

Et samarbeid mellom dem og oss
Sykepleieres opplevelse av å være i interaksjon med pårørende i intensivavdelingen.

Gro Frivold

Veileder
Bjørg Dale

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

Universitetet i Agder, [2011]
Fakultet for helse og idrettsvitenskap
Institutt for helse og sykepleievitenskap

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har for meg vært en krevende og utfordrende prosess. Når jeg i skrivende stund blir nødt til å si meg ferdig, er det med en følelse av uvirkelighet og tilfredshet på samme tid. Prosessen med tilegnelse av en mengde nye kunnskapsformer parallelt med krav om selv å utforme et selvstendig produkt har vært utrolig krevende. Det har i den sammenheng vært av uvurderlig betydning at jeg hele tiden har blitt støttet og oppmuntret av mennesker rundt meg.

Først vil jeg takke dere fantastiske intensivsykepleiere som så villig delte deres opplevelser og erfaringer rundt interaksjon med pårørende. Dere la grunnlaget for forskningsprosjektet og synliggjorde en rekke viktige fenomener i praktisk utøvelse av sykepleie.

Jeg er også svært takknemlig for all den hjelp og støtte jeg har fått fra min veileder Førsteamanuensis Bjørg Dale ved Universitetet i Agder. Hennes grundighet og faglige klokskap gjorde at jeg stadig lærte nye måter å møte utfordringene i forskningsprosessen på. Hun viste samtidig en ekte interesse og var aktivt med i hele prosessen. Takk for all konstruktiv kritikk og oppmuntring som har vært av uvurderlig betydning for studien slik den nå fremstår.

Helt fra jeg begynte tankeprosessen rundt masterstudiet har jeg hatt støtte og omtanke fra gode venner og min nærmeste familie. Mine foreldre, som begge er sykepleiere har vært engasjerte samtalepartnere, og har alltid hatt tro på meg og støttet mine valg. Tusen takk til gode kollegaer ved intensivavdelingen i Arendal som har vist interesse og oppmuntret meg. Takk til nære venner som har vært støttende hele veien, og ikke minst takk Mari, Jonas og Håvard for all tålmodighet når mamma var i ”en annen verden”.

En spesiell takk til min mann Øystein, som hele tiden har oppmuntret meg og vært tålmodig og behjelpelig med mange praktiske tilrettelegginger i hverdagen. Ikke minst stadig teknisk assistanse i forbindelse med datatekniske oppgaver.

Tusen takk til dere alle!

Grimstad 5.5.2011

Gro Frivold

Innholdsfortegnelse

1 0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema:	1
1.2 Pårørendes rettigheter og sykepleierens ansvar	1
1.3 Intensivavdelingen: kontekst for studiens deltakere	2
1.4 Tema og forskningsspørsmål	3
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	3
2.1 Tidligere forskning	3
2.1.1 Relasjoner i intensiv omsorg	3
2.1.2 Pårørendes og pasientens perspektiv	4
2.1.3 Sykepleieres perspektiv	4
2.2 Interaksjonell sykepleiepraksis	6
2.2.1 Handlemåter i interaksjonell sykepleiepraksis	7
<i>Kognitiv/ instrumentell handlemåte:</i>	7
<i>Estetisk/ ekspressiv handlemåte:</i>	8
<i>Moralsk/ praktisk handlemåte:</i>	8
2.2.2 Handlemåter relatert til interaksjon med pårørende	9
2.3 Profesjonell relasjon	11
3.0 METODE	13
3.1 Bakgrunn for valg av metode	13
3.2 Utdyping av metode	14
3.2.1 Fenomenologi:	14
3.2.2 Hermeneutikk:	14
3.2.3 Lindseth og Norbergs fenomenologisk-hermeneutiske forskningsmetode	15
3.3 Datasamling og analyse	17
3.4 Metode kritikk	18
3.5 Egen forforståelse	19
3.6 Ethiske betraktninger	19
3.6.1 Informert samtykke	19
3.6.2 Konsekvenser	20
3.6.3 Konfidensialitet	20
3.7 Troverdighet og overførbarhet	20
4.0 AVSLUTNING	22
5.0 REFERANSER	24

1 0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Valg av tema for masteroppgaven har sin bakgrunn allerede på begynnelsen av 90 tallet, da jeg begynte å arbeide i en intensivavdeling. Det tok ikke lang tid før måten pårørende ble behandlet på fikk meg til å reagere. Pårørende fikk kun komme på korte visitter, og det lå heller ingen automatikk i at barn fikk ha sine foreldre hos seg. Det var i den forbindelse jeg fikk et sterkt engasjement for ivaretagelse av pårørende i intensivavdelingen.

I årenes løp har det skjedd en gradvis utvikling fra den maktdominerte arenaen sykepleierne styrte til en langt åpnere og mer inkluderende møteplass der pasient, pårørende og sykepleiere befinner seg i en samhandling. Det er denne samhandlingen jeg ønsker å belyse i form av artikkelen. Jeg har valgt å sette fokuset på sykepleiernes opplevelser av interaksjonen, både fordi det er gjort lite forskning på dette sammenlignet med det fokuset pårørende og pasienter har, men også fordi det er av stor betydning for en god interaksjon hvordan sykepleiere tenker og handler. Pårørendes styrkede rettigheter har resultert i svært endrede arbeidsforhold for sykepleierne. Å vite noe om deres opplevelser rundt dette er derfor av stor betydning for stadig utvikling av bedre samhandlingsforhold.

1.2 Pårørendes rettigheter og sykepleierens ansvar

Innledningsvis følger en klargjøring av pårørendes rettigheter og sykepleiers ansvarsområde knyttet til pårørende:

I henhold til pasientrettighetsloven (§1-3 i Lov av 1999-07-02 nr. 63) er pasientens pårørende den som pasienten selv oppgir til dette. Dersom pasienten er ute av stand til å uttale seg vil det bli den eller de som i størst utstrekning har ”varig og løpende kontakt” med pasienten.

Som regel er det pasientens nærmeste familie man forholder seg til, men det kan også være kjæreste/samboer, nære venner, eller verge.

I ”funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere” (2002) blir pårørende kun omtalt spesifikt i avsnittet om rehabilitering. Det står som følger:

”Intensivsykepleieren ser på pårørende som en ressurs i pasientens rehabilitering og har derfor et ansvar for å yte omsorg for pasientens pårørende” (NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2002).

Det fremholdes i de yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal vise respekt og omsorg for pasientens pårørende (NorskSykepleierforbund, 2007). Det står videre at man skal samhandle med pårørende, og behandle deres opplysninger med fortrolighet. Ved interessekonflikt mellom pasient og pårørende er det hensynet til pasienten som veier tyngst.

I følge Lov om pasientrettigheter (§ 3-2 i Lov av 1999-07-02 nr. 63) har nærmeste pårørende krav på informasjon. Det er også gjennom denne loven vedtatt at barn har krav på å ha sine nærmeste hos seg.(§ 6-2).

Lov om helsepersonell sier videre at mindreårige barn som pårørende har særlige krav til oppfølging. Denne loven er ny og sikrer at barn som pårørende får nødvendig og tilpasset informasjon og blir ivaretatt ved foreldres sykdom (§ 10a i Lov av 1999-07-02 nr. 64).

1.3 Intensivavdelingen: kontekst for studiens deltakere

For lettere å kunne sette seg inn i de forhold som sykepleiere i intensivavdelinger arbeider under, og dermed studien som sådan, vil jeg utdype dette noe. Studiens kontekst er to intensivavdelinger på norske sykehus hvor det gis behandling til akutt og kritisk syke pasienter av kirurgisk og medisinsk årsak. Pasientene er både barn og voksne. Hver pasient overvåkes nøye, og det er som regel en intensivsykepleier for hver intensivpasient. Det fysiske miljøet rundt pasienten er preget av høyteknologi og et aktivt behandlingsnivå. I begge avdelinger er det et stort, felles behandlingsrom, eller en ”sal”, der flere intensivpasienter behandles samtidig. Pasientsengene skilles kun av tynne stoff forheng, og det er mye støy i rommet. I tillegg er det et begrenset antall enerom. Disse benyttes helst når pasienten er i en mer stabil fase, eller til døende.

1.4 Tema og forskningsspørsmål

Tema for studien er:

Sykepleieres opplevelser av interaksjon med pårørende i intensivavdelingen.

Forskningsspørsmål:

Hvordan opplever intensivsykepleiere interaksjonen med pårørende i intensivavdelingen?

Hvilken betydning har det for intensivsykepleieren å være i interaksjon med pårørende?

Hva kjennetegner gode interaksjoner og hva er det som skjer i en slik samhandling?

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Det er søkt litteratur i: Medline, Cinahl, Scopus, Svemed.

I tillegg er det hentet litteratur fra aktuelle kilders referanser.

Søkeord:nurse attitudes, professional- family relations, caregiver, family, intensive care units, critical care family needs inventory, critical care nursing, emergency or emergencies
Se eksempel på søkehistorie i vedlegg nr 5.

Det meste av relevant litteratur jeg fant på området er fra land utenfor Norden, men en del danske og svenske studier er brukt. Av det jeg har kunnet oppspore er det svært sparsomt når det gjelder vitenskapelige studier innenfor dette temaet på norsk. I tillegg har de fleste tidligere studier et kvantitativ design. Det etterlyses flere kvalitative studier av f. eks Stayt (2007) for å få økt forståelse for temaet interaksjon med pårørende sett fra sykepleieres perspektiv.

2.1 Tidligere forskning

2.1.1 Relasjoner i intensiv omsorg

I følge Burr (2001) er familiens betydning i et menneskes liv fundamental. Kjærlighet, nærhet, tillit, lojalitet, tilhørighet, støtte og fleksibilitet er grunnleggende verdier. Når et menneske blir rammet av alvorlig sykdom er det spesielt viktig at disse verdiene får mulighet til å eksistere. Når et menneske blir alvorlig sykt rammes også de nærmeste i en

periode av instabilitet som kan føre til uhelse. Dersom pårørende får mulighet til å delta i omsorgshandlinger rundt pasienten, påvirker dette både pasientens og de pårørendes velbefinnende. Det viser seg at behov som pårørende hevder som viktige også fremkommer som viktige for intensivsykepleiere (Burr, 1997) Her nevnes spesielt: Behovet for informasjon, behovet for å få være sammen med eller i nærheten av pasienten, behovet for å håpe og behovet for støtte.

2.1.2 Pårørendes og pasientens perspektiv

En rekke andre studier tar for seg betydningen av å inkludere pårørende i intensivavdelingen. For det første er pårørende svært viktige for pasienten i forbindelse med en akutt innleggelse i sykehus. Følelse av meningsløshet kan ofte bli en trussel for en persons selvforståelse ved alvorlig sykdom. Denne trusselen kan reduseres ved pårørendes tilstedeværelse, og føre til at pasienten opprettholder sin identitet og individualitet (Bergbom og Askwall, 2000). Behovet for trygghet og samhørighet med ens nærmeste bli forsterket ved sykdom (Burr, 2001). Også senere i forløpet der pasienten skal igjennom rehabilitering viser pårørende seg å være av uvurderlig betydning (Marco et al., 2006; Engström og Söderberg, 2007).

Å være pårørende til akutt og kritisk syke pasienter er i seg selv en stor belastning, og mange pårørende er i sjokk og sorg. Deres reaksjoner er preget av ulike følelser og tanker og flere studier viser betydningen av en inkluderende holdning fra personalet (Engstrom og Soderberg, 2005; Söderström et al., 2006). Pårørende er i en sårbar tilstand og under konstant press, noe som gjør at de har ulike behov knyttet opp mot det å bli inkludert og ivaretatt (Auerbach et al., 2005; Kinrade et al., 2009). Pårørende føler ofte at de må beskytte pasienten, de blir pasientens "talsmenn" (Burr, 1997; Hupcey, 1998; Williams, 2005).

2.1.3 Sykepleieres perspektiv

Sykepleie til intensivpasientens familie som en helhet blir av sykepleiere sett på som essensielt, nødvendig men også krevende (Agard og Maindal, 2009). Sykepleierne mente de hadde et viktig ansvar for pårørende og involverte seg følelsemessig selv om dette kunne være psykisk belastende.

Søderstrøm et;al (2003) beskriver i en studie to kategorier av tiltak som sykepleiere mente var avgjørende for ivaretagelse av de pårørende:

- 1) Tiltak som inviterte til samvær med pårørende, og
- 2) Tiltak som ikke inviterte til samvær.

Inviterende interaksjoner førte til at pårørende ble sett på som viktige i pleien av pasienten. Pleierne brukte seg selv som instrument for å oppnå kontakt, og de følte tiltro i samarbeid med de pårørende. De ble tvunget til å reflektere over sine handlinger og mottok positive tilbakemeldinger fra familien. Ikke- inviterende interaksjoner var preget av at fokuset lå på det tekniske og medisinske, og sykepleierne så på seg selv som eksperter. De uttrykte at de hadde liten tid til pårørende og var redde for å la dem slippe for mye til. Disse sykepleierne uttrykte at de syntes det var vanskelig å opprette et forhold til pårørende.

Den første interaksjonen mellom personalet i intensivavdelingen og familiemedlemmene viser seg å ha stor betydning for hvor involvert de senere blir i prosessen. Søderstrøm et; al (2006) viser til to typer interaksjoner beskrevet av sykepleiere:

- 1) Gjensidig forståelse, og
- 2) Gjensidig misforståelse.

Familiemedlemmer som fikk og forstod informasjon i starten ble i større grad inkludert og tilpasset seg bedre og raskere systemet enn de som ikke forstod informasjon/ manglet informasjon. De som manglet informasjon følte seg utenfor, tilsidesatt og ofte såret av personalet. Dette viser med andre ord hvor viktig det er å etablere et godt forhold til de pårørende tidlig i prosessen.

Informasjon fra personalet hadde stor betydning for utvikling av en god samhandling mellom familiemedlemmer og personalet for gjensidig forståelse (Söderström et al., 2003).

Informasjonen opplevdes imidlertid viktig også fra sykepleiernes perspektiv. I et fokusgruppeintervju blant intensivsykepleiere utført av Engstrøm og Söderberg (2007) kom det fram at de nære pårørende ble tatt for gitt. Det kunne oppleves frustrerende dersom pasienten ikke hadde pårørende rundt seg. Informasjon fra nære pårørende ble ansett som viktig for å skape optimale, individuelle forhold rundt den enkelte intensivpasient.

Med hensyn til alder og erfaring viste en review studie utført av Verhaege et; al (2005) at de eldre og erfarne sykepleierne var mindre villige til å inkludere familien i avdelingen sammenlignet med de mindre erfarne. Det var imidlertid et mer fremtredende resultat i andre studier at evnen til å inkludere pårørende bedret seg nettopp med erfaring (Rutledge

et al., 2000; Söderström et al., 2003; Fisher et al., 2008). F. eks i sammenheng med resuscitering i intensivavdelingen er det i den senere tid åpnet mer opp for pårørende som ønsker å være tilstede, men det er fortsatt stor motstand blant sykepleiere og leger i forhold til slik tilstedeværelse (Demir, 2008). Mye av denne motstanden viste seg å bunne i at helsepersonell var redde for å bli forstyrret i arbeidet av engstelige pårørende.

2.2 Interaksjonell sykepleiepraksis

Scheels (2005) syn er påvirket av det fenomenologisk-eksistensielle menneskesynet. Det vil si et syn som vektlegger det enkelte menneskets ”deltakende” rolle i verden, som en helhet der kropp og tanke er vevd sammen. ”Mennesket er involvert i verden og er hele tiden undervejs i sit med- og modspill med andre mennesker i en verden, der er under stadig forandring” (Scheel, 2005, s. 75). Man forsøker å knytte det kroppslige, handlingsmessige, språklige og kulturelle sammen til en enhet. Mennesket blir til som menneske i kraft av sin interaksjon med andre mennesker.

Scheel (2005) karakteriserer interaksjonell sykepleie slik:

I spændingsfeltet mellom natur-, human og samfundsvidenskab kan den interaksjonelle sygeplejepraksis skabe en særlig viden om og forståelse av den menneskelige eksistens i sundhed og sygdom, og menneskets muligheder og begrænsninger i relation hertil samt muligheder og begrænsninger i forhold til pleje- og omsorgshandlinger i sygeplejepraksis” (Scheel, 2005, s. 17).

Om interaksjon sier hun at dette er et nøkkelbegrep som skal forstås som samspillet mellom mennesker, eller samhandlingen i den daglige praksis.

I denne studien legger jeg samspill eller samhandling mellom mennesker i fenomenet interaksjon. Dette samspillet utvikler seg ofte til en *relasjon*. Da er det snakk om et følelsesmessig forhold til andre mennesker (Stein-Parbury, 2005). Interaksjon med pårørende i intensivavdelingen sett fra intensivsykepleieres perspektiv omhandler derfor både samspillet mellom sykepleiere og pårørende, og hva dette samspillet gjør med de menneskene som er involvert.

2.2.1 Handlemåter i interaksjonell sykepleiepraksis

Scheel (2005) hevder at all sykepleie vil kunne relateres til tre handlingstyper. Disse er: ”Den kognitiv-instrumentelle handlemåte”, ”den estetisk-ekspressive handlemåte” og ”den moralsk-praktiske handlemåte”. Denne tenkning bygger hun på Habermas’ teori om at det moderne samfunn er delt inn i en systemverden og en livsverden. I den såkalte systemverden er mennesket styrt av økonomiske markedskrefter og byråkratiske regler (Scheel, 2005). Menneskelig handling fremstår i denne sammenheng formell og fremmedgjørende. Relasjonene mellom mennesker blir upersonlige og anonyme. Den handling som styres av slik tenkning blir av Habermas betegnet som ”instrumentelle-kognitiv”.

I den såkalte ”livsverdenen”, også beskrevet av Habermas, får mennesket sin grunnleggende erfaring og forståelse (Scheel, 2005). Denne verdenen er ”kommunikativ” og ”forståelsesorientert”. Mennesker har en grunnleggende forståelse av tilværelsen som de deler med hverandre. Livsverdenen er i følge Habermas nødvendige grunnlag for orientering og forståelse av tilværelsen. Kulturen som omgir mennesket har stor betydning for deres oppfatning av verden. Språket er vesentlig i samhandling mellom mennesker og for gjensidig forståelse. Det er på bakgrunn av denne forståelsen at mennesker kan handle. Noe av forståelsen ligger der som *grunnleggende*, men noe vil stadig utvikles gjennom kommunikasjon og samhandling med andre mennesker. Kunnskap om det kognitive, det moralske og det ekspressive tilegnes i denne livsverdenen. Det finnes også en taus kunnskap, og det er på bakgrunn av slik kunnskap at mennesker kan fortolke situasjoner og handle i henhold til dette (Scheel, 2005).

Jeg vil i det følgende avsnitt forklare de ulike handlemåter som i samspill med hverandre gjør seg gjeldende i interaksjonell sykepleiepraksis:

Kognitiv/ instrumentell handlemåte:

Den kognitiv-ekspressive fornuft er knyttet til naturvitenskapen. Denne handlemåten dreier seg om alle behandlingsmessige tiltak av instrumentell og medisinsk art. Den er på mange måter positiv i følge Habermas (sitert i Scheel, 2005). Det er på bakgrunn av denne at man hele tiden gjør faglige og forskningsmessige forbedringer i samfunnet, også materielle og økonomiske goder tilskrives slik kunnskap. Legevitenskapens og de naturvitenskapelige

spørsmål om sannhet har på mange måter vært viktige og nødvendige i utviklingen av kunnskap. Sykepleieren kan ved å anvende denne handlemåte møte pasientens fysiske behov. Akuttsituasjoner er eksempler på bruk av kognitiv/instrumentell handlemåte. Man blir nødt til å bruke sine innlærte og erfarte kunnskaper på en effektiv og hensiktsmessig måte. Å tilegne seg kompetanse krever både en grunnleggende kunnskap i form av utdanning og erfaring gjennom deltakelse i mange læreprosesser over tid. Denne handlemåte er viktig i sykepleiefaget, men man må være seg bevisst den faren som ligger i at den kan bli manipulativ i forholdet mellom mennesker (Scheel, 2005).

Estetisk/ ekspressiv handlemåte:

Denne handlemåten retter seg i første rekke mot en innbyrdes forståelse mellom mennesker. Språket er vesentlig, og hvordan mennesker uttrykker seg og forstår andre (Scheel, 2005). Det vektlegges hvilken mening situasjonen har for de involverte, ikke hvilke resultater som fremkommer. Denne handlemåte forholder seg til humanvitenskapen, kunst og kultur og språkspørsmål. Habermas hevder at grunnlaget for språklig interaksjon mellom mennesker er en gjensidig ”forståelsesorientert og herredømmefri kommunikasjon” (Scheel, 2005, s. 109). Scheel er videre opptatt av ”narrativer” i sykepleiefaglig sammenheng, der mennesker ved å fortelle sin historie kan komme til en bedre mellommenneskelig forståelse. Eksempler på slik handlemåte kan være: interaksjon i form av støtte og oppmuntring: å vise interesse, formidle trygghet og bruke humor (Fegran, 1996).

Moralsk/ praktisk handlemåte:

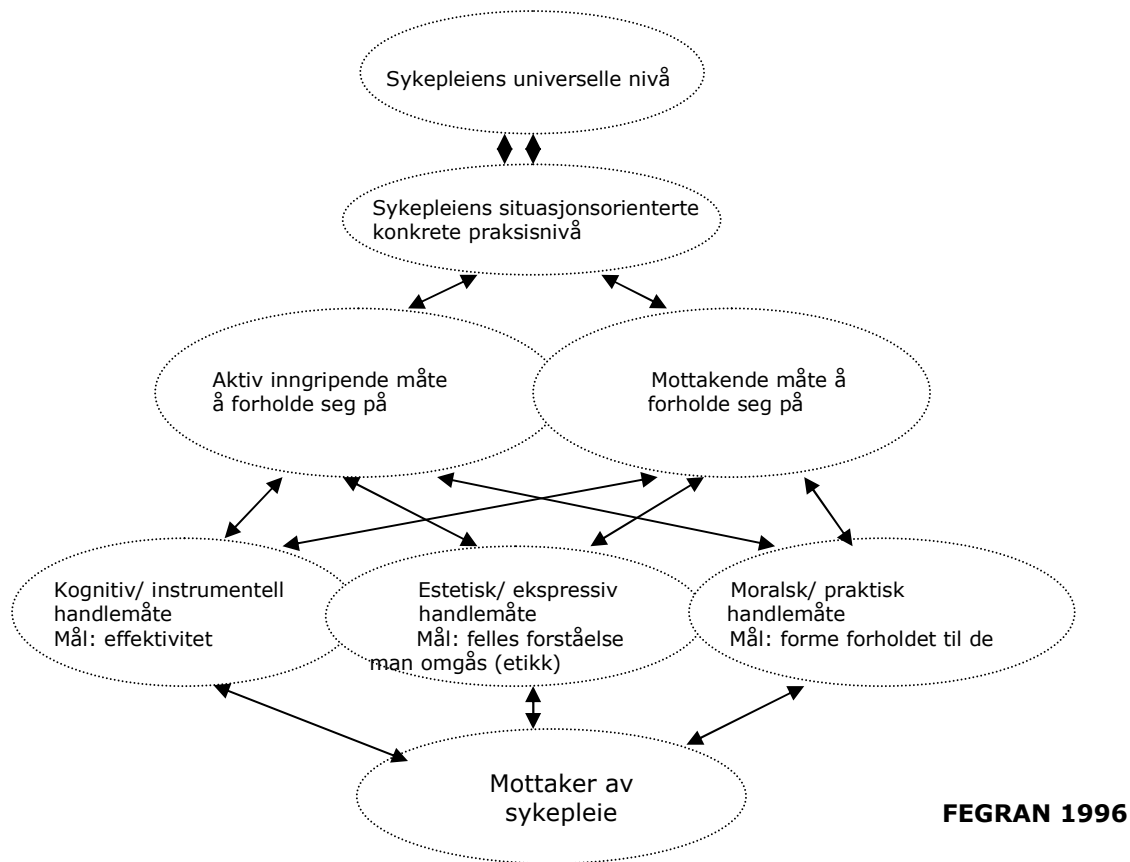
Denne handlemåten forholder seg til samfunnsvitenskapen og innebærer etiske problemstillinger og oppgaver i samfunnet. Den er styrt innenfor rammene av prinsippstyrt etikk (Scheel, 2005). Tanken bak denne handlemåten er Habermas normative grunn ide’ som innebærer at mennesket befinner seg i relasjoner som både muliggjør frihet og avhengighet. Mennesket befinner seg alltid i en sammenheng med eksisterende normer. Det blir allikevel nødvendig å knytte disse normene opp mot bestemte situasjoner. De handlinger som utføres skal ikke bygge på tilfeldige, uoverveide, subjektive eller private beslutninger, men være ”intersubjektivt begrunnede”. Det kan ikke gis entydige svar på

hvordan man best skal handle i ulike situasjoner. Slike spørsmål må alltid settes i sammenheng med livsformer og vilkår rundt den enkelte situasjonen. Kultur og historie spiller inn som avgjørende faktorer (Scheel, 2005). I sykepleiefaglig sammenheng kan forholdet til pasienten preges av en ujevn maktbalanse. I følge Løgstrup vil slik makt alltid befinne seg mellom mennesker (Løgstrup, 2008). Det er viktig å være seg bevisst denne makten slik at den brukes i det henseende å hjelpe andre.

2.2.2 Handlemåter relatert til interaksjon med pårørende

De tre beskrevne handlemåter kan, i følge Scheel (2005) kun utfolde seg i et samspill med hverandre. Hun hevder på grunnlag av Habermas at dersom de skilles mister de sitt frigjørende potensiale.

Fegran (1996) har utviklet en modell på bakgrunn av Scheels (2005) tenkning rundt de tre handlemåtene samt de to nivåer hun mener sykepleieren befinner seg på. (se modell 1) Den beskriver en dynamisk prosess der sykepleier og pasient/ pårørende på ulike måter gir og mottar fra hverandre. Denne modellen er relevant i mitt tilfelle fordi den beskriver den samhandling som foregår f.eks i en intensivavdeling.



Sykepleieren forholder seg til to nivåer: *Det universelle nivået*, som er det overordnede og som innebærer "rettferdighet, menneskeverd, likeverd menneskerettigheter og prioriteringer i forhold til helse og omsorg" (Fegran, 1996, s. 6) .

Det andre er *det situasjonsorientert, konkret praksisnivå*. Dette nivået er sammensatt og innebærer både en aktiv, inngripende måte og en mottakende måte å forholde seg på. *Den aktiv inngripende handlemåte* viser seg i alle konkrete handlinger for og med pasienten. Her anvender sykepleieren elementer fra alle de tre "handlemåtene".

Det kan være den *kognitiv / instrumentell handlemåte* i form av f.eks medisinsk behandling og pleie. Det er av stor betydning å beherske medisinsk-teknisk utstyr på et nivå som ivaretar trygghet og sikkerhet for pasienten. Det er også nødvendig med praktisk ferdighet og dyktighet i forhold til faget.

Den estetisk ekspressiv handlemåte kan uttrykkes i form av f. eks inkluderende atmosfære, interesse og humor. Å bruke sin menneskelige, faglige kompetanse for å få kontakt med og

oppnå forståelse for de pårørendes behov er viktig i en intensivavdeling så vel som i andre sykepleiefaglige settinger

Det kan også gi seg uttrykk i *den moralsk/ praktiske handlemåte* der man må vurdere etisk vanskelige situasjoner eller samarbeide med pasient og pårørende om gode avtaler. Det kan i intensivfaget ofte komme opp vanskelige etiske dilemmaer i forbindelse med behov som ikke kan forenes samtidig. Man må f.eks. noen ganger la pårørendes vilje vike fordi man er nødt til å ta hensyn til andre pasienter i avdelingen. Maktrelasjonen som ofte viser seg i et sykepleier – pårørende forhold krevet bevissthet og moralsk dømmekraft i praktiske situasjoner.

Denne *mottakende* måten å forholde seg på er også sterkt forbundet med tillit som både pårørende og pasient må gi og ta imot. Denne måte å forholde seg på viser seg f. eks. ved at man tar imot sorg og sjokk reaksjoner i forbindelse med en akutt innleggelse, at man uten å gjøre så mye er lyttende og støttende (Fegran, 1996). Det å kunne lytte til pasient og pårørende for å få en gjensidig forståelse blir vesentlige egenskaper i interaksjonen.

Pårørende på sin side innehar ofte en mottaende rolle og er i behov av informasjon, støtte og veiledning i forbindelse med alvorlig sykdom. De kan derimot, dersom det legges til rette for det, delta i omsorgen for pasienten og på den måten bli en utøvende part av samhandlingen. Felles for alle de beskrevne handlemåtene er at de er forståelsesorienterte.

2.3 Profesjonell relasjon

Fokus for min studie er pasientens pårørende.

Stein–Parbury (2005) setter sykepleier-pasientforholdet i fokus. Da mitt fokus er rettet mot pårørende spesielt velger jeg å se pasient/pårørende som en helhet. Jeg vil derfor i de tilfeller der pasienten omtales oversette dette med ”pårørende”.

Den profesjonelle relasjon er bygget på tillit og gjensidig forståelse.

Kjennetegn på profesjonell relasjon er at det er den profesjonelles initiativ, den har begrensninger i tid og rom, relasjonen utvikles i en spesiell setting og fokuset skal være på pårørende.

I hvilken grad man er følelsesmessig involvert i en slik relasjon vil variere fra person til person, og fra situasjon til situasjon. Det blir av stor betydning for utvikling av profesjonell

relasjon at man er bevisst på denne balansegangen. Forhold som er medvirkende i denne vurderingen er pårørendes behov, hvor sårbare de er og avhengighetsnivå (Stein-Parbury, 2005).

I utviklingen av en profesjonell relasjon vektlegger Stein Parbury såkalte mellommenneskelig kvalifikasjoner som man gjør seg bruk av i interaksjonen.

Disse beskrives slik:

Å ha selvinnstikt:

Sykepleieren må være bevisst på sine egne styrker og svakheter i møte med pasient og pårørende. Videre er det viktig å fokusere på hvordan disse egenskapene kan utvikles eller bearbeides til det beste for forholdet. Fokuset blir alltid rettet mot pårørende. Dersom en som sykepleier ikke er seg bevisst den effekten en har på pårørende kan det føre til misforståelser og forventninger som ikke innfris. Gjennom å evaluere sine egne intensjoner, handlinger og reaksjoner vil man som sykepleier kunne utvikle seg mot en bedre praksis og økt effektivitet. Når man i faglig sammenheng skal bruke seg selv er det å ha selvinnstikt spesielt viktig. Man må vite om sine sterke sider og hva man trenger å utvikle mer av positive egenskaper (Stein-Parbury, 2005).

Oppmuntrende samhandling - å lytte:

Å kunne lytte er viktig på mange måter i sammenheng med profesjonell relasjon: Det kan være et ledd i å oppmuntre pårørende til å dele sine tanker og følelser. Det kan også være en god måte å vise at man verdsetter deres meninger som viktige. Å lytte vil kunne øke forståelsen mellom pårørende og sykepleier. Det er også svært viktig å kunne lytte for å tilsegne seg nyttig informasjon som man trenger i behandlingen av pasienten. Ved å lytte viser man respekt for et annet menneske. Å lytte oppmuntrer til og er grunnlaget for gode interaksjoner mellom sykepleier og pårørende (Stein-Parbury, 2005).

Å opparbeide gjensidig- forståelse:

Ønsket om å forstå et annet menneske er i følge Stein- Parbury (2005) en klar forutsetning for gode interaksjoner og relasjoner. Det krever tid og engasjement å opparbeide denne gjensidige forståelsen. Det er viktig å gi pårørende respons på det de forteller. Det er ulike måter å vise slik respons på. Man kan, for å forstå, sjekke ut om det man har oppfattet stemmer. Å uttrykke forståelse for pårørende er en viktig empatisk måte å møte dem på i vanskelige situasjoner. Sykepleiere bør reflektere over hvor godt de egentlig forstår sine pårørendes opplevelser (Stein-Parbury, 2005).

Å samle informasjon-undersøke:

Noen spørsmål man kan stille seg er: Hva er viktig å vite om nettopp denne pasienten og hans eller hennes pårørende? Hvordan får man denne informasjonen? Å være undersøkende er ikke bare et middel til å innhente informasjon, men demonstrerer også sykepleierens aktive vilje til å forstå pårørende (Stein-Parbury, 2005).

Trøste, støtte og gi mulighet for deltakelse:

Å trøste innebærer å minske stress, lindre smerte og angst og lette sorg (Stein-Parbury, 2005). Støtte trengs både for pasient og pårørende for at de skal kunne mobilisere ressurser til å komme gjennom sykdomsperioden. Hun mener at ”partnerskap” er viktig for å få en god samhandling. Her går sykepleierens rolle fra å være omsorgsgivende til å dele ansvar for omsorgen med den annen part. Rollene blir mer likeverdige. Å la pårørende få mulighet til å delta i omsorghandlinger er av stor betydning i utvikling av en profesjonell relasjon (Stein-Parbury, 2005).

3.0 METODE

Det er i denne studien brukt en kvalitativ, åpen, fenomenologisk / hermeneutisk tilnærming. Jeg vil i det følgende avsnitt utdype denne metoden.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Fenomenet jeg ønsket å belyse i denne studien var intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer med å være i interaksjon med pårørende. I de tilfeller der man søker til essensen av det enkelte menneskets opplevelse i forhold til et fenomen, er fenomenologisk tilnærming naturlig og anvendelig (Kvale et al., 2009). Samtidig som jeg har et ønske om å få frem den enkeltes opplevelse, tanker og erfaringer, har jeg også en tanke om at tolkning er både nødvendig og uunngåelig. De tekster som kommer frem på bakgrunn av deltakernes utsagn vil kunne tolkes i lys av litteratur, fagkunnskap og egen forforståelse. Dette mener jeg vil bidra til økt kunnskap på det aktuelle tema. Jeg har derfor valgt en hermeneutisk tilnærming i tolkning av tekstene.

3.2 Utdyping av metode

3.2.1 Fenomenologi:

I kvalitativ forskning er fenomenologien opptatt av å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver, så nært deres oppfatning av virkeligheten som det lar seg gjøre (Kvale et al., 2009).

Den fenomenologiske tenkning uttrykkes av den franske filosofen Merleau- Ponty som ”å være i verden”. Dette er et motstykke til Descartes mye omtalte ”dualisme”, et menneskesyn der mennesket deles i kropp og sjel, også betegnet som ”*bevissthetsparadigmet*”. Merleau- Ponty lanserer tanken om en tredje måte å være til på, nemlig eksistensen som er en enhet av bevissthet og kropp, uadskillelige fra hverandre. (Merleau-Ponty, 1994; Scheel, 2005). Sentralt i den fenomenologiske tilnærmingen er et ønske om å søke til essensen av det menneskelige fenomen som levd og opplevd kropp. Utgangspunktet for all menneskelig eksistens er ”lived experience”. I følge Toombs (1993) innebærer fenomenologisk tilnærming et fokus der *meningsbegrepet* ved ulike fenomener er essensielt. Hva er det særegne ved nettopp dette fenomenet? Ved å stille spørsmål rundt et fenomen man ønsker å undersøke må man sette til side det man ellers ville tatt for gitt, for fokusere på den prosessen i bevissthet som handler om opplevelse (Toombs, 1993; Lindseth og Norberg, 2004).

3.2.2 Hermeneutikk:

Hermeneutikken beskriver av bl.a Heidegger, Habermas og Ricoeur som den enkeltes verdenserfaring og livspraksis, en teori om vår ”totale virkelighetsforståelse”(Nerheim, 1996) Hermeneutikk har gresk opphav og betyr ”utlegningskunst” eller ”forklaringskunst” (Gilje og Grimen, 1993). De hevder videre at en grunntanke i hermeneutikken er at det vi forstår har sin bakgrunn i vår *forforståelse* og våre *fordommer*. Når noe skal undersøkes har vi alltid en viss ide’ som utgangspunkt. Begrepet ”forventningshorisont” lansert av Popper, kan kalles ”generelle bakgrunnsteorier”(Gilje og Grimen, 1993). De hevder at meningsfulle fenomener kun er forståelige i den kontekst de forekommer. Den ”hermeneutiske sirkel” peker i følge Gilje og Grimen (1993) på sammenhengen mellom det vi skal fortolke, forforståelse og kontekst. All fortolkning består i stadige bevegelser

mellom helhet og del. Den ”hermeneutiske sirkel” kjennetegnes ved en kontinuerlig prosess der man beveger seg frem og tilbake mellom deler og helhet f. eks i en tekst for på den måten å oppnå en stadig dypere forståelse (Kvale et al., 2009).

3.2.3 Lindseth og Norbergs fenomenologisk-hermeneutiske forskningsmetode

I søken etter en anvendelig forskningsmetode som både ivaretok essensen, eller meningen, i det enkelte menneskets levde erfaringer og på samme tid ga mulighet for tolkning, utviklet Lindseth og Norberg (2004) en fenomenologisk hermeneutisk metode tiltenkt kvalitativ forskning. Metoden er inspirert av Ricoeur’s teori om tolkning og forståelse av tekst.

Ricoeur fremholder tekstens betydning i forståelsen av språk som menneskelige uttrykk. Det skrevne ord skiller seg på mange viktige måter fra det talte. Den mest karakteristiske forandringen fra tale til skrift skjer i forholdet mellom budskap og mottaker (Ricoeur, 1976). Det nonverbale språket forsvinner. Nå er det ikke talte men skrevne ord som uttrykker det som skal sies. Den skrevne tekst blir nå til en mening for den som leser det uten at man kan vite nøyaktig hva ”forfatteren” mente. Man blir i første instans tvunget til å gjette betydningen, i følge Ricoeur (1976).

For å validere betydningen går man inn i en strukturell analyse av teksten der hver del ses på og analyseres separat. Sett opp mot helheten utgjør dette en helhetlig forståelse (Ricoeur, 1976).

Det er av vesentlig betydning for å få tak i det enkelte menneskets levde erfaring å lytte til deres fortelling (Lindseth og Norberg, 2004). Utfordringen i slik forskning er å analysere materialet på en slik måte at den moralske og etiske tenkningen blir synlig. Det er ikke tekstene i seg selv som skal undersøkes, men den meningen de uttrykker. For å forstå en tekst er det nødvendig å følge bevegelsen fra hva den sier til hva den egentlig snakker om (Lindseth og Norberg, 2004). Man ønsker å fokusere på det som gir forståelig mening ut fra de beskrevne opplevelsene. Lindseth og Norberg (2004) beskriver følgende elementer i metoden:

Innhenting av data :

Det er av stor betydning i en fenomenologisk tilnærming at informanten føler seg fri til å fortelle sin historie uten avbrytelser fra forskeren. Målet er at informanten skal føle seg så fri ved å fortelle sin historie at han nesten glemmer intervjueren.

En fortelling er en bevegelse mellom fortiden, nåtiden og fremtiden. ”Å gjenoppleve en hendelse er å bringe fortiden inn i nåtiden for å se fremtiden” (Lindseth og Norberg, 2004, s. 149). En fortelling gjør det mulig å se tilværelsen på nye måter, både for intervjuer og informant.

Tolkning av tekst:

Man gjør seg bruk av den ”hermeneutiske sirkel” når man tolker tekster (Ricoeur, 1976) Dette gjøres gjennom tre faser:

1) ”Naiv ” forståelse av teksten:

I denne første analysefasen er det viktig at vi åpner opp for at teksten får lov til “å tale til oss” (Lindseth og Norberg, 2004). Teksten leses flere ganger for å forså den helhetlige meningen. Denne forståelsen formuleres i et ”fenomenologisk språk”. Dette er første utkast av vår forståelse, og det trengs validering i form av en grundig strukturell analyse:

2 Strukturell analyse:

Man deler teksten opp i såkalte ”meningsenheter”. Disse kan bestå av deler av en setning, en setning eller et avsnitt, det vil si enhver enhet som utgjør en viss mening i teksten(Lindseth og Norberg, 2004). Meningsenhetene sammenlignes og reflekteres over i lys av den naive forståelsen og bakgrunnen. Så blir meningsenhetene ”kondensert”, eller fortettet og uttrykt i et dagligdags språk(Lindseth og Norberg, 2004). Man kan så sammenligne de kondenserte meningsenhetene og sortere dem etter likheter og ulikheter. På denne måten bli teksten ”abstrahert” i subtemaer og siden hovedtemaer (Lindseth og Norberg, 2004). Denne analysen innebærer flere omganger med bevegelse mellom den naive forståelsen og temaene. Man går også tilbake til teksten som helhet dersom det ikke er samsvar mellom temaer og den naive forståelsen. Slik fortsetter prosessen inntil man ser at den naive forståelsen er validert gjennom den strukturelle analysen.

3) Helhetlig forståelse av teksten.

Hovedtemaer og subtemaer sees i sammenheng og reflekteres over i lys av litteratur og naiv forståelse. Man ser også resultatene opp mot forskningsspørsmål og studiens kontekst

(Lindseth og Norberg, 2004). Man leser igjen igjennom hele teksten med så åpent sinn som mulig. Ved bruk av relevant litteratur går man inn i materialet for å komme til en enda dypere forståelse av det som teksten sier. Man kan ofte trenge ulik litteratur som ser på et fenomen på flere måter. Den valgte litteraturen skal belyse intervjuteksten – og motsatt (Lindseth og Norberg, 2004).

3.3 Datasamling og analyse

Jeg vil i dette kapitlet kort beskrive prosessen rundt utvelgelse av informanter og gjennomføring av intervjuene.

Jeg startet i relativt god tid med å kontakte to intensivavdelinger der jeg ikke selv kjente noen av sykepleierne. Etter å ha sendt en formell søknad til sykehusenes forskningsavdeling,(se vedlegg nr 3 og 4) med vedlegg av forskningsskisse, informasjonsskriv (vedlegg 1) og intervjuguide (vedlegg nr 6), fikk jeg klarsignal og kontakt med avdelingsledere ved de respektive avdelinger. Vi ble enige om at avdelingslederne skulle rekruttere tre aktuelle kandidater som deretter ble personlig kontaktet av meg. Det ble fra min side poengtert viktigheten av å ha lest gjennom informasjonsskriv i god tid, og ikke samme dag eller i samme stund som intervjuene skulle finne sted. Dette ble begrunnet i viktigheten av å vite hva man deltar i, og retten man har til å reservere seg. Det ville også kunne ha stor betydning for utfallet av intervjuet dersom problemstillingen var tenkt gjennom av informantene.

Jeg informerte deltakerne om studiens hensikt og at jeg ønsket et åpent intervju der de mest mulig fritt fortalte meg om sine opplevelser. Jeg noterte navn, hvor lenge de hadde arbeidet ved avdelingen og alder. Det ble i tillegg til bruk av MP3 spiller tatt notater ved enkelte utsagn underveis. Jeg la imidlertid stor vekt på å være fokusert i samtalen og minst mulig opptatt av andre elementer. Det ble brukt intervjuguide i form av noen få innledende spørsmål.(se vedlegg nr 7).Det var allikevel vanskelig å holde seg til dette, og spørsmålene fra meg som intervjuer ble flere enn jeg på forhånd hadde planlagt.

3.4 Metode kritikk

For meg, som har lite erfaring med kvalitativ forskning, var den valgte metoden et ryddig og anvendelig arbeidsredskap. Det å ha en logisk oppbygging å jobbe etter, når man stod med et stort datamateriale i form av transkriberte tekster, var til stor hjelp. Det ble flere omganger frem og tilbake mellom ”grunnteksten” og de etter hvert strukturerte delene. Det å samle og ”abstrahere” kondenserte meningsenheter i teksten til temaer og tilhørende subtemaer var imidlertid vanskelig. Det var utfordrende å gripe den egentlige mening i noe som kunne sies på mange ulike måter.

Tanken om at informanten ikke lenger ”eksisterte” etter at intervjuene var blitt omgjort til transkribert tekst, slik det blir beskrevet av bl.a. Ricoeur, ble for meg noe vanskelig. Jeg koplete stadig de skrevne tekstene til det jeg husket fra møte med informantene, noe som kan ha vært med på å farge min oppfatning og tolkning av deres meninger. At jeg er helt fersk som intervjuer kan også ha satt sitt preg på spørsmålene, som i utgangspunktet skulle være frie for føringer og svært åpne. Jeg ser i ettertid at dette kan være svært vanskelig i praksis.

Utvalg av informanter satte også sitt preg på datamaterialet. Det er her kun erfarne sykepleiere. Det ville muligens kommet frem andre momenter dersom noen av informantene var helt nye i faget. Samtidig hadde de valgte deltakerne sterke minner fra tiden da de var nye og uerfarne, så jeg tror allikevel nyansene mellom grader av erfaring kommer frem i tilstrekkelig grad.

Datamaterialet viste seg å være av et slikt omfang at det var umulig å presentere alt i en artikkel. Jeg var derfor nødt til å velge ut det jeg oppfattet som mest relevant.

I utarbeidelsen av den strukturelle analysen opplevde jeg at det som ble subtemaer og temaer kunne gå i hverandre, og kunne være vanskelige å kategorisere. Noen av subtemaene kunne være relevant å plassere under flere av hovedtemaene. F. eks kan temaet ”kompetanse og erfaring ” være nært relatert til temaene ”mestring” og ”interaksjon preget av trygghet og tillit”. Her måtte jeg ta et valg, men ser at det ikke er mulig å være helt kategorisk. Menneskelige opplevelser er sammensatte og nyanserte, ikke ensartede og oppdelt i kategorier.

Det er ofte hensiktsmessig å bruke god tid på en slik analyseprosess hvor man gjentatte ganger må gå fram og tilbake mellom helhet og deler i teksten. På grunn av den relativt

korte tiden jeg hadde til rådighet har jeg nå valgt å gå for denne versjonen. Hadde jeg arbeidet med dette enda et halvt år hadde resultatet muligens blitt annerledes.

3.5 Egen forforståelse

Ut fra egen erfaring på området kan det nevnes at jeg har arbeidet som intensivsykepleier i intensivavdeling i ca 14 år. Det har ført til mange opplevelser og tanker rundt nettopp dette temaet. Jeg tror i all hovedsak at det har vært med på å gi meg nødvendig og nyttig kunnskap om feltet jeg skulle studere. Slike tanker og opplevelser ville samtidig farge min forforståelse. Dette var noe jeg i stor grad var bevisst i forhold til. Det var også noe av grunnen til at jeg ønsket å treffe mennesker jeg ikke selv arbeidet sammen med. Jeg informerte sykepleierne som deltok i studien om min rolle, og så godt det lot seg gjøre forsøkte jeg å bidra til åpenhet rundt ethvert synspunkt som kom fram. Når man sitter med et så stort datamateriale som jeg etter hvert gjorde ble det nødvendig å velge ut det som var viktigst og mest relevant i forhold til forskningsspørsmålene. Det vil allikevel være en mulighet for at disse valgene preges av min forforståelse og mine tanker om hva som er viktig.

3.6 Etske betraktninger

En intervju undersøkelse er i følge Kvale et; al (2009) en moralsk undersøkelse. Det er knyttet moralske spørsmål både i forbindelse med forskningens mål og dens middel.

Jeg vil nå omtale momenter som jeg mener er av betydning når man skal forholde seg til de etiske problemstillingene i forskningsprosessen.

3.6.1 Informert samtykke

Jeg opplyste deltakerne i informasjonsskrivet om hensikten med studien. Det ble understreket at deltakelse var frivillig i alle ledd og at man når som helst kunne trekke seg fra studien uten begrunnelse fram til publisering. Det ble videre poengtert at data ikke vil

bli brukt til andre formål enn de som deltakerne hadde fått informasjon om. Innen en avtalt dato vil alle data bli destruert.

3.6.2 Konsekvenser

Jeg informerte deltakerne skriftlig om hvilke fordeler den kunne bringe med seg for vedkommende, samt eventuelle ulemper. Av fordeler la jeg vekt på at det ville bli gitt tid og rom til å snakke om temaer som kanskje sjelden kommer fram i praksis. Forhåpentligvis vil resultater fra studien også ha verdi for utvikling av sykepleiefaget og kvaliteten på samhandlingen mellom pasient, pårørende og behandlingsapparat. Den ville, etter min vurdering, ikke by på spesielle ulemper for informanten.

3.6.3 Konfidensialitet

Gjennom hele forskningsprosessen har datamateriale blitt konfidensielt behandlet. Elektronisk materiale har vært kodesikret. Informantene er anonymisert slik at de ikke skal kunne gjenkjennes. Jeg har som forsker overholdt taushetsplikt for de opplysninger jeg ble gjort kjent med under intervjuene. Jeg gjorde det innledningsvis klart for deltakerne at jeg nå hadde rolle som forsker og ikke som sykepleier eller terapeut. Dersom noen av deltakerne skulle komme i følelsesmessige vanskeligheter i etterkant av intervjuene forpliktet jeg meg til å følge dette opp ved henvisning til rette instans. Jeg gjorde mitt beste for å tilstrebe et trygt klima under intervjuene der informantene skulle bli behandlet med respekt og faglig kompetanse. Datamaterialet skal etter oppsatt dato destrueres.

3.7 Troverdighet og overførbarhet

Etiske aspekter ved kvalitativ forskning handler også om framgangsmåte for innhenting og behandling av data. Dette har også betydning for studiens troverdighet og overførbar.

Validering av forskning er i følge Kvale et;al (2009) noe som må skje kontinuerlig gjennom hele forskningsprosessen. Der det i kvantitativ forskning brukes begreper som ”validitet” og ”reliabilitet” er det i kvalitativ sammenheng mer naturlig å snakke om troverdighet og overførbarhet, da menneskelige opplevelser ikke på samme måte lar seg måle og

generalisere. Jeg har i denne sammenheng valgt å referere til noen av de stadiene i validering som Kvale et al. (2009) beskriver:

Tematisering

Utgangspunktet for min studie var en interesse og et engasjement bygget på mange års erfaring med den aktuelle målgruppen. Jeg ser det derfor som en stor fordel for troverdigheten at slik kunnskap ligger til grunn for tematiseringen. At det var et relevant og spennende tema ble fort bekreftet ved at det ikke manglet på informanter som gjerne ville uttale seg, fordi dette var noe som opptok dem sterkt.

Planlegging

Studien ble gjennom en detaljert prosjektskisse planlagt og gjennomtenkt. Det forskningsdesign som var tenkt anvendt var gyldig og anerkjent, og hensiktsmessig med tanke på de forskningsspørsmål som forelå.

De etiske forhold var nøye vurdert, og studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (Vedlegg 2).

Datasamling

Intervjupersonene i denne studien er ”håndplukket” med hensyn til kunnskap, erfaring og setting, men de var med hensikt ukjente for meg slik at jeg på en mest mulig åpen måte kunne lytte til deres utsagn. Det faktum at jeg selv hadde kunnskap og erfaring på området gjorde det lettere å forstå hva informantene snakket om, og hvilke forhold de arbeidet under. Det er likevel viktig å være bevisst på at egne erfaringer ikke blir styrende i intervjusituasjonen. Jeg forsøkte underveis i intervjuet å kontrollere om jeg hadde forstått informantene rett. Ved å lagre alt på MP3 spiller gikk ingen data tapt.

Transkribering

Intervjuene ble nøyaktig og ordrett transkribert til skriftlig form. Jeg gjorde i tillegg notater underveis som jeg hadde når jeg senere skulle gjengi informantene. Dialekt ble imidlertid ”oversatt” til bokmål for at det ikke så lett skulle være mulig å gjenkjenne informanten ved siteringer i presentasjon av funn.

Analysering

Metoden som er valgt for analyse og tolkning er i seg selv med på å ”validere” arbeidet. I den strukturelle analysen (tidligere beskrevet) ble intervjutekstene vedrørende

informantenes opplevelser grundig gjennomgått og sett i sammenheng med helheten og tilslutt sett opp mot litteratur og forskning.

Rapportering

Tanken er å publisere studien som i et internasjonalt vitenskapelig tidsskrift. Datamaterialet vil på den måten kunne komme flere til gode og bidra til økt kunnskap på et viktig felt innen sykepleieres praksisfelt.

Overførbarhet

Med hensyn til overførbarhet er det ikke relevant å generalisere funnene slik man ville gjort ved kvantitativ forskning. Jeg har allikevel stor tro på at de opplevelsene og erfaringene som informantene delte med meg i denne studien kan ha relevans til og er overførbar til andre sykepleiere som arbeider i en intensivavdeling.

4.0 AVSLUTNING

Denne studien er min masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap. Studien bygger på teori om interaksjonell sykepleie, profesjonell relasjon samt tidligere forskning på området. Den viser at interaksjon med pårørende i intensivavdelingen er av stor betydning for sykepleierne, og samtidig et krevende og vanskelig tema.

Det har vært en stor utfordring å være i en slik prosess. At grunnlaget var et tema som engasjerte meg sterkt har vært viktig for å holde motivasjonen og motet oppe da det til tider ble tungt og vanskelig.

Jeg har lært utrolig mye ved å gå gjennom alle de ulike stadiene i forskningsprosessen, kanskje først og fremst å være grundig og tålmodig.

Å være sykepleier er en kompleks rolle der det gjøres mange og viktige valg hver eneste dag. Hvordan sykepleiere tenker og handler er antakelig av langt større betydning for utfallet av interaksjonen med pårørende enn vi ofte tror. De utfordrende, krevende og vanskelige momentene ved interaksjonen er også noe som må reflekteres over i det praktiske forum for fagutvikling og i utdanning. Sykepleiere trenger stadig økt kunnskap, støtte og motivasjon for å bli værende i en slik krevende rolle over tid. Jeg har selv fått

innsikt i mange områder som jeg ikke før har reflektert over. Jeg håper at artikkelen kan bli et bidrag til å øke forståelsen av et svært viktig tema i sykepleiefaglig praksis.

5.0 REFERANSER

Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R. og Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-210.

Bergbom, I. og Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 384-395.

Burr, G. (1997). The family and critical care nursing: a brief review of the literature. *Australian Critical Care*, 10(4), 124-127.

Burr, G. (2001). *Reaksjoner och relationer i intensivvård*. Lund: Studentlitteratur.

Demir, F. (2008). Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 409-416.

Engstrom, A. og Soderberg, S. (2005). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659.

Engstrom, A. og Soderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659.

Engström, A. og Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 569-576.

Fegran. (1996). *Hvem "eier" barnet?: hva preger interaksjonen mellom foreldre og sykepleiere ved en nyfødtavdeling?*, Instituttet., Oslo.

Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D. og Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615-624.

Gilje, N. og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger- innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (Vol. 12). Oslo: Universitetsforlaget.

Hupcey, J. E. (1998). Establishing the nurse-family relationship in the intensive care unit. *Western Journal of Nursing Research*, 20(2), 180-194.

Kinrade, T., Jackson, A. C. og Tomnay, J. E. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 82-88.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. og Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.

Lov av 1999-07-02 nr. 63. *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Hentet 3. mai 2011, fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Lov av 1999-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 3. mai 2011, fra <http://lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.

Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M. og Asiain, M. C. (2006). Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in Critical Care*, 11(1), 33-41.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.

Nerheim, H. (1996). *Vitenskap og kommunikasjon: paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforl.

NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere. (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Hentet 3. mai 2011, fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>

Ricœur, P. (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Tex.: Texas Christian University Press.

Rutledge, D. N., Donaldson, N. E. og Pravikoff, D. S. (2000). Caring for families of patients in acute or chronic health care settings: part II -- interventions. *Online Journal of Clinical Innovations*, 3(3), 1-52.

Scheel, M. E. (2005). *Interaktionel sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.

Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 623-630.

Stein-Parbury, J. (2005). *Patient and person: interpersonal skills in nursing*. Sydney: Elsevier, Churchill Livingstone.

Sykepleierforbund, N. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer*. fra <http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/Yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf>

Söderström, Benzein, E. og Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185-192.

Söderström, Saveman, B. I. og Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units -- an observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 707-716.

Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness* (Vol. 42). Dordrecht, Boston, London: Kluwer academic publishers.

Williams, C. M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 6-14.

Artikkelmanuskript

Ord: 4926

Tittel:

”Et samarbeid mellom dem og oss..”

Sykepleieres opplevelser av interaksjon med pårørende i intensivavdelingen

Forkortet tittel:

Interaksjon med pårørende i intensivavdelingen.

Gro Frivold

Opplandsveien 154 a
4885 Grimstad
gfrivold@tamail.no

Bjørg Dale

Førsteamanuensis

Universitetet i Agder
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Postboks 509
4898 Grimstad
Bjorg.Dale@uia.no

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Artikkelmanuskriptet er tiltenkt eventuell publisering i Nordisk sykepleierforskning. Denne forfatterveilederen er brukt:

<http://sykepleieforskning.no/nordisk-sykepleieforskning/forfatterveiledning/>

(se vedlegg nr 6)

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

SAMMENDRAG

Intensivsykepleierens funksjon er kompleks, og involverer, i tillegg til avansert pasientbehandling også interaksjon med pårørende. Tidligere forskning på området viser at denne interaksjonen er viktig både for pasient og familie. Når det gjelder sykepleiernes erfaringer etterlyses imidlertid ytterligere forskning. Hensikten med denne studien var å belyse sykepleieres erfaringer knyttet til interaksjon med pårørende.. Seks intensivsykepleiere fra to norske sykehus ble intervjuet, og en fenomenologisk-hermeneutisk metode utviklet av Norberg og Lindseth ble brukt i analyse og tolkning av teksten. Analysen resulterte i fem hovedtemaer:

å skape et inkluderende, identitetbevarende atmosfære, å finne balanse mellom muligheter og begrensninger, et gjensidig avhengighet forhold, opplevelse av mestring og å skape trygghet og tillit.

Studien viser at interaksjon med pårørende i intensivavdelingen ble sett på som en viktig, givende og samtidig krevende sykepleieoppgave. Forutsetningene for gode interaksjoner lå både i de fysiske og praktiske forhold, men også i sykepleiernes holdninger og ferdigheter. Økt fokus på dette viktige tema i utdanning og fagutvikling samt en støttende holdning i kollegiet er nødvendig for at sykepleiere skal kunne bli i denne viktige funksjonen og oppleve mestring.

Søkeord: Nurse attitude, family, Critical care Nursing, Professional-Family Relations.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

ABSTRACT

The function of intensive care nurses is complex, and involves, in addition to advanced patient care, also interacting with relatives. Previous research in this area shows that this interaction is important for both patient and family. When it comes to nurses' experience further research is needed. The aim of this study was to illuminate nurses' experiences related to interaction with relatives in intensive care. Six intensive care nurses from two Norwegian hospitals were interviewed, and a phenomenological-hermeneutical method developed by Norberg and Lindseth was used in the analysis and interpretation of the text. The analysis resulted in five main themes: to create an including, identity-preserving atmosphere, finding balance between opportunities and limitations, a two way dependency relationship, sense of coping and to create confidence and trust”.

The result shows that interaction with relatives in intensive care was seen as an important, rewarding and at the same time demanding task by the nurses. The challenge depends on both physical and practical considerations, but also on nurses' attitudes and skills. Increased focus on this important topic in education and professional development in addition to maintaining a supporting attitude throughout the team of colleges is required for nurses to cope with and stay in this important funktion.

Keywords: Nurse attitude, family, Critical care Nursing, Professional-Family Relations

Introduksjon

Intensivsykepleiere forholder seg til akutt og kritisk syke pasienter. De forholder seg imidlertid i like stor grad til en familie i krise. Dette er en utfordrende oppgave. I de senere år er behandlingen blitt stadig mer avansert, og det tekniske og medisinske fokuset er sterkt fremtredende. Det kreves høy faglig kompetanse i forhold til en rekke tiltak i behandlingen av pasienten. Situasjonen er ofte preget av usikkerhet og ustabilitet. I tillegg til å ivareta pasienten i slike situasjoner skal sykepleieren signalisere trygghet og være inkluderende overfor familien, og ivareta deres behov. Mange ytre forhold i avdelingen vil også kunne påvirke samspillet mellom familien og sykepleieren. Hvordan oppleves dette for sykepleieren?

Bakgrunn

Mange studier viser at interaksjon med pårørende blir sett på som positivt og nødvendig i intensivavdelingen, og at en inkluderende holdning fra personalets side er viktig. Pårørende er en viktig kilde til informasjon om pasienten, de er av stor betydning for hvordan pasienten opplever sin situasjon og de har ofte et ønske om å verne om og å være hos pasienten (Agard & Maindal, 2009; Bergbom & Askwall, 2000; 1997; Engstrom & Soderberg, 2007; Hupcey, 1999; Williams, 2005). Imidlertid, selv om det er hevdet at sykepleiere er de som er best egnet til å møte familiens behov når de er i krise, vet vi lite om sykepleieres opplevelser knyttet til dette (Stayt, 2007).

Scheel (2005) karakteriserer begrepet interaksjon som et nøkkelbegrep i sykepleiefaglig samhandling. Det handler om samspill mellom mennesker og samhandling i daglig praksis. Nettopp gjennom en god samhandling kan forholdene rundt pasienten optimaliseres. Scheel (2005) sier videre at interaksjonell sykepleie omhandler tre viktige handlingsmåter som preger hvordan samhandlingen blir: den kognitiv / instrumentelle

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

handlemåte, den estetisk/ ekspressive handlemåte og den moralsk/ praktiske handlemåte.

Dette viser at sykepleiere må ta i bruk ulike ferdigheter for å møte pårørende i en profesjonell relasjon.

Viktigheten av de spesielle egenskaper man innehar som omsorgsyter i en profesjonell relasjon beskrives av Stein-Parbury (2005) som såkalte "interpersonal skills", og med dette mener hun egenskaper som å kunne lytte, å vise forståelse, å gi muligheter for deltakelse, og å trøste og støtte. Det blir derfor av stor betydning å vite noe om hvilke opplevelser sykepleierne har av denne interaksjonen, og hvilke egenskaper de tar i bruk.

Forskning som går spesifikt på sykepleieres opplevelser i interaksjon med pårørende viser at pårørende blir sett på som en viktig ressurs (Engstrom & Soderberg, 2005; Marco et al., 2006). I studien til Marco et al. (2006) kom det fram at sykepleiere følte seg kompetente til å være i interaksjon med pårørende, og de rapporterte om økt grad av tilfredshet ved å være i slik samhandling. Studien viser at det likevel ble beskrevet som både fysisk og følelsesmessig belastende.

I en dansk studie (Agard & Maindal, 2009) kom det også frem at sykepleiere hadde stor grad av tilfredshet med hensyn til egne ferdigheter og kunnskaper i interaksjon med pårørende. Sykepleierne i denne studien mente at interaksjon med pårørende ikke bare var påvirket av deres kunnskap og ferdigheter, men i høy grad av deres personlige holdninger. Å utføre sykepleie i et høyteknologisk miljø innebærer store utfordringer når det gjelder utøvelse av omsorg, og forskning viser at sykepleiere involverer følelser og menneskelige egenskaper så vel som profesjonell kunnskap i dette spesielle og utfordrende miljøet (Wilkin & Slevin, 2004). I følge Fisher et al. (2008) har sykepleiere som har tro på at nærvær av pårørende er viktig en større grad av inkludering i sitt daglige arbeid med intensivpasienten. Agard og Maindals (2009) studie viste imidlertid at det varierte i hvor stor grad sykepleierne lot pårørende delta i stell og aktiviteter knyttet til pasienten.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Stayt (2007) hevder at sykepleiere møter en rekke begrensninger i utførelsen av omsorg for pårørende. Sentrale faktorer er blant annet tidsnød, utilstrekkelige ressurser, utilstrekkelig erfaring og prioriteringer. Sykepleiere balanserer ofte mellom profesjonelle idealer og det å være menneske i verden. I følge Stayt (2007) får dette konsekvenser for hvordan de mestrer interaksjonen med pårørende.

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i intensivsykepleieres opplevelser av å være i interaksjon med pårørende, hvilke betydning slik interaksjon har for dem i deres daglige arbeid og hva som kjennetegner de gode interaksjonene.

Metode

En åpen, kvalitativ, fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble brukt i denne studien for å få en forståelse av sykepleiernes opplevelser og erfaringer.

Deltakere og rekruttering

Seks intensivsykepleiere deltok i studien, fire kvinner og to menn fra to norske intensivavdelinger. De hadde fra 6 til 23 år arbeidserfaring i den aktuelle avdelingen. Alderen varierte fra 36 til 58 år. Etter at tillatelse til å utføre studien ved de aktuelle sykehus var innhentet, ble deltakerne forespurt via sin avdelingsleder, og de som var villige til å delta mottok informasjonsskriv om studien i forkant. Kriteriene for utvelgelse av informanter var at de skulle være intensivsykepleiere med minst to års erfaring og at det var ønskelig at begge kjønn var representert. Variasjon i alder og yrkesansiennitet var også ønskelig.

Prosedyre og gjennomføring av intervjuene.

Intervjuene ble utført i løpet av tre dager våren 2011. Deltakerne ble kontaktet for å avtale intervjutidspunkt etter at skriftlig samtykke var innhentet. Fem av intervjuene ble gjort på den aktuelle intensivavdeling, i et eget, skjermet rom uten forstyrrelser. En av deltakerne ble intervjuet i vedkommendes hjem. Det ble brukt MP3 spiller for å sikre datamaterialet og gjengi informantene så nøyaktig som mulig, noe alle informantene samtykket til. Intervjuene

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

startet med et åpent spørsmål om hva det betydde for dem i det daglige arbeidet å være i interaksjon med pårørende. Deretter ble det stilt oppfølgingsspørsmål på bakgrunn av det informantene delte av sine erfaringer og opplevelser. Det ble spurt spesielt etter historier fra egne erfaringer med å ha opplevd en god interaksjon med pårørende, og erfaringer med de vanskelige interaksjonene. Det ble vektlagt at intervjuene skulle være så åpne som mulig og det ble derfor ikke brukt strukturert intervjuguide.

Hvert intervju varte fra 25 til 45 minutter. Intervjuene ble i ettertid transkribert ordrett til tekst for videre analyse og tolkning. Dialekter ble nøytralisert for å sikre anonymisering av utsagn i presentasjonen.

Analyse

Det ble brukt en fenomenologisk hermeneutisk metode for analyse og tolkning av intervjutekstene, inspirert av filosofen Ricouer (1976), og videreutviklet for kvalitativ forskning av Lindseth og Norberg (2004). Denne metoden søker kunnskap om det enkelte menneskes livserfaringer ("lived experiences"), gjennom beskrivelse og tolkning av deres opplevelser. Som fenomenolog er man opptatt av det meningsbærende i enhver levd situasjon (Lindseth & Norberg, 2004), og for å få tak i opplevelser knyttet til menneskelig væren er det nødvendig å høre den enkeltes historie. Ved bruk av en fenomenologisk hermeneutisk metode ønsker man i tillegg å tolke disse opplevelsene i den hensikt å se en dypere mening i teksten (Ricœur, 1976). Dette oppnås ved at man hele tiden beveger seg fram og tilbake mellom helhet og enkeltdeler for å få en stadig økt forståelse av det fenomenet man undersøker, som i dette tilfellet var sykepleieres opplevelse av interaksjon med pårørende.

Teksten ble først lest gjentatte ganger for å gripe den helhetlige meningen i tekstmaterialet. Denne del av prosessen kaller Lindseth og Norberg (2004) den "intuitive forståelsen". Deretter fulgte en strukturell analyse av teksten, der den først ble delt inn i meningsenheter, som så ble reflektert over og satt opp mot helheten i teksten. Deretter ble

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

meningsenhetene fortettet, eller kondensert. Her så man på likheter og variasjoner i teksten som gjorde det mulig å sortere meningsenhetene i subtemaer og hovedtemaer. Disse er så diskutert opp mot aktuell litteratur, og utgjør tilslutt en helhetlig forståelse av teksten (diskusjon).

Etiske forhold

Etter at studien ble tilrådd av Etisk Komité ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder, ble Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) søkt om tillatelse for gjennomføring. De ga sin tillatelse. Det ble deretter innhentet informert, skriftlig samtykke fra alle informantene i forkant av intervjuene. Informantenes rett til frivillig deltakelse og til å trekke seg når som helst ble i tillegg poengtert muntlig før hvert intervju. Anonymitet og taushetsplikt ble understreket, samt at opplysningene ikke skal bli brukt til annet enn den skisserte studien.

Funn

Intuitiv forståelse av teksten som helhet

Interaksjon med pårørende i intensivavdelingen opplevdes av sykepleierne som nyttig og vanskelig på samme tid. De hadde et sterkt ønske om å møte og ivareta pårørendes behov, men møtte en rekke begrensninger som gjorde det vanskelig å inkludere pårørende slik de gjerne ville. Tillit og trygghet ble sett på som forutsetninger for gode interaksjoner. Det var helst i de langvarige forholdene at man opplevde gode interaksjoner.

Den strukturelle analysen resulterte i 5 temaer og 11 subtemaer, som vist i Tabell 1.

Sett inn Tabell 1 her

Tabell 2 illustrerer et eksempel på bearbeidelse av meningsenheter og kondensering til subtema og tema

Sett inn Tabell 2 her

Å skape en inkluderende, identitetsbevarende atmosfære

Å være inkluderende

Interaksjon med pårørende betydde for sykepleierne at de tilstrebet en inkluderende atmosfære. I dette la deltakerne at de opptrådte på en slik måte at de pårørende fikk muligheten til å føle seg velkommen. En deltaker sa det slik:

”Ja, da tenker jeg at vi drar de med...at vi tar de med i informasjon, og vi holder en åpen linje til de, tenker jeg. At de skal føle seg velkommen, og at de skal få lov å være mest mulig hos den som er de sin pårørende da, som er pasienter. ”

Det var også viktig hvordan man var som person i denne fasen:

”...og så er det noen sykepleiere...noen gir ingenting av seg sjøl, og noen gir masse av seg sjøl. Og det er klart at hvis du gir masse av deg sjøl, ikke det at jeg forteller om meg personlig, sånn sett, men at du er en åpen person, så kan du få mye lettere kontakt med de pårørende og da blir jo den samhandlinga mye enklere. Men hvis du er veldig sånn avmålt, og det er bare ja og nei, og du er inne på stua bare når du skal gjøre målinger, så blir det jo ikke, altså det blir jo et godt samarbeid men”

Det å ”holde en åpen linje” mente de var viktig i denne prosessen, særlig i akutte faser der pårørende måtte vente utenfor rommet. Flere deltakere fortalte om hvor viktig det var å holde kontakten i form av kontinuerlig, kort informasjon slik at pårørende skulle vite at de ikke var glemt.

Deltakerne mente at en tilværelse i sykehuset av de fleste pasienter og pårørende kunne oppleves som skremmende og fremmed. ”Å trekke hverdagen inn” var en måte sykepleierne inkluderte pårørende på. De la vekt på å gjøre rommet hjemlig i form av bilder og tegninger. I akutfasen var de spesielt opptatt av å møte pårørende på en trygg måte. En deltaker hadde gjennom mange års erfaring lært noen enkle tiltak som hun mente fungerte godt:

”...alt fra å gi pårørende oppgaver, altså, for de blir jo så rådvile, de vet jo ikke hva de skal gjøre, de blir jo så fremmede i den situasjonen, så hvis de får gjøre noe som er kjent, alt fra å skaffe parkeringslapp til bilen, ut og kjøpe mat, altså sånne konkrete ting, for de vet jo ikke hvilken vei de skal verken trå eller gå...”

Gi rom for og ivareta identitet

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Sykepleierne var opptatt av å vise at hver pasient var særegen og hadde sin identitet. De uttrykte tydelig at det å se det enkelte menneske, og den enkelte familie, var viktig. Det å "bli kjent" med familien ble forbundet med mange gode interaksjoner som sykepleierne hadde opplevd, spesielt der det hadde blitt etablert en relasjon over tid. De var da blitt kjent med familien og kunne prate sammen på en mer personlig måte. Det med å være personlig, men ikke privat, var noe deltakerne var opptatt av.

Å finne balanse mellom muligheter og begrensninger

Kunnskap og vilje

Deltakernes beskrivelser viste på flere måter at de hadde en sterk vilje til å inkludere pårørende. De visste hvor viktig dette var, og uttrykte kunnskap i forhold til forskning de hadde lest som vektla tilstedeværelse av pårørende i intensivavdelingen. De uttrykte disse opplevelsene:

"Noen ganger kan det jo selvfølgelig være litt slitsomt, hvis en har lite hjelp i avdelingen og det er travelt og sånn, men jeg vet jo at det er kjempeviktig"

"...at hvis pasientene blir dårlige så har jo alle undersøkelser vist at i forhold til de pårørende så er det like greit at de ser og er der og opplever enn at de sitter på ganga og hører"

Pårørendes behov for informasjon, en støttende holdning og tilstedeværelse rundt pasienten ble av deltakerne omtalt som viktig. Holdningene til hvordan disse behovene best kunne ivaretas varierte imidlertid en del. Informasjon ble av samtlige beskrevet som et prioritert felt de brukte mye tid på. Det å inkludere pårørende i det daglige stell av pasienten var ikke så vanlig.

Menneskelige og fysiske begrensninger

Hverdagen opplevdes full av utfordringer når det gjaldt muligheten sykepleierne hadde til å være så inkluderende som de skulle ønske. En rekke hensyn måtte tas samtidig som pårørende skulle ivaretas. Dette ble en balansegang som ofte kunne oppleves vanskelig.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Det ble av flere deltakere poengtert at pasientens behov kom foran alt. Sykepleierne vurderte situasjonene i hvert tilfelle og tilrettela for besøk ut fra disse vurderingene. Sykepleierne mente at de måtte bestemme i hvilken grad pårørende fikk komme inn og være hos pasienten. Noen mente at det ofte var det beste for pårørende å holde seg hjemme i den fasen da pasienten var bevisstløs.

“Hvis de er godt sedert, så ser jeg ikke sånn like mye vitsen for pasientens del, men for deres egen del kan det jo være vits å være der. Men det må jo de pårørende bestemme selv. Men sånn helt ærlig for meg selv så synes jeg jo av og til det kan være, hvis pasienten er godt sedert, og en skal jobbe med pasienten, så synes jeg jo det er like greit at pårørende ikke er der.”

Det kom også fram at ulike vurderinger internt i avdelingen når det gjaldt pårørendes tilstedeværelse kunne skape konflikt. En sykepleier hadde opplevd at en annen sykepleier sendte hennes pårørende ut:

”Men ho som gjorde det, akkurat den natta var ho koordinator. Ho gjorde det vel bare for at det skulle bli greit for alle, for ho tenkte mora trengte søvn, og faren kunne sitte, og det var full sal, og vi hadde pasienter over alt....så ho gjorde det jo i beste mening, men det ble så galt..”

Hensyn til andre pasienter var også en viktig begrensende faktor som ofte ble nevnt. Dette hadde gjerne sammenheng med de fysiske romforholdene der det var tett og lite skjerming av den enkelte pasient. Her måtte man oftest la pårørendes behov vike av hensyn til bl.a. taushetsplikt. Også tid og ressurser satte begrensninger som gjorde at pårørende fikk mindre tilstedeværelse med sine nærmeste.

Et gjensidig avhengighetsforhold

Pårørendes avhengighet

Pårørende var, ifølge en av deltakerne, tvunget inn i en avhengighetssituasjon de i utgangspunktet ikke hadde valgt. Helsepersonellet var på ”hjemmebane” og satt med nødvendig kompetanse og viktige opplysninger som pasient og pårørende trengte. Det ble uttrykt på denne måten:

”...du (sykepleieren) er en del av en families liv, i en veldig viktig situasjon, men du er IKKE invitert...”

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

”Du kan si ... det møtet med pasient og pårørende det er jo aldri balansert, det er jo alltid vi som har overtaket på en måte, de er jo på besøk hos oss. Og det er oss som regjerer, men det er jo deres liv det gjelder”

Sykepleiernes avhengighet

Selv om fordelingen av makt aldri ble ansett som jevnbyrdig, mente sykepleierne at de på mange måter var avhengig av pårørende. De så på de pårørende som en viktig ressurs. De pårørende var pasientens talsmann:

”...fordi det er jo dem vi har å forholde oss til..når pasienten er kritisk syk og ikke kan gjøre rede for deg selv så er det jo dem vi må forholde oss til, og som kan gi oss praktiske opplysninger og familieopplysninger ogopplysninger om hva som har skjedd ogopplysninger om det er noe potensial der...

Sykepleierne vektla også at det var viktig for dem å bli kjent med de pårørende på det personlige plan. Også som inspirasjon i det daglige arbeidet ble pårørende trukket fram:

”...for det blir på en måte en slags motivasjonsfaktor ikke sant for det vi danner jo et vel så godt forhold til de pårørende som vi gjør med pasientene”.

Opplevelse av mestring

Å være forberedt

For å møte de pårørende på en måte som signaliserte trygghet, la deltakerne vekt på betydningen av å mestre situasjonen. Dette handlet mye om å være forberedt. Sykepleierne ønsket å være mentalt innstilt på å møte de pårørende og de spørsmål som måtte komme. Det var også viktig for dem at det ”så greit ut” rundt pasienten. En av intensivavdelingene hadde innført faste besøkstider igjen etter mange år med fleksibel ordning. Dette var noe de gjorde for å være bedre forberedt og legge bedre til rette når pårørende kom. Deltakerne la spesielt vekt på viktigheten av å kunne legge praktisk til rette for besøk og at de ikke sto opptatt med andre oppgaver. Sykepleierne i den andre avdelingen poengterte viktigheten av fleksible besøksmuligheter nettopp for å tilrettelegge for den enkelte familie.

Erfaring og kompetanse

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Trygghet i forhold til egen yrkesutøvelse ble vektlagt. Sykepleierne poengterte hvor viktig det var å signalisere trygghet til pårørende gjennom å vise at man var faglig dyktig og kompetent. En uttrykte det slik:

”og da sa vi til han at dette kan vi, og dette kan skje, og det er derfor vi er to stykker rundt ungen heile tida, men vi vet hva vi skal gjøre og vi vet hvor vi skal få hjelp”,

Denne kompetansen var noe man opparbeidet seg over tid. Deltakerne husket godt den tiden da de var nyutdannet og hadde manglende erfaring, og dermed ikke følte de mestret situasjonen:

”Jeg bare husker da jeg var bare 22 år, da har du ikke mye erfaring på baken, jeg hadde ikke opplevd så mange sånne nære tragedier eller noen ting som du kan på en måte relatere til deg sjøl du har ikke nok erfaring til å handtere en sånn vanskelig situasjon, så jeg følte veldig på den unge alderen min når du står i møte med veldig sjuke folk.”

Å ha egne livserfaringer var med på å gi nødvendige forutsetninger for å forstå og å møte det enkelte menneske. Blant annet ble egne erfaringer som pårørende vektlagt av en av deltakerne som avgjørende for at hun selv lettere kunne sette seg inn andres situasjon.

Kompetanse i vanskelige situasjoner

I akutte situasjoner hendte det ofte at sykepleierne følte seg stresset og hemmet dersom pårørende var inne på rommet. Dette resulterte mange ganger i at pårørende ble vist ut. Sykepleierne ønsket å kunne konsentrere seg om oppgavene rundt pasienten uten pårørende tilstede, nettopp for å mestre situasjonen. Det kunne oppleves slik:

”Personlig synes jeg det kan være en hemsko å jobbe med pårørende så tett innpå, spesielt i en ustabil fase”.

“Når pårørende sitter rundt senga og iakttar alt du gjør og du føler øyne i nakken, når du skrur på pumper, ordner med medisiner, det kan være fryktelig slitsomt”

Noen fortalte også om vanskelige situasjoner der de følte seg manipulert og kontrollert av pårørende, selv om dette var sjelden.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

For å mestre de ulike vanskelige situasjonene i hverdagen var det i følge deltakerne viktig med kollegial støtte. Det å få snakket om det vanskelige sammen med andre ble betegnet som helt avgjørende.

Å skape trygghet og tillit

Pålitelighet og forutsigbarhet.

Det å formidle trygghet og tillit til pårørende ble av flere forbundet med pålitelighet og forutsigbarhet, og et viktig grunnlag for utvikling av gode interaksjoner. En uttrykte seg slik:

“Tillit er at de pårørende vet at vi sier hva vi gjør, og at vi gjør det beste vi kan”

Sykepleierne mente at det å ta seg av pasienten på en god måte var helt avgjørende for at også pårørende skulle føle seg ivaretatt. De langvarige forholdene ble beskrevet som de beste. Det var også lettere å oppnå tillit når man hadde tid til de pårørende. En deltaker beskrev det slik:

“... som regel er jo de beste situasjonene når du ikke står i en krise på en måte, når du får møtt folk og får prata og informert og gitt dem litt trygghet. Det er da jeg føler at du får... at de føler seg trygge på at deres kjære blir ivaretatt på en god måte, og du merker det på dem med en gang når de på en måte greier å roe seg ned med det.”

Deltakerne fortalte også om viktigheten av å være pålitelig i kritiske situasjoner. De la stor vekt på å følge opp avtaler og stå for det man hadde sagt til pårørende, nor de hadde erfart som viktig for et godt tillitsforhold.

Å bruke seg selv og sine personlige styrker

Sykepleieren hadde mange opplevelser rundt det å måtte være en ”mottaker” for ulike følelser og reaksjoner fra pårørende som var i sjokk og sorg. Dette var en rolle som kunne oppleves vond og frustrerende. Her måtte de ta i bruk personlige styrker, ofte på bakgrunn av tidligere erfaringer.

”Det tror jeg har litt med erfaring å gjøre og, at du har vært gjennom det mange ganger før, du vet hvordan du skal møte de forskjellige og tar dem litt på sparket på en måte...du kjenner igjen reaksjonsmønsteret og du vet hvordan du kan gå inn å vurdere dem på en måte, hvordan du kan informer dem...”

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Det ble imidlertid også forbundet med positive opplevelser at man måtte improvisere i vanskelige situasjoner:

”Og det er jo derfor man jobber på et sånt sted, at det er uforutsigbart og det at en må snu seg og en må improvisere og sånne ting som gjør det spennende. Nye utfordringer og nye møter.”

De syntes det var spennende å kunne bruke sine kunnskaper og tidligere erfaringer i hver enkelt situasjon. Det” å være et helt alminnelig menneske” i møte med et annet menneske var også et kjennetegn for deltakerne på gode interaksjoner. Deltakere fortalte om situasjoner der også de ble redde, men at de kunne snakke fortrolig med pårørende også om slike følelser.

Bruk av humor ble også nevnt som et viktig element, selv i alvorlige situasjoner. Humor fikk ofte de pårørende til å ”senke skuldrene”, og det gjorde kommunikasjonen lettere og mindre formell. Dette i kombinasjon med erfaring og vurderinger av situasjon og personer gjorde ofte at interaksjon ble preget av trygghet og tillit. Bruk av humor ble beskrevet på ulike måter:

”Jeg vet hva som funker veldig godt for meg, men det har jo også med hvordan jeg er som person. Humor, eh...humor kan være veldig avvæpnende. Det kan gi littegran fri i en veldig alvorlig situasjon.”

Hvordan dette gjorde seg utslag i praksis kunne variere:

”...det kan være så enkelt som at du ”flørter” littegran med bestemor på 78, eller at du har litt dårlig ordspill eller hva det måtte være, som gjør at hele situasjonen blir ufarlig”

Samtidig ble det poengtert at man måtte være tydelig på når man brukte humor og når man var alvorlig. Dette hadde også med opparbeidelsen av et trygt tillitsforhold å gjøre:

”Og så etablerer du en kontakt, med en gang, men at du ... det er viktig å skille. Altså enten så er du den tøysekoppen, eller så er du helt alvorlig. Det skal ikke være noe midt imellom.”

Diskusjon

Funnene i denne studien viser at sykepleierne opplevde at gode interaksjoner med pårørende i intensivavdeling kjennetegnes ved trygghet og tillit mellom sykepleier og familie.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Fordi det ofte tar tid å bygge en slik tillitsrelasjon var det de langvarige forholdene som oppleves som de beste. Dette støttes også av andre studier (Burr, 2001). En inkluderende atmosfære er ofte en forutsetning for å oppnå tillit og trygghet der en familie plutselig befinner seg i en ny og skremmende situasjon. Dette støttes av studien til Søderstrøm, Saveman & Benzein (2003).

Forutsetningene var til stede i form av vilje til og kunnskap om viktigheten av å møte pårørendes behov. Dette er sammenfallende med en rekke tidligere studier som viser betydningen av pasientens behov for å ha sine hos seg, samt pårørendes behov for tilstedeværelse, informasjon, nærhet og støtte (Agard & Harder, 2007; Agard & Maindal, 2009; Burr, 1997; Søderstrøm, Saveman, & Benzein, 2006).

Det kan virke som om de senere års forskningsresultater, og vektlegging av dette i utdanning av intensivsykepleiere, har resultert i en utbredt oppfatning av at omsorg for pårørende er en avgjørende del av sykepleiernes ansvar. Hvordan dette ansvaret viser seg i praktisk handling kan likevel variere, noe som kom til uttrykk gjennom ulike holdninger blant sykepleierne. Det fremkom ulike syn på betydningen av pårørendes rolle og i hvilken grad de bør involveres. Noen opplevde det som et stort problem når pårørendes behov måtte vike, for andre var det en nødvendig og dagligdags hendelse. Agard & Harder (2009) understreker nettopp hvor viktig disse holdningene er, og at disse i stor grad influerer på interaksjonen. Det samme gjelder viktigheten av å bruke seg selv og sine personlige styrker, noe som i denne studien kommer tydelig frem. De mellommenneskelige ferdigheter som utøves i profesjonell relasjon, beskrevet av Stein-Parbury (2005) viser seg også som vesentlige i denne studien. Dette kan karakteriseres som den ”estetisk/ekspressive handlemåte”, beskrevet av Scheel (2005). Denne handlemåte var sentral i alle de personlige kvaliteter sykepleierne fortalte om. Midt i alt det tekniske og instrumentelle tenkte sykepleierne på hvordan de kunne bidra for å gjøre den enkelte situasjon mindre skremmende, for eksempel ved å bruke humor, og om det å

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

være et helt alminnelig menneske i de personlige møtene de har med pårørende i sitt arbeid. Fegran (1996) viser også betydningen av humor og hvordan denne kan brukes aktivt i samhandling med pårørende i en ellers alvorlig setting.

Det ble fortalt om en rekke begrensninger som kunne være til hinder for pårørendes tilstedeværelse hos pasienten til enhver tid. Her er det viktig at sykepleierne finner balanse mellom muligheter og begrensninger. Stayt (2007) viser også til at mangel på ressurser (lite bemanning), tidsnød (ofte travle vakter) prioriteringer (hensyn til andre pasienter, romforhold), og manglende erfaring er begrensende faktorer for pårørendes tilstedeværelse. Hensynet til pasienten selv og ivaretagelse av deres personlige integritet ble poengtert av deltagerne i min studie, noe som også trekkes frem av (Engstrom & Soderberg, 2007).

Sykepleiere og pårørende er på mange måter avhengige av hverandre, men det er sjelden et likeverdig avhengighetsforhold slik det for eksempel beskrives i nyfødtsorgen (Fegran, 1996).

Deltakerne i denne studien vektla viktigheten av å mestre situasjonen. Dette ble tydelig relatert til kompetanse og erfaring, noe som sykepleierne opplevde som avgjørende for å signalisere trygghet overfor pårørende. Her kommer betydningen av den kognitiv/instrumentelle handlemåte frem (Scheel, 2005). Det opprettholdes et omsorgsforhold til pårørende der de er den mottagende part i stedet for et forhold preget av partnerskap, slik Stein- Parbury (2005) beskriver det. Det ble egentlig ikke snakket så mye om samarbeid, men mer om å legge til rette for nærvær og tilstedeværelse.

For å mestre situasjonen må sykepleieren ha kontroll. Dette kan også relateres til det å utøve makt, og dermed bli en etisk utfordring der man må gjøre viktige valg i den enkelte situasjon. Scheel (2005) hevder at man i den interaksjonelle sykepleiepraksis stadig må vurdere om det man gjør er til pasientens og pårørendes beste. Det er her snakk om en moralsk/ praktisk handlemåte (Scheel, 2005). Dette kan i enkelte tilfeller resultere i et etisk

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

dilemma der pårørendes behov blir skadelidende. Sykepleiere står stadig i etisk vanskelige situasjoner og må ofte handle uten å kunne rådføre seg med andre. Dette er også i andre studier beskrevet som krevende (Cronqvist, Lutzen, & Nystrom, 2006; Lutzen, Cronqvist, Magnusson, & Andersson, 2003). Å være bevisst hverandres avhengighet, roller og makt var viktig for deltakerne i denne sammenheng.

Å arbeide med ”tilskuere” var noe som opplevdes som belastende for sykepleierne. De beskrev følelsen av ” å ha øyne i nakken” som stressende og forstyrrende. Disse opplevelsene beskrives også i andre studier (Clarke, 2000; Robinson & Lewis, 1990; Söderström, et al., 2003). At sykepleierne støtter hverandre kan være avgjørende i slike vanskelige situasjoner. I følge Wåhlin, Ek, & Idvall (2010) er det ikke bare kunnskap og faglig dyktighet som har betydning i denne sammenheng, men en støttende atmosfære og et godt kollegialt teamarbeid anses også som svært viktig for å opprettholde styrke og utholdenhet og forebygge utbrenthet blant sykepleiere i intensivavdelingen.

Konklusjon

Hensikten med denne studien var å få et innblikk i de opplevelser sykepleiere i intensivavdelinger har av å være i interaksjon med pårørende. Disse opplevelsene var varierte og sammensatte, noe som viser både hvor krevende, men også hvor givende, denne interaksjonen oppleves. Forutsetningen for å oppnå de gode interaksjonene ligger til en viss grad i de fysiske og praktiske forhold rundt pasienten. At det fortsatt i moderne intensivavdelinger er så liten grad av skjerming av den enkelte pasient viser seg tydelig å ha mange negative konsekvenser. Det hadde, ifølge denne studien, vært langt enklere for sykepleierne å inkludere pårørende dersom det var tilstrekkelig fysisk skjerming av den enkelte pasient. Forutsetningene ligger imidlertid også, i stor grad, i de holdninger, kunnskaper og ferdighet den enkelte sykepleier viser i sin praksis. Funnene i denne studien viser også at det er viktig å fokusere på den sentrale rolle pårørendes har i intensivavdelinger,

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

kanskje spesielt når pasienten er kritisk syk og holdes sovende. Kunnskap og bevissthet omkring dette, samt en støttende holdning i kollegiet er helt nødvendig for å oppnå gode interaksjoner med pårørende, og for å bidra til sykepleiernes mestring av en viktig og utfordrende omsorgsoppgave.

Referanser

- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care -- finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 170-177.
- Agard, A. S., & Maindal, H. T. (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *Nursing in Critical Care*, 14(5), 264-272.
- Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 384-395.
- Burr, G. (1997). The family and critical care nursing: a brief review of the literature. *Australian Critical Care*, 10(4), 124-127.
- Burr, G. (2001). *Reaksjoner og relationer i intensivvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Clarke, C. M. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 330-338.
- Cronqvist, A., Lutzen, K., & Nystrom, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 405-413.
- Engstrom, A., & Soderberg, S. (2005). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659.
- Engstrom, A., & Soderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659.
- Fegran. (1996). *Hvem "eier" barnet?: hva preger interaksjonen mellom foreldre og sykepleiere ved en nyfødtavdeling?* 15/1997, Instituttet., Oslo.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615-624.
- Hupcey, J. E. (1999). Looking out for the patient and ourselves -- the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 253-262.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.
- Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312-322.
- Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M., & Asiain, M. C. (2006). Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in Critical Care*, 11(1), 33-41.
- Ricœur, P. (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Tex.: Texas Christian University Press.
- Robinson, J. A., & Lewis, D. J. (1990). Coping with ICU work-related stressors: a study. *Critical Care Nurse*, 10(5), 80.
- Scheel, M. E. (2005). *Interaktionel sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 623-630.
- Stein-Parbury, J. (2005). *Patient and person: interpersonal skills in nursing*. Sydney: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Söderström, Benzein, E., & Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185-192.
- Söderström, Saveman, B. I., & Benzein, E. (2006). Interactions between family members and staff in intensive care units -- an observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 707-716.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing, 13*(1), 50-59.
- Williams, C. M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care, 10*(1), 6-14.
- Wåhlin, I., Ek, A., & Idvall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: Nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive and Critical Care Nursing, 26*(5), 262-269.

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Tabell 1

Oversikt over tema og subtema

SUBTEMA	TEMA
Være inkluderende Gi rom for og ivareta identitet	Å skape en inkluderende, identitetsbevarende atmosfære:
Kunnskap og vilje Menneskelige og fysiske begrensninger	Å finne balanse mellom muligheter og begrensninger:
Pårørendes avhengighet Sykepleiernes avhengighet	Et gjensidig avhengighetsforhold
Å være forberedt Erfaring og kompetanse Kompetanse i vanskelige situasjoner	Opplevelse av mestring
Pålitelighet og forutsigbarhet Å bruke seg selv og sine personlige styrker	Å skape trygghet og tillit

INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELING

Tabell 2

Eksempel på strukturanalyse av teksten

MENINGSENHETER	KONDENSERING	SUBTEMA	TEMA
<p>“Hvis man tar seg det bryderiet med å gå ut til pårørende underveis mens vi jobber med pasienten og viser at vi ikke har glemt dem, så betyr det veldig mye.”</p>	<p>Holde en åpen linje</p>	<p>Være inkluderende</p>	<p>Å skape en inkluderende, identitetsbevarende atmosfære</p>
<p>”Interaksjon.. da tenker jeg å dra de pårørende med, at vi holder en åpen linje, at de skal føle seg velkommen og får lov å være mest mulig hos pasienten. For den som ligger der er det også viktig at vi kan navna, gjør rommet hjemlig med tegninger og sånt, og trekker hverdagen og det vanlige livet nærmere den vanskelige situasjonen”.</p>	<p>Dra de pårørende med</p> <p>Holde en åpen linje</p>	<p>Gi rom for identitet</p>	
<p>”det er jo enten en far eller en mann altså det er jo familiemedlem, så det er jo deres pasient, så vi skal jo bare være med å hjelpe”</p>	<p>Gjøre rommet hjemlig</p> <p>Trekke hverdagen inn</p>	<p>Være inkluderende</p>	
<p>”altså det går jo selvfølgelig mye på person åssen du er i forhold til de pårørende, at du er imøtekommende, at de føler at de er velkomne og sånne ting”</p>	<p>Se det enkelte mennesket</p>	<p>Gi rom for identitet</p>	
<p>”Det er mange gode opplevelser knyttet til interaksjon med pårørende. Spesielt de som har ligget lenge, og en blir kjent med barn eller ektefelle og vet litt om privatlivet og kan prate omkring det.”</p>	<p>La dem føle seg velkommen</p>		
	<p>Bli kjent med familien</p>		

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

”INTERAKSJON MED PÅRØRENDE I INTENSIVAVDELINGEN SETT FRA INTENSIVSYKEPLEIERES PERSPEKTIV”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å få større kunnskap om sykepleieres opplevelse av interaksjon med pårørende i intensivavdelingen.

Prosjektet er en del av min avsluttende masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder. Fakultetets etiske komité har godkjent studien samt Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Å være pårørende til akutt og kritisk syke pasienter er i seg selv en stor belastning, og mange pårørende er i sjokk og sorg. Deres reaksjoner kan være preget av mange ulike følelser og tanker som det er gjort mange studier på og som viser betydningen av en inkluderende holdning fra personalet. I denne studien er jeg imidlertid spesielt interessert i dine opplevelser som intensivsykepleier. Du har ofte et stort og utfordrende ansvar i ditt daglige arbeid. Det kreves høy faglig kompetanse i forhold til en rekke tiltak i behandlingen av pasienten. Situasjonen er ofte preget av usikkerhet og ustabilitet. I tillegg til å ivareta pasienten i slike situasjoner ønsker man å signalisere trygghet og være inkluderende overfor familien som ofte følger det hele på nært hold. Mange ytre forhold i avdelingen vil også kunne påvirke dette samspillet mellom familie og deg som sykepleier. Hvordan opplever du slike situasjoner? Har du spesielle historier om gode relasjoner og hva som kjennetegner dem?

Mye forskning viser at det er viktig med en inkluderende holdning til pårørende både for pasient og pårørende. Mange pasienter oppgir pårørendes nærvær som svært avgjørende for hvordan de mestret sykdomsperioden. Det trengs allikevel mer kunnskap rundt sykepleieres opplevelser og erfaringer med det å være i en slik interaksjon.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å ha en samtale med deg om hvordan du opplever å være i samhandling med pårørende. Jeg ønsker å benytte et skjermet rom, helst utenfor avdelingen der vi kan snakke uforstyrret. Tidsrammen er satt til ca en time. Dette intervjuet vil sammen med fem til syv andre intervjuer danne grunnlaget for datasamlingen i studien. Da jeg er interessert i opplevelser og erfaringer vil det være et intervju med åpne spørsmål rundt temaet.

Jeg er interessert i at du mest mulig fritt forteller meg om dine opplevelser og erfaringer. Da jeg selv har arbeidet mange år i en intensivavdeling vil nok dette kunne prege mine egne holdninger og måten jeg er på. Jeg vil allikevel gjøre deg spesielt oppmerksom på at jeg nå er i en forskerrolle, og vil gjøre mitt ytterste for at ikke egne holdninger spiller inn. Det er dine opplevelser og erfaringer som skal komme tydelig frem.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ved å delta i denne studien få mulighet til å bidra med egne opplevelser og erfaringer som senere kan føre til bedring av praksis. Denne kunnskapen er svært viktig for utvikling av gode relasjoner med pårørende og forhold som tilrettelegger for dette. Økt forståelse på dette kunnskapsfeltet vil kunne bedre forhold både for pasienter, pårørende og sykepleiere.

Det vil som regel ikke være noe ubehag knyttet til et slikt intervju. Jeg skal gjøre mitt ytterste til at du får en god opplevelse av å meddele deg.

Hva skjer med de opplysningene du legger frem?

Jeg vil, dersom det er greit for deg, ta opp samtalen på lydbånd slik at jeg ikke mister verdifull informasjon som du gir. Materialet vil senere bli omgjort til skriftlig form og tolket i sammenheng med alle data som er samlet inn. All informasjon blir innelåst på et trygt sted mens studien pågår, og de transkriberte tekstene legges inn på en passordbeskyttet datamaskin hvor bare jeg har tilgang. Innen avtalt dato, når studien er avsluttet, blir alle data

slettet/makulert. Disse data skal ikke brukes til noe annet enn det du nå har fått informasjon om.

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer og andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun jeg som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Informasjonen du gir blir tilslutt en del av de drøftingsresultater som legges frem i studien og som jeg planlegger å publisere i et internasjonalt tidsskrift innen sykepleieforskning. Prosjektet vil etter planen være ferdigstilt innen 1.8.2011. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når den publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er selvfølgelig helt frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta uten at det vil få konsekvenser for deg. Dersom du på bakgrunn av denne informasjonen om studien ønsker å delta i et intervju, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og returnerer den til undertegnede. Jeg vil så ta kontakt med deg for å avtale nærmere tidspunkt og sted for samtale/ intervju.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien kan du kontakte Gro Frivold, enten på tlf 918 96 844 eller e-mail: gfrivold@tamail.no

Hvis du ønsker det kan du også ta kontakt med min veileder, førstemanuensis Bjørg Dale ved Universitetet i Agder, enten på tlf 37 23 37 52 eller e-mail: bjorg.dale@uia.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien "Interaksjon med pårørende i intensivavdelingen"

Gro Frivold, masterstudent, oktober 2010

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havskil 45morgens gate 29
N-5007 Bergen
Norge
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 40
www.nsd.uib.no
E-post: nsd@nsd.uib.no

Bjerg Dale
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 18.10.2010

Vår ref: 25257/13/IT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt: 14.10.2010. Meldinger gjelder prosjektet:

25763	<i>Interaksjon med pårørende i intensivomsorgen - sett fra intensivsykepleiers perspektiv</i>
<i>Besøddlingen, verdtig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens ansvarlige leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjerg Dale</i>
<i>Stedert</i>	<i>Gro Frivold</i>

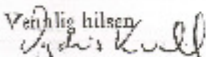
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

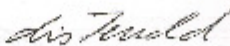
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjekter i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gro Frivold, Opplandsveien 154 A, 4885 GRIMSTAD

Ansvarligene våre / Our Data Officers

OSLO: NSD, Universitetsgt. 1, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 85 52 11, nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7091 Trondheim. Tlf: +47 93 59 19 01, kjartan.arnstad@ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetsgt. Tromsø, 9007 Tromsø. Tlf: +47 77 04 43 30, nettes@kvit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25263

Det gis skriftlig informasjon og innhentet skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrevet meget godt utformet, men forutsetter at det også oppgis dato for prosjektslutt, her 01.08.2011. Personvernombudet ber om at revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Agder sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlde opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.08.2011. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbåndopptak makuleres.

Vedlegg nr 3

Gro Frivold
Opplandsveien 154A
4885 Grimstad

03.11.2010

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Intensivavdelingen v/ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Klinikk for akuttmedisin
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FORESPØRSEL OM UTFØRELSE AV FORSKNINGSPROSJEKT

Henviser til positiv tilbakemelding på mail angående forespørsel om rutiner ved rekruttering av informanter ved sykehuset. Jeg er til daglig ansatt ved Sørlandet Sykehus Arendal, intensivavdelingen, der jeg har jobbet som intensivsykepleier siden 1996.

Som masterstudent ved Universitetet i Agder, Helsefag, fordypning i sykepleievitenskap, søker jeg om tillatelse til å gjennomføre intervjuer av 3-4 intensivsykepleiere ved intensivavdelingen. Hvert intervju vil vare ca en time. Ser fram til videre kontakt, og legger ved prosjektskisse, informasjonsskriv samt godkjenninger fra NSD og Fakultetets Ethiske Komite.

Med vennlig hilsen
Gro Frivold
Tlf: 91896844
gfrivold@tamail.no

Veileder:
Björg Dale
Førsteamanuensis

Universitetet i Agder
Fakultet for helse- og idrettvitenskap
Postboks 509
4892 Grimstad

Tlf: + 47 37 23 37 52
E-mail: bjorg.dale@uia.no

Vedlegg nr 3

Velkommen til oss -og lykke til med arbeidet :-)

Vennlig hilsen

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Klinikk sjef

Klinikk for akuttmedisin

Sykehuset XXXXXXXXX

Vedlegg nr 4

Gro Frivold
Opplandsveien 154A
4885 Grimstad

03.11.2010

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Anestesiavdelingen

FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL UTFØRELSE AV
FORSKNINGSPROSJEKT

På oppfordring fra forskningsleder henvender jeg meg direkte til dere .
Jeg er til daglig ansatt ved intensivavdelingen ved Sørlandet Sykehus
Arendal, der jeg har jobbet som intensivsykepleier siden 1996.

Jeg er også student ved Universitetet i Agder, hvor jeg gjennomfører en
mastergrad i helsefag med fordypning i sykepleievitenskap. I forbindelse med
mitt avsluttende masterprosjekt søker jeg om tillatelse til å gjennomføre
intervjuer av 3-4 intensivsykepleiere ved intensivavdelingen ved
xxxxxxxxSykehus . De skal helst ha minst to års erfaring.(Se ellers
prosjektskisse) Hvert intervju vil vare ca en time.

Jeg legger ved prosjektskisse, informasjonsskriv samt godkjenninger fra NSD.
For meg som jobber i Arendal ville det være av stor betydning å få rekruttere
noen informanter fra xxxxxxxxxxxxxxx, fordi det er en naturlig
samarbeidspartner samtidig som jeg slipper å forske på "mine egne". Det er
også av stor betydning for meg å slippe å reise så langt. Jeg har fått positiv
tilbakemelding fra xxxxxxxx, og der skal jeg også innhente opplysninger fra 3-
4 informanter.

Håper dere finner dette interessant og er villige til å avsette noe tid til dette,
samt hjelpe meg å finne aktuelle informanter.

Med vennlig hilsen

Gro Frivold
Tlf: 91896844
gfrivold@tamail.no

Vedlegg nr 4

Du er velkommen til å intervju 3-4 sykepleiere på intensiv xxxxx. Ta kontakt når du nærmer deg tidspunkt for intervjuene eller når du har behov for andre avklaringer.

Med vennlig hilsen

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Enhetsleder intensiv xxxx

Vedlegg nr 5
 Eksempel på søkehistorie

EBSCOhost: Print Search History			Side 2 av 2	
S5	(MH "Family+")	Search modes - Boolean/Phrase	Search Database - CINAHL Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	76686
S4	family	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	90719
S3	caregiver*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22292
S2	(MH "Professional- Family Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	8034
S1	(MH "Nurse Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	13557

file:///C:/Users/Gro/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary Internet Files/OL... 24.08.2010



Tuesday, August 24, 2010 2:15:01 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S13	S1 and S10 and S11	Limiters - Peer Reviewed; Research Article; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	181
S12	S1 and S10 and S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	271
S11	S2 or S3 or S4 or S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	143980
S10	S6 or S8 or S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	88378
S9	emergency OR emergencies	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	68789
S8	(MH "Critical Care Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	12442
S7	(MH "Critical Care Family Needs Inventory")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	45
S6	(MH "Intensive Care Units")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced	10303

Forfatterveiledning

Nordisk sygeplejeforskning – Nordisk sykepleieforskning – Nordic Nursing Research er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke sykepleiefagets vitenskapelige grunnlag gjennom å formidle og spre kunnskap om klinisk og teoretisk forskning og utvikling knyttet til sykepleie, og de vitenskapelige metoder som benyttes i forskningen.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser.

Tidsskriftet eies av Dansk selskap for sygepleieforskning og Norsk selskap for sykepleieforskning og gis ut av Universitetsforlaget. Målgruppen er forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, utdanningspersonell innen helsetjenestene, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Levering av manuskript

Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post:

olle.soderhamn@uia.no

Manuskriptstandard

Vitenskapelige artikler bør normalt ikke overskride 5000 ord eksklusive sammendrag (abstract) og referanseliste. Fagartikler bør ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser bør ikke overskride 1800 ord.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbelt radeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understrekking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal inneholde en tittelside med type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon på tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene, og videre skal bidraget karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (max 180 ord) og på engelsk inklusive engelsk tittel (max 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Forfattere til empiriske artikler oppfordres til å i hovedsak følge en struktur i sine manuskripter med Introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, konklusjon og referanser.

Referanser i teksten og i en alfabetisk ordnet liste angis i linje med den siste versjon av Publication manual of the American Psychological Association (<http://www.apastyle.org/>). Nummererte fotnoter nederst på siden kan brukes i tillegg. Plassering av tabeller og figurer angis i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges sist i manuskriptet.

Korrektur

Forfatter får tilsendt et eksemplar av første korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres per post eller som skannede filer til redaksjonssekretæren innen fem dager. Det må ikke foretas endringer i teksten mot

antatt manuskript.

Særtrykk og webpublisering

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den Universitetsforlagets elektroniske tidsskriftsdatabase www.idunn.no, der artikler gjengitt i tidsskriftet også vil bli lagret. Forlaget tillater at forfattere arkiverer sin artikkel i åpne institusjonelle arkiv eller på eget nettsted, men bare i den versjon og det format som ble godkjent av tidsskriftets redaksjon. Versjoner, slik de fremkommer i trykket eller i elektronisk utgave, skal ikke benyttes til egenarkivering.

INTERVJUGUIDE

Innledende spørsmål:

Kan du fortelle meg om hva det betyr for deg i ditt daglige arbeid å være i tett samhandling med pårørende?

Eksempler på oppfølgingsspørsmål:

Kan du fortelle meg om en gang du opplevde det spesielt positivt å være i interaksjon med pårørende?

Hva var det som gjorde dette til en så god opplevelse?
Gjorde du noe spesielt for å oppnå en slik samhandling?

Kan du fortelle om en gang du opplevde det vanskelig å være i interaksjon med pårørende?
Hva var det som gjorde samhandlingen vanskelig?

Det vil bli rettet flere oppfølgingsspørsmål for å følge og klargjøre informantens opplysninger.