



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Familjefokuserad omvårdnad på intensivvårdsavdelning

Sjuksköterskans upplevelse

Hanna Hansson-Lustig

Nellie Kron-Södergren

Handledare: Peter Anderberg

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2014

Familjefokuserad omvårdnad på intensivvårdsavdelning

Hanna Hansson-Lustig
Nellie Kron-Södergren

Sammanfattning

Bakgrund: Familjefokuserad omvårdnad är ett förhållningssätt inom vården där involvering av familjen är den viktigaste komponenten. Samarbete mellan sjuksköterskan och familjen är också viktigt i den familjefokuserade omvårdnaden. Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar lider av svikt i vitala kroppsfunktioner. Familjens närvaro kan ge ökad trygghet till dessa patienter samt att de är en viktig del av tillfrisknandet. Däremot finns det inte tillräckligt med forskning på hur sjuksköterskan upplever familjefokuserad omvårdnad på intensivvårdsavdelningar. Det är därför av stor vikt att belysa detta för att se vilka positiva och negativa upplevelser sjuksköterskan har om familjefokuserad omvårdnad och om hur det påverkar deras arbete.

Syfte: Belysa sjuksköterskans upplevelse av familjefokuserad omvårdnad på intensivvårdsavdelning.

Metod: En litteraturstudie som är baserad på åtta vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Artiklarna granskades med Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom tre kategorier. De visar på att det finns påfrestningar av familjefokuserad omvårdnad, samtidigt som sjuksköterskan ändå ser familjen som en stor tillgång i omvårdnaden. Resultatet visar även att intensivvårdsmiljön påverkar familjens involvering och att den inte är anpassad för familjer.

Slutsats: Resultatet visar att sjuksköterskan behöver utbildas för att kunna arbeta familjefokuserat. Genom utbildning av familjefokuserad omvårdnad kan sjuksköterskan lära sig hantera familjer på ett professionellt sätt. Men även intensivvårdsmiljön behöver förändras för att familjefokuserad omvårdnad ska fungera både för sjuksköterskan och familjen.

Nyckelord: familjefokuserad omvårdnad, intensivvårdsavdelning, sjuksköterska, sjuksköterske-familjerelation, upplevelser.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning | 4 |
| Bakgrund | 5 |
| Familjefokuserad omvårdnad | 5 |
| Intensivvårdsavdelning | 6 |
| Familjen på intensivvårdsavdelningen | 6 |
| Teoretisk referensram – Joyce Travelbee | 7 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 8 |
| Datainsamling | 8 |
| Inklusionskriterier | 9 |
| Exklusionskriterier | 9 |
| Urval | 9 |
| Analys | 10 |
| Resultat | 10 |
| Familjen är en tillgång | 11 |
| Behov av information | 11 |
| Behov av tillit | 12 |
| Involvering av familjen | 13 |
| Utmaningar med familjefokuserad omvårdnad | 14 |
| Känna sig obekväma | 14 |
| Familjen blir ett hinder | 15 |
| Behov av distans | 16 |
| Brister i den fysiska miljön | 17 |
| Diskussion | 18 |
| Metoddiskussion | 18 |
| Resultatdiskussion | 21 |
| Slutsats | 24 |
| Självständighet | 25 |
| Referenser | 25 |
| Bilaga 1 Databassökningar | 29 |
| Bilaga 2 Granskningsprotokoll | 31 |
| Bilaga 3 Artikelöversikt | 32 |
| Bilaga 4 Innehållsanalys | 33 |

Inledning

Familjens närvaro på en intensivvårdsavdelning har enligt Ågård och Terkildsen Maindal (2009) visat sig ha en positiv effekt på patienten, dessutom är familjen även en viktig del av vårdprocessen. Bergbom och Askwall (2000) beskriver hur närstående har en betydelsefull roll i omvårdnadsprocessen och hur de kan skapa en känsla av trygghet och säkerhet när patienten känner osäkerhet och maktlöshet. Intensivvårdspatienter ser familjen som deras kontakt med omvärlden vilket kan hjälpa dem att inte förlora sin plats i sociala sammanhang (ibid.). Enligt Andersson (2011) skiljer sig miljön på en intensivvårdsavdelning mycket från andra avdelningar som finns på sjukhuset. Det finns mycket teknisk utrustning på avdelningen och det kan till och från vara mycket stressfullt för både familjer, patienter och vårdpersonal att befinna sig där. Inom den svenska hälso- och sjukvården är intensivvården en av de mest resurskrävande formerna av vård (ibid.). I många fall är de närstående närvarande då patienter som ligger på intensivvårdsavdelningen är kritiskt sjuka (Fridh, Forsberg och Bergbom, 2009).

Ågård och Terkildsen Maindal (2009) beskriver att familjefokuserad omvårdnad, som bland annat innebär involvering av familjen, i många fall kan vara svår för vårdpersonal att utföra på en intensivvårdsavdelning men att det ändå finns positiva aspekter i att interagera med familj och närstående. Coyne, O'Neill, Murphy, Costello och O'Shea (2011) menar att den familjefokuserade omvårdnaden är viktig både för sjuksköterskan och familjen men att vårdmiljön i många fall gör att det blir svårt att utföra familjefokuserad omvårdnad. Coyne et al. (2011) anser att för att det ska kunna bli en god kvalitet på den familjefokuserade omvårdnaden bör sjuksköterskans upplevelse av den familjefokuserade omvårdnaden i olika vårdmiljöer studeras. Ågård och Harder (2007) påpekar att det behövs fler sammanställningar av tidigare studier som fokuserar på sjuksköterskans upplevelse av samarbete och involvering av familjen på intensivvårdsavdelningar. Genom att få bättre kunskap inom området kan en bättre familjefokuserad omvårdnad utifrån sjuksköterskans perspektiv utvecklas (ibid.). Willman, Stolz och Bahtsevani (2011) menar också att en sammanställning av studier kan leda till ökad evidens och förståelse inom området. Genom att fokusera på hur sjuksköterskor upplever familjefokuserad omvårdnad på en intensivvårdsavdelning för vuxna skulle detta kunna leda till en bättre förståelse för vad det finns för positiva och negativa aspekter på att jobba familjefokuserat i en stressig miljö med avancerad vård.

Bakgrund

Familjefokuserad omvårdnad

Wright, Watson och Bell (2002) har definierat begreppet familj som människor som binds ihop genom starka emotionella band. Dessa emotionella band grundar sig i att familjen känner en känsla av samhörighet samt att de känner ett starkt ömsesidigt engagemang för varandra (ibid.). Även Wright och Leahey (1998) har gjort en definition av begreppet familj. De beskriver att familjen omfattar de personer som säger sig ingå i den. Vidare menar Wright och Leahey (1998) att det inte behöver vara ett blodsband som binder ihop en familj. Detta poängterar även Coyne et al. (2011). De menar att det är viktigt att involvera föräldrar och syskon i vården men det är lika viktigt att involvera de personer som saknar blodsband till patienten men som fortfarande anses tillhöra dennes familj. Vidare i studien kommer begreppet familj definieras som personer som binds ihop och skapar en familj genom antingen starka emotionella band eller blodsband.

Coyne et al. (2011) menar att det alltid ska finnas ett holistiskt perspektiv på familjen i den familjefokuserade omvårdnaden. Vidare beskriver Coyne et al. (2011) att det stora syftet med den familjefokuserade omvårdnaden är att sjuksköterskan och familjen arbetar tillsammans och på så sätt blir familjen involverad i vården av patienten. Detta sker till stor del genom att det skapas en relation mellan sjuksköterska och familj. Denna relation bygger på att sjuksköterskan och familjen interagerar med varandra (ibid.). Coyne et al. (2011) menar att det inte kan bli en relation om det inte sker en interaktion mellan människor och utan en relation mellan sjuksköterskan och familjen kan det inte bli en familjefokuserad omvårdnad.

Familjefokuserad omvårdnad är ett förhållningssätt inom vården enligt Mitchell och Chaboyer (2010). De beskriver att familjen är en av den viktigaste källan för patientens psykiska och fysiska välmående. Den familjefokuserade omvårdnaden bygger på att det finns en relation mellan sjuksköterska och familj där relationen baseras på ömsesidig respekt, samarbete och stöd gentemot varandra (ibid.). Mitchell och Chaboyer (2010) påtalar även att kommunikationen är en väsentlig del i relationen mellan sjuksköterska och familj. Coyne et al. (2011) menar att det finns fem komponenter i den familjefokuserade omvårdnaden. Dessa är: involvering av familjen i omvårdnaden, bilda partnerskap med familjen, konsultera om vård, utföra vård med hög kvalitet samt ha ett vårdvetenskapligt tillvägagångssätt. Att

involvera familjen i omvårdnaden är den viktigaste komponenten i den familjefokuserade omvårdnaden enligt Coyne et al. (2011). För familjens skull bör sjuksköterskan uppmuntra till involvering i den sjukes vård (ibid.). Enligt Mitchell och Chaboyer (2010) har involvering från familjens sida en positiv inverkan både för patientens välmående och för familjens. Involvering medför att familjen inte känner sig åsidosatta i situationen och genom att familjen får vara en del av omvårdnaden minskar stress och oro hos patienten (ibid.).

Intensivvårdsavdelning

Intensivvård beskrivs av Andersson (2011) som en vårdnivå. Patienter som får intensivvård behöver på grund av svikt i vitala kroppsfunktioner avancerad behandling med noggrann övervakning (ibid.). Patienter som ligger på intensivvårdsavdelningar är kritiskt sjuka men Stubberud (2009) menar att patientens tillstånd, inte diagnos, är avgörande för om denne kräver intensivvård. Andersson (2011) påtalar att det kan vara mycket krävande för patienten att vårdas på en intensivvårdsavdelning. Många av patienterna är beroende av den högteknologiska utrustningen som används inom intensivvården (ibid.). Det finns olika typer av intensivvårdsavdelningar exempelvis neonatalavdelning, barnintensivvårdsavdelning samt intensivvårdsavdelningar för vuxna (Stubberud, 2009). Det är vårdmiljön på intensivvårdsavdelningar för vuxna som föreliggande studie inriktar sig på.

Familjen på intensivvårdsavdelningen

Familjens närvaro på intensivvårdsavdelningen beskrivs av Fröjd, Larsson & Wallin (2012) som en trygghet för patienten. En patient med en närvarande familj får mer styrka att kämpa vidare (ibid.). Ågård och Harder (2007) visar att även familjen känner styrka av att vara hos patienten. Familjen upplever att vara närvarande hos patienten är en viktig del i tillfrisknandet (ibid.). Dock påtalar Fröjd et al. (2012) att vissa familjemedlemmar upplever den tekniska utrustningen som skrämmande och obekant. Detta beskriver även Söderström, Saveman, Hagberg och Benzein (2009) som menar att familjen kan ha svårt att veta hur de ska bete sig i en intensivvårdsmiljö eftersom den kan upplevas främmande. Enligt Söderström et al. (2009) upplever familjen situationen som kaotisk och kan då tappa greppet om verkligheten. Däremot menar Fridh, Forsberg och Bergbom (2009) att vissa familjer har en föreställning om att intensivvårdsmiljön ska vara stressfull och kaotisk men i själva verket upplever familjen intensivvårdsmiljön som lugn och kontrollerad när de väl är på plats. Enligt Fridh et al. (2009) är det inte miljön som är skrämmande utan vetskapen av att patienten är beroende

av teknisk utrustning för att överleva. Oavsett hur familjen upplever intensivvårdsmiljön påstår Söderström et al. (2009) att stöd och information från sjuksköterskan är nödvändigt för att klara av tiden på en intensivvårdsavdelning. Det emotionella stödet är en viktig aspekt som sjuksköterskan bör ta hänsyn till i mötet med familjen (ibid.). Fröjd et al. (2012) menar att även det fysiska stödet som att bara lyssna och vara närvarande är betydelsefullt för hur familjen hanterar situationen.

Teoretisk referensram – Joyce Travelbee

Travelbee (1971) menar att vid varje möte skapas det en mellanmänsklig relation. Denna är betydelsefull för att det ska kunna skapas en god vårdrelation. Travelbee (1971) beskriver att mellanmänskliga relationer skapas genom att personer går igenom interaktionsfaser. I den första fasen menar Travelbee (1971) att observationer mellan människor sker. Här skapas uppfattningar om varandra som är baserade på gamla erfarenheter och det är detta som ligger till grund för hur personerna kommer bete sig gentemot varandra. Ett bra första möte leder till en fortsatt god kontakt menar Travelbee (1971). I nästa fas utvecklas identiteter. Travelbee (1971) menar på att varje människa är unik. Varje människa har en roll, såsom sjuksköterskerollen, patientrollen eller anhörigrollen, men för att kunna se det unika i varje människa måste personerna se bortom rollerna. Genom att se bortom rollerna kan patienten och familjen få en annan uppfattning av sjuksköterskan och sjuksköterskan kan även förstå familjen bättre. När sjuksköterskan, patienten och familjen känner samhörighet med varandra kan de gå vidare till nästa fas som är empati. Empati beskrivs av Travelbee (1971) som att en människa förstår en annan människas psykiska tillstånd utan att känna för mycket känslsam involvering. Empati uppstår inte alltid mellan människor men när den uppstår förändras interaktionsmönstret samt relationen mellan människorna. Empati blir till sympati när en person känner med en annan person. Med detta menar Travelbee (1971) att med hjälp av sympati kan en människa känna en annan människas lidande och på så sätt vilja hjälpa att lindra lidandet. Medkänsla är något som kännetecknar sympatifasen. Sympati beskrivs av Travelbee (1971) som den sista fasen i interaktionsfaserna. Dessa faser leder fram till att det kan bildas en ömsesidig förståelse och kontakt med varandra vilket Travelbee (1971) poängterar är viktigt för vårdrelationen.

Travelbee (1971) beskriver även upplevelser i sin omvårdnadsteori. Travelbees (1971) definition är att en upplevelse är något som sker och som en person är med om. Det är viktigt

att finna mening med sina upplevelser (ibid.). I studien kommer sjuksköterskans upplevelse belysas eftersom det endast är de själva som kan beskriva vad de har upplevt.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av familjefokuserad omvårdnad på intensivvårdsavdelning.

Metod

Metoden som har tillämpats var en litteraturstudie som baserades på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Enligt Olsson och Sörensen (2011) används litteraturen som källa för inhämtning av information i en litteraturstudie. För att kunna studera fenomen eller tolka olika upplevelser och erfarenheter menar Willman et al. (2011) att studien ska ha en kvalitativ metod. Eftersom syftet med studien var att belysa och tolka upplevelser ansågs en litteraturstudie som baserades på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats vara mest lämplig.

Datansamling

Sökning efter artiklar har skett på två olika databaser, Cinahl och Pubmed. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) innehåller Cinahl omvårdnadsvetenskapliga artiklar och Pubmed innehåller bland annat omvårdnadstidskrifter. Därför var dessa två databaser relevant att använda till artikelsökningar. För att få fram mer avgränsande sökningar användes de booleska sökoperatörerna OR och AND. Med hjälp av dessa booleska sökoperatörer menar Willman et al. (2011) att sökningen blir mer inriktad och relevant för det specifika området. Genom Cinahl Headings har synonymer till syftets huvudbegrepp hittats. De har sedan kombinerats med OR för att sökningen skulle bli bredare. Därefter har sökblocken kombinerats med AND för att på så sätt ringa in de väsentliga artiklarna. De huvudsakliga söktermer som användes var family centered care, nurses experience, intensive care unit*, professional-family relations, registered nurses, critical care nursing samt synonymer till dessa (bilaga 1). För att inte gå miste om relevanta artiklar gjordes en manuell sökning i varje utvald artikels referenslista efter andra artiklar. Även en sökning på relaterade artiklar genom Pubmed gjordes.

Inklusionskriterier

I artikelsökningen har artiklar med kvalitativ ansats inkluderats. I Cinahl har artiklarna valts att vara peer reviewed. Artiklar som granskas av kollegor inom området innan de publiceras menar Olsson och Sörensen (2011) är peer reviewed. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska för att få ett så stort utbud som möjligt. Engelska var även ett språk som behärskades. För att artiklarna skulle inkluderas skulle de vara skrivna ur sjuksköterskans perspektiv då detta var syftet med studien. I artiklar där andra perspektiv också förekom i resultatet inkluderades endast sjuksköterskans perspektiv om denna del enkelt kunde urskiljas från de andra. Artiklarna skulle även vara inriktade på omvårdnad som sker på intensivvårdsavdelning.

Exklusionskriterier

Artiklar som har handlat om familjefokuserad omvårdnad på neonatalavdelning eller barnintensivavdelning har exkluderats från studien. Artiklar som har publicerats i länder där synen på familjen, t ex familjekonstellationen eller kulturella aspekter, var för olik jämfört med den i Sverige har exkluderats eftersom resultatet från denna studie ska kunna implementeras i den svenska sjukvården.

Urval

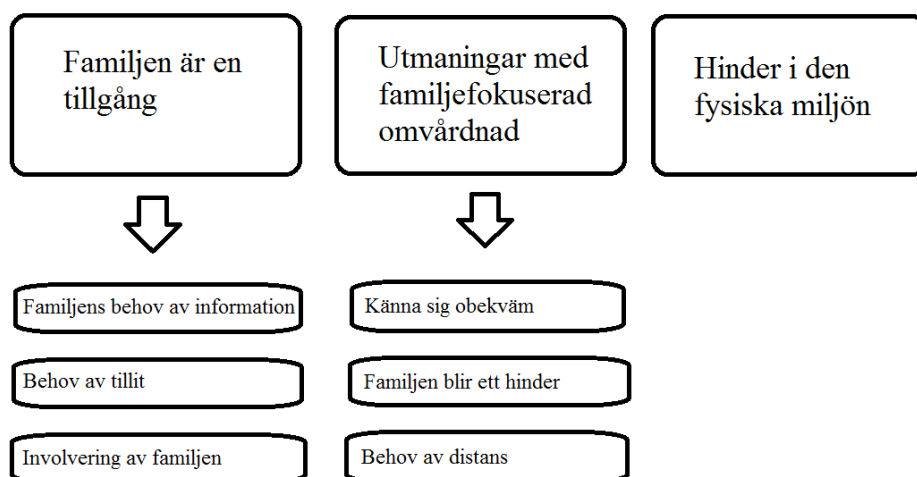
Under artikelsökningarna lästes 278 artiklar på titelnivå. Av dessa lästes 76 abstract varav 19 artiklar valdes ut för att läsas i sin helhet. Därefter valdes 9 artiklar ut då de svarade på syftet till studien. Genom den manuella sökningen valdes 3 artiklar ut för att läsas i sin helhet. En av dessa artiklar passade syftet till studien. Genom sökningen på relaterade artiklar hittades en artikel som lästes i sin helhet och som ansågs passa studiens syfte. Därefter gjordes en kvalitetsgranskning av 11 artiklar. I kvalitetsgranskningen användes Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (bilaga 2). I bedömningsmallen fanns det ett färdigt poängsystem som användes. En fråga plockades bort eftersom den inte ansågs relevant för studien. Denna var: "*Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos*". Därefter ändrades maxpoängen i poängsystemet till 45 poäng. När alla artiklar var poängsatta räknades poäng om till procent. Artiklar med 70-80 % ansågs ha medelkvalitet. Artiklar över 80 % ansågs ha hög kvalitet. För att artiklarna skulle få vara med i studien skulle de ha minst 70 %. Tre artiklar sållades bort i kvalitetsgranskningen och de åtta återstående valdes att tas med i studien (bilaga 3).

Analys

Studiens innehåll har analyserats med hjälp av Graneheim och Lundman (2004) tolkning av Krippendorfs innehållsanalys. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att en innehållsanalys används för att analysera och tolka olika dokument. I början av analysen lästes artiklarna noggrant igenom i deras helhet för att få en bättre förståelse för vad de handlade om. Därefter valdes meningsbärande enheter ut individuellt utifrån varje artikel. När alla meningsbärande enheter hade valts ut diskuterades dessa utifrån syftet och vissa meningsbärande enheter valdes bort. Meningsbärande enheter beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som meningar eller ord där det finns ett gemensamt budskap som svarar på studiens syfte. När de meningsbärande enheterna hade valts ut genomfördes en kondensering av dessa. En kondensering innebär enligt Graneheim och Lundman (2004) att de meningsbärande enheterna kortas ner utan att de förlorar sin innebörd. När kondenseringen hade skett delades alla kondenserings in i olika koder. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en kod är en sorts etikett som beskriver den kondenserade meningsenheten. En kod kan vara ett enskilt ord eller några sammanbundna ord och koden kan bland annat beskriva en känsla eller en upplevelse (ibid.). När alla koderna hade tagits fram granskades dessa med noggrannhet och därefter delades de koder som passade ihop in i kategorier och underkategorier. Graneheim och Lundman (2004) menar att i en underkategori finns det bara koder som har liknande innehåll. De underkategorier som passar ihop skapar sedan kategorier. Det är viktigt att kategorierna och underkategorierna hör ihop med syftet (ibid.). När de meningsbärande enheterna plockades ut valdes dessa att bevaras i originalspråket, alltså engelska, för att inte dessa skulle förlora sin innebörd. Därefter skrevs kondenseringsarna, koderna, kategorierna och underkategorierna på svenska.

Resultat

Resultatet av studien har presenterats utifrån tre kategorier *Familjen är en tillgång*, *Utmaningar med familjefokuserad omvårdnad* och *Hinder i den fysiska miljön* samt tillhörande underkategorier *Familjens behov av information*, *Behov av tillit*, *Involvering av familjen*, *Känna sig obekväma*, *Familjen blir ett hinder* och *Behov av distans*.



Figur 1: Kategorier och underkategorier

Familjen är en tillgång

Familjens behov av information

Sjuksköterskan upplevde att familjens behov av information var stort på en intensivvårdsavdelning och för att undvika konflikter mellan olika parter behövde informationen vara öppen, rak och ärlig (Engström, Uusitalo & Engström, 2011). Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att känna till familjens behov av konsekvent och känslomässig information i olika situationer (Wilkin & Slevin, 2004). Information upplevdes också vara en viktig del för att kunna bygga en sjuksköterske-familjerelation och sjuksköterskorna ansåg även att det var deras plikt att ge information till familjer (Söderström, Benzein & Saveman, 2003; Stayt, 2009).

Participants described information giving as an important element of caring for families in ICU and essential in building the foundations of the subsequent nurse/family relationship (Stayt, 2009, s. 1270).

För att inte familjen skulle vara rädd eller osäker upplevde sjuksköterskan att det var viktigt att ge familjen information innan deras första möte med patienten. Detta för att familjen skulle vara förberedd och inte uppleva patienten och tekniken som något obekant eller skrämmande. Familjer som var välinformerade och lugna ansågs enligt sjuksköterskan vara ett gott hjälpmedel både för patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan upplevde att dessa familjer bidrog med viktig information som kunde få sjuksköterskan att förstå patientens

situation bättre (Hupcey, 1999; Stayt, 2009; Wilkin & Slevin, 2004; Söderström et al. 2003). Sjuksköterskan upplevde att de kunde få mer information om patienten genom att lära känna patienten genom familjens ögon. De fick ta del av mer historia om patienten och lärde känna denne på ett mer personligt plan. Familjen gjorde att sjuksköterskan fick ett annat perspektiv av patienten i vårdarbetet (Hardicre, 2003).

When you have got to know the family more you tend to view the patient in a totally different way. (Hardicre, 2003, s. 35).

Behov av tillit

Sjuksköterskor upplevde att det var viktigt att skapa en öppen och tillitsfull relation med familjen för att familjen skulle kunna få ett bra stöd. Tillit skapade enligt sjuksköterskan en djupare relation mellan sjuksköterskan och familjen. Det upplevdes även vara enklare och bekvämare att stödja en familj känslomässigt om familjen respekterade och litade på sjuksköterskan (Söderström et al. 2003; Stayt, 2009).

A good relationship made it possible to support family members in emotionally charged situations by being close, comforting and using touch (Söderström et al., 2003, s. 188).

Sjuksköterskan upplevde att en tillitsfull relation med familjen underlättade omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskor upplevde att det var enklare för familjer att skapa tillit till en sjuksköterska om de lärde känna sjuksköterskan på ett mer personligt plan. Sjuksköterskor som inte ville vara personliga fick ändå familjen att tro att deras relation var speciell för att på så sätt kunna skapa tillit. När bandet till familjen skapades upplevde vissa sjuksköterskor sig mer som en del av familjen vilket gjorde det enklare för dem att förstå familjen och därmed utföra familjefokuserad omvårdnad (Hardicre, 2003; Stayt, 2009).

You sort of give yourself to support them. I can't explain it really... You need to develop a relationship quickly so that these people [the patients family] trust you – because when they trust you they are a lot easier to be with (Hardicre, 2003, s. 36).

Sjuksköterskan upplevde att det ibland kunde ta tid att skapa tillit i relationen med familjen. Processen för att nå fram till tillit upplevdes också av vissa sjuksköterskor som stressfull men ju längre tid sjuksköterskan fick på sig desto bättre band skapades mellan dem och familjerna

(Hardicre, 2003; Hupcey, 1999). Trots att det upplevdes som en påfrestande process var en tillitsfull relation nödvändig enligt sjuksköterskan då den var tidssparande samt skapade förtroende gentemot sjuksköterskan och trygghet för familjen (Söderström et al. 2003; Stayt, 2003).

It took time to create trusting relationship, but when successful, it was ultimately timesaving (Söderström et al. 2003, s. 188).

Involvering av familjen

Involvering av familjen upplevdes av sjuksköterskan som betydelsefullt för alla parter men för att det skulle vara positivt för familjen, sjuksköterskan och patienten behövde det finnas en balans i familjens närvaro och involvering (Engström et al. 2011). Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att uppmuntra familjen till att involvera sig i patientens omvårdnad om patienten mår psykiskt eller fysiskt bättre av involveringen. Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att ha i åtanke att hur familjen mår kunde påverka patienten. Sjuksköterskan upplevde att familjens involvering i omvårdnaden underlättade för sjuksköterskans arbete då familjen kunde lägga mer tid på småsaker som sjuksköterskan oftast inte hann med. Familjens involvering kunde även upplevas tryggande för patienten enligt sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde familjen som en tillgång när patienten var från en annan kultur och kanske hade svårt att uttrycka sina önsknings. I situationer där patienten låg nersövd upplevdes familjen som ett stort hjälpmedel då en relation mellan sjuksköterska och patienten inte kunde skapas genom verbal kommunikation (Engström et al. 2011; Hupcey, 1999; Wilkin & Slevin, 2004; Hardicre, 2003).

It's the relatives who tell you about them... the more they tell you the more you view that body in the bed as a person... they really give an identity to the person you are caring for... which is great. (Hardicre, 2003, s. 35).

Familjen upplevdes inte bara ha en stor betydelse för sjuksköterskan utan också för hur patienten klarade av att ta sig igenom intensivvårdstiden. Eftersom familjen var något som patienten var bekant med skapades en trygghet som sjuksköterskan inte hade möjlighet att åstadkomma för patienten utan familjens närvaro enligt sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde att familjen hade en lugnande effekt på patienten genom att de minskade oro och förvirring (Hupcey, 1999; Engström et al. 2011; Söderström et al. 2003). Familjen sågs av

sjuksköterskan som ett hjälpmedel då det var de som kunde ge patienten stöd och kärlek genom att finnas där. Detta upplevdes som familjens roll i omvårdnaden (Hupcey, 1999; Engström et al. 2011). Patienten och familjen sågs även av sjuksköterskan som en enhet, där patienten och familjen var beroende av varandra för att må bra. Sjuksköterskan upplevde att familjen var en del av patientens vård. Genom att familjen fick rätt stöd av sjuksköterskan kunde de ge rätt stöd till patienten och på så sätt blev familjen ett hjälpmedel både för patienten men även för sjuksköterskan (Wiling & Slevin, 2004). Det upplevdes även viktigt att familjen kände sig betydelsefull i omvårdnaden och att de inte togs för givet. Samtidigt som familjens involvering upplevdes betydelsefull fick den inte orsaka att patientens integritet blev kränkt, om sjuksköterskan upplevde att så var fallet bads familjen istället att lämna rummet (Engström et al. 2011; Engström & Söderberg, 2007a). Sjuksköterskan kände att det saknades tid att lägga på familjen. För att kunna ge rätt stöd till en familj och för att kunna bygga en relation måste sjuksköterskan ge tid åt familjen men det upplevdes som att den tid som fanns behövdes läggas på patienten. Dock upplevde sjuksköterskan att ju längre en patient låg på avdelningen desto enklare blev det att hitta tid för familjen och på så sätt involvera dem mer och skapa en bekvämare relation (Stayt, 2009; Hupcey, 1999; Engström et al. 2011; Engström & Söderberg, 2007a).

Utmaningar med familjefokuserad omvårdnad

Känna sig obekvämt

Sjuksköterskan upplevde att de behövde lära känna familjen för att bättre kunna samarbeta med dem i vården. Detta gjorde att sjuksköterskan ibland kände att familjen kom för nära och de blev för personliga gentemot varandra vilket sjuksköterskan kunde uppleva som obekvämt. Sjuksköterskorna upplevde det som en konflikt mellan det personliga och det professionella när de inte kunde avgöra var gränsen gick för vad som blev för personligt och då oprofessionellt (Stayt, 2009; Stayt, 2007; Söderström et al. 2003)

'FN' [participant] revealed that there was a point at which a nurse-family relationship stopped being professional and moved to a therefore uncomfortable level (Stayt, 2007, s. 628).

Familjen kunde göra sjuksköterskan obekvämt genom sin närvaro då sjuksköterskan upplevde sig observerad av familjen. Sjuksköterskan upplevde en rädsla för att bli ifrågasatt och för att

säga fel saker till familjen vilket gjorde att de kände sig obekväma i familjens närvaro. Att inte kunna besvara familjens frågor medförde också att sjuksköterskan kände sig obekväma. Sjuksköterskan upplevde att familjen ibland ställde personalen mot varandra för att testa deras kunskap (Söderström et al. 2003; Stayt, 2007; Hardicre, 2003).

I get stiff, I cannot be natural when I feel observed from all angles and corners. The work is not smooth and easy when you feel you have to weigh each word on a gold scale. Then it is not natural to talk either, it becomes forced, strange (Söderström et al. 2003, s. 189).

I sjuksköterskans och familjens samarbete kunde det skapas konflikter, som när de inte kom överens om patientens vård. Detta ledde till att sjuksköterskan kände sig obekväma och ibland inte ville gå till jobbet för att där få möta familjen. Sjuksköterskan upplevde sig inte vara förberedd varken genom utbildning eller psykiskt för att arbeta familjefokuserat. Speciellt i stunder då familjen blev överväldigande (Hardicre, 2003; Engström et al. 2011; Stayt, 2007). Sjuksköterskan upplevde sig också obekväma när familjen riktade sin rädsla och stress mot sjuksköterskan då de inte visste hur det skulle hanteras. När sjuksköterskan inte kunde möta familjens behov och inte kunde göra någonting för att förbättra deras situation upplevdes detta också som stressande och sjuksköterskan kände sig då otillräcklig (Hardicre, 2003).

Familjen blir ett hinder

Familjen upplevdes som ett hinder när de på något sätt störde sjuksköterskan från att utföra omvårdnaden. I situationer när patienten var kritiskt sjuk eller det uppstod en akut situation upplevde sjuksköterskan familjen som ett hinder när de egentligen bara ville vara involverade i situationen (Stayt, 2007; Hardicre, 2003).

I was trying hard to keep on top of it all but the family kept getting in the way. They just kept coming in from behind the curtains when I had told them to wait in the relatives' room. I know it sound mercenary because obviously they were really worried and needed support but, the patient's wellbeing has to come first and that is final and on this occasion I had to be very firm with the family as I felt... I just felt that they were preventing me from doing my job. (Stayt, 2007, s. 627).

Sjuksköterskan upplevde att familjen blev ett hinder när familjens och patientens behov krockade. Detta kunde upplevas av sjuksköterskan som att de slets mellan att prioritera

familjen eller patienten (Stayt, 2007). Familjen upplevdes som intensiv och de förväntade sig i många fall att bli prioriterade först. Detta medförde att sjuksköterskan upplevde att familjen tog tid från patienterna och att de på så sätt blev för mycket. I situationer när det var många familjemedlemmar hos patienten upplevde sjuksköterskan att det var svårt att stödja patienten eftersom familjen överröstade patienten (Stayt, 2007; Stayt, 2009).

Because the family were so expressive and there was so many of them I ended up having to spend all my time supporting them when really the patient needed me more. (Stayt, 2007, s. 627).

Sjuksköterskan upplevde att viss involvering av familjen ibland kunde bli för mycket för patienten. Familjen besökte patienten på avdelningen ofta och det upplevdes då av sjuksköterskan som att patienten inte fick något andrum till att återhämta sig mellan besöken. Vissa familjer stressade patienten genom att ställa frågor eller när det var många som var på besök samtidigt (Engström & Söderberg, 2007a; Engström et al. 2011). Sjuksköterskan upplevde att vissa familjer som besökte medvetslösa patienter saknade respekt för personen som låg i sängen samt för hela intensivvårdsmiljön. De betedde sig som om de vore på en familjeträff. Detta upplevdes som ett hinder då de störde omgivningen och inte respekterade patienten (Hupcey, 1999). Familjen upplevdes även som ett hinder när de blev för överbeskyddande gentemot patienten, vilket ibland ledde till att de förde patientens talan och tog patientens beslut i deras händer utan att patienten fick vara med och bestämma (Engström et al. 2011; Stayt, 2007).

I feel fine most of the time having family around, however, what can be difficult is when the family take over and the patient doesn't get a look in. (Stayt, 2007, s. 627).

Behov av distans

Empati upplevdes av sjuksköterskan vara en del av omvårdnaden av familjen på intensivvårdsavdelningen (Stayt, 2009). När sjuksköterskan blev för känslomässig involverad och upplevde sig utmattad hade de ett behov av känslomässig distans till familjen. Sjuksköterskan hade olika strategier för att skapa denna distans såsom att hålla sig kort i diskussioner med familjen och endast utföra den omvårdnad som var nödvändig. De poängterade dock vikten av att inte vara otrevlig eller elak mot familjen (Stayt, 2009; Stayt, 2007; Hardicre, 2003).

Participants also described strategies employed for maintaining an emotional distance from the family. These included the use of closed questions, leading questions and the use of direct statements. Frequently communications were therefore self-limiting (Stayt, 2009, s. 1273).

Sjuksköterskan upplevde inte bara behovet av känslomässig distans utan även ett behov av att skapa fysisk distans till familjen. Detta gjordes genom att ta pauser från familjen eller genom att lämna rummet när familjen upplevdes som för mycket. Vid vissa omvårdnadstillfällen bads istället familjen lämna rummet så att sjuksköterskan skulle få jobba ifred då det upplevdes störande när familjen låg i arbetet. Detta kunde enligt sjuksköterskan uppröra vissa familjer (Stayt, 2007; Hardicre, 2003; Hupcey, 1999; Söderström et al., 2003).

The participants acknowledged the emotional demands of caring for families within critical care and described strategies they employed to create space between themselves and the families (Stayt, 2009, s. 1272).

Sjuksköterskan upplevde att de var i behov att skydda sig själva från den personliga och den känslomässiga involveringen genom att skapa distans till familjen på olika sätt. De kände även att de var i behov av distans för att kunna ha kvar kontrollen i sjuksköterskefamiljerelationen, vilket var viktigt för att kunna utföra god vård till familjen och patienten (Stayt, 2007; Söderström et al. 2003; Stayt, 2009).

Hinder i den fysiska miljön

Sjuksköterskan upplevde att intensivvårdsmiljön var skrämmande för familjen vilket gjorde det svårare att involvera dem. Eftersom intensivvårdsmiljön innehöll så mycket avancerad teknisk utrustning var det svårt för sjuksköterskan att finna en balans i familjens involvering (Engström et al. 2011; Engström & Söderberg, 2007a).

It's really a catastrophic environment, a bed and a lot of tubes and a lot of apparatuses all tooting and whistling, relatives become frightened when they come in here and the patient has a tube in their throat and everything around. (Engström et al. 2011, s. 6).

Intensivvårdsmiljön upplevdes inte vara anpassad för familjer. Det saknades större utrymmen för familjen där de kunde dra sig tillbaka och ta en paus utan att behöva lämna avdelningen.

Sjuksköterskan ville kunna erbjuda familjen sovplatser så att de kunde vara involverade dygnet runt när en patient var kritiskt sjuk. Genom att ha lugna utrymmen som var till för familjen ökade deras känsla av trygghet på avdelningen och då kunde även en bättre familjefokuserad omvårdnad utföras (Engström et al. 2011; Engström & Söderberg, 2007a).

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats tillämpades eftersom Willman et al. (2011) beskriver detta som en lämplig metod för att studera personers upplevelser och erfarenheter. Det valdes även att göra en litteraturstudie då Olsson och Sörensen (2011) menar på att empiriska studier stör verksamheten inom hälso- och sjukvården för mycket och är tidskrävande. Vidare menar Olsson och Sörensen (2011) att det krävs mycket planering innan en empirisk studie kan utföras. Detta ansåg inte möjligt inom den utsatta tidsplanen. Eftersom det redan fanns några studier gjorda inom ämnet ansågs det mest relevant att göra en litteraturstudie för att sammanställa dessa studier. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att genom en litteraturstudie kan tidigare studier sammanställas.

Det räcker inte enligt Willman et al. (2011) att basera en systematisk litteratursökning på enbart en databas eftersom relevanta artiklar inom området kan missas. Därför valdes det att sökningarna skulle ske på två databaser. Enligt Willman et al. (2011) är Cinahl och Pubmed två stora databaser som innehåller artiklar och tidskrifter inom omvårdnad. Det ansågs därför relevant att basera sökningarna på dessa två databaser. För att bredda sökningarna och därmed resultatet hade fler databaser kunnat användas men då tillräckligt med artiklar med hög kvalitet hittades på Cinahl och Pubmed ansågs inte det relevant. Under artikelsökningarna användes olika booleska sökoperatorer. För att bredda sökningen menar Willman et al. (2011) att synonymer kan kombineras ihop genom OR och för att sedan avgränsa sökningen inom det valda området kombinera sökblocken med AND. Dock menar Willman et al. (2011) att AND ska användas med försiktighet då det kan avgränsa för mycket och därmed sortera bort väsentliga artiklar.

Den bedömningsmall som valdes till kvalitetsgranskningen av artiklarna var Olsson och Sörensen (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod. Fördelarna med bedömningsmallen som valdes var att den var på svenska, den var enkel att förstå samt att den redan var poängsatt och innehöll relevanta frågor vilket gjorde att det blev enklare att granska artiklarna. För att mallen skulle passa studien valdes en fråga bort eftersom den inte ansågs relevant eller passa in. Frågan ”*Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos*” togs bort då det inte var en specifik patientgrupp som skulle undersökas och därför passade den inte in i granskningen. Den gick heller inte att byta ut till något som skulle passa studien bättre. Granskningen av artiklarna gjordes först enskilt och sedan gjordes en gemensam granskning. Detta för att artiklarna skulle granskas på samma sätt och få en korrekt poängsättning.

En artikel som är peer reviewed är granskad av kollegor inom området menar Olsson och Sörensen (2011). Därför valdes peer review som en inklusionskriterie för att resultatet skulle byggas på säkra källor. En annan inklusionskriterie som valdes var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eftersom det var ett språk som behärskades. Hade artiklar på språk som endast behärskats till viss del tagits med i studien hade väsentlig information kunnat missas. Sökningarna begränsades dock inte till att endast få fram artiklar skrivna på engelska, denna sortering gjordes manuellt eftersom väsentliga artiklar även kunde hittas i referenslistor i artiklar som var skrivna på andra språk. Eftersom utbudet av artiklar var begränsat gjordes ingen avgränsning med årtal. Dock inkluderades artiklar som låg i närheten av 2000-talet manuellt om artikeln ansågs relevant för studien. I sökningarna eftersöktes kvalitativa artiklar eftersom det var dessa som kunde beskriva upplevelser eller fenomen. Allt som inte överensstämmer med syftet till en studie eller med inklusionskriterierna ska exkluderas från sökningarna menar Willman et al. (2011). Därför exkluderades alla artiklar som handlade om familjefokuserad omvårdnad på neonatalavdelning och barnintensivvårdsavdelning. På dessa avdelningar ansågs familjefokuserad omvårdnad vara en självklarhet då det var barn som vårdades. Det fanns redan mycket forskning om familjefokuserad omvårdnad på neonatalavdelning och barnintensivvårdsavdelning och det ansågs därför relevant att lägga mer vikt på familjefokuserad omvårdnad kring vuxna. Ännu en inklusionskriterie var att artiklar som skulle tas med till studien skulle vara skrivna ur sjuksköterskans perspektiv. En av artiklarna som framkom innehöll dock tre olika perspektiv, sjuksköterskans perspektiv, anhörigas perspektiv samt patientens perspektiv. Eftersom de olika perspektiven tydligt kunde urskiljas i artikelns resultat valdes den att inkluderas. Endast delen som handlar om sjuksköterskans perspektiv i artikeln har tagits med i studien. En annan exklusionskriterie

som valdes var att artiklar som hade publicerats i länder där synen på familjen var för olik den i Sverige inte skulle vara med i studien. Exempelvis valdes artiklar bort där studien var utförd i länder där den kulturella skillnaden skilde sig allt för mycket från den svenska. Detta var för att synen på familjen och deras roll i omvårdnaden skulle kunna vara för olik den i Sverige och detta skulle kunna spela roll för hur sjuksköterskan upplevde familjen och därmed kunde det påverka resultatet i föreliggande studie. I studien inkluderades dock en artikel från USA som hade kunnat falla bort på grund av detta exklusionskriterie. Dock ansågs studien relevant att tas med eftersom synen på familjen i USA och i Sverige inte ansågs vara allt för olik. Ett exempel på detta var att de mångkulturella inslagen som finns i USA även kunde ses i Sverige. Även familjekonstellationen i de amerikanska familjerna var något som inte heller ansågs skilja sig allt för mycket från den svenska familjen. Något som kanske kunde ha påverkat resultatet i studien var skillnaden i sjukvårdssystemen. Detta styrks av Sveriges Kommuner och Landsting (2008) som har jämfört Sveriges sjukvårdssystem med USA. Eftersom befolkningen i USA betalar högre kostnader för sin sjukvård i jämförelse med befolkningen i Sverige och att befolkningen i USA får vård som är baserad på vilken försäkring de har skulle detta kunna påverka sjuksköterskans syn och förhållningssätt till familjen i omvårdnaden. Detta övervägdes innan artikeln togs med. Artikeln från USA skulle även kunna ses som en styrka i föreliggande studie då den kunde visa upp ett likartat resultat som studierna som inkluderats från Europa vilket tyder på att resultatet i föreliggande studie skulle kunna implementeras i flera länder.

De vetenskapliga artiklarna som valdes att kvalitetsgranskas granskades med hjälp av Graneheim och Lundman (2004) tolkning av Krippendorfs innehållsanalys. Innehållsanalysen innebar att ta ut meningsbärande enheter, kondensera de meningsbärande enheterna, koda, bilda underkategorier och tillslut bilda kategorier. De meningsbärande enheterna togs till en början ut individuellt. Därefter gjordes en gemensam sammanställning av alla meningsbärande enheterna för att kontrollera att alla stämde in med syftet. Det var viktigt att de meningsbärande enheterna inte förlorade sin innebörd när de togs ut och därför behölls vissa meningsbärande enheter långa. Vid kondenseringen av de meningsbärande enheterna var det enkelt att göra feltolkningar och missa väsentliga delar som skulle påverka resultatet, därför gjordes kondenseringen tillsammans för att stärka tilltron till kondenseringen. De meningsbärande enheterna valdes att behållas på engelska och därefter genomfördes kondensering, kodning, bildning av underkategori och kategori på svenska. Detta kunde

medföra att det skedde en viss tolkning av den engelska texten som kunde vara felaktig. Därför granskades kondenseringen extra noggrant.

Resultatdiskussion

De stora huvudfynden som har framkommit i resultaten har resulterat i tre kategorier som har handlat om att familjen var en tillgång, att det fanns utmaningar med familjefokuserad omvårdnad samt att det fanns brister i den fysiska miljön på intensivvårdsavdelningar.

Resultatet visade att sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att ge familjen information innan det första besöket med patienten, i samband med deras första besök på intensivvårdsavdelningen. Detta för att familjen skulle vara förberedd och inte uppleva varken patienten eller tekniken som något skrämmande eller obekant. Detta styrks av Farell, Joseph och Schwartz-Barcott (2005) som beskriver att sjuksköterskor upplever att det är viktigt att förbereda anhöriga innan de besöker patienten. Speciellt om de anhöriga aldrig tidigare har varit på en intensivvårdsavdelning (ibid.). Travelbee (1971) beskriver i sin interaktionsteori att när människor möts för första gången så skapas uppfattningar om varandra, dessa uppfattningar avgör om och hur en vårdrelation etableras. Ett bra första möte mellan olika parter leder till en fortsatt god kontakt (ibid.). Vidare visade resultatet att sjuksköterskan upplevde att de kunde lära känna patienten genom familjen och att familjen gav sjuksköterskan bra information angående patienten. Även Bergbom och Askwall (2000) menar att familjen har en betydande roll i omvårdnadsprocessen. Det är familjen som kan ge viktig information om patientens behov och liv (ibid.). Resultatet visade också att sjuksköterskan upplevde att familjen var i stort behov av information från vårdpersonal och att denna skulle vara öppen, rak och ärlig för att konflikter skulle undvikas. Chelsa och Stannard (1997) menar att familjen är i en stressfull situation vilket gör det svårt att ta in information. Därför kan information behöva upprepas. Vilket även resultatet i föreliggande studie visade, såsom att sjuksköterskan upplevde att det var betydelsefullt att känna till familjens behov av konsekvent och känslomässig information. Detta styrks även av Warren (2013) som menar att det är betydelsefullt att sjuksköterskan kan ge information korrekt då detta är en av sjuksköterskans kärnkompetenser.

Resultatet visade att involvering av familjen upplevdes som betydelsefullt för sjuksköterskan men för att det skulle ha en positiv effekt för alla parter behövde det finnas en balans i

familjens närvaro och involvering. Detta påpekar även Mitchell och Chaboyer (2010) som menar att familjen närvaro har en positiv effekt på patientens välmående. Bergbom och Askwall (2000) påtalar att familjens närhet ger patienten mer styrka att kämpa vidare och ökar välbefinnandet. Familjen mår även bra av att involveras (ibid.). Dock påvisade resultatet att det var viktigt att ha i åtanke att familjens mående kunde påverka patienten även negativt. Resultatet visade även att familjens involvering hade positiv effekt på sjuksköterskan då familjen kunde lägga mer tid på småsaker som sjuksköterskan inte hann med vilket underlättade sjuksköterskans arbete. Som resultatet påvisade var involvering av familjen en viktig del i sjuksköterskans arbete. Detta påtalar även Walton (2013) som menar att sjuksköterskan i sitt arbete ska ha ett kompanjonskap med patienten och familjen. Sjuksköterskan ska jobba utifrån en personcentrerad omvårdnad, även kallat patient- och familjecentrerad omvårdnad vilket är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (ibid.).

Travelbee (1971) beskriver att om personer genomgår interaktionsprocessens alla steg ska ömsesidig kontakt och känslomässig involvering uppnås. Dock visade resultatet i föreliggande studie på att även om sjuksköterskan upplevde känslomässig kontakt med patienten kunde tryggheten som patienten upplevde av sjuksköterskan aldrig jämföras med den trygghet som skapades genom familjen. Vilket även Engström och Söderberg (2007b) påtalar. De menar att familjen kan ge närhet och kärlek till patienten vilket inte sjuksköterskan har möjlighet till (ibid.). Dock visade resultatet att viss involvering av familjen kunde bli för mycket för patienten. För täta besök samt för många besökare var jobbigt. Detta menar även Ågård och Harder (2007) som beskriver att patienter känner sig för svaga och därför inte orkar med för mycket besök. Vidare visade resultatet att sjuksköterskan upplevde familjen som ett hinder i vården när de blev för överbeskyddande och förde patientens talan istället för att endast vara en del i vården. Dock visar Bergbom och Askwall (2000) att patienten upplever det som tryggande när familjen kan föra patientens talan eftersom patienten kan ha det svårt att uttrycka exakt hur denne känner och vill. Även om patienten upplever det tryggande när familjen för dennes talan så menar Randers och Mattiasson (2004) att det alltid är viktigt att respektera patientens integritet och autonomi oavsett vilket tillstånd patienten är i. Likaså visade resultatet i studien att familjens involvering var betydelsefull men den fick inte bli kränkande för patientens integritet. Detta styrks av Bergbom och Askwall (2000) som påtalar att det krävs ett speciellt band mellan familj och patient för att familjen ska kunna involveras i viss omvårdnad utan att patientens integritet kränks.

Resultatet visade att sjuksköterskan upplevde det som svårt att involvera familjen och finna en balans i involveringen när miljön innehöll så pass mycket avancerad teknisk utrustning. Miljön kunde upplevas som skrämmande för familjen enligt sjuksköterskan. Dock menar Fridh et al. (2009) att det inte är den fysiska miljön som familjen upplever skrämmande utan vetskapen om att deras anhörigas liv är beroende av maskiner för att överleva. Resultatet i föreliggande studie visade att familjer som var välinformerade ansågs mer lugna och blev ett bättre hjälpmedel. Således skulle detta kunna innebära att familjer som får bättre förståelse om omvårdnaden och tekniken på en intensivvårdsavdelning skulle kunna involveras bättre då miljön inte blir lika främmande. Engström och Söderberg (2004) påtalar att när familjer blir informerade om den tekniska utrustningen anser de att miljön är mer trygg och känns mer professionell. Även Fridh et al. (2009) beskriver att intensivvårdsavdelningar som upplevs välkomnande gör att familjer känner sig mer viktiga och behövda i omvårdnaden. Dock visade resultatet i föreliggande studie att intensivvårdsmiljön inte upplevdes som anpassad för familjer. Det behövdes lugna utrymmen som familjen kunde dra sig tillbaka till och genom dessa utrymmen kunde känslan av trygghet för familjen på avdelningen öka. Detta styrks av Fridh et al. (2009) som menar att intensivvårdsavdelningar inte är utformade för att möta familjens behov. Det saknas rum som familjen kan gå till när de behöver lugn och ro. Även patientrummets utformning påverkar hur pass familjen kan involveras i vården (ibid.). Söderström et al. (2009) beskriver även att sjuksköterskor upplever det svårt att involvera de familjer som har svårt att anpassa sig till intensivvårdsmiljön. Där visade även resultatet i föreliggande studien att sjuksköterskan upplevde det svårt att involvera familjer som upplevde intensivvårdsmiljön som skrämmande.

Resultatet visade att empati var en viktig del i omvårdnadsarbetet av familjen. Detta stöts av Travelbees (1971) interaktionsprocess där Travelbee menar att empati behövs för att fullgöra en god vårdrelation. Travelbee (1971) påpekar att empatin måste vara ömsesidig där familjen också kan känna empati för sjuksköterskan och kan se bortom sjuksköterskerollen. Däremot visade resultatet att involveringen av familjen var påfrestande och att sjuksköterskan då var i behov av att distansera sig själv genom känslomässig och fysisk distans. Genom att hålla diskussioner korta eller lämna rummet när familjen blev för mycket kunde de skydda sig själva. Detta styrks av Söderberg, Norberg och Gilje (1996) som menar att sjuksköterskor är i behov av känslomässig distans för att kunna utföra ett gott arbete och ta rätt beslut i jobbiga situationer i och med att en intensivvårdsmiljö är så känslomässigt påfrestande. Dock

poängterar Travelbee (1971) att om det inte finns den känslomässiga involveringen av bland annat empati och sympati så kan inte en god vårdrelation upprätthållas. Det blir bara ett möte mellan personer som inte bryr sig om varandra vilket resulterar i att personerna i fråga inte får sina behov sedda. Vidare visade resultatet att sjuksköterskan inte ville bli personligt och känslomässigt involverad för att kunna ha kvar kontrollen i sjuksköterske-familjerelationen. Blev relationen för personlig upplevde sjuksköterskan detta som oprofessionellt och det gjorde att de kände sig obekväma. Detta går emot Travelbees (1971) interaktionsteori eftersom Travelbee anser att det behövs en känslomässig relation mellan parterna för att det ska kunna bildas en ömsesidig förståelse och kontakt mellan varandra. Detta håller Chelsea och Stannard (1997) med om. De poängterar att om sjuksköterskan distanserar sig från patientens familj är det omöjligt att utföra en vård som är familjefokuserad (ibid.).

Slutsats

Resultatet som framkom visade att sjuksköterskan upplevde både positiva och negativa aspekter av den familjefokuserade omvårdnaden på en intensivvårdsavdelning. Sjuksköterskan upplevde att familjen var en god källa till bra information angående patienten. Det sågs också som en självklarhet att involvera familjen i omvårdnaden eftersom detta oftast gynnade alla parter. Dock upplevdes familjen som ett hinder i vissa situationer där de involverades. Att arbeta familjefokuserat gjorde även att det kunde bli en för personlig relation med familjen vilket sjuksköterskan ibland upplevde som obekvämt och var då i behov av distans. Sjuksköterskan förstår att de behöver familjen samtidigt som de ibland upplever negativa känslor gentemot dem. Det skulle kunna leda till att sjuksköterskans attityd mot familjen påverkar utvecklingen av den familjefokuserade omvårdnaden på en intensivvårdsavdelning. Sjuksköterskan upplever sig inte ha rätt kompetens för att möta familjens behov i den familjefokuserade omvårdnaden och är därför i behov av bättre utbildning angående att jobba familjefokuserat. En bättre kunskap om hur personalen ska jobba familjefokuserat kan även göra att sjuksköterskan känner sig mer bekväm i situationen och kan hantera den på ett mer professionellt sätt. Miljön på intensivvårdsavdelningen bör också anpassas bättre för familjerna för att de ska kunna vila eller ta en paus. En bättre anpassad miljö gör också att sjuksköterskan kan ta mer naturliga pauser från familjen och detta kan göra att familjen inte upplevs lika överväldigande. Sjuksköterskan upplever i många fall familjen som något positivt men de är även ett hinder ibland. Därför borde nästa

forskningsområde ligga på hur arbetsmiljön på en intensivvårdsavdelning borde vara uppbyggd för att familjens involvering ska kunna bli mer gynnsam. Genom att göra fler empiriska studier på hur sjuksköterskan interagerar med familjen skulle olika strategier kunna tas fram angående om hur sjuksköterskan skulle kunna involvera familjen i en avancerad miljö så att det påverkar alla parter så positivt som möjligt. Detta i sin tur skulle kunna leda till att den familjefokuserade omvårdnaden upplevs mer positiv för alla parter.

Självständighet

Arbetet har skrivit gemensamt av Hanna Hansson-Lustig och Nellie Kron-Södergren. Detta har skett genom diskussioner och ett gott samarbete. Sökningarna som gjordes på Cinahl och Pubmed gjordes tillsammans men Nellie satt vid datorn och genomförde sökningarna och Hanna antecknade varje steg och sökord under tiden. Artiklarna delades upp mellan varandra när meningsenheterna togs ut. En gemensam kontroll av meningsenheterna gjordes därefter. Abstract, inledning, bakgrund, metod, resultat och diskussioner skrevs gemensamt men det gjordes en skiftning om vem som satt vid datorn. Arbetet med uppsatsen har i alla delar genomförts gemensamt för att det skulle bli välarbetat av båda.

Referenser

- Andersson, L. (2011). *Vad är intensivvård*. Svenska Intensivvårdsregistret – SIR. <http://www.icuregsw.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/> Hämtad: 2014-11-03.
- Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical care Nursing*, 16 (6), 384-395.
- Chelsa, CA., & Stannard, D. (1997). Breakdown in the nursing care of families in the ICU. *American Journal of Critical Care*, 6 (1), 64-71.
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (12), 2561-2573.
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27 (1), 1-9.
- Engström, Å., & Söderberg, S. (2007a). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9), 1651-9.
- Engström, Å., & Söderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20 (5), 299-308.
- Engström, Å., & Söderberg, S. (2007b). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (6), 569-76.
- Farell, ME., Joseph, DH., & Schwartz-Barcott, S. (2005). Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nursing Forum*, 40 (1), 18-28.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (3), 111-119.
- Fröjd, C., Larrson, I-M., & Wallin, E. (2012). Omvårdnad av intensivvårdspatienter. I: Larsson, A., & Rubertsson, S. (Red.), *Intensivvård*. (sid 732-742). Stockholm: Liber.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Hardicre, J. (2003). Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU. *Nursing Times*, 99 (29), 34-7.
- 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), 253-62.

- Mitchell, M L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care – A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26 (3), 154-160.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Randers, I., & Mattiasson, A. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 63-71.
- Stayt, LC. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (9), 1267-75.
- Stayt, LC. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (6), 623-30.
- Stubberud, D-G. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I: Gulbrandsen, T., & Stubberud, D-G. (Red.). *Intensivvård – Avancerad omvårdnad och behandling* (sid 19-23). Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Söderberg, A., Norberg, A., & Gilje, F. (1996). Meeting tragedy: interviews about situations of ethical difficulty in intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 12 (4), 207-17.
- Söderström, I-M., Benzein, E., & Saveman, B-I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 185-92.
- Söderström, I-M., Saveman, B-I., Hagberg, M S., & Benzein, E. (2009). Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (5), 250-257.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing (2 ed)*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Walton, M K. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I: Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (Red.). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.
- Warren, J J. (2013). Informatik. I: *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.
- 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), 50-9.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, L M., & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, L M., Watson, W L., & Bell, J M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ågård, A S., & Harder, I. (2007) Relatives' experiences in intensive care – Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23 (3), 170-177.

Ågård, A S., & Terkildsen Maindal, H. (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *Nursing in Critical Care*, 14 (5), 264-272.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl

| Sökordskombinationer | Antal träffar | Sökdatum | Lästa abstrakt | Antal valda artiklar |
|---|---------------|----------|----------------|----------------------|
| S1. Family focused nursing (CH [Cinahl Headings]) | 36 | 141016 | 0 | |
| S2. Family centered care (CH) | 4303 | 141016 | 0 | |
| S3. Family nursing (CH) | 2819 | 141016 | 0 | |
| S4. S1 OR S2 OR S3 | 6855 | 141016 | 0 | |
| S5. Critical care nursing (CH) | 15621 | 141016 | 0 | |
| S6. Intensive care | 43826 | 141016 | 0 | |
| S7. S5 OR S6 | 53885 | 141016 | 0 | |
| S8. Nurse attitudes (CH) | 17252 | 141016 | 0 | |
| S9. Nurses experience | 2705 | 141016 | 0 | |
| S10. S8 OR S9 | 19307 | 141016 | 0 | |
| S11. S4 AND S7 AND S10 | 85 | 141016 | 29 | 0 |
| S12. Nurse-patient relations (CH) | 17197 | 141016 | 0 | |
| S13. Professional- family relations (CH) | 9960 | 141016 | 0 | |
| S14. Professional-patient relations (CH) | 16327 | 141016 | 0 | |
| S15. S12 OR S13 OR S14 | 41654 | 141016 | 0 | |
| S16. Registered nurses (CH) | 17960 | 141016 | 0 | |
| S17. Intensive care unit* | 37268 | 141016 | 0 | |
| S18. S15 AND S16 AND S17 | 50 | 141016 | 17 | 2 |
| S19. S4 AND S15 | 1444 | 141016 | 2 | 0 |
| S20. S4 AND S15 AND S9 | 20 | 141016 | 3 | 0 |

Sökningar i Pubmed

| Sökordskombinationer | Antal träffar | Sökdatum | Lästa abstract | Antal valda artiklar |
|------------------------------------|---------------|----------|----------------|----------------------|
| S1. Nurse-patient relations | 34929 | 141017 | 0 | |
| S2. Professional-patient relations | 126174 | 141017 | 0 | |
| S3. Professional-family relations | 17259 | 141017 | 1 | 0 |
| S4. S1 OR S2 OR S3 | 130975 | 141017 | 0 | |
| S5. Intensive care unit* | 102445 | 141017 | 0 | |
| S6. "Nurses experiences" | 734 | 141017 | 0 | |
| S7. S4 AND S5 AND S6 | 27 | 141017 | 10 | 2 |
| S8. S3 AND S5 AND S6 | 16 | 141017 | 5 | 2 |
| S9. Family nursing | 38505 | 141017 | 0 | |
| S10. Family focused care | 4575 | 141017 | 0 | |
| S11. Family centered care | 4361 | 141017 | 0 | |
| S12. S9 OR S10 OR S11 | 44971 | 141017 | 0 | |
| S13. S4 AND S12 | 8186 | 141017 | 0 | |
| S14. S4 AND S6 AND S12 | 59 | 141017 | 9 | 0 |

Genom kontroll av referenslistan i artikel: Nurses' experience of interactions with family members in intensive care unit. Hittades följande artikel:

- Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU

Genom sökningar på relaterade artiklar på pubmed av artikel: Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. Hittades följande artikel:

- The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

| Poängsättning | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|-----------------------|-------------|----------|------------|
| Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p) | Saknas | 1/3 | 2/3 | Samtliga |
| Introduktion | Saknas | Knapphändig | Medel | Välskriven |
| Syfte | Ej angivet | Otydligt | Medel | Tydligt |
| Metod | | | | |
| Metodval adekvat till frågan | Ej angiven | Ej relevant | Relevant | |
| Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig) | Ej angiven | Knapphändig | Medel | Utförlig |
| Triangulering | Saknas | Finns | | |
| Urval (antal, beskrivning, representativitet) | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Patienter med lungcancerdiagnos | Ej undersökt | Liten andel | Hälften | Samtliga |
| Bortfall | Ej angivet | > 20 % | 5-20 % | < 5 % |
| Bortfall med betydelse för resultatet | Analys saknas / Ja | Nej | | |
| Kvalitet på analysmetod | Saknas | Låg | Medel | Hög |
| Etiska aspekter | Ej angivna | Angivna | | |
| Resultat | | | | |
| Frågeställning besvarad | Nej | Ja | | |
| Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc) | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc) | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Diskussion | | | | |
| Problemanknytning | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Diskussion av egenkritik och felkällor | Saknas | Låg | God | |
| Anknytning till tidigare forskning | Saknas | Låg | Medel | God |
| Slutsatser | | | | |
| Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses) | Slutsats saknas | Låg | Medel | God |
| Ogrundade slutsatser | Finns | Saknas | | |
| Total poäng (max 48 p) | p | p | p | p |
| | | | | p |
| Grad I: 80% | | | | % |
| Grad II: 70% | | | | Grad |
| Grad III: 60% | | | | |

Bilaga 3 Artikelöversikt

| Författare/år/land | Titel | Metod | Urval | Kvalitet |
|--|---|--------------------------------------|--|-----------|
| Engström, B., & Söderberg, S. (2007). Sverige | Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses | Fokuserade gruppdiskussioner | 24 sjuksköterskor. Alla kvinnor. | 98% Hög |
| Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Sverige | Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences | Semi-strukturerade intervjuer | 8 sjuksköterskor. Varav 6 kvinnor och 2 män. | 93% Hög |
| Hardicre, J. (2003). England | Nurses' experience of caring for the relatives of patients in the ICU. | Ostrukturerade intervjuer | 9 sjuksköterskor. | 71% Medel |
| Hupcey, J E. (1999). USA | Looking out for the patients and ourselves – the process of family integration int the ICU. | Ostrukturerade intervjuer | 10 sjuksköterskor, 11 anhöriga och 30 patienter. | 73% Medel |
| Stayt, L C. (2009). England | Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for the families of critically ill adult intensive care. | Djupgående intervju med öppna frågor | 12 sjuksköterskor. | 93% Hög |
| Stayt, L C. (2007) England | Nurses' experiences of caring for the families with relatives in intensive care units. | Djupgående intervju | 12 sjuksköterskor. Varav 10 kvinnor och 2 män. | 91% Hög |
| Söderström, I-M., Benzein, E., & Saveman, B-I. (2003). Sverige | Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. | Individuella intervjuer | 10 sjuksköterskor. | 78% Medel |
| Wilkin, K., & Slevin, E (2004). England | The mening of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. | Semi-strukturerade intervjuer | 12 sjuksköterskor. | 82% Hög |

Bilaga 4 Innehållsanalys

| Meningsenhet | Kondensering | Kod | Underkategori | Kategori |
|---|---|---|--------------------------------|---|
| Participants described information giving as an important element of caring for families in ICU and essential in bilding the foundations of the subsequent nurse/family relationship. | Ge information är ett viktigt element i omvårdnaden av familjen och grunden i en sjuksköterske-familjerelation. | Information är viktigt i omvårdnaden av familjen. | Familjens behov av information | Familjen är en tillgång |
| Participants' accounts revealed the importance of a trusting relationship between themselves and families. | En tillitsfull relation mellan sjuksköterska och familj beskrivs som viktigt. | En tillitsfull relation är viktig. | Behov av tillit | |
| Relatives' involvment, according to the CCNs, had a calming affect and in made patients feel safe when they could hear or see their closest relatives. | Familjens involvering hade en lugnande effekt på patienten, patienten kände sig trygg. | Familjen hade en lugnande effekt på patienten. | Involvering av familjen | |
| FN revealed that there was a point at which a nurse-family relationship stopped being professional and moved to a therefore uncomfortable level. | När sjuksköterske-familjerelationen blir oprofessionell skapas en obekväm stämning. | En oprofessionell relation blir obekväm. | Känna sig obekväm | Utmaningar med familjefokuserad omvårdnad |
| In situations where the patient was particulary sick and need of great deal of care interventions, participants frequently viewed the familie as an obsticle. | När patientens tillstånd var kritiskt sågs familjen som ett hinder. | Vid kritisk vård kan familjen bli ett hinder. | Familjen blir ett hinder | |
| Participants frequently described how they attempted to preserve their own emotional involvment by not engaging with the family on an emotional level. | Försöker skydda sig själva genom att inte vara känslomässigt involverad. | Skydda sig själva. | Behov av distans | |

| Meningsenhet | Kondensering | Kod | Underkategori | Kategori |
|---|---|--|----------------------|-----------------------------|
| The environment is special in an ICU and according to the CCns could it affects relatives' involvement in different ways. | Intensivvårdsmiljön är speciell och detta kan påverka familjens involvering | Intensivvårdsmiljön påverkar familjens involvering | | Hinder i den fysiska miljön |