övergiven av vårdpersonal. Det är viktigt att ta reda på vad för typ av stöd som kan vara till nytta för var enskild anhörig för att skapa ett sådan bra upplevelse av hälsa som möjligt (Socialstyrelsen, 2016). Det är då viktigt för vårdpersonal att prata med anhöriga och ställa frågor om hur dem mår och vad de vill ha hjälp med. Att däremot ställa för mycket frågor kunde skapa en oönskad känsla hos den anhörige. När samma frågor blev ställda flera gånger blev anhöriga irriterade och de

upplevde att vårdlaget inte hade en kommunikation med varandra. Detta bemötande upplevdes inte som koordinerat och minskade anhörigas förtroende för vårdlaget. Sjuksköterskan som har till ansvar att leda omvårdnadsarbetet, bör då arbeta för att information även går ut till de i vårdlaget. Att ha samma personer i vårdlaget kan också bidra till att dessa upprepade frågor inte sker. Att inte heller överbelasta sjuksköterskan är också till mån för en god vård och bör därför beaktas, eftersom anhöriga upplevde vården bättre när sjuksköterskan hade färre patienter att vårda. Det kan vara värt att förstå att arbetsbelastningen kan påverka vårdpersonalens förmåga att ge tid till både patienten och den anhöriga. Sjuksköterskan bör därför inte ha fler uppgifter än nödvändigt för att kunna ge den extra tid som anhöriga upplever som viktig.

Konklusion

Det framkommer att anhöriga till intensivvårdspatienter upplever situationen på IVA som svår att hantera. Det är svårt för anhöriga att göra sig bekant och förstå miljön på IVA. Att som anhörig innebär det att möta flera olika personer i vårdlaget och inte veta vem som ansvarar för vad. Den anhöriga upplever även att möjligheten att finnas till för patienten och hjälpa till inte alltid går. Att be om hjälp är ibland en svårighet, även att få förklaringar till en besittande okunskap angående en vårdinsats. Alla dessa svårigheter anhöriga upplever resulterar i att deras känslor påverkas negativt. Det som upplevts av anhöriga som förbättrat deras situation är att kunna vara delaktig i vården, att vara med på ronder med patienten, att vårdpersonal tar initiativ till att ge information och även ser till att den anhöriga mår bra. God kommunikation, information och bemötande mellan vårdpersonal och anhörig är viktigt för att skapa en situation som främjar hälsa och välbefinnande.

Kliniska implikationer

Kommunikation, information och bemötande är viktiga delar som påverkar hur situationen upplevs för den anhörige. För att främja anhörigas förståelse och kunskap är det viktigt att sjuksköterskan regelbundet erbjuder tydlig och konkret information. Att använda sig utav informationsbroschyrer och hemsidor kan underlätta för den anhörige att ta till sig informationen i egen takt. Att som vårdpersonal erbjuda tid för samtal för den anhörige är också viktigt för att kunna ge svar på frågor och främja en känsla av ett gott bemötande. Genom att sjuksköterskan uppmuntrar den anhörige till delaktighet i vårdandet möjliggör detta en känsla av att ha en betydande roll i vårdandet. Vårdpersonalen behöver även uppmärksamma den anhörigas behov. Genom att sjuksköterskan använder sig av ett förståeligt språk och ta tid till att förklara det som sägs kan den anhöriga bli mer delaktig och uppmärksam av vårdlaget. Då situationen upplevs som tryggare för den anhöriga när den blir uppmärksam av vårdlaget är det en viktig del att utföra. Att ta initiativ till samtal, att förklara det som görs eller fråga om hur den anhöriga har det kan bidra till att anhörigas situation upplevs som tryggare och att den anhörige blir sedd och uppmärksam. Anhöriga upplevde att sjuksköterskor som hade färre patienter eller mindre att göra kunde bidra till en bättre omvårdnad. Det kan vara av värde att sjuksköterskan får mer tid till patienter då även det ger en bättre upplevelse av omvårdnaden.

Förslag till utveckling av ämnet

Från resultatet framgick det att omvårdnaden upplevdes bättre när den patientansvarige sjuksköterskan hade färre patienter eller arbetsuppgifter. Det kan vara av intresse att undersöka om det finns ett samband mellan upplevd god omvårdnad och arbetsbelastningen hos sjuksköterskor. Ett sådant resultat skulle kunna ligga till grund för utformningen av exempelvis arbetsuppgifter eller mängden anställda sjuksköterskor i framtiden. Det kan också vara av värde att fördjupa sig i samma frågeställning med en kvantitativ ansats som metod. Från metoddiskussionen framkom att resultatet kunde påverkas märkvärdigt om anhöriga fick skatta sina upplevelser. Resultatet från en sådan studie skulle kunna visa på om en upplevelse förekommer oftare eller skattas som viktigare än andra. Det i sin tur skulle kunna ge en klinisk implikation att utforma eller anpassa vården efter dessa behov gällande förekomst och betydelse för den anhörige.

REFERENSER

* Artiklar med asterix ingår i resultatet efter genomförd litteratursökning.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2:a utg.). Stockholm: Natur och Kultur. ISBN: 91-27-11027-3.

*Clark, K., Milner, K. A., Beck, M. & Mason, V. (2016). Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *CriticalCareNurse*, 36, 8 – 14. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2016276>

*Cody, S., E., Sullivan-Bolyai, S. & Reid-Ponte, P. (2018). Making a Connection: Family Experiences With Bedside Rounds in the Intensive Care Unit. *CriticalCareNurse*, 38, 18 – 26. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2018128>

Dahlberg, K & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande - i teori och praxis*. (1:a utg.). (3:e uppl.). Stockholm: Natur & Kultur ISBN: 978-91-27-12211-6

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143-154). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. (I. Almqvist, Övers. 1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1996) ISBN: 91-44-00255-6

Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.129-140). (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.141-152). (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

*Fridh, I., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2007). End-of-life care in intensive care units – family routines and environmental factors. The Authors. *Journal compilation*, 21, 25 – 31. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00470.x

*Hansen, L., Rosenkranz S. J., Mularski R, A. & Leo, M., C. (2016). Family Perspectives on Overall Care in the Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 65, 446 – 454. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000179

Henricson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-120). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Henricson, M & Mårtensson, J. (2017). Publicering av examensarbete. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 495-506). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Honoré, K. (2012). Att vara anhörig. I A-N, Graubæk (Red.), *Patientologi: Personcentrerad vård i teori och praktik*. (s. 230-261). (1:a uppl.). Stockholm: Natur & kultur ISBN: 978-91-27-13198-9

Hughes, F., Bryan, K. & Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10, 23-30. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57-80). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Klang, B., Thorell-Estrand, I., Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2014). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande - En praktisk och teoretisk grundbok*. ISBN: 978-0-273-74480-1

*Lloyd-Williams, M., Morton, J. & Sarah, P. (2009). The End-of-Life Care Experiences of Relatives of Brain Dead Intensive Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37, 659 – 664. DOI: doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.04.013

L. Östlundh (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59-82). (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

McCance, T. & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s. 81-110). (1:a uppl.). Stockholm: Liber. ISBN: 978-91-47-10568-7

McKiernan, M. & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 254-261. doi: <http://dx-doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.iccn.2010.06.004>

Mårtensson, J & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421-438). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

*Quinn, J. R., Schmitt, M., Baggs, J. G., Norton, S. A., Dombek, M. T. & Sellers, C. R. (2012). FAMILY MEMBERS' INFORMAL ROLES IN END-OF-LIFE DECISION MAKING IN ADULT INTENSIVECARE UNITS. AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, 21, 43 - 51 DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2012520>

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 2 januari, 2019, från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 375-391). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

SFS 2010:659. *Patienssäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 30 september, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 30 Sptember, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

*Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A. & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *CriticalCareNurse*, 37, 1 – 9. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2017485>

Socialstyrelsen. (2014). Anhörigstöd. Hämtad 23 april, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19596/2014-11-14.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). Att mötas i hälso- och sjukvård. Hämtad 1 Oktober, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). Stöd till anhöriga. Hämtad 1 Oktober, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/stodtillanhoriga>

Statens Beredning För Medicinsk och Social Utvärdering (SBU). (2017). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok. Hämtad från <http://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

*Stelson, E. A., Carr, B. G., Golden, K. E., Martin, N., Richmond, T. S., Kit Delgado, M. & Holena, D. N. (2016). PERCEPTIONS OF FAMILY PARTICIPATION IN INTENSIVE CARE UNIT ROUNDS AND TELEMEDICINE: A QUALITATIVE ASSESSMENT. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, 25, 440 – 447. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016465>

Svenska intensivvårdsregistret. (2017). *Årsrapport 2017*. Hämtad 14 januari, 2019, från: https://www.icuregsw.se/globalassets/arsrapporter/analyserande_arsrapport_2017.pdf

Svenska intensivvårdsregistret. (2018). *Vad är intensivvård*. Hämtad 10 oktober, 2018, från: <http://www.icuregsw.se/patient-och-narstaende/test/>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 30 September, 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

*Söderström, I-M., Saveman, B-I & Benzeina, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units—An observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 707 – 716. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.10.005

*Turner- Cobba, J. M., Smitha, P. C., Ramchandania, P., Begena, F. M. & Padkinb, A. (2014). The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychology, Health & Medicine*, 21, 20 – 26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.997763>

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M. & Grypdonck, M. (2005) The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501–509. doi: <http://dx-doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>

*Witkamp, E., Droger, M., Janssens, R., van Zuylen, L. & van der Heide, A. (2016). How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52, 235 – 242. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.009>

Wärnå-Furu, C. (2017). Hälsa. I I. Bergbom, L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 157-171). (2:a utg.). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11243-5

Ågård, A. S. & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care - Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 170-177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.11.008>

Bilaga 1

Översikt av analyserad litteratur.

Författare, Titel, Tidsskrift, Årtal,	Syfte, Perspektiv	Metod	Resultat	Förekomst av forskningsetiska överväganden	Bedömd kvalitet
<p>Författare: J.M. Turner-Cobba*, P.C. Smitha, P. Ramchandania, F.M. Begena and A. Padkinb</p> <p>Titel: The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives</p> <p>Tidsskrift: Psychology, Health & Medicine</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att få en fördjupad förtäelse i hur miljön på en intensivvårdsavdelning påverkade anhöriga psykologiskt.</p>	<p>Olika metoder med triangulerat utförande, info samlades in samtidigt genom intervjuer, frågeformulär och biologiska prover.</p>	<p>Intervjuer visade på miljö, stöd, familj, känslor. Frågeformulär visade på känslor av trauma, ångest och depression. Behov för support, information uppenbarade sig. Koppling mellan depression och undanflykt gjordes till höga intag av kortisol.</p>	<p>Etiska överväganden enligt "NHS Research Ethics Committee and Institutional REC". De involverande vart informerad om forskningen. Privat rum användes för intervjuerna.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Lloyd-Williams M; Morton J; Peters S</p> <p>Titel: The End-of-Life Care Experiences of Relatives of Brain Dead Intensive Care Patients.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Pain and Symptom Management</p> <p>Årtal: 2009</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att få fördjupad kunskap i hur anhöriga till patienter som avlidit på en Intensivvårdsavdelning upplevde om den hjälp de fick efteråt var tillräcklig.</p>	<p>Intervjuer med familjer till 130 patienter som avlidit på 20 olika Intensivvård-savdelningar.</p>	<p>Anhöriga tyckte att psykologisk hjälp när dödsfallet inträffade var bra, men att uppföljningen av välbefinnandet inte uppmärksammades.</p>	<p>I texten nämns det att artikeln har fullt etiskt stöd.</p>	<p>Medelhög</p>

<p>Författare: itkamp, Erica; Droger, Mirjam; Janssens, Rien; van Zuylen, Lia; van der Heide, Agnes</p> <p>Titel: How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives' Experiences.</p> <p>Tidsskrift: Journal of pain and symptom management</p> <p>Årtal: 2016</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att fördjupa kunskapen i hur det är att vara anhörig till en patient som är nära döden.</p>	<p>Anhöriga till 951 patienter fick val att svara på ett frågoformulär. 451 svar återvände, dessa analyserades för denna studie.</p>	<p>Visade på att anhöriga var i behov av fördjupad, känslig information vid rätt tidspunkt. Involverande i beslutstagande. Information om den position de befann sig i. Tilit till vårdpersonal. Vila och privatliv.</p>	<p>Ett forskningsetiskt övervägande gjordes av ” Medical Ethical Research Committee of the Erasmus MC.</p>	<p>Hög</p>
--	--	--	--	--	------------

<p>Författare: Patricia Reid- Ponte, Susan Sullivan-Bolyai, Shawn E. Cody</p> <p>Titel: Making a Connection: Family Experiences With Bedside Rounds in the Intensive Care Unit</p> <p>Tidsskrift: Critical Care Nurse</p> <p>Årtal: 2018</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att beskriva upplevelsen hos anhöriga till patienter på en intensivvårdsavdel ning som var med på ronder på avdelningen.</p>	<p>Analys gjordes av en kvalitativ intervju med anhöriga till patienter om deras upplevelse.</p>	<p>Visade hos 80% av anhöriga att processen att vara delaktig i ronden hos patienten gav positivt resultat. Framförallt utifrån information som gavs, samt information om en rond vart fördröjd eller var/när en rond var planerad att hållas. Hela denna process gynnade alltså välbefinnande hos anhöriga.</p>	<p>Godkänd av “Affiliated institutional review board”. Information gavs till de som vart intervjuade att de kunde avböja när som helst. Detta skrev anhöriga under på.</p>	<p>Hög</p>
--	---	--	--	--	------------

<p>Författare: Lissi Hansen, Susan J. Rosenkranz, Richard A. Mularski, Michael C. Leo</p> <p>Titel: Family Perspectives on Overall Care in the Intensive Care Unit</p> <p>Tidsskrift: Nursing Research</p> <p>Årtal: 2016</p>	<p>Kvalitativ studie, Syftet var att belysa hur familjer till patienter på intensivvårdsavdel ning uppfattade vården i allmänhet som gavs på avdelningen.</p>	<p>Familjemedlemar som varit på avdelningen i mer än 48 timmar fick frågan att fylla i ett frågoformulär angående det vårdande stödet som gavs på avdelningen. Vad som var positivt, och vad som ansågs vara negativt.</p>	<p>Det som familjer ansåg som det bästa stödet var att vården som gavs var kompetensbaserad , att kommunikationen var bra, och att miljön på avdelningen var viktig att beakta.</p>	<p>Frågorna utformades efter hur systemet på avdelningen var formad, så den var inte utformad specifikt för patienterna. Frågorna ställdes endast genom vad som var positivt och dåligt, alltså inga andra kommentarer kunde skrivas, vilket kunde göra att viktig information uteblev.</p>	<p>Medelhög</p>
---	---	--	---	---	-----------------

<p>Författare: Söderström IM; Saveman BI; Benzein E</p> <p>Titel: Interactions between family members and staff in intensive care units -- an observation and interview study.</p> <p>Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att beskriva och få en uppfattning om hur samspelet mellan anhöriga till patienter på en intensivvårdsavdel ning fungerar ihop.</p>	<p>Intervjuer och observationer av vårdpersonal och anhöriga, denna data analyserades sedan.</p>	<p>Visade på två olika resultat; anhöriga med förförståelse och visste hur avdelningen fungerade hade bättre kommunikation med vårdpersonal och välbefinnandet ökade. Däremot kände anhöriga som inte hade förförståelse att de ville prata med vårdpersonal lika mycket. Ibland kunde även det bli fel i kommunikationen; missuppfattningar kunde då ske.</p>	<p>Denna studie var verifierad av ” Research Ethics committee of the Medical Faculty of Lund University”.</p>	<p>Hög</p>
---	--	--	--	---	------------

<p>Författare: Isabell Fridh, Anna Forsberg, Ingegerd Bergbom</p> <p>Titel: End-of-life care in intensive care units – family routines and environmental factors</p> <p>Tidsskrift: The Authors. Journal compilation 2007 Nordic College of Caring Science</p> <p>Årtal: 2007</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att ta reda på vilka rutiner familjer har gällande vådrutiner, samt om miljön är en viktig faktor i välbefinnande.</p>	<p>Ett frågeformulär skickades ut till 80 stycken intensivvård-savdelningar där anhöriga fick svara på dessa.</p>	<p>Resultat visar på att även fast vårdpersonal värnar om privatliv så är det många patienter och familjer som får spendera sina sista moment tillsammans i rum som delas med andra patienter. Vilket inte är mest optimalt. Det finns mycket plats för förbättring.</p>	<p>Artikeln är författad enligt "Swedish Research Council." De som var involverade i frågeformulären vart informerade att integritet var respekterad.</p>	<p>Hög</p>
---	---	---	--	---	------------

<p>Författare: Kathleen Clark, Kerry A. Milner, Marlene Beck, Virginia Mason</p> <p>Titel: Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit</p> <p>Tidsskrift: Critical care nurses</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Kvalitativ studie, Syfte att mäta tillfredsställelse i vård och i att göra val för anhöriga i hopp att finna svar hur man kan förbättra den.</p>	<p>Genom frågeformulär.</p>	<p>Ungefär 72% från båda grupper anhöriga tycker att sjuksköterskor förklarar bra, ger god information gällande samarbete, att involvera de anhöriga i vårdprocessen. Samt att vårdförloppet förklarades. Även fast många är nöjda, finns det plats för förbättring.</p>	<p>Studien är godkänd av "Institutional review boards at Sacred Heart University". Samt fick de involverade skriva under att de samtyckte till att vara med på studien.</p>	<p>Hög</p>
--	---	-----------------------------	--	---	------------

<p>Författare: Pamela L. Smithburger, Amanda S. Korenoski, Sheila A. Alexander, Sandra L. Kane-Gill</p> <p>Titel: Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study</p> <p>Tidsskrift: Critical Care Nurse</p> <p>Årtal: 2017</p>	<p>Kvalitativ studie, syftet var att få en fördjupad inblick i opinioner hos patienternas familjer gällande delaktighet för prevention av delirium.</p>	<p>Familjer blev tillfrågade om de ville/kunde vara med på en intervju gällande det tidigare nämnda syftet medans de var på intensivvårdsavdelningen.</p>	<p>Resultatet påvisade att närvaro av familjen och deras delaktighet i vården hjälpte. Även att man förenklade interaktioner mellan familj och patienten samt att man utbildade familjen inom deliriumprevention.</p>	<p>Studien är godkänd av "University of Pittsburgh Institutional review board"</p> <p>För att delta i studien skall anhöriga ha givit sitt medgivande samt lämnat telefonnummer för framtida telefonintervju.</p>	<p>Medelhög</p>
--	---	---	---	---	-----------------

<p>Författare: Elisabeth A. Stelson, Brendan G. Carr, Kate E. Golden, Niels Martin, Therese S. Richmond, M. Kit Delgado, Daniel N. Holena.</p> <p>Titel: Perceptions Of Family Participation In Intensive Care Unit Rounds And Telemedicine: A Qualitative Assessment</p> <p>Tidsskrift: American Journal of Critical Care.</p> <p>Årtal: 2016</p>	<p>Kvalitativ studie, Syftet var att belysa familjers och vårdpersonalers perspektiv på att vara delaktiga under ronder på en kirurgisk intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Familjemedlemar och vårdpersonal intervjuades efter tidigare nämnt syfte. Båda i skrift och via ljud.</p>	<p>Familjemedlemar kunde känna sig som om de vore "i vägen" för vårdpersonalen att utföra sitt jobb. Medicinska termer försvårade även kommunikationen som orsakade förvirring. Andra barriärer som tillgängligheten för familjemedlemarna fanns då det rörde som om längre sträckor familjemedlemar var tvungen att ta sig för att hinna vara med på rondorna.</p>	<p>Författarna beaktar brister i studien så som att de enda familjer som kunde ta sig till sjukhuset kunde vara med i studien. De som inte var med hade kanske rapporterat någonting annat. Samt att kommunikationen kan ha påverkats beroende på vad för prognos patienten hade fått.</p>	<p>Hög</p>
--	---	--	---	--	------------

<p>Författare: Jill R. Quinn, Madeline Schmitt, Judith Gedney Baggs, Sally A. Norton, Mary T. Dombeck, Craig R. Sellers</p> <p>Titel: Family Members' Informal Roles In End-Of-Life Decision Making In Adult Intensivecare Units</p> <p>Tidsskrift: American Journal of Critical Care</p> <p>Årtal: 2012</p>	<p>Kvalitativ studie, Syftet med studien var att beakta familjers involvering i de val som måste göras i ett palliativt skede i samband med patienten och vilka perspektiv de har på dessa.</p>	<p>Data vart insamlat genom observationer, dagliga anteckningar samt intervjuer med familjerna.</p>	<p>Den information och det stöd som familjer behövde kom huvudsakligen ifrån vårdpersonal, samt att en i familjen blev utnämnd att göra val. Att även en talade för familjens skull och att någon typ av hälsoexpert fanns tillgänglig som stöd och för att rådfråga. Alla olika roller hade en viktig del i dynamiken för att familjen skulle fungera ”bra”.</p>	<p>Författarna beaktar brister i studien så som att studien t.ex endast utfördes på ett univeristets sjukhus center men med många intensivvårds- avdelningar som var involverade. Datan som samlades in var gammal, men detta borde inte påverka resultatet. Analysen av resultatet är utfört enligt ett brett litterärt stöd som grund för att få en validitet som styrks.</p>	<p>Hög</p>
--	---	---	--	---	------------

Bilaga 2

Kvalitetsgranskning enligt Friberg (Friberg, 2017, bilaga III).

Kvalitativ studie

- Fanns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
- Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?

Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?