



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Närståendes upplevelse av information given på en intensivvårdsavdelning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anna Åstrand och Dusica Vujicic

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Våren 2016

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Närståendes upplevelser av information given på en intensivvårdsavdelning

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anna Åstrand och Dusica Vujicic

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Våren 2016

## Abstrakt

Tidigare forskning visar att närstående till patienter på intensivvårdsavdelningen befinner sig i ett utsatt läge. Erhåller inte närstående adekvat information från vårdpersonalen finns där en risk att närstående känner oro och stress. Syftet med den här studien var att belysa de faktorer som närstående uppfattar vara betydande för upplevelsen av informationen som ges på intensivvårdsavdelningen. Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Nio närstående intervjuades och materialet analyserades med innehållsanalys. De närstående beskrev både positiva och negativa faktorer som påverkade upplevelsen av informationen. Trygghet sågs som ett övergripande tema, som antingen kunde främjas genom positiva faktorer men också missgynnas genom negativa faktorer. Det är av stor vikt att personal inom sjukvården besitter kunskap angående närståendes uppfattning kring de faktorer som påverkar deras upplevelse av informationen. Genom Empowerment och kunskap om krisreaktioner kan intensivvårdssjuksköterskan verka stödjande för de närstående.

## Nyckelord

Intensivvård, Närstående, Information, Upplevelse, Empowerment, Krisreaktion, Kvalitativ metod.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Problemområde.....	5
Bakgrund.....	6
Sjuksköterskans ansvar och förmåga att bemöta närstående.....	6
Behov och känslor hos de närstående.....	6
Närstående och krisreaktionen.....	7
Empowerment.....	8
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat .....	14
Trygghet .....	14
Perception och mottaglighet.....	15
Perception utifrån process och profession .....	17
Perception utifrån egenskap och person.....	19
Diskussion.....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion .....	23
Konklusion och implikationer.....	27
Referenser .....	29
Bilaga 1 (2).....	31

## Introduktion

*Föreställ dig att någon i din närhet; din man, syster, bästa vän, kusin eller farfar plötsligt blir sjuk. Allvarligt sjuk. Så allvarligt sjuk att det är en direkt fara för livet. Föreställ dig ljudet av ambulanssirener, lukten av sjukhus och alla ljuden när ni anländer till akutmottagningen.*

*Personal i vita kläder som tar emot, kopplar upp sladdar, apparatur som piper ilsket, prover som tas och läkemedel som ges. Det är allvar. Livet rinner sakta ifrån och tiden står still. Och så, befinner ni er på intensivvårdsavdelningen. Nersövd och kanske kopplad till en suckande respirator, med dropp och sprutor kopplade till sig ligger maken, systern, bästa vännen, kusinen eller farfar där. Orörlig och knappt lik sig. Vad händer? När? Och hur? Kommer allt bli som vanligt igen?*

*Vad tänker du och vad vill just du veta, du som närstående, när du står där och ser på din man, syster, bästa vän, kusin eller farfar, som just nu är allvarligt sjuk på intensivvårdsavdelningen?*

## Problemområde

I Sverige vårdas ca 40 000 patienter årligen på den allmänna intensivvårdsavdelningen (Svenska Intensivvårdsregistret, 2014). Patienten och deras närstående befinner sig i en utsatt situation vilken skapar stora känslomässiga påfrestningar. Då patienten inte alltid är vid medvetande, exempelvis på grund av sedering och den akuta sjukdomsprocessen, läggs stort ansvar på intensivvårdssjuksköterskans förmåga och kompetens att informera och integrera med patientens närstående (Engström & Söderberg, 2004; Jamerson et al., 1996). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) i 2 § är sjukvårdspersonalen ålagd att ge information till närstående i de fall då patienten inte själv är mottaglig för den.

Studier genomförda i Sverige och USA visar att känslor av stress, oro och rädsla är vanliga bland de närstående. I studierna påtalas betydelsen av information som viktig för att minska dessa negativa känslor men även för att närstående ska känna sig trygga och väl bemötta i den främmande och ofta skrämmande miljön som intensivvården kan vara (Engström & Söderberg, 2004; Jamerson et al., 1996). En studie gjord i Belgien visar på att intensivvårdssjuksköterskan var dålig på att uppmärksamma närståendes behov och ofta underskattade deras behov av information (Verhaenge, Defloor, Van Zuuren, Duijnstee & Grypdonck, 2005). Dessutom visade forskning genomförd i Danmark att i de fall där informationen inte var tillräcklig och inte mötte den närståendes behov bidrog det till att de närstående själva antog egna förklaringar kring patientens tillstånd och därmed ökade ytterligare den känslomässiga påfrestningen (Ågård & Harder, 2007).

Forskningsläget visar därmed att närstående till patienter på den allmänna intensivvårdsavdelningen har ett stort behov av att erhålla adekvat information från vårdpersonalen. Då studier med kvalitativ ansats oftast inte går att generalisera i större skala behövs ytterligare studier som bekräftar tidigare erhållet resultat. I den här studien kommer närstående till patienter som vårdats på allmän intensivvårdsavdelning intervjuas för att nå fördjupad förståelse i ämnet. Förhoppningen är att studien ska kunna bidra till en djupare förståelse kring närstående och deras behov av information på intensivvårdsavdelningen.

## **Bakgrund**

### *Sjuksköterskans ansvar och förmåga att bemöta närstående*

Närstående är den person som varje enskild individ anser sig ha en nära relation till (Socialstyrelsen, 2004) och mötet med närstående är en del i intensivvårdssjuksköterskans arbete. I mötet med de närstående åligger det intensivvårdssjuksköterskan att ha förmåga att informera samt ge stöd och tröst. Det är av stor vikt att intensivvårdssjuksköterskan har förmåga och kompetens att utgå från vad de närstående förmedlar för på så vis kunna uppnå förståelse för just deras behov av information och stöd (Larsson & Rubertsson, 2012).

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan besitta förmågan att informera både patienter och närstående utifrån deras individuella behov, förvissa sig om att de har förstått given information och även uppmärksamma de som inte uttrycker något informationsbehov.

Intensivvårdssjuksköterskan ska visa förmåga till att använda sig av olika kommunikationsmetoder för att interagera med patienter och deras närstående.

Intensivvårdssjuksköterskan behöver besitta kunskaper och färdigheter kring information, undervisning samt stöd till patienter och deras närstående bl.a. kring åtgärder, monitorering och vård vid livets slutskede samt vid organdonation. Det åligger alltså intensivvårdssjuksköterskan att ha färdighet och förmåga kring kommunikation, att ge information men också hur informationen uppfattas och förstås av patienter och deras närstående (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

### *Behov och känslor hos de närstående*

Närstående har beskrivit det som ytterst väsentligt att försöka förstå vad det är som sker trots att de befinner sig i en komplex situation på intensivvårdsavdelningen (Ågård & Harder, 2007). Behovet av att försöka förstå vad som sker på intensivvårdsavdelningen skulle kunna vara ett led i bearbetningen av den här nya och svåra situationen de hamnat i. De närstående lägger ner mycket tid och energi på att invänta information från personalen på intensivvårdsavdelningen. När de sedan blir informerade upplevde närstående det som att ingen riktigt säkert kan tala om vad som kommer att ske (Engström & Söderberg, 2004). Vanliga känslor var frustration i samband med komplexiteten i den givna informationen samtidigt som känslomässig stress påverkade närstående att hantera och förstå information

sämre (Carlson, Spain, Muhtadie, McDade-Montez & Macia, 2015). Trots detta utsatta och stressande läge önskade närstående att de fick rak och tydlig information. I kontrast till det har det visat sig att närstående upplevde informationen de fick som vag och att personalen var mycket försiktiga med vilka ord de använde sig av när de informerade (Lind, Lorem, Nortvedt & Hevroy, 2011).

Burr (2001) påvisar att personalen på intensivvårdsavdelningen är medveten om närståendes oro och osäkerhet angående patientens tillstånd. Intensivvårdssjuksköterskorna visade tendenser till att identifiera närståendes oro för att sedan ge information och förklara denna. De hade även färdigheter att förstå hur närstående tog till sig information och var beredda att upprepa vid behov. Närstående uttryckte att de önskade enkel information och att de inte ville ”bombarderas” med information (a.a).

Studier påvisar att idag finns kunskaper om hur närstående upplever informationen som ges på intensivvårdsavdelningen. För blivande intensivvårdssjuksköterskor och redan verksamma intensivvårdssjuksköterskor är det av största vikt att förstå de upplevelser närstående har av den information som ges. Utan kunskaper kring närståendes upplevelser kan inte förbättringsarbete angående närståendainformation motiveras eller genomföras. Initiering och ledning av förbättringsarbete är också ett ansvar intensivvårdssjuksköterskan är ålagd (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

### *Närstående och krisreaktionen*

Akut och livshotande sjukdom med vård på intensivvårdsavdelning kan utlösa en häftig krisreaktion hos de närstående som plötsligt befinner sig i en omvälvande och omskakade situation med osäkerhet om framtiden. Kris är ett påfrestande psykologiskt fenomen som kan indelas i fyra faser som beskriver krisreaktionens karaktär och dynamik (Cullberg, 1999). Det talas om två typer av kriser, traumatisk kris och utvecklingskris, och här redogörs endast för den traumatiska krisens karaktärsdrag och faser. En traumatisk kris definieras som en enskild individs psykiska situation vid en yttre händelse och den här yttre händelsen är av sådan grad och art att individen upplever sin fysiska existens, sociala identitet samt trygghet allvarligt hotad. Exempel på yttre händelse av sådan art kan vara förlust, kränkning eller katastrof/skräckupplevelse. Det naturliga krisförloppet indelas i fyra faser. Chockfasen är den fas som krisreaktionen startar i, man ställs inför någonting som skakar om en. Det kan vara ett

cancerbesked, dödsfall eller annan förlust som vänder upp och ner på personens livsvärld. Chockfasen karakteriseras av skiftande beteenden och känslouttryck såsom gråt, ilska, skrik, utåtagerande beteende och inte sällan en blandning utav flertalet känslouttryck. Chockfasen varar i ett par timmar eller några dagar och följs av reaktionsfasen. Reaktionsfasen kan vara i några veckor och det är inte ovanligt att den drabbade upplever sömnstörningar, aptitlöshet och ångest under den här tiden. När reaktionsfasen är över övergår den i bearbetningsfasen. Bearbetningsfasen innebär att chocken och reaktionerna har klingat av så man istället kan börja bearbeta och försöka förstå det trauma man varit med om. Under bearbetningsfasen kan mycket frågor dyka upp i försök att öka förståelsen över det som inträffat. När traumat väl bearbetats följer nyorienteringsfasen. Nyorienteringsfasen innebär att man nu försöker anpassa sig och förhålla sig till traumat och hitta tillbaka till sitt gamla liv innan traumat utifrån de förutsättningar som traumat kan ha skapat (a.a).

### *Empowerment*

Intensivvårdssjuksköterskan kan använda sig av empowerment för att stödja närstående i den psykiskt påfrestande situationen som det är att ha en anhörig inlagd på intensivvårdsavdelningen (Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005). Empowerment är en process som först delas in i externa och interna resurser där de externa resurserna vidare delas in i intellektuella och emotionella faktorer och de interna resurserna består av kognitiva faktorer hos de närstående. De intellektuella faktorerna har som övergripande mål att närstående ska uppnå en känsla av att stöd erhålls som just närstående. I samma artikel av Johansson et al. (2005) beskrivs att det här kan ske genom att vårdpersonalen bjuder in närstående till att delta, vara nära patienten, dela information angående patientens hälsostatus och att känna att patienten blir vårdad och omhändertagen på ett tryggt, säkert och högkvalitativt sätt. Ytterligare exempel på sådana åtgärder kan vara att de närstående erbjuds läkarsamtal, att de närstående blir bemötta med lugn och professionalitet från vårdpersonalen. I de emotionella resurserna finns faktorer som acceptans och att som närstående bli bemött av vårdpersonal som bryr sig om den närstående och övergripande för de emotionella resurserna är att de närstående blir stöttade som personer. Kognitiva resurser innefattar faktorer kring de närståendes förmågor och möjligheter att lita till sig själva och deras egna strategier i att hantera sin situation. Här är det av vikt att de närstående känner att de har god förmåga att hantera sin situation och vara starka i sig själva (a.a). Genom kunskap och förståelse i



processen Empowerment kan intensivvårdssjuksköterskan verka för att stödja närstående och främja deras interna och externa resurser.

## **Syfte**

Syftet var att belysa faktorer som närstående uppfattar vara av betydelse för deras upplevelse av informationen som ges på intensivvårdsavdelningen.

## **Metod**

En kvalitativ ansats med hjälp av intervjuer har tillämpas vid insamling av data. Intervjuer är samtal med struktur och syfte som går bortom det vardagliga kommunikationsutbytet. Syftet är att nå en djupare förståelse för närståendes livsvärld och upplevelser genom att tolka de beskrivna fenomenen och deras samband. Val av metod har lämpat sig väl då författarna ämnat undersöka upplevelser och den intervjuade getts större frihet att lämna sina synpunkter (Kvale & Brinkman, 2014).

## **Urval**

Ett strategiskt, ändamålsenligt urval, som i detta fall innefattar närstående med erfarenhet av det författarna ämnar undersöka, har tillämpas för att kunna besvara studiens syfte (Kvale & Brinkman, 2014; Malterud, 2009). Muntlig kontakt gällande studiens syfte och genomförande etablerades med verksamhetschef på den utvalda post-IVA-mottagningen och därefter med en intensivvårdssjuksköterska, som agerat mellanhand, anställd på post-IVA-mottagningen. Efter godkännande av verksamhetschefen informerades samtliga närstående, n=13, kortfattat om studiens syfte och tillfrågades om deltagande av intensivvårdssjuksköterskan i samband med deras anhörigas återbesök till post-IVA-mottagningen. Intresserade deltagares kontaktuppgifter samlades i ett slutet kuvert som hämtades på post-IVA-mottagningen av författarna. Författarna kontaktade sedan deltagarna var och en via telefon för ytterligare information om studiens syfte och överenskommelse om tid och plats för genomförande av intervjuer. Närstående som, efter telefonkontakten med författarna, valde att ingå i studien erhöll skriftlig information i form av ett brev med författarnas kontaktuppgifter och en samtyckesblankett vilken returnerades av närstående med närståendes skriftliga samtycke till studien i ett frankerat kuvert.

För att närstående skulle tillfrågas om deltagande skulle patienten ha vårdats på intensivvårdsavdelningen i minst 24 timmar, patienten och närstående skulle vara minst 18 år och behärska det svenska språket. Närstående till avlidna patienter och de under 18 år exkluderades automatiskt. Urvalet av deltagare skedde på intensivvårdsavdelning i södra Sverige under v6-v8 med mål att utföra minst 9 intervjuer. 9 intervjuer ansåg författarna var tillräckligt för att erhålla material som skulle svara mot syftet. Kvale och Brinkman (2014) menar att i intervjustudier vanligtvis ingår mellan plus/minus 10-15 deltagare men att det är kvalitén och inte kvantiteten som är av största vikt.

Av från början 13 potentiella deltagare valde 9 närstående att delta i studien vilket uppfyllde författarnas mål om minsta totala deltagare. Bortfallet bestod av närstående som avböjt deltagande efter telefonkontakt med författarna, närstående som inte svarade i telefon, närstående som var i behov att fundera ytterligare och återkomma som aldrig återkom med besked. Deltagarna som ingick i studien bestod av 3 män och 6 kvinnor med åldersspann mellan 36 – 75år där medianen var 65år. Samtliga deltagares anhöriga hade vårdats på intensivvårdsavdelningen mellan 2-6 månader innan intervjuernas start.

## **Datainsamling**

I syfte att få reda på närståendes upplevelse av information given på en intensivvårdsavdelning genomfördes semistrukturerade intervjuer med hjälp av en egenutformad intervjuguide (bilaga 1) med stöd i litteraturen. En semistrukturerad intervju med en intervjuguide är en uppsättning frågor inom det specifika området som kan variera i ordningsföljd under intervjuens gång samtidigt som nya frågor som dyker upp under intervjuens gång tillåts ställas om de svarar mot studiens syfte (Malterud, 2009). Deltagarna tillåts tala fritt om sin livsvärld där forskarna även ställer följdfrågor i syfte att skapa ett djup i det uppkomna samtalsämnet (Kvale & Brinkman, 2014). Genom en konstruerad intervjuguide kunde författarna försäkra sig om att upplevelser som motsvarade syftet berördes.

Intervjuguiden bestod av inledande frågor i syfte att skapa en avslappnad, bekväm intervju. De inledande frågorna bestod av ålder, relation till den anhöriga, varför och hur länge den anhöriga vårdats på intensivvårdsavdelningen och övergick sedan till 10 fördjupade frågor varav huvudfrågan som ställdes var hur deltagaren upplevde informationen som gavs på IVA. Under intervjuens gång ställdes följdfrågor med syfte att fördjupa eller förtydliga det

uppkomna ämnet men även för att försäkra sig om att författarna uppfattat deltagaren korrekt (Malterud, 2009; Yin, 2013). I de fall där intervjun ändrade riktning såg författarna åter till att rikta in samtalet mot ställda frågan eller det övergripande temat.

Samtliga intervjuer genomfördes på neutral, ostörd plats med båda författarna närvarande under v9-10. Olsson och Sörensen (2012) menar att miljön där intervjuerna genomförs är viktig och ska vara fri från störmoment. Den ska även kunna genomföras utan risk för att obehöriga kan höra det pågående samtalet (a.a) Sex av intervjuerna genomfördes i nära anslutning till post-IVA-mottagningen medan tre intervjuer genomfördes på annan neutral, ostörd plats utanför sjukhusområdet efter överenskommelse med deltagarna. Intervjuerna spelades in på ljudband och gav författarna möjlighet att följa med och visa hänsyn genom hela intervjun. Genom att inte föra anteckningar gavs författarna även möjlighet att observera och bekräfta den närstående (Ejvegård, 2009). Beräknade totala intervjutiden var 30-60 minuter. Den totala inspelningstiden för intervjun varade mellan 15-41 minuter, m=26 minuter, exklusive muntlig information innan påbörjad intervju samt närståendes behov av diskussion efter avslutad intervju. Transkribering av erhållet material gjordes ordagrant tillsammans av författarna.

## **Analys av data**

Som metod för analysen tillämpades kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Innehållsanalysen fokuserar på tolkning av texter eller på att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet (Lundman & Graneheim, 2008). Genom den induktiva ansatsen sker analysen av texten förutsättningslöst vilket i detta fall hade sin grund i närståendes berättelser om upplevelser (a.a). Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan innehållsanalysen vidare genomföras latent eller manifest. Båda innefattar tolkningar av texter men tolkningarna varierar i djup och abstraktionsnivå. Den manifesta innehållsanalysen handlar om att beskriva det som uttrycks i texten, det synliga framträdande innehållet med så låg grad av tolkning som möjligt medan i den latent innehållsanalysen sker en tolkning av den underliggande mening som återkommer i texten som helhet (a.a). Det insamlade materialet bearbetades av författarna med innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) där både manifest och latent analys ingick i resultatet.

I första steget av dataanalysen lyssnade författarna på ljudinspelningen från intervjuerna och transkriberade texten ordagrant. Texten lästes sedan separat ett antal gånger för att uppnå en

helhetsbild och för att reflektera över innehållet i det insamlade materialet. I steg två sökte författarna separat efter meningsbärande enheter för att sedan tillsammans genom diskussion jämföra och korrigera fynden. En meningsbärande enhet är ord, fraser eller längre meningar som hör ihop gällande sammanhang eller innehåll (Lundman & Graneheim, 2008). Texten som inte svarade mot syftet uteslöts automatiskt. I steg tre kondenserades de meningsbärande enheterna vilket innebär att texten kortades ner samtidigt som det centrala innehållet bevarades och inget väsentligt gick förlorat (a.a). I steg fyra abstraherades de kondenserade enheterna till en högre logisk nivå och försågs sedan med en kod. Koden är enligt Lundman och Graneheim (2008) en etikett som kort beskriver enhetens innehåll. I steg fem skrevs koderna ner av författarna på nytt papper och användes som redskap för att åter på nytt reflektera över det insamlade materialet. De jämfördes utifrån likheter och skillnader i textinnehållet och mynnade efter diskussion mellan författarna i tre kategorier. Kategorierna och textmassan i dess innehåll lästes sedan åter av författarna där den underliggande meningen i texten var återkommande och skapade genom den latent analysen det övergripande temat. För att ytterligare tydliggöra hur analysen gått till visas ett exempel ur den manifesta analysen i tabell 1 nedan. Genom att tydligt påvisa hur analysen gått till samt användande av citat ur intervjuerna kan läsaren lättare se tillvägagångsätt och resultat (Lundman & Graneheim, 2008).

*Tabell 1. Exempel ur analysförfarande.*

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
”Det förstod man då eller kanske inte riktigt men man kan inte ta in det, det var jättesvårt och det tog några dagar men man förstod att det hade varit allvarligt.”	Man kan inte ta in allvaret, det tog några dagar.	Begränsad mottaglighet	Perception och mottaglighet
”Det är ju samma människor man pratar med när man kommer och besöker, man kan komma när man vill	Det är samma människor man pratar med när man besöker, man kan komma när man vill.	Tillgänglighet	Perception utifrån process och profession

dygnet runt så jag kan inte klaga på det.”			
--	--	--	--

## **Forskningsetiska avvägningar**

Northern Nurses Federation (2003) har sammanställt fyra etiska principer för omvårdnadsforskning inom Norden. De har sin grund i FN:s deklaration av mänskliga rättigheter och i Helsingforsdeklarationen och är: autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (a.a). Autonomiprincipen tillämpades där varje deltagare gavs friheten att välja om han, hon eller den ville medverka. Utifrån godhetsprincipen strävade författarna efter att göra gott med ny och väsentlig kunskap som kan leda till förbättring och utveckling. Principen att inte skada kom att ha sin grund i respekt för deltagarens integritet och rättvisepincipen uppfylldes genom att urvalet skedde enligt vetenskapliga normer (Olsson & Sörensen, 2012).

Författarna var medvetna att intervjuerna kunde komma att väcka obehagliga känslor hos deltagarna och tog hänsyn till detta. Deltagarna informerades åter att deltagandet var frivilligt och kunde avslutas när det än önskades. I de fall deltagarna valde att fortsätta lyssnade författarna empatiskt men var även beredda att ta pauser, erbjuda ny intervjuetid och hjälp med kuratorskontant om denna skulle behövas. Detta blev aldrig aktuellt under intervjuernas gång.

Deltagarbrev med information om undersökningens syfte, tillvägagångssätt och frivillighet att delta skickades ut. I denna fanns även information om kontaktuppgifter till författarna samt ansvarig handledare på Lunds Universitet. I deltagarbrevet tydliggjordes konfidentialiteten under studien, möjligheten att när som helst kunna avbryta samt att insamlat material kommer hållas inlåst och destrueras efter avslutad undersökning. Allt insamlat material avidentifierades, kodades och presenterad resultat kan inte härledas till enskilda deltagare.

Tillsammans med färdigställd projektplan skickades deltagarbrev och brev med information till verksamhetschef samt intensivvårdssjuksköterskan till vårdvetenskapliga etiknämnden, [VEN], för godkännande. Tillstånd för genomförande av studien med skriftlig tillåtelse efterfrågades sedan hos verksamhetschefen efter godkänd projektplan.

## Resultat

Nio stycken intervjuer genomfördes med närstående vars anhöriga hade vårdats på intensivvårdsavdelningen. Efter genomförd analys framkom tre tydliga kategorier: *Perception och mottaglighet*, *Perception utifrån process och profession* samt *Perception utifrån egenskap och person*. Ett övergripande tema kunde ses som en röd tråd genom de tre kategorierna, det övergripande temat är *trygghet*.

### Trygghet

Trygghet kunde ses som ett övergripande tema som genomsyrade alla tre kategorierna. Tryggheten kunde både upplevas som bristande med oro, svagt förtroende och misstro för vårdpersonalen, för de närstående. Känslan av trygghet kunde också vara hög med stort förtroende för personalen i deras vård och behandling av patienten, känsla av att som närstående bli väl omhändertagen och att få svar på sina frågor. Genom att erhålla en för de närstående adekvat information och när de själva kunde se att deras anhörige fick en god omvårdnad ökade förtroendet för personalen. Det var av stor vikt att de närstående kände att personalen tydligt uttryckte sitt ansvar och engagemang, både för patienten men också för de närstående. Personalens lugn kring deras anhörig förhöjde känslan av trygghet hos närstående.

Tryggheten skiftade och författarna kunde se i kategorierna att de negativa beståndsdelarna av kategorierna mynnade ut till en bristande trygghet och minskat förtroende hos de närstående. Däremot de faktorer som gav de närstående en positiv upplevelse fick dem också att känna sig mer trygga på intensivvårdsavdelningen.

### Perception och mottaglighet

I den här kategorin beskrivs hur de närstående upplevde att de i det akuta skedet inte hade förmåga att ta till sig informationen som gavs på intensivvårdsavdelningen. De närstående beskrev att de skiftade i sin mottaglighet beroende på var de befann sig i sin krisreaktion. I det akuta skedet, exempelvis när patienten precis kommit till intensivvårdsavdelningen, var det närstående som beskrev att de inte kunde ta in informationen som personalen gav. Det, trots

att det inte var svårförståelig information. De beskrev det som att de inte hörde allt som personalen informerade om och att budskapet och innebörden i informationen gick dem förbi. Ovissheten hängde över dem.

*”det är ju det här med varseblivning, det bara krymper och krymper...till sist ser man bara smalt...” [6]*

Närstående beskrev hur mottagligheten till en början var mycket begränsad. De kunde endast ta in en liten del av informationen som gavs och att de snabbt glömde vad som sagts. De närstående efterlyste i detta skede endast kort och enkel information som var relevant för dem.

*”det primära var att de hade räddat livet på henne...”*

*”när man får info är där annat som snurrar runt i huvudet, jag fladdrar iväg...han pratar vidare och jag uppfattar inte...” [7]*

Allteftersom de närstående bearbetade den kaotiska situationen vidgades förmågan till mottaglighet och även förmågan att bearbeta samt hantera informationen. När begränsningen förändrades så kunde de närstående ta till sig mer detaljerad information från personalen. Dock beskrev de närstående att under den här tiden gick mycket utav informationen förlorad. Pusselbitarna föll på plats senare, först efter att den första chocken ebbat ut och lagt sig. Känslan av att endast kunna minnas för stunden var återkommande och de närstående upplevde ha tappat information längs med vägen i sin krisreaktion.

Närstående berättar att allvaret kring deras anhörig sjönk in först efter att den första chocken hade lagt sig. I det här skedet beskrev närstående att de tog till sig informationen bättre om de hade någon form av stöd när informationen gavs. Exempel på sådant stöd kunde vara att närstående tog med sig sina barn eller någon annan nära vän/ familjemedlem etc. De beskrev det som att man var olika mottagliga för informationen som gavs av personalen och att man senare kunde komplettera varandra för att få en helhetsbild. Den här strategin var framträdande vid inbokande läkarsamtal då mer information och vidare planering för fortsatt intensivvård och medicinsk behandling skulle ges till närstående.

*”jag har alltid haft stöd av barnen, de har hört saker som jag inte uppfattat...” [6]*

Muntlig information dominerade enligt de närstående; via telefon och/eller ansikte mot ansikte, både i samband med att patienten ankom till intensivvårdsavdelningen och när de närstående kom på besök på avdelningen. Skriftlig information förekom främst genom förtryckt broschyr med allmän information om hur det kan vara att ha en nära anhörig på intensivvården men också via patientens dagbok som personalen skrev en del i. Patientdagboken gav de närstående en möjlighet att läsa vad som hade hänt under dagen och i ett senare skede läste närstående i vissa fall dagboken även för patienten. Dock uttryckte de närstående att de inte hade ro att läsa den skriftliga informationen och det var först senare som de närstående hade ro att gå tillbaka och läsa den.

De närstående beskrev förutom sin skiftande förmåga till mottaglighet också hur personalen hade förmåga att informera på ett väl anpassat sätt utifrån var de närstående befann sig i sin mottaglighet och krisreaktion. Personalen beskrevs som goda människokännare som kände av vad de närstående behövde för information och om de närstående inte fick tillräcklig information eller inte förstod.

## Perception utifrån process och profession

Kategorin tar upp de faktorer som närstående kopplade till personalens professionalitet och förmåga att möta och/eller bemöta de närstående. I kategorin framkommer både positiva och negativa faktorer som påverkade närståendes förtroende för personalen.

Positiva faktorer avseende personalens professionalitet hade med ett gott och vänligt bemötande att göra. Det var av betydelse att personalen var tillmötesgående och förtroendeingivande för närstående. De beskrevs som varma och omtänksamma i sitt bemötande med förmåga att se den enskilda individen. Närstående beskrev att personalen även hade förmåga att bedöma vilken information som skulle ges. Denna information kunde anpassas efter de närståendes behov och personalen hade förmåga att justera informationssättet beroende på var de närstående befann sig i sin mottaglighet och krisreaktion.



*”de kände av att nu är hon för stirrig....” [8]*

*”nu är det extra känsligt och sen... nu kan vi gå fram och prata, det kändes att de som jobbade där var på rätt plats” [8]*

Informationen som gavs upplevdes vara samlad och personalen kom inte med olika besked som kunde förvirra de närstående. En tydlig linje hölls genom informationens gång och de närstående beskrev det vara av stor vikt och uppskattade även att få en så rak, konkret och ärlig information som möjligt även om denna kunde ha en mer negativ klang. Rak information uppskattades inte bara utan värderades högt av de närstående. Situationen upplevdes mer hanterbar om personalen var extra tydlig i sin kommunikation och information. Närstående uppgav att informationen kring exempelvis given behandling och dess effekter gav stor tillfredsställelse även om deras anhörig inte alltid hade effekt av den givna behandlingen. Trots att personalen inte alltid kunde förklara varför deras anhörig inte svarat på behandling kände inte de närstående misstro utan tvärt om mer tilltro då de kunde föra en ärlig kommunikation.

*”man kan räkna med förbättringar, men också med bakslag, där har läkaren varit tydlig, och han kunde ju inte lova någonting” [4]*

Närstående berättade att personalen försåg dem med kontinuerlig information. I de fall där personalen inte kunde besvara eller tillmötesgå frågor återkopplade de i senare skede eller försågs sig om att kompletterande information gavs av annan personalkategori, exempelvis läkare med olika specialistkompetens. Det här professionella förhållningssättet ökade närståendes förtroende för personalen och gav de närstående en känsla av tillfredsställelse.

*”de gav ett vänligt bemötande och svarade på alla konstiga frågor man hade” [8]*

Personalens tillgänglighet värderades högt av närstående. De upplevde att personalens lugna tillvägagångssätt ingav förtroende och ett inre lugn hos dem själva. Oavsett den kaotiska situation de befann sig i med anhörig som vårdades på IVA hade personalens lugna och harmoniska arbete en lugn inverkan på den närstående. Närstående berättar även att det gav en känsla av trygghet när personalen jämt var närvarande.

*”de inger ett lugn fast jag inte har all information för jag kände att de är lugna och trygga och kunnande i sitt arbete vilket gav mig lugn” [3]*

De faktorer som de närstående upplevde negativt från personalen handlade mestadels om det personalen omedvetet utstrålade med sitt kroppsspråk. Närstående tog upp att de uppfattade hur personalen satt som på nålar redo för att när som helst rusa vidare till andra patienter eller för att fortsätta sitt arbete. De beskrev även att personalen kunde utstråla en känsla av negativitet kring patientförloppet vilket gjorde att de närstående uppfattade det som att personalen redan hade bestämt sig för att det inte skulle gå att rädda patienten. I enstaka fall förekom även en mer nonchalant utstrålning från personalens sida där närstående kände sig osäkra kring omhändertagandet av deras anhörig. Den nonchalanta utstrålningen kunde ta sig uttryck genom att personal inte hade läst igenom patientens journal innan eller att personal gav nonchalanta och oengagerade svar på närståendes frågor.

Det här negativa bemötandet märktes tydligt av närstående och i vissa fall upplevde de närstående att det inte erhöll adekvat information alls för dagen. Känslor som oro och otrygghet förstärktes och förbättrades inte när närstående efterfrågade mer information och bemöttes av personal som inte uppvisade engagemang. Bristen på engagemang från personalen beskrevs av närstående öka på och förhöja den känslomässiga påfrestningen de redan gick igenom. Vidare förstärktes den känslomässiga påfrestningen när informerande personal inte hade läst in sig på patienten eller endast kunde ge information i det specialitet de var inom.

Närstående uppgav att de särskilt sökte trygghet i personal som arbetade kring deras anhörig. Den personal de kände sig mest trygga med var den personalen som visade på engagemang och förståelse för närståendes livsvärld. De beskrev att i det skedet deras anhörig vårdades på IVA kände de sig trygga att veta att enstaka personal de fattat tycke för tog hand om deras anhörig. Närstående beskrev att viss personal bidrog till att de kände sig mer nöjda och tillfredsställda.

*”det är lite grann med personkemi också, man känner mer förtroende för vissa” [8]*

## Perception utifrån egenskap och person

Den sista kategorin utgår ifrån de närståendes känslor inför att befinna sig i den kaotiska situationen att ha en nära anhörig på intensivvårdsavdelningen samt deras egna förmågor och strategier för att hantera sin situation.

Närståendes egen förmåga och egenskaper att hantera den påfrestande situationen som IVA-vården medförde var av stor betydelse. Närstående kunde vara mer passiva i sitt sökande av information. De nöjde sig med den information som personalen gav och hade inte något direkt utpräglat behov av att ställa ytterligare frågor även om möjligheten fanns. De kände att deras behov av information blev tillgodosett av personalen och upplevde situationen på en mer hanterbar nivå.

*”jag saknade ingenting, jag hade det under kontroll, kände mig trygg, jag var inte så orolig”*  
[5]

I den här kategorin ingår även närstående som inte riktigt vågade ställa frågor med risk för att vara i vägen. De förklarar att de inte riktigt vågade fråga för att känslan att vara till last dominerade. Närstående som inte hade möjlighet att besöka sina anhöriga ofta gav istället själva förslag på tid de kunde ringa och få mer information. Detta beskriver närstående verkade uppskattas både av personalen och dem själva. Informationen upplevdes mer strukturerad och tillfredsställde den närståendes behov vilket också underlättade för närstående när de själva skulle förmedla given information vidare till övriga familjemedlemmar.

*”jag kunde ringa när som helst och fick så småningom en rutin”* [5]

*”jag kunde hela tiden ge bra info till de som frågade eftersom jag fick bra info själv”* [5]

Sedan fanns det närstående som antog en mer aktiv roll i sökandet av information. De ställde frågor till ansvarig personal och aktivt efterfrågade och delgav önskemål om läkarsamtal. De beskrev hur de vågade fråga i de fall de upplevde avsaknad i redan given information och berättade även att de alltid fick svar när de ställde frågor till personalen. De närstående som antog en mer aktiv roll beskriver tvåvägskommunikationen mellan dem själva och personalen

som välfungerande. I det stora hela kändes atmosfären välkomnande. Närstående kände sig fria att ringa när som helst och fråga om deras anhörigas hälsotillstånd.

Närstående beskriver samtidigt förståelsen för personalens hektiska situation på IVA och det ständiga arbetet kring deras anhöriga.

*”jag tycker ändå att man har tagit sig tid sen att man får vänta någon timme det köper jag”*  
[9]

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa faktorer som närstående uppfattar vara av betydelse för deras upplevelse av information som gavs på intensivvårdsavdelningen. Genom att en kvalitativ metod tillämpades kunde närståendes upplevelser och erfarenheter stå i fokus (Kvale & Brinkman, 2014; Malterud, 2009; Yin, 2013). Att undersöka upplevelser och erfarenheter med en kvantitativ metod hade inte uppfyllt studiens syfte då den närstående enskilt inte hade tillfrågats att beskriva sin upplevda livsvärld (Yin, 2013). En kvantitativ metod utgår dessutom oftast ifrån strukturerade frågeställningar för att få fram ett statistiskt svar (a.a). Författarna ämnade undersöka upplevelser och genom kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod fick författarna även möjligheter att ställa följdfrågor och ge närstående utrymme att prata om relevanta ämnen för studien. Detta gav en möjlighet för djupare beskrivning av deras upplevelser samtidigt som nyttig information framkom vilken troligtvis inte hade framkommit om en kvantitativ metod hade tillämpats (Kvale & Brinkman, 2014).

I urvalsprocessen har ett strategiskt urval tillämpats av författarna vilket innebär att deltagarna har upplevelser och erfarenhet av det som ämnats studeras (Kvale & Brinkman, 2014; Malterud, 2009). Närstående som är informanter i vår studie har alla en sådan erfarenhet. Till författarnas förfogande var intensivvårdssjuksköterskan som agerat mellanhand behjälplig i urvalsprocessen vilket författarna anser ha varit bra då det inte satts en viss press på den närstående att delta i studien. Med detta sagt menar författarna att i det direkta personliga mötet och muntliga tillfrågandet kan situationen upplevas pressande av närstående att ingå i studien.

Som tidigare nämnt i metodavsnittet menar Kvale och Brinkman (2014) att ingen direkt siffra är relevant att sätta för antal informanter som borde ingå i en kvalitativ intervjustudie. Detta avgörs av författarna själva efter deras fyllighet i det insamlade materialet som leder till resultatet (a.a). Författarna ansåg det vara fullt tillräckligt med nio informanter då mättnad i resultat upplevs ha uppnåtts fast nio deltagare är ett relativt begränsat antal. Återkommande ämnen togs upp av närstående redan efter tredje genomförda intervjun. Vidare menar författarna även om mättnad och fyllighet i det insamlade materialet uppnåddes är det osäkert om fler informanter inte hade kunnat bidra till ett fylligare resultat. Informanterna varierade i ålder och kön vilket också anses av författarna vara en styrka tillförd resultatet. Huruvida resultatet kan ha påverkats av att flertalet deltagare var kvinnor kan ingen veta men vidare kan diskuteras om resultatet hade blivit mer likartat om fler män hade ingått i studien.

Författarnas val av semistrukturerade frågor hade sin grund i studiens syfte och författarna såg sin egenutformade intervjumall som en styrka för att erhålla adekvata svar. Intervjumallens inledande frågor upplevde författarna fungerade väl som en inledningsfas/öppningsfas till djupare frågor. En annan fördel och styrka till studien anser författarnas vara huvudfrågan vilken möjliggjorde att riklig information gavs av närstående runt ämnet. Författarna upplevde dessutom alla informanterna som trygga och öppna med sina upplevelser vilket författarna även ansåg gav dem en chans att bearbeta den upplevda situationen under intervjuens gång. Genom att intervjuerna spelades in på band gavs informanterna författarnas fulla uppmärksamhet som ytterligare sågs som en styrka då informanten ytterligare sporrades till att öppna upp och prata livligt om sin livsvärld. Den inspelade intervjun var en fördel för författarna i analysprocessen med styrkan att inget väsentligt gick förlorat och har därmed bidragit till en högre kvalitet (Ejvegård, 2009; Graneheim och Lundman, 2004). En annan upplevd styrka med intervjuerna var inte endast de nyanserade beskrivningar närstående gav av sin livsvärld utan även att författarna gavs möjlighet att uppfatta närstående kroppsspråk och känslor fortlöpande. Dessa styrkor förespråkar både Kvale och Brinkman (2014) och Graneheim och Lundman (2004) och menar även att författaren delges bilder av en mångfald. Nackdelen med att spela in intervjuerna på ljudband anses kunna vara hämmande för informanten att delge sin livsvärld (Ejvegård, 2009) men detta var inget förekommande bekymmer i studien. Vidare för att motivera varför författarna ansåg semistrukturerade frågor relevanta var för att enbart öppna frågor hade gett utsvävande breda svar med mycket material

att bearbeta medan helt strukturerade frågor hade haft en motsatt effekt med för snäva svar som inte hade besvarat studiens syfte (Kvale och Brinkman, 2014).

Kvalitativ innehållsanalys av intervjutexten (Graneheim & Lundman 2004) tillämpades för att belysa likheter och variationer i det insamlade materialet. Författarna ansåg denna analysmetod lämplig då den är framtagen för att kunna hantera stora mängder data (Lundman & Graneheim 2008). Författarna ansåg det vara en styrka att hela analysprocessen gjorts tillsammans steg för steg. Genom att författarna utförde alla intervjuer tillsammans kunde materialet transkriberas snabbt vilket låg som grund för den fortsatta analysprocessen och är att föredra enligt Kvale och Brinkman (2014). Genom diskussioner under analysens gång samt att författarna ett flertal gånger återgick till den ursprungliga texten främjades en cirkulär analysprocess i syfte att inget relevant utelämnades i processen.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) diskuteras trovärdigheten i kvalitativa studier genom tillförlitlighet, giltighet samt överförbarhet. Ett sätt att visa på tillförlitlighet är att visa hur analysen av det insamlade materialet har gått till (a.a). Författarna i studien styrker detta genom tydlig beskrivning av hela metoden och specifikt genom exempel på analysförfarande som illustreras i tabell 1. Ett annat sätt som även påvisar trovärdigheten är att lyfta fram citat från informanterna vilket också har gjorts av författarna i studien. Förförståelse tas upp av Graneheim och Lundman (2004) kunna äventyra trovärdigheten eftersom denna kan sätta sin prägel på analysen. Den utebliven förförståelse har snarare setts som en styrka i studien då författarna inte haft mycket erfarenheter inom undersökningsområdet som kunde påverka analysen. Studiens giltighet kan styrkas genom variation av erhållet material genom deltagarna. Materialet i studien har inhämtats från både män och kvinnor med stort åldersspann vilket möjliggjort att området belysts utifrån olika erfarenheter.

Studiens metod är väl beskriven av författarna med urval, datainsamlingsmetod och analysprocess vilket enligt Lundman och Graneheim (2008) skapar förutsättningar för en viss överförbarhet av tillvägagångssätt (a.a). Om studien är överförbar till andra grupper eller situationer är dock upp till läsaren själv att bestämma (Graneheim & Lundman 2004). Möjligheterna i tillvägagångssättet stöds utav författarna samtidigt som författarna anser att överförbarhet av studiens resultat inte går att tillämpa helt men till en viss del då upplevelser är subjektiva.

Vidare nämnvärt är att svagheterna med studien är författarnas bristande erfarenhet av att genomföra intervjuer vilket till en viss del hade kunnat avhjälpas genom att testintervjuer genomfördes. På det sättet kunde författarna övat på följdfrågor som var mer relevanta och kunde ställas samt utvärdera frågorna i intervjumallen. Trots detta inte gjordes anser författarna att frågorna var relevanta och utförde intervjuerna bättre och bättre allt eftersom. Författarna hade dessutom hjälp av varandra då en reflektion fördes efter varje avslutad intervju som bidrog till förbättring och en bättre struktur inför nästa intervju. Vidare vill författarna även lyfta fram att även om minimal förståelse förekom kunde analysprocessen ändå ha påverkats genom författarnas egna tolkningar.

## **Resultatdiskussion**

Den enskilde närståendes känslotillstånd är avgörande i hanteringen av den påfrestande situationen med att ha en anhörig inneliggande på IVA och allt vad det kan innebära för den närstående. De närståendes känslotillstånd kunde antingen förstärkas och främjas genom positiva faktorer men även negativa faktorer kunde förstärkas och därigenom missgynna de närståendes upplevelse. Det, helt beroende på personalens sätt att informera på. Närstående tar inte enbart upp den rena informationen utan även vad som sägs och förmedlades via personalens attityder och kroppsspråk. Resultatet i den här studien bekräftar och återspeglar delar av den forskning som finns tillgänglig sedan tidigare. Närstående har visat sig ha ett stort behov av att erhålla information och svar på sina frågor även om det inte finns något nytt att tillägga eller ens svarade på deras frågor. Att inte bli bemött i sina frågor och funderingar av sjuksköterskan kan istället öka närståendes stress och känslomässiga påfrestning (Ågård & Harder, 2007). Det har även visat sig att närstående känner sig mindre nöjda och tillfreds med informationen beroende på vissa praktiska förhållanden kring sättet och situationen i vilken informationen gavs på. Personalen på IVA har ofta flera patienter att vårda vilket gjorde att personalen inte alltid upplevdes som tillgänglig för närstående när de ville tala med och erhålla information från personalen (Carlson et al., 2015). Närstående som inte har resurser att förstå osäkerheten och komplexiteten i vård och behandling av livshotande sjukdom kan uppleva det som att personalen inte har tid att förklara för de närstående om vad som händer med deras anhörig som vårdas på IVA. Närstående kunde uppfatta det som att personalen hade ett undvikande och nonchalant beteende jämfört med dem (a.a). I föreliggande studie tar närstående upp nonchalant attityd och kroppsspråk som någonting mycket negativt för deras helhetsupplevelse av informationen och som i sin tur skulle påverka deras förtroende för

berörd personal. Dock har närstående i tidigare forskning beskrivit sjuksköterskornas förmåga att ge information som mycket god och att närstående värdesätter den här förmågan högt. Sjuksköterskorna värdesattes för sina kunskaper och sättet att möta de närståendes behov och att särskilt erhålla information utan att ha frågat efter den värdesattes av närstående (Jamerson et al., 1996).

Kategorierna i föreliggande studien kan ses enskilt men också sammanlänkade till varandra. Faktorer som togs upp i en kategori kunde påverka upplevelserna som framkom i de andra kategorierna. Upplevelsen av mottaglighet kunde förbättras om personalen visade förståelse och de närstående själva upplevde sig ha strategier för att hantera situationen. Kategorin som tog upp de närståendes skiftande upplevelse av mottaglighet sammankopplas till krisreaktionen. Upplevelsen av att inte kunna ta in vad som händer, att bara se smalt framför sig och att bara befinna sig här och nu kan tolkas och kopplas samman till chockfas och reaktionsfas i krisreaktionen (Cullberg, 1999). Att som närstående drabbas av känslomässig stress, oro och frustration över situationen på intensivvårdsavdelningen och given information har tidigare också visats och beskrivits som negativ för närstående och deras förmåga att förstå information (Carlson et al., 2015).

När de närstående upplever en mycket begränsad mottaglighet, kan det vara för att de befinner sig i sin chockfas. De har precis ankommit till intensivvårdsavdelningen, patienten är svårt sjuk och det råder ovisshet kring om patienten kommer att räddas. Hela den närståendes livsvärld har i ett ögonblick vänts upp och ner. Efterhand som de närstående kommer ur chockfasen och mer börjar reagera på vad som hänt kan man se att de långsamt börjar bredda sin mottaglighet. De närstående beskriver att de bara minns för stunden vad som sagt och att de upplever förlora stor del av informationens innehåll vilket kan tolkas till att de just nu är mitt uppe i en reaktiv process av sin kris och att de inte klarar att ta in all information som ges. Därefter kunde författarna se hur de närstående kom in i sin bearbetningsfas. Här visade de närstående på mångfacetterade känslor och upplevelser men också på olika egenskaper och strategier för att hantera, bearbeta och förstå det som händer (Cullberg, 1999). Mottagligheten har breddats och de kan nu ta in och hålla kvar informationen i minnet. Chocken och reaktionen har klingat av och de försöker nu finna sig till rätta i kaoset med att ha en anhörig inneliggande på intensivvårdsavdelningen. Närstående visar att de utvecklade olika förhållningssätt och strategier för att hantera situationen. De kunde vara allt ifrån att ställa sig passiv och inte fråga så mycket till att ställa mycket frågor, självständigt komma med förslag



angående tid för läkarsamtal och att hitta rutiner för att ringa till avdelningspersonalen. De närstående utvecklade sofistikerade strategier i att vidarebefordra information inom familjen och att komma överens vem som ska ringa till avdelningen i tur och ordning. De såg också till att ha någon med sig vid läkarsamtal för att försäkra sig om att ingen information gick förlorad. Stöd inom familjen har visat sig vara viktigt för att de närstående ska kunna hantera kaoset de befinner sig i (Wåhlin et al., 2009). Cullberg (1999) skriver att hur väl en kris löses och bearbetas beror mycket på den yttre livssituation som den drabbade befinner sig i då krisen utlöses och under tiden som krisreaktionen fortlöper. Har den drabbade stöd under krisens gång fortlöper krisbearbetningen smidigare för den drabbade och kontroll återfås över situationen.

Burr (2001) skriver att intensivvårdssjuksköterskor är medvetna om och kan identifiera närståendes oro inför vad som händer på intensivvårdsavdelningen.

Intensivvårdssjuksköterskorna har också kunskap kring hur närstående kan ta till sig information och sköterskorna har förmåga att anpassa information och upprepa den om så behövdes. Just egenskaper och karaktärsdrag som beskriver sjuksköterskans goda kunskaper, färdigheter och kompetens, organisatoriska förmåga, attityder samt resons på närståendes fysiska och psykiska behov verkar vara av stor vikt för de närstående och har beskrivits sedan tidigare (Jamerson et al., 1996). Som intensivvårdssjuksköterska kan det vara till stor nytta att ha breda kunskaper kring hur krisreaktionens faser kan te sig i mötet med närstående på intensivvårdsavdelningen. Om man som intensivvårdssjuksköterska har ytterligare vetskap om hur krisreaktionen kan se ut kan man också stötta de närstående och främja deras positiva upplevelser av information och tiden på intensivvårdsavdelningen.

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen mot intensivvård ålägger intensivvårdssjuksköterskan att just ha kunskaper kring bemötande och information. Intensivvårdssjuksköterskan ska ha förmåga att visa respekt jämt mot närstående, samt verka för att stödja och interagera dem i vården. Sjuksköterskan som verkar inom intensivvården är också ålagd att besitta kunskaper i hur kriser och sorgereaktioner kan hanteras samt hur sjuksköterskan kan stödja copingstrategier för närstående (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Närstående beskrev hur de satte värde på professionellt och vänligt bemötande, gott bemötande var viktigt för närstående. De kände att de vågade fråga personalen även om närstående beskrev att de kände att frågorna de ställde till personalen kanske var konstiga. Genom att ha ett gott bemötande

gentemot de närstående kunde de känna sig stöttade av personalen på IVA. Men när personalen istället uttryckte stress, okunskap och utstrålade negativitet med sitt kroppsspråk blev de närstående osäkra, oroliga och fylldes av misstro för personalen. Att som närstående bli bemött av personal som är otrevlig, ointresserad och som har en nonchalant attityd och inställning beskrivs som mycket negativt (Wåhlin et al., 2009; Jamerson et al., 1996).

De faktorer som belyses i kategorin "*perception utifrån process och profession*" kan vara en del i en kunskapsbank som sjuksköterskan kan ha nytta av i mötet med närstående på intensivvårdsavdelningen. Tydligt kan man se vad de närstående upplevde som positiva faktorer och vad de upplevde som negativa faktorer i interaktionen med personalen. Det ger kunskap i hur närstående kan uppleva, hur de kan se på personalens professionalitet och hur det kan påverka närstående att antingen få en positiv upplevelse eller en negativ upplevelse av informationen, förtroende för och interaktion med vårdpersonalen. Dessa kunskaper kan sammanlänkas till sjuksköterskans möjligheter att använda Empowerment i sitt stöd till närstående på intensivvårdsavdelningen (Johansson et al., 2005). Genom kunskaper kring de komponenter som utgör begreppet Empowerment kan sjuksköterskan använda sig av det i en stödjande process kring de närstående. Sjuksköterskan kan använda sig av delar i Empowerment för att stödja de närstående som just närstående men också som person och genom det hjälpa närstående att finna stöd i sig själva.

I kategorierna kan författarna se delar av komponenterna som ingår i Empowerment, exempelvis tog närstående upp vikten av att kunna ringa avdelningen när som helst, att bli bemött vänligt och professionellt samt att närstående uppfattade att personalen hade fingertoppskänsla i att känna av situationen. Att befinna sig i en vårdande och välkommande atmosfär på intensivvårdsavdelningen har uttryckts vara av stor vikt för närståendes känsla av Empowerment enligt en studie avseende just närstående och Empowerment (Wåhlin et al., 2009). Närstående som deltog i den studien identifierade faktorer som ökade deras känsla av Empowerment men även faktorer som minskade denna känsla. Att erhålla kontinuerlig, rak och ärlig information i en vårdande atmosfär på intensivvårdsavdelningen fick närstående att känna sig stärkta genom Empowerment. Negativa faktorer som hårdhänt personal, ointresse och brist på engagemang samt nonchalans fick de närstående att känna sig illa till mods. Värt att notera är att de närstående inte sa ifrån till personal som betett sig illa men de registrerade den känslan de fått (a.a). Dessa fynd i studien kan sammankopplas till de negativa faktorer som påverkade närstående i den här studien.

## Konklusion och implikationer

Den här kvalitativa intervjustudien hade som syfte att belysa faktorer som närstående till patienter som vårdats på intensivvårdsavdelningen uppfattade som av betydelse för deras upplevelse av informationen som ges på intensivvårdsavdelningen. De närstående tog upp faktorer som gav dem både positiva och negativa upplevelser och dessa faktorer kunde kopplas samman till tre kategorier med ett övergripande tema. De närstående beskrev att de positiva upplevelserna fick de att uppleva en större känsla av trygghet medan de negativa faktorerna istället gav närstående känslor som oro, svagt förtroende och misstro gentemot personalen och därmed känsla av otrygghet.

Empowerment kunde kopplas till studiens resultat och genom kunskap kring funktionerna i Empowerment kan sjuksköterskan verka stödjande för de närstående. Slutsatsen blir att närstående uppfattar flertalet positiva och negativa faktorer och att dessa påverkar deras upplevelse av informationen som personalen ger på intensivvårdsavdelningen. Den här upplevelsen kunde i sin tur, antingen skänka de närstående en större känsla av trygghet eller en lägre känsla av trygghet. Sjuksköterskan kan verka för att förstärka dessa faktorer både positivt och negativt.

Det är av stor betydelse för personal verksam inom sjukvården att ha kunskap och förståelse inför närståendes upplevelse av information. Studien som genomförts kan också glänta på dörren kring kunskaper avseende närståendes behov och deras möjligheter att hantera och finna strategier i den kaotiska situationen. Den kris som de närstående ställs inför påverkade deras mottaglighet för information och det är av stor vikt för sjuksköterskan att ha breda kunskaper om krisreaktionens funktioner och begränsningar i mottaglighet för att på så vis anpassa sitt sätt att informera ytterligare utifrån var närstående befinner sig i sin mottaglighet och krisreaktion.

Fler studier i ämnet hade varit av vikt för att ytterligare bredda kunskapen och förståelsen i bemötande och interaktion mellan vårdpersonal och närstående inom intensivvården. Fortsatt forskning kan förhoppningsvis leda fram till hur som vårdpersonal bemöta, interagera med och anpassa information till närstående på intensivvårdsavdelningen.

## Referenser

- Burr, G. (2001). *Reaktioner och relationer i intensivvård – närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlson, E. B., Spain, D. A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Macia, K. S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, 30, 557-561.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri- i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ejvegård, R. (2009). *Vetenskaplig metod*. (4. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Engström, Å., & Söderberg S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 299-308.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Jamerson, P. A., Scheibmeier, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Kuckelman Cobb, A. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 25(6), 467-474.
- Johansson, I., Fridlund, B., & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical care*. 10 (6).
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, A., & Rubertsson, S. (2012). *Intensivvård*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Lind, R., Lore, G. F., Nortvedt, P., & Hevroy, O. (2011). Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. *Intensive Care Med*, 37, 1143-1150.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I M. Granskär & B. Höglund (Red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.

- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2012). *Forskningsprocessen*. (3. rev. och utök. uppl.). Stockholm: Liber.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård, & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen, .2004. Terminologibank. Hämtad 16 december, 2015, från <http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?ftid=272>
- Socialstyrelsen, .2005. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnr 2005-105-1 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) publicerad februari 2005.
- Svenska Intensivvårdsregistret. (2014) Årsrapport 2014 - Sammanfattning, analys och reflektioner. Hämtad 12 oktober, 2015, från [http://www.icuregswe.org/Documents/Annual%20reports/2014/Analyserande\\_arsrapport\\_2014\\_final.pdf](http://www.icuregswe.org/Documents/Annual%20reports/2014/Analyserande_arsrapport_2014_final.pdf)
- 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.
- Wåhlin, I., Ek A. C., & Idvall, E. (2009). Empowerment from the perspective of next to kin in intensive care. *Journal of Critical Nursing*, 18, 2580-2587.
- Yin, R.K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.

# Närståendes upplevelse av information given på en intensivvårdsavdelning

## Intervjuguide

### Inledande frågor

- Hur gammal är du?
- Vilken relation har du till patienten?
- Varför kom din närstående till IVA?
- Hur länge vårdades din närstående på IVA?

### Fördjupande frågor

- Fick du tillräcklig information om varför din närstående kom till IVA?
- Hur upplevde du informationen som gavs på IVA?
- Vem gav informationen?
- Hur och hur ofta fick du ta del av din närståendes hälsostatus?
- Varierade informationen mellan personalen?
- Fick du informationen vid rätt tillfälle?
- Fick du informationen muntligt eller skriftligt?
- Hade du föredragit ett annat sätt att få informationen på?
- Var informationen tillräcklig?
- Finns det någonting du saknade?

### Följdfrågor

Följdfrågor kommer att ställas för att fördjupa och förtydliga det uppkomna ämnet.