



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Närståendes upplevelser av möten med vårdpersonal på intensivvårdsavdelningen

Kvalitativ studie

Stina Liljén

2017

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning intensivvård

Handledare: Marja-Leena Kristofferzon  
Examinator: Annika Nilsson

---



## Sammanfattning

**Bakgrund:** På intensivvårdsavdelningen är patienterna ofta så sjuka att kommunikationen med vårdpersonalen kan vara svår. Närstående på intensivvårdsavdelningen har en viktig roll i omvårdnaden. I studierna framkommer att närstående har ett stort behov av information samt att kommunikation, skydd av patient, deltagande och stöd är viktigt men ingen av studierna har utgått från mötet med vårdpersonalen.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva upplevelser av närståendes möten med vårdpersonal på intensivvårdsavdelningen.

**Metod:** Deskriptiv design med kvalitativ ansats och semistrukturerade intervjuer med nio närstående. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

**Huvudresultat:** Det framkom fyra kategorier: *Att känna trygghet* som handlade om att få ett förtroende för vårdpersonalen, att vårdpersonalen visade omtanke, var tillmötesgående och professionella. *Att känna otrygghet* som handlade om att de upplevde otillräckligt förtroende för vårdpersonalen, att de kände ovisshet i mötet med dem och var oprofessionella. *Att ha behov av information* som syftar till att närstående önskade få information som var tydlig, förståelig, kontinuerlig, aktuell och ärlig. *Att uppleva brist på information* framkom då det förekom osäkerhet i informationen och en ovilja hos vårdpersonalen att ge information.

**Slutsatser:** Vårdpersonalen bör få en ökad insikt om hur närståendes behov ska tillgodoses och att de får en ökad medvetenhet om att det framkommer både osäkerhet och brist på information. Det är viktigt att de gör något åt det för att öka tryggheten för de närstående.

**Nyckelord:** Intensivvårdsavdelning, närstående, upplevelser, vårdpersonal.

## **Abstract**

**Background:** In the intensive care unit, patients are often so ill that communication with nursing staff can be difficult. Relatives in the intensive care unit have an important role in nursing care. The studies show that relatives have a large need for information and that communication, patient protection, participation and support are important, but none of the studies have been based on the meeting with nursing staff.

**Aim:** The purpose of the study was to describe experiences of relatives' meetings with nursing staff at the intensive care unit.

**Method:** A descriptive design with qualitative approaches and semi-structured interviews with nine relatives were conducted. Qualitative content analysis with inductive approaches was used.

**Main results:** Four categories emerged: To feel secure was about gaining confidence in the nursing staff, that the nursing staff showed care, were courteous and professional. To feel insecure was about experiencing insufficient confidence in the nursing staff, feeling uncertainty when meeting and being unprofessional. Needing information aims to that relatives wished for information that was clear, understandable, continuous, current and honest. To experience lack of information emerged as uncertainty in the information and an unwillingness of the nursing staff to provide information existed.

**Conclusion:** Nursing staff should gain insight into how to meet relatives' needs and to gain increased awareness that both uncertainty and lack of information exists. It is important that they do something about it to increase the safety of the relatives.

**Keywords:** Experiences, intensive care unit, nursing staff, relatives.

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	<b>1</b>
<b>Närstående på intensivvårdsavdelningen</b> .....	<b>1</b>
<b>Miljön på intensivvårdsavdelningen</b> .....	<b>1</b>
<b>Vårdpersonal</b> .....	<b>2</b>
<b>Bemötande i vården</b> .....	<b>2</b>
<b>Närståendes erfarenheter</b> .....	<b>3</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>4</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>4</b>
<b>Design</b> .....	<b>4</b>
<b>Urval och undersökningsgrupp</b> .....	<b>5</b>
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	<b>6</b>
<b>Tillvägagångssätt</b> .....	<b>7</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>8</b>
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	<b>9</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>10</b>
<b>Att känna trygghet</b> .....	<b>11</b>
<i>Känna tilltro</i> .....	11
<i>Omtanke om patienten</i> .....	12
<i>Omtanke om närstående</i> .....	12
<i>Tillmötesgående vårdpersonal</i> .....	13
<i>Vårdpersonalens förmågor</i> .....	13
<b>Att känna otrygghet</b> .....	<b>13</b>
<i>Bristande förtroende</i> .....	14
<i>Ovisshet</i> .....	14
<i>Vårdpersonalens oförmågor</i> .....	15
<b>Att ha behov av information</b> .....	<b>15</b>
<i>Få tydlig och förståelig information</i> .....	15
<i>Få kontinuerlig och aktuell information</i> .....	16
<i>Få ärlig information</i> .....	16
<b>Att uppleva brist på information</b> .....	<b>17</b>
<i>Osäkerhet i informationen</i> .....	17
<i>Ovilja att ge information</i> .....	18
<b>Diskussion</b> .....	<b>19</b>
<b>Huvudresultat</b> .....	<b>19</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>19</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>23</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>24</b>
<b>Förslag på fortsatt forskning</b> .....	<b>25</b>
<b>Slutsats</b> .....	<b>25</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>

## **Introduktion**

### **Närstående på intensivvårdsavdelningen**

Enligt Socialstyrelsen (2004) kan vem som helst som individen betraktar sig ha en nära relation till vara närstående, det kan t.ex. vara barn, vän, eller granne till personen. Gulbrandsen och Stubberud (2009) beskriver att på intensivvårdsavdelningen kan kommunikationen mellan patienten och vårdpersonal vara svår eftersom att patienterna ofta är så svårt sjuka. Detta kan leda till att de kan ha svårt att informera sin önskan om omvårdnaden. Bailey et al. (2010) beskriver att det är betydelsefullt för patienten att närstående får delta i omvårdnaden. Engström och Söderberg (2007) menar att närstående kan lyfta fram patientens omvårdnadsbehov genom att förmedla information som är viktigt. Hupcey (1999) fann i sin studie att närstående upplever att det är meningsfullt att få besöka intensivvårdsavdelningen. Bijttebier et al. (2001) beskriver att det är viktigt att vårdpersonalen förstår upplevelser som närstående har i mötet med vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen.

Söderström et al. (2009) beskriver att närstående på intensivvårdsavdelningen befinner sig i en extremt svår känslomässig situation, de upplever kaos och tappar verklighetsuppfattningen, vilket enligt Cullberg (2012) kan innebära att de får en traumatisk kris. En traumatisk kris kan uppstå om en person inte psykiskt kan hantera och förstå en livshändelse som hänt t.ex. att vara närstående till en person som oväntat blir allvarligt sjuk. En traumatisk kris innebär att personen är i en psykisk kris. Fyra olika faser av krisen beskrivs där chockfasen är den första fasen som kan vara från händelsen till och med några dygn. Den andra fasen beskriver reaktionsfasen som kan vara upp till sex veckor och sedan kommer bearbetningsfasen som kan vara upp till ett år. Sista fasen är nyorienteringsfasen som varar livet ut. De olika faserna är inte helt åtskilda utan kan gå parallellt med varandra. Vidare beskrivs att om en person befinner sig i kris är det viktigt att lyssna till personens egna önskningar och behov. Söderström et al. (2009) menar att närstående som befinner sig i den kaotiska situationen är i behov av framför allt information men även känslomässigt stöd av vårdpersonalen. De menar att det finns närstående som är i behov av stöd men inte visar det.

### **Miljön på intensivvårdsavdelningen**

Med intensivvård menas att det finns avancerad teknisk utrustning och där behandlas patienter som är svårt sjuka och har eller riskerar att få svikt i flera livsviktiga organfunktioner (Svenska Intensivvårdsregistret, 2014).

En intensivvårdsavdelning kan vara specialiserad i exempelvis medicinsk och kirurgisk intensivvård eller thorax- och neurointensivvård. Många sjukhus har en allmän intensivvårdsavdelning där patienterna kan ha både kirurgiska och medicinska sjukdomar. Patienter har avancerade sjukdomstillstånd med en osäker prognos samt att det många gånger krävs avancerad behandling. Patientens tillstånd avgör om det behövs en eller flera intensivvårdssjuksköterskor kring omvårdnaden. För intensivvårdssjuksköterskorna ingår det att ta hand om den svåra situationen patienten befinner sig i. Samtidigt ska de ta hand om den avancerade tekniska behandlingsutrustningen samt stötta närstående till patienten (Gulbrandsen och Stubberud, 2009). Miljön för patienten kan kännas påfrestande då den kan upplevas som okänd och skrämmande (Almerud et al., 2007). Miljön kan även upplevas påfrestande och otrygg för närstående (Urizzi och Corréa, 2007). Närstående upplever att apparater och ljud kan upplevas störande och att de kan ha svårt att fokusera på annat på grund av det (Engström, Uusitalo och Engström, 2011).

### **Vårdpersonal**

Socialstyrelsen (2004) menar att individer som arbetar för hälso- och sjukvården definieras som hälso- och sjukvårdspersonal. Författaren väljer att använda ordet vårdpersonal. Vårdpersonal på intensivvårdsavdelningen är intensivvårdssjuksköterskor, undersköterskor och läkare som finns tillgängliga dygnet runt. Vårdpersonal som finns tillhands vid behov är sjukgymnast, arbetsterapeut, röntgenpersonal och kurator samt personal från sjukhuskyrkan (tillgängligheten på personal vid behov kan variera mellan olika intensivvårdsavdelningar). Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening (2012) beskriver att det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan har kunskap om både medicinsk vetenskap och specifik omvårdnad. Vidare beskrivs att intensivvårdssjuksköterskan ska på ett professionellt och patientsäkert sätt utföra undersökningar och behandlingar samt främja hälsa.

### **Bemötande i vården**

Studien grundar sig i begreppet människan vilket innebär att närståendes upplevelser och behov ska beaktas. Närstående på intensivvårdsavdelningen befinner sig i en stressig situation och är i behov av att bli väl bemötta av vårdpersonalen (Henneman och Cardin, 2002). Även patientens välbefinnande har visat sig öka om vårdpersonalen har ett respektfullt bemötande till närstående (Wåhlin, Ek och Idvall, 2009). Enligt Nationalencyklopedin (2017) innebär bemötande ”uppträda mot någon”.

Intensivvårdssjuksköterskan ska bemöta både patient och närstående på ett professionellt och respektfullt sätt. De ska ha en etisk medvetenhet och ha förmågan att ge information till patienter och närstående som de är i behov av. De ska även utöver de svåra etiska frågorna kunna bemöta närståendes behov av information om t.ex. patientens behandlingar och om miljön. Bemötandet ska vara individuellt beroende på behoven och intensivvårdssjuksköterskan ska ha förmågan att beakta det psykosociala stödet (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

### **Närståendes erfarenheter**

I en studie med McAdam, Arai och Puntillo (2008) framkom att närstående fått hjälpa till med omvårdnaden samt gett stöd genom att uppmuntra och motivera patienten. Blom, Gustavsson och Sundler (2012), Eriksson, Bergbom och Lindahl (2011) och Ågård och Harder (2007) fann i sina studier att det förekom närstående på intensivvårdsavdelningen som gärna ville delta i omvårdnaden kring patienten. En del närstående upplevde att det kändes meningsfullt att hjälpa till med omvårdnaden, men andra tog avstånd och ville inte medverka.

Flera studier visar att närstående kände att de måste skydda patienten (Blom, Gustavsson och Sundler, 2012; Eriksson, Bergbom och Lindahl 2011; McAdam, Arai och Puntillo, 2008; McKiernan och McCarthy, 2010). Eriksson, Bergbom och Lindahl (2011) lyfter fram att det var av vikt att närstående stöttar varandra, även stöd från vårdpersonalen och andra besökare upplevdes viktigt. McKiernan och McCarthy (2010) belyser att närstående kände att stöd från vårdpersonalen var av vikt. Blom, Gustavsson och Sundler (2012) lyfter fram att närstående hade behov att få samtalsstöd från olika instanser som t.ex. av en sjukhuspräst eller socialarbetare. Det framkom att de saknade att vårdpersonalen stöttade dem att ta den kontakten och de upptäckte först senare att det skulle ha varit ett stöd.

Flera studier visar att det är viktigt med kommunikationen mellan närstående och vårdpersonalen (Blom, Gustavsson och Sundler, 2012; Eriksson, Bergbom och Lindahl, 2011; McAdam, Arai och Puntillo, 2008; McKiernan och McCarthy, 2010). Eriksson, Bergbom och Lindahl (2011) menar att närstående hade ett stort behov av information. Vidare framkom att det förekom brister i informationen t.ex. saknade de information om patienten och de var osäkra på att ställa frågor då det kunde vara svårt att få svar.



Det beskrivs även att det fanns en rädsla att få oönskad information om t.ex. andra patienter. En annan studie med McAdam, Arai och Puntillo (2008) beskriver att närstående fick vara förmedlare och tolka budskap till både vårdpersonalen och patienten. Studier har visat att närstående önskar få begriplig och ärlig information om patienten, det har även framkommit att detta kan undvika misstolkningar (Blom, Gustavsson och Sundler, 2012; McKiernan och McCarthy, 2010; Ågård och Harder, 2007).

Närstående har upplevt att det är betydelsefullt att känna förtroende för vårdpersonalen, det har visat sig vara viktigt för att känna trygghet (Blom, Gustavsson och Sundler, 2012; Eriksson, Bergbom och Lindahl, 2011; McKiernan och McCarthy, 2010). Eriksson, Bergbom och Lindahl (2011) lyfter fram att information om patienten till närstående var en viktig faktor till att närstående kunde känna trygghet.

### **Problemformulering**

På intensivvårdsavdelningen är patienterna ofta så sjuka att kommunikationen med vårdpersonalen kan vara svår och därför kan de sällan förmedla sin önskan om omvårdnaden. Närstående på intensivvårdsavdelningen har en viktig roll i omvårdnaden. I studierna framkommer att närstående har ett stort behov av information samt att kommunikation, skydd av patient, deltagande och stöd är viktigt men ingen av studierna har utgått från mötet med vårdpersonalen. Författaren väljer att belysa mötet med vårdpersonalen och med mötet menas allt som sker i mötet mellan närstående och vårdpersonal på intensivvårdsavdelningen. Det är angeläget att få ökad kunskap om vilka behov som närstående har i mötet med vårdpersonalen.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva upplevelser av närståendes möten med vårdpersonal på intensivvårdsavdelningen.

### **Metod**

#### **Design**

Studien har deskriptiv design med kvalitativ ansats. Polit och Beck (2017) beskriver att kvalitativ ansats kan användas för att förstå människans upplevelser där meningen är att finna en djupare förståelse av fenomenet. Kvalitativ ansats användes för att det lämpade sig för syftet med studien.

## Urval och undersökningsgrupp

Författaren gjorde ett ändamålsurval utifrån ålder och kön (Polit och Beck, 2017). Informanterna rekryterades från respektive återbesökmottagning vid två allmänna intensivvårdsavdelningar med 8 respektive 5 vårdplatser, från två sjukhus i Mellansverige. På återbesökmottagningen arbetar intensivvårdssjuksköterskor vilka kontaktar patienter som blivit utskrivna från avdelningen efter två månader, sex månader och efter ett år. För att bli kontaktad krävs att ha varit patient på intensivvårdsavdelningen mer än 96 timmar. Ibland kan de bli kontaktade om de varit inskriven kortare tid om intensivvårdssjuksköterskorna gör den bedömningen att behov kan finnas, t.ex. om en kvinna har haft en förlossningskomplikation. De kontaktar även närstående till patienter som avlidit. Intensivvårdssjuksköterskorna ringer och har ett samtal med patienten/närstående som handlar om tiden då patienten varit sjuk och de har möjlighet att ställa frågor. Samtliga patienter och närstående som blir kontaktade får ett erbjudande om återbesök till intensivvårdsavdelningen, de väljer då om de vill komma på återbesök. Skillnaden mellan återbesökmottagningarna i studien är att den ena återbesökmottagningen har som regel att ringa en gång till patienten eller närstående och den andra att de ringer tre gånger.

Inklusionskriterier: Deltagare som hade haft en vuxen närstående inneliggande på en intensivvårdsavdelning till och med upp till ett år efter utskrivning. Cullberg (2012) beskriver att första tre faserna av en traumatisk kris kan vara upp till ett år, därför valde författaren att inkludera närstående upp till ett år efter att patienten blivit utskriven. För att få brett perspektiv av berättelserna valdes närstående både män och kvinnor som var över 18 år i olika åldrar. Informanterna skulle ha närvarat på intensivvårdsavdelningen vid någon tidpunkt under tiden deras närstående varit inneliggande samt vara svensktalande. Exklusionskriterier: Barn har exkluderats samt informanter där deras närstående avlidit med tanke på sorgeprocessen.

Polit och Beck (2017) menar att 10 eller färre informanter kan vara ett lämpligt antal deltagare i en kvalitativ studie. När studien påbörjades var målet att intervjua 8-10 närstående. Nio informanter tillfrågades varav två tackade nej. Ytterligare två informanter tillfrågades som tackade ja. Personerna som tackade nej avbröt sitt deltagande innan intervjuerna påbörjats. Anledningarna var påfrestande situation i livet och okänd orsak.

Samtliga deltagare till studien identifierades via intensivvårdssjuksköterskorna på återbesöksmottagningarna. Totalt intervjuades 9 närstående varav samtliga intervjuer inkluderats i studien. Bakgrundsdata varierade i värden (tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsdata.

<b>Kön</b>	<b>Antal</b>
Kvinna	6
Man	3
<b>Antal år</b>	
20-30	1
31-40	1
41-50	2
51-60	0
61-70	3
72<	2
<b>Relation till patient</b>	
Maka	2
Make	2
Dotter	3
Kusin	1
Annan relation	1
<b>Avstånd i km till intensivvårdsavdelningen</b>	
(Median)	(20)
Min	0
Max	80
<b>Dygn patienten varit inskriven på intensivvårdsavdelningen</b>	
(Median)	(13)
Min	5
Max	60
<b>Antal besök under patientens vistelse på intensivvårdsavdelningen</b>	
(Median)	(18)
Min	3
Max	60

### **Datainsamlingsmetod**

Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Polit och Beck (2017) beskriver att semistrukturerade intervjuer innebär att utgå från en intervjuguide som har öppna frågor för att informanten ska ha möjlighet att fritt beskriva fenomenet så att en djupare förståelse ska kunna nås. Vidare beskrivs att följdfrågor som t.ex. ”vad tänkte du då?” kan användas för att få ytterligare information. Frågor på intervjuguiden som har ställts var fyra inledningsfrågor för att fastställa demografisk data och sex huvudfrågor.

Huvudfrågorna handlade om hur närstående upplever mötet med vårdpersonalen, vad som upplevs bra och mindre bra samt vad som anses viktigt i mötet med vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen. Följdfrågor som ”hur upplevde du det?” eller ”kan du berätta mer?” har använts vid behov för att få utökad information.

### **Tillvägagångssätt**

Forskningssetiskt rådgivande yttrande inhämtades från Forskningsetiska rådet på Högskolan i Gävle. Efter det rådgivande yttrandet hämtades tillstånd hos verksamhetschefen på intensivvårdsavdelningarna i Mellansverige om att få genomföra studien.

Rekrytering av informanter skedde via intensivvårdssjuksköterskorna på återbesöksmottagningarna som fick muntlig och skriftlig information om studien. De valde ut närstående utifrån inklusions- och exklusionskriterierna.

Intensivvårdssjuksköterskorna ringde närstående och gav information om studien.

Närstående fick muntligt delge till intensivvårdssjuksköterskorna om de var intresserade av att delta i studien. Intensivvårdssjuksköterskorna har med närståendes tillåtelse tagit namn och telefonnummer av de närstående som ville delta i studien och förmedlat kontaktuppgifterna till författaren. Författaren tog därefter kontakt med de närstående för att ge mer information om studien. Närstående som valde att delta i studien fick önska tid och plats för intervjun.

Innan samtliga intervjuer påbörjades, säkerställdes att informanterna hade fått information om studien och att de hade skrivit under samtyckesblanketten att delta i studien. Samtliga informanter intervjuades mellan 170213 - 170320. Intervjuerna hölls på en plats som informanten önskade, i hemmiljö eller ett avskilt rum i anknytning till intensivvårdsavdelningen. I första hand valdes intervjuer öga mot öga. I andra hand valdes telefonintervjuer då en del närstående föredrog det med tanke på avstånd eller tidsbrist. Fyra intervjuer skedde öga mot öga och fem var telefonintervjuer. Sju intervjuer var individuella och en gruppintervju med två personer. Gruppintervjun skedde öga mot öga. Intervjuerna varade från 7 minuter till 28 minuter med en medellängd på ca 20 minuter.

Samtliga intervjuer spelades in med ljudbandspelare med informanternas tillåtelse. Det gav intervjuaren möjlighet att fokusera på intervjun när ljudbandspelare användes. Ljudinspelningarna transkriberades ordagrant av författaren (Kvale och Brinkmann, 2014). Gruppintervjun transkriberades enskilt som två informanter. Två testintervjuer gjordes för att testa att intervjuguiden svarade mot syftet. Den första testintervjun var kort och därför gjordes ytterligare en testintervju. Handledaren lyssnade på första testintervjun. Den andra testintervjun skickades som transkriberad text till handledaren. Diskussion med författaren hölls och intervjuerna fortsatte. Båda testintervjuerna tillförde något ytterligare till studien och inkluderades i studien. Polit och Beck (2017) rekommenderar att en testintervju kan göras. Transkribering ordagrant innebär att ljudinspelningen överförs till textform där alla ”mm” etc. tas med (Kvale och Brinkmann, 2014).

### **Dataanalys**

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes enligt Lundman och Graneheim (2012). Intervjuerna lyssnades igenom flera gånger under transkriberingen. Texterna lästes sedan igenom flera gånger och meningsenheter togs ut som motsvarade syftet. Meningsenheterna kondenserades och dessa kodades utifrån innehållet. Subkategorier och kategorier bildades utifrån skillnader och likheter i koderna. Lundman och Graneheim (2012) beskriver att vid analysering av texter kan induktiv ansats användas där texterna tolkas förutsättningslöst.

Författaren diskuterade i grupp och med handledaren för att nå konsensus mellan koder och kategorier. Detta är ett sätt som kan öka trovärdigheten. Författaren har givit exempel på analysens gång vilket kan styrka tillförlitligheten (tabell 2). Citat från informanterna presenteras i texten för att betona kategorierna och detta kan stärka giltigheten. En utförlig beskrivning av urval och analysarbete har gjorts för att kunna bedöma giltigheten. Författaren har gjort en grundlig redogörelse av undersökningsgrupp, datainsamling och kontext för att hjälpa läsaren att avgöra överförbarheten (Lundman och Graneheim, 2012).

Tabell 2. Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, subkategori och kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Utan det var mer att de ville göra det bekvämt för mig att kunna besöka honom. För de sa ju att jag kunde besöka honom närsomhelst i princip.	Ville göra det bekvämt för mig att kunna besöka honom. De sa att jag kunde besöka honom närsomhelst.	Jag kunde besöka honom närsomhelst.	Tillmötesgående vårdpersonal	Att känna trygghet
Jag tänker att om man jobbar där och någon anhörig kommer upp. Dom här anhöriga är naturligtvis oroliga, att man då vill bli bemött åtminstone med några ord.	Om man jobbar där och någon orolig anhörig kommer upp, vill man bli bemött åtminstone med några ord.	Vill bli sedd av vårdpersonalen vid besök.	Vårdpersonalens oförmågor	Att känna otrygghet
Så att vi får liksom besked hela tiden att, när kan vi få veta allt som går att veta.	Att vi får besked hela tiden, att få veta allt som går att veta.	Att få kontinuerlig information	Få kontinuerlig och aktuell information	Att ha behov av information

### Forskningsetiska överväganden

Studien har utförts med utgång från de etiska riktlinjerna från Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). Denna studie har inhämtat forskningsetiskt rådgivande yttrande från Forskningsetiska rådet på Högskolan i Gävle. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2008:192) ska forskning där människor inkluderas godkännas forskningsetiskt i en etikprövning.

Olsson och Sörensen (2011) menar att grunderna i forskningsetiken handlar om att forskningen har respekterat människovärdet och vidare beskrivs att hänsyn tagits till friheten och de mänskliga rättigheterna. Syftet med studien var att belysa närståendes upplevelser så att vårdpersonalen ska bli medvetna om och ta hänsyn till deras upplevelser där avsikten är att uppnå en förbättring för de närstående. Det kan ses som en mänsklig rättighet att forskningens avsikt var att gynna närstående vilket författaren önskar uppnå (Forsman, 2004).

Med hänsyn till autonomiprincipen har författaren innan samtliga intervjuer påbörjats försäkrat sig om att informanterna fått muntlig och skriftlig information om studien och att de givit godkännande både muntligt och skriftligt. Vidare har ett förtydligande gjorts om att det är frivilligt och att de när som helst kan avbryta studien utan att det får några påföljder såsom påverkar vården av deras närstående (Hermerén, 1996). Vid forskning ska hänsyn tas till principen att inte skada och godhetsprincipen vilket innebär att riskerna kontra nytta tas i beaktning. För att minimera risken att informanterna skulle känna obehag inför att de inte visste vad studien innebar har författaren varit tydlig med informationen till de närstående samt givit möjlighet att ställa frågor (World Medical Association, 2013). Det kan finnas fördelar för informanterna t.ex. att det kan kännas positivt att få berätta om sina upplevelser och att de kan känna uppskattning i att kanske kunna hjälpa andra i samma situation (Polit och Beck, 2017). För att säkerställa informanternas konfidentialitet har intervjuerna kods samt kodlistan och ljudinspelningarna har förvarats på olika ställen oåtkomligt för obehöriga samt raderas när examensarbetet är godkänt (World Medical Association, 2013).

## **Resultat**

Efter analys av intervjuerna framkom 4 kategorier och 13 subkategorier. Närståendes upplevelser av mötet med vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen innebär att känna trygghet, att känna otrygghet, att ha behov av information och att uppleva brist på information (tabell 3). Siffrorna vid citatet står för den närstående som intervjuats. Resultatet presenteras utifrån de kategorier och subkategorier som framkommit.

Tabell 3. Översikt av kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Att känna trygghet	Känna tilltro
	Omtanke om patienten
	Omtanke om närstående
	Tillmötesgående vårdpersonal
	Vårdpersonalens förmågor
Att känna otrygghet	Bristande förtroende
	Ovisshet
	Vårdpersonalens oförmågor
Att ha behov av information	Få tydlig och förståelig information
	Få kontinuerlig och aktuell information
	Få ärlig information
Att uppleva brist på information	Osäkerhet i informationen
	Ovilja att ge information

### **Att känna trygghet**

Närstående upplevde att det var viktigt att känna trygghet. En betydande faktor för detta var att känna tilltro till vårdpersonalen. Omtanke om både patient och närstående samt tillmötesgående vårdpersonal bidrog till en känsla av trygghet. Att uppleva att vårdpersonalen var professionella var en betydande faktor till att känna trygghet.

#### *Känna tilltro*

Närstående kände en tilltro för vårdpersonalen. Det var viktigt att få ett förtroende för dem och att de uppvisade ett bra förhållningssätt, så att närstående t.ex. vågade ställa frågor, att de inte kände att de ställde befängda frågor: "*Ingen fråga var fel*" (Närstående, 3). Det framkom att det är viktigt att det finns ett förtroende åt båda hållen så att ett utbyte av upplysningar kan ske. Att även vårdpersonalen frågar närstående om de har några funderingar om patienten som inte står i journalen. Det kunde vara enklare att få information när närstående efter en längre tid blev mer bekant med vårdpersonalen. Då kunde frågor lättare ställas vid behov. Det kändes tryggt för närstående att vårdpersonalen redogjorde vad patienten hade gjort för dagliga aktiviteter. De kände tillit för vårdpersonalen när de såg att patienten fick god omvårdnad, att de gav den omvårdnad som närstående själv önskade kunna ge om kunskapen funnits.



Närstående upplevde att det kändes tryggt att lämna patienten när de åkte hem, eftersom de kände att patienten fick bra omvårdnad och att vårdpersonalen försäkrat att kontakta dem om det behövdes. Det kändes tryggt att vårdpersonalen skulle kontakta dem direkt om patientens tillstånd skulle förändras.

#### *Omtanke om patienten*

Informanterna upplevde att vårdpersonalen hade omsorg om patienten och att de behandlade dem med respekt. Närstående upplevde att det var bra att vårdpersonalen talade med patienten även om de inte kunde svara.

Vårdpersonalen ville att patienten skulle ha kontakt med närstående och de stöttade patienten att ringa till dem även om patientens tillstånd var dåligt.

Vårdpersonalen utförde omvårdnaden personcentrerat och närstående upplevde att de brydde sig om individen som person. Deltagarna kände sig lugna när de såg att vårdpersonalen tog väl hand om patienten: *"När man ser att en patient är så otroligt omvårdnad även utöver det medicinska, då blir man trygg. Då vet man att, a men hon har det jättebra. Jag behöver inte sitta här och kolla att allting sköts"* (Närstående, 9). Vårdpersonalen gav upplysningar om hur patienten skulle tas om hand, det kunde t.ex. vara att de talade om att de ska åtgärda att patienten inte ska ha smärta. Vårdpersonalen skrev dagbok om patienten och det uppskattades av de närstående. De upplevde att de förstod situationen bättre efter att ha tagit del av innehållet i dagboken.

#### *Omtanke om närstående*

Vårdpersonalen visade omsorg om närstående, var tålmodiga och lugna, det förekom en lugn stämning som gjorde att närstående kände sig trygga. De kände att vårdpersonalen ville dem väl, t.ex. erbjöds närstående kaffe eller fler stolar om det fanns behov av det: *"Och skötte om oss litegrann. Det var ju fler än en gång som de frågade om vi ville ha kaffe till exempel. Och vi fick sitta och de plockade fram stolar åt oss och det var inga problem med någonting. Fantastisk personal"* (Närstående, 4). Vårdpersonalen uppmanade närstående att säga om de behövde något och att de skulle ställa frågor om något var oklart. De erbjöd att närstående fick prata med en psykolog eller kurator vid behov. De strävade efter att närstående skulle känna sig delaktiga och välkomna. Det var viktigt att bli sedd och att de inte kände sig i vägen. Att vårdpersonalen hade ett trevligt bemötande, att de hälsade, presenterade sig och frågade hur det var med dem: *"På IVA där var man verkligen i centrum som anhörig, det kände jag"* (Närstående 2). Närstående uppskattade att de fick komma på återbesök och upplevde att de fick bra information därifrån.

### *Tillmötesgående vårdpersonal*

Vårdpersonalen var tillmötesgående och hjälpsamma. Närstående kunde komma och hälsa på patienten när de ville och de upplevde att vårdpersonalen tog det för givet att de skulle få besöka intensivvårdsavdelningen. Det framkom beskrivningar hur de känt att de kom vid fel tillfälle men de fick besöka patienten ändå. De förekom att närstående kunde vara flera personer än två åt gången när de hälsade på. Det upplevdes enkelt och kändes bra för dem med tanke på hur sjuk patienten var och de inte visste om det var sista besöket de gjorde. Vårdpersonalen var tillgängliga och det upplevdes viktigt så att närstående hade möjlighet att tala med dem. Det kändes tryggt att de kunde fråga om vad som helst och att de tog sig tid för dem. Somliga informanter beskrev att de tog sig tid att ge information även om de var upptagna: ”De är lätt att ha att göra med. De är tillgängliga. Gör sig tillgängliga även om de kanske är mitt uppe i någonting annat” (Närstående, 3).

### *Vårdpersonalens förmågor*

Vårdpersonalen upplevdes som professionella både mot patient och närstående. De kunde sitt jobb och var kunniga på att ta hand om patienten vilket bidrog till en känsla av trygghet hos närstående. ”När ett lugn sprider sig sådär, så känner man sig trygg och tycker att det här klarar ju de” (Närstående, 4). De upplevdes professionella då de blev personliga med de närstående. Det framkom beskrivningar om att vårdpersonalen var fantastiska och de alltid svarade på frågorna de ställde samt att de fick veta hur patienten skulle behandlas och hur patienten behandlades. Det kändes tryggt när vårdpersonalen informerade om konsekvenser som kunde ske vid olika behandlingar, för då visste de att vårdpersonalen var medvetna om dessa. Det förekom att närstående blev imponerad över hur duktiga vårdpersonalen var när de kände att vårdpersonalen gav fullständig vård till patienten. De var säkra, trygga, snabba, effektiva och berättade hela tiden vad som hände och hur svårt sjuk patienten var. De gav en tydlig bild till närstående av vad de hade gjort, hur det såg ut, vad de funderade på och planerade samt hur patienten mådde. Det kändes tryggt att få ta del av all information.

### **Att känna otrygghet**

Närstående kände bristande förtroende för vårdpersonalen och det förekom en ovisshet i mötet med dem. De upplevde att vårdpersonalen var oprofessionella. Detta bidrog till att de kände otrygghet.

### *Bristande förtroende*

Närstående upplevde att de hade bristande förtroende för vårdpersonalen. De var missnöjda med vårdpersonalen och framförallt missnöjda med att de inte fick all information. Innan information gavs kändes det osäkert för närstående om t.ex. patienten fått rätt behandling. Det upplevdes som att patienten inte fick rätt hjälp och de kände att patienten måste flytta till ett annat sjukhus, vilket kändes otryggt. De fick inte korrekt information om hur dåligt det var med patienten vilket ledde till minskat förtroende för vårdpersonalen. Eftersom att de inte fick all information tvivlade de på om vårdpersonalen verkligen hade alla uppgifter om patienten eller om de inte fick ge all information till närstående. De funderade på om vårdpersonalen kanske inte har kännedom om t.ex. operationer och liknande.

*”De pratade inte så mycket om operationen och då kanske de inte vet så mycket, de vet inte jag. De pratade mer om hur han mådde just då. De berättade inte liksom att operationen tog så här lång tid för att, för vi hade inte förväntat oss att det skulle ta 7 timmar. Men det pratade inte de om.”* (Närstående, 2)

### *Ovisshet*

Närstående upplevde en ovisshet i mötet med vårdpersonalen. Ingen visste vad som skulle hända och de undrade om det var så på intensivvårdsavdelningen att vårdpersonalen inte vet vad som kommer hända med patienten. Närstående upplevde att de inte ville störa vårdpersonalen och ta upp deras tid. De tänkte att vårdpersonalen var upptagna eftersom att det var flera patienter på samma sal, därför undvek de att ställa frågor med hänsyn till vårdpersonalen. Närstående upplevde sig otrygga både när de fick oklar information och när patienten fick mediciner som de inte gav information om. De kände sig otrygga när de inte förstod varför det lät från apparater eller orsaken till vårdpersonalens agerande samt när de inte fick svar på sina frågor:

*”det vet jag ju själv att man fattade ju ingenting av någonting när man var där. Varför den där började pipa eller varför de gjorde sådär eller när de gjorde så”* (Närstående, 8).

Det förekom en ovisshet hos både närstående och vårdpersonalen då de inte hade tillgång till all information om patienten. En orsak till att vårdpersonal inte hade tillgång till all information var gällande sekretesslagar. Det hade kunnat leda till negativa konsekvenser för patienten. Närstående kände ovisshet vid besök när de blev tillsagd av vårdpersonalen att vänta i väntrummet, men de berättade ibland inte varför. Detta skapade en onödig oro hos närstående, de tänkte att något kanske hade hänt som t.ex. att patienten hade fått hjärtstopp.

### *Vårdpersonalens oförmågor*

Närstående kände att vårdpersonalen var oprofessionell. De kunde inte ge information eller svara på frågor för att de inte hade tillräckligt med kunskap om patienten vilket gjorde att närstående kände sig osäkra. De sa till närstående att de inte haft patienten så länge och därför inte kunde ge information. Närstående undrade om vårdpersonalen egentligen visste vad patienten behövde för omvårdnad och de tvivlade på deras kompetens: *"Nä men jag kan inte svara på det för jag har inte varit här så lång tid. Och då blir man lite osäker också på, okej om du inte känner till hur fallet med mamma ligger till hur kan du vårda henne då?"* (Närstående, 6). Vårdpersonal gav information om patienten fast de inte kände till helhetsbilden och de tog inte reda på information som de saknade för att kunna ge ett korrekt svar till närstående. Närstående tycker att det är viktigt att vårdpersonal tar reda på svar de inte kan. Att de är införstådda med vad informationen som de ger handlar om och att när de svarar på frågor kan ge korrekt information: *"Att man liksom vet att de kan, att man får ett svar. Inte liksom att man ska känna, nä men gud nu vet jag inte alls vad det här betyder eller vad det här är"* (Närstående, 8).

Närstående upplevde att vårdpersonalen hade ett oprofessionellt bemötande. Det beskrivs en situation där vårdpersonalen visade bristande respekt fast det handlade om patientens liv och ett svårt etiskt beslut skulle tas. Det förekom att närstående kände hur vårdpersonalen visade ointresse att bemöta dem väl. Vårdpersonalen hälsade knappt på de närstående. De önskar att de ska bli bekräftade och att de ska få en kort sammanfattning om patienten: *"Lite så här kanske att vi knappt blev erkända, när vi kom upp liksom, knappt ett hej"* (Närstående, 6). Vårdpersonalen hade en oförmåga att skapa en trygg miljö för närstående. Alla apparater som lät gjorde att det förekom att närstående kände sig chockerade vid första besöket. De upplevde att det kändes som en främmande miljö.

### **Att ha behov av information**

Närstående hade ett stort behov av information. De beskrev att de önskade få tydlig och förståelig information. De upplevde att det var viktigt att få kontinuerlig och aktuell samt ärlig information.

### *Få tydlig och förståelig information*

Det var viktigt att få tydlig och förståelig information av vårdpersonalen, men närstående beskrev att de fick otydlig information som de inte förstod. Det var av betydelse att vårdpersonalen förklarade vad de gjorde och varför. Närstående vet inte vad som kan vara ett problem för patienten och känner sig osäkra på vad de ska fråga.

Därför är det viktigt att vårdpersonalen ger information om det som är självklart för dem, det som de tror att närstående förstår men inte gör. Att de förklarar om miljön, varför det låter från apparater och att de informerar om t.ex. läkemedel och vad dessa kan ha för biverkningar. Det uppmärksammades även att vårdpersonalen bör förklara till närstående varför patienten hallucinerar eller inte kan prata så att de kan förstå orsaken.

*"Jag tycker de var saklig och berättar vad som händer och vad som har hänt. Och varför de ger olika medikament och allting. Det tycker jag är bra att man får reda på." (Närstående, 5)*

Det var av vikt att få information av någon som hade helhetsbild om patienten. Närstående föredrog att få upplysningar av någon som kunde ge tydlig och korrekt information, eftersom att situationen upplevdes oklar med otydlig information. Det är viktigt att vårdpersonalen berättar pedagogiskt så att närstående förstår informationen samt att de förklarar utförligt och att de inte använder sig av fackord.

#### *Få kontinuerlig och aktuell information*

Närstående hade behov av mer information om patienten som var kontinuerlig och aktuell. De önskade att vårdpersonalen skulle ha gett en sammanfattning eller uppdatering om patientens tillstånd. Det hände att de fick en uppdatering ibland när de frågade, men de önskar att vårdpersonalen skulle informerat hur patientens tillstånd var utan att de behövde fråga. Även om de inte vet prognosen för patienten men att de ger den informationen som de har vid det aktuella tillfället: *"Och man kanske inte vet vad som kommer att hända. Men i alla fall. Informera läget. Nu är mamma på lungröntgen, vi har inga svar till exempel. Okej"* (Närstående, 6). Det var viktigt att vårdpersonalen var öppen med informationen och beskrev vad som hade hänt. Att de berättade vad de hade för planer med patienten och informerade hela tiden.

#### *Få ärlig information*

Deltagarna beskrev att det var viktigt att få ärlig information. Att vårdpersonalen var ärliga och talade om hur det var med patienten och att de berättade hur de hade behandlat patienten. De ville veta om det gick bättre eller sämre med patienten. Det upplevdes positivt att kunna ställa vilken fråga som helst och få ett ärligt svar. Närstående föreslog att om vårdpersonalen t.ex. inte kunde svara på hur det skulle gå med patienten på grund av att ingen visste prognosen. Så hade det varit önskvärt om de informerat att de inte har ett svar på den frågan vid det aktuella tillfället så att närstående skulle ha fått ett ärligt utlåtande.

Det var viktigt att vårdpersonalen var sanningsenlig med informationen när läget var kritiskt, att de talade om när patienten var allvarligt sjuk. Det var jobbigt när vårdpersonalen inte vågade säga hur dålig patienten var. När närstående hela tiden fick ärliga upplysningar om vad som skedde med patienten, då upplevde de att de förstod situationen och kände sig inte utanför. Deltagare menar att om de hade gett orealistiska förväntningar och patienten skulle ha somnat in, då hade en känsla av upprördhet uppstått

*”Det som också är otroligt positivt är att, de ger inga falska förhoppningar. Utan vi tar det värsta först och blir det bättre utav det, eftersom ja men då tar vi det då. Det kan låta jättekonstigt men har man någon som är svårt sjuk. Då insåg jag att man vill inte ha några falska förhoppningar.”* (Närstående, 9)

### **Att uppleva brist på information**

Närstående upplevde att det förekom brist på information. De beskrev om osäkerheter i informationen och att de upplevde att det förekom en ovilja hos vårdpersonal att ge information.

#### *Osäkerhet i informationen*

Det förekom att informationen var osäker och det varierade hur bra informationen var beroende på vem som gav den. Närstående beskrev att de hade mycket funderingar för att informationen var så osäker och de ställde mycket frågor om patienten men fick ingen riktig klarhet i situationen. De funderade på om det var så att de inte hade rätt att få all information. De upplevde att informationen som vårdpersonalen gav inte stämde överens med det som var planerat och att de kunde informera om något men sen stämde inte det.

*”De gjorde saker som de inte. Om de säger en sak och så gjorde de en annan. Liksom det var mycket sådär. De sa att ja men nu ska han vara sövd i tre dagar och så väckte de han efter en ungefär. Och säger man tre dagar så väcker man han och jaha han är vaken nu.”* (Närstående, 8)

Det förekom att vårdpersonal inte berättade patientens aktuella tillstånd när närstående kom och besökte. De beskrev att vårdpersonalen var fokuserad på patienten och att närstående inte visste hur det var med patienten.

Vårdpersonalen hade inte fått information om en specifik sjukdom som patienten led av och det hade kunnat leda till komplikationer för patienten.

Närstående upplevde att det förekom en oro hos vårdpersonalen att delge information. De funderade på om det var en rädsla som var orsaken till att de undanhöll information. De kände att de var osäkra på att ge information för att situationen med patienten var instabil. De funderade på om vårdpersonalen hade svårt att svara på frågor då det fanns en närstående som arbetade inom vården. De tänkte att det kanske endast var läkaren som fick delge viss information eller att de var tvungna att vänta på att läkaren först skulle ge information.

### *Ovilja att ge information*

Det förekom en ovilja hos vårdpersonal att ge information: *"Att man inte ska känna att man ställer massor med dumma frågor. Som de bara: -Nej nu det här vill jag inte svara på!"* (Närstående 8). Närstående fick inte all information och vårdpersonalen sa att de inte kunde svara på frågor eller gav otydliga svar. De sa att de fick fråga någon annan utan att de hänvisade dem till någon som hade förmågan att ge information.

*"Vi fick undvikande information... Jag kände känslan av en ovilja att ens bemöta frågan. Om man fråga men hur, ja det spelar ingen roll vad det var. Lite såhär skylla ifrån sig-känslan på vissa. Nä det kan inte jag. Ni får fråga någon annan... Men vissa kändes det som att. De sa väldigt undvikande svar... De ville inte, känslan av att inte vilja hjälpa. ... Otydliga, undvikande svar ibland."* (Närstående, 6)

Närstående fick vänta på information och de beskrev att vårdpersonal uppgav att de skulle få vänta på information eftersom att de skulle få information av läkaren istället. Det förekom att de fick vänta flera dagar på att få information av läkaren och de ville inte svara på frågor innan det. Närstående var ovetande om att operationerna som utfördes på patienterna var mycket allvarliga. Vårdpersonalen ringde först efter ett halvt dygn och meddelade om operationen men de fick inte information om hur allvarligt det var eller hur kritiskt det hade varit med patienten. De fick knappt någon information om operationerna som patienterna varit på eller information om varför det tog längre tid än det skulle.

Det förekom en ovilja hos vårdpersonalen att ge information om patientens behandling, de berättade inte hur de behandlade patienten eller hur de tänkte behandla patienten. Vårdpersonalen berättade inte hur dåliga provsvaren var eller hur dålig patientens tillstånd var. Närstående arbetade inom vården och visste att det var mer kritiskt med patienten och att provsvaren var allvarligare än vad de uppgav.

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Det framkom fyra kategorier om närståendes upplevelser av mötet med vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen som innefattade: *Att känna trygghet, att känna otrygghet, att ha behov av information och att uppleva brist på information. Att känna trygghet* handlade om att få ett förtroende för vårdpersonalen och att närstående kände att vårdpersonalen visade omtanke. De upplevde att det var viktigt att vårdpersonalen var tillmötesgående och professionella. *Att känna otrygghet* handlade om att de upplevde otillräckligt förtroende för vårdpersonalen. Att det kände ovisshet i mötet med dem och att de var oprofessionella. *Att ha behov av information* syftar till att närstående önskade få information som var tydlig och förståelig, att den skulle vara kontinuerlig och aktuell samt ärlig. *Att uppleva brist på information* framkom då det förekom osäkerhet i informationen och en ovilja hos vårdpersonalen att ge information.

### **Resultatdiskussion**

Studien visade att det var viktigt för närstående att ha ett förtroende för vårdpersonalen något som även Blom, Gustavsson och Sundler (2012) och Plakas, Cant och Taket (2009) kom fram till. Söderström, Saveman och Benzein (2006) konstaterar att närstående fick ett förtroende för vårdpersonalen när de gav förståelig information och detta bidrog även till att de kände trygghet. I denna studie framkom att närstående upplevde det betydelsefullt att ha ett ömsesidigt förtroende med vårdpersonalen så att utbyte av information kan ske. Att vårdpersonalen även kan få information av närstående. Detta är i likhet med Cohen et al. (2005) som menar att information från närstående är viktig att beakta när beslut ska tas. Söderström, Saveman och Benzein (2006) beskriver liknande att ömsesidigt förtroende hade betydelse i mötet mellan närstående och vårdpersonal. I föreliggande studie framkom att det kändes tryggt för närstående att veta att inga frågor var befängda vilket även lyfts fram i en studie av Wong et al. (2015). Resultatet i denna studie visade att det var viktigt att vårdpersonalen säkerställde för närstående att de skulle ringa dem om förändringar i patientens tillstånd skulle ske. Detta har även Lee och Lau (2003) och Obringer, Hilgenberg och Booker (2012) funnit där det beskrevs att närstående ansåg att en av de viktigaste faktorerna var att vårdpersonalen tog kontakt med dem vid förändringar.



Resultatet visade att närstående kände sig trygga när vårdpersonalen gav god omvårdnad och att de kände att de brydde sig om patienten. Det här är samstämmigt med studierna av Khalaila (2013), Lee och Lau (2003), Omari (2009) och Takman och Severinssons (2005) som fann att de viktigaste faktorerna för närstående var att känna att vårdpersonalen brydde sig om patienten och att de var säkra på att patienten fick bästa möjliga vård. Denna studie visade även att det var viktigt för informanterna att de såg att vårdpersonalen tog bra hand om patienten vilket bekräftas av Jamerson et al. (1996). Fridh, Forsberg och Bergbom (2009) betonar vikten av att närstående vet att vårdpersonalen tar bra hand om patienten. I föreliggande resultat framkom att deltagare uppskattar återbesökstillfället då de får information av vikt. Detta beskrevs även i en studie av Fridh, Forsberg och Bergbom (2009) om hur återbesöket är ett viktigt tillfälle för närstående att få möjlighet ställa frågor och få information.

Närståendes behov som framkom i studien kan kopplas till Maslows behovsteori som handlar om att olika steg behöver vara tillgodosedda för att kunna gå till nästa behov. Den består av fem steg och det första steget är fysiska behov, sen kommer trygghetsbehov, sociala behov, självkänsla och självförverkligande. Det andra steget som handlar om trygghet innebär att närståendes behov för att känna trygghet var att de skulle känna ett förtroende för vårdpersonalen och att de inte skulle behöva oroa sig för att patienten inte fick god vård (Maslow, 1987).

Studien visade att närstående kände otillräckligt förtroende för vårdpersonalen, något som även framkommer i en studie av Karlsson, Forsberg och Bergbom (2010). I föreliggande studien framkom att vårdpersonalen hade en oförmåga att skapa en trygg miljö för närstående, de kände sig chockerade vid första besöket och de hade mycket funderingar om miljön. Olausson, Ekebergh och Lindahl (2012) fann liknande att närstående upplevde miljön på intensivvårdsavdelningen som skrämmande till en början. Eriksson, Bergbom och Lindahl (2011) fann däremot att alla apparater upplevdes som en trygghet, eftersom närstående kände att vårdpersonalen gjorde allt de kunde när de såg all teknisk utrustning. Författaren menar att information om miljön till närstående skulle kunna öka tryggheten vilket bekräftas i en studie av Wong et al. (2017), detta uppmärksammade även Hughes, Bryan och Robbins (2005) som fann att information om miljön reducerade oron. Enligt Maslows behovsteori är miljö en viktig faktor för att känna trygghet (Maslow, 1987).

Denna studie visade att närstående upplevde det distraherande med flera patienter på samma sal för att vårdpersonalen inte var tillgängliga, vilket ledde till att de kände sig otrygga. Fridh, Forsberg och Bergbom (2009) fann att vårdpersonal kunde ha svårt att fokusera på närstående om det var flera patienter i samma sal och att det skulle vara enklare att få lugnare och tryggare med enkelrum.

I studien framkom att närstående hade ett stort behov av att få information om patienten som var fortlöpande och aktuell samt ärlig, detta är samstämmigt med det Molter (1979) och Prachar et al. (2010) fann i sina studier. Även Delva et al. (2002) fann att behovet av information hos närstående är stort. Maxwell, Stuenkel och Saylor (2007), Obringer, Hilgenberg och Booker (2012) och Prachar et al. (2010) betonar att den viktigaste faktorn var att få ärlig information och liknande fann även Gaeeni et al. (2015) och Lee och Lau (2003) som belyser vikten av detta. Verhaeghe et al. (2007) fann däremot att vårdpersonal inte prioriterade detta. I resultatet av denna studie poängterades att närstående önskade aktuell information utan att de behövde begära om det och att vårdpersonalen skulle tydliggöra vad de gjorde och varför, samma beskrevs av Jamerson et al. (1996). Liknande framkommer i en studie av Browning och Warren (2006) som påtalar att det som närstående skattade högst var att få information om vad patienten fick för behandling och varför.

Studien visade att närstående hade brist på information vilket även Carlson et al. (2015) och Soltner et al. (2009) påtalar att de fann. Denna studie visade att det förekommer en osäkerhet i informationen och närstående hade mycket funderingar på grund av det. De upplevde otrygghet då de saknade information om patienten. Även Verhaeghe et al. (2005) fann att osäker information ledde till otrygghet. Författaren menar att brist på information kan upplevas som en påfrestning för närstående vilket bekräftas av Wong et al. (2015). Liknande beskrev Gaeeni et al. (2015) och Johansson, Fridlund och Hildingh (2005) där de menar att ofullständig information kan orsaka oro. Även Selph et al. (2008) påtalar detta i deras studie då de menar att osäkerhet om patientens sjukdomstillstånd upplevs särskilt svårt för närstående.

I denna studie framkom att vårdpersonalen framförde åt närstående att de kunde ställa frågor vid behov. Men de beskrev att de ställde mycket frågor om patienten, dock fick de ingen riktig klarhet i situationen på grund av bristfällig information vilket även framkom av Wong et al. (2015).

Selph, et al. (2008) belyser vikten av att närstående har mycket information att ta in och att vårdpersonal kan förtydliga för närstående att ställa frågor om de har funderingar eller om det är något de inte förstår. Vidare beskrivs att närstående kan ha svårigheter att förstå medicinsk information vilket framkom även i denna studie. Författaren anser därför att det är viktigt att ge tydlig och förståelig information, vilket även denna studie och en studie med Zaforteza et al. (2005) lyfter fram. Enligt patientlagen (2014:821) ska vårdpersonalen ge tydlig och förståelig information och all information som patienten inte har möjlighet att ta emot ska ges till närstående. Vilket innefattar bl.a. aktuellt tillstånd om patienten, behandlingsmöjligheter, komplikationer och biverkningar samt hur länge vården och behandlingen förväntas ta. Detta svarar även på frågan som deltagarna i studien hade om de hade rätt till att få all information.

Resultatet visade att närstående tvivlade på vårdpersonalens kompetens samt att vårdpersonalen hade ett oprofessionellt bemötande och negligerade dem. I en studie av Söderström, Saveman och Benzein (2006) och Zaforteza et al. (2005) påträffades liknande där vårdpersonalen tenderade att ha ett oprofessionellt handlande och ignorerade närstående. Även Plakas, Cant och Taket (2009) fann liknande att vårdpersonalen var oprofessionella mot närstående. Författaren anser att det är viktigt att vårdpersonalen har ett professionellt bemötande till närstående. Vidare menar författaren att det skulle kunna orsaka en ytterligare belastning om de inte blir väl bemötta vilket bekräftas av (Henneman och Cardin, 2002). Även det fjärde steget på Maslows behovsteori om självkänsla handlar om att bli bekräftad och därför var det viktigt att närstående skulle känna att de blev väl bemötta (Maslow, 1987).

Studien visade att det förekom en ovilja hos vårdpersonalen att ge information och det varierade hur bra informationen var beroende på vem som gav den.

Vårdpersonalen kunde inte svara på frågor på grund av att de inte hade tillräckligt med kunskap om patienten samt att de undvek att ge information. Detta ledde till att närstående upplevde otrygghet vilket är samstämmigt med en studie av Wong et al. (2017). Liknande beskrev Johansson, Fridlund och Hildingh (2005) att vårdpersonalen var förtegen med information om patientens tillstånd. Bijttebier et al. (2001) belyser att vårdpersonalen tenderar att underskatta närståendes behov av information. Närstående tänkte att det kan ha varit en rädsla hos vårdpersonalen som var orsaken till att de undanhöll information.

Zaforteza et al. (2005) bekräftar detta som fann att vårdpersonal kan känna sig osäkra då de ska ge information och de kände att de inte hade tillräckligt med utbildning om ämnet. Vidare framkom det att vårdpersonal undvek att ge information till närstående då de ansåg att de inte var skyldiga att ge information till dem. Enligt Maslow (1987) kan tolkas att för att tillgodose närståendes trygghetsbehov, var det viktigt att de fick tillräckligt med information och att det skapade otrygghet när vårdpersonalen hade ovilja att ge information.

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att beskriva närståendes upplevelser från intensivvårdsavdelningen och deskriptiv design med kvalitativ ansats tillämpas när upplevelser ska beskrivas med en djupare förståelse (Polit och Beck, 2017).

I kvalitativa studier är trovärdigheten av vikt vilket innefattar giltighet (credibility), pålitlighet (dependability), bekräftelsebarhet (confirmability) och överförbarhet (transferability). Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant vilket stärker giltigheten i resultatet. Detta stärktes även då författaren har diskuterat med handledaren och i studiegruppen för att nå konsensus i den kvalitativa innehållsanalysen. Giltigheten stärktes även då citat som representerar informanterna redovisas i den löpande texten. Samma intervjuguide användes till alla informanter och författaren har varit systematisk för att få fram data i den kvalitativa innehållsanalysen vilket stärker pålitligheten. Dock hade det varit en fördel om någon av informanterna tagit del av resultatet för att styrka att rätt tolkning gjorts. Men handledare och studiegruppen har deltagit i analysens gång och författaren har försökt presentera resultatet så objektivt som möjligt vilket stärker bekräftelsebarheten. Vidare stärks detta även av att kategorierna stämmer överens med innehållet i resultatet. Ett ändamålsurval gjordes och det gav en variation på ålder och kön vilket kan stärka överförbarheten. Vidare kan överförbarheten stärkas då författaren har gett en bred beskrivning av hur studien har genomförts (Polit och Beck, 2017).

Syftet var att ha individuella intervjuer då det är enklare att följa dessa samtal (Trost, 2010). Avsikten var att ha intervjuer öga mot öga men alla deltagare fann ingen möjlighet till det på grund av tidsbrist eller långt avstånd. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det tenderar att bli vanligare med telefonintervjuer och att det kan vara gynnsamt t.ex. att kunna ha intervjuer även om det är långt avstånd.

Två av informanterna var ett par till samma närstående och det föll sig naturligt att de intervjuades tillsammans. Trost (2010) betonar att det kan finnas fördelar med gruppintervjuer. Det beskrivs att de tillsammans kan få utökad information och ett bredare perspektiv på sina egna upplevelser. Författaren menar att samtliga intervjumetoder upplevdes positiva då svar på syftet med studien erhöles.

Författaren fann inte att det framkom något nytt med de sista intervjuerna. Detta kan innebära att det blev en data saturation, dvs. att det fanns en mättnad på information att ytterligare deltagare hade tillfört liknande upplevelser. Antalet informanter som behövs för studier inom kvalitativ forskning bör utgå från när det finns en data saturation. Om informanterna beskriver deras upplevelser väl kan detta uppnås med en relativt liten urvalsgrupp. Det kan tyda på att ett lämpligt antal informanter har intervjuats i denna studie vilket är en styrka. Vidare är det en styrka att författaren tog hjälp av gatekeepers för att rekrytera deltagare (Polit och Beck, 2017).

### **Kliniska implikationer**

Studien visar att det är viktigt att vårdpersonal får en ökad medvetenhet om hur närståendes behov ska tillgodoses. Det är betydelsefullt att vårdpersonalen har en omtanke till patient och närstående för att närstående ska känna trygghet.

Vårdpersonalen bör ha ett professionellt bemötande och att de skapar ett förtroende till närstående. Det är viktigt att vårdpersonalen får en insikt i att närstående har ett stort behov av information som är tydlig, förståelig, kontinuerlig, aktuell och ärlig. Enligt Maslow är dessa grundläggande behov som bör tillgodoses för att närstående ska känna trygghet (Maslow, 1987). I Studien framkommer att närstående fortfarande upplever brist på information i mötet med vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen.

Vårdpersonalen bör få en ökad medvetenhet om hur viktigt det är med information och hur de ska kunna bemöta den för att öka tryggheten för närstående. Författaren ser ett stort värde i att utbilda vårdpersonalen på hur närståendes behov ska tillgodoses vilket Davidson et al. (2007) även rekommenderar. Vidare rekommenderas att närstående ska få information som de förstår och att detta bör ske regelbundet samt om möjligt av samma vårdpersonal för att informationen ska bli konsekvent. Författaren poängterar att informationen även bör vara aktuell och ärlig.

### **Förslag på fortsatt forskning**

Att forska på vad vårdpersonalen ska göra för att få informationen mer förståelig och hur de ska tillgodose närståendes behov av information. Detta skulle kunna göras t.ex. med vidare studier om närståendes och vårdpersonalens upplevelser av information till närstående på intensivvårdsavdelningen. Förslagsvis både intervju- och observationsstudier. För att beakta åsikter hos närstående och vårdpersonal samt observera vad det är som brister i informationen. Syftet med detta är att få ökad förståelse till vad som kan vara orsaken till att vårdpersonalen ger bristfällig information till närstående. Så att en förståelse på vad som kan ändras uppnås.

### **Slutsats**

I studien framkommer att närstående känner trygghet när de upplever att vårdpersonalen har en omtanke i omvårdnaden både mot patienten och närstående. Att de känner otrygghet när de inte har ett förtroende för vårdpersonalen eller när vårdpersonalen är oprofessionella. Närstående har ett stort behov av information som är tydlig, förståelig, kontinuerlig, aktuell och ärlig. Vårdpersonalen bör få en ökad insikt om hur närståendes behov ska tillgodoses. Studien lyfter också fram att det fortfarande finns en brist på information som närstående upplever i mötet med vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen. Eftersom att det fortfarande framkommer att det är både osäkerhet och brist på information, därför är det viktigt att vårdpersonalen blir medveten om det och gör något åt det för att öka tryggheten för de närstående.

## Referenser

- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. och Ekebergh, M. 2007. Of vigilance and invisibility - being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care* 12 (3): 151-158.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loisel, C. G., Boileau, J. och McVey, L. 2010. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing* 26 (2): 114-22.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P. och Frans, E. 2001. Needs of relatives of critical care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine* 27 (1): 160-5.
- Blom, H., Gustavsson, C. och Sundler, A. J. 2012. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 29 (1): 1-8.
- Browning, G. och Warren, N. 2006. Unmet needs of family members in the medical intensive care waiting room. *Critical Care Nursing Quarterly* 29 (1): 86-95.
- Carlson, E. B., Spain, D. A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L. och Macia, K. S. 2015. Care and caring in the ICU: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care* 30 (3): 557-561.
- Cohen, S., Sprung, C., Sjökvist, P., Lippert, A., Ricou, B., Baras, M., Hovilehto, S., Maia, P., Phelan, D., Reinhart, K., Werdan, K., Bulow, H.-H. och Woodcock, T. 2005. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Medicine* 31 (9): 1215-1221.
- Cullberg, J. 2012. *Kris och utveckling samt katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner*. 5. uppl. Stockholm: Natur och kultur.
- Davidson, J. E., Powers, K., Kamyar, M., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G. och Armstrong, D. 2007. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task force 2004–2005. *Critical Care Medicine* 35 (2): 605-622.
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, B. och Wilmer, A. 2002. Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalised in intensive care units: implications for social work. *Social Work in Health Care* 35 (4): 21-40.
- Engström, B., Uusitalo, A. och Engström, Å. 2011. Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* 27 (1): 1-9.
- Engström, Å. och Söderberg, S. 2007. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 16 (9): 1651-1659.
- Eriksson, T., Bergbom, I. och Lindahl, B. 2011. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit – A hermeneutic interview study. *Intensive and Critical Care Nursing* 27 (2): 60-66.
- Fridh, O., Forsberg, A. och Bergbom, I. 2009. Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive and Critical Care Nursing* 25 (5): 233-241.
- Forsman, B. 2004. *Forskarens frihet: Om makt och moral*. Lund: Studentlitteratur.
- Gaeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N. och Mohammadi, N. 2015. Informational Support to Family Members of Intensive Care Unit Patients: The Perspectives of Families and Nurses. *Global Journal of Health Science* 7 (2): 8-19.
- Gulbrandsen, T. och Stubberud, D.-G. 2009. *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Henneman, E. A. och Cardin, S. 2002. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse* 22 (6): 12-19.

- Hermerén, G. 1996. *Kunskapens pris: forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. 2. uppl. Stockholm: Swedish Science Press & HSNR.
- Hughes, F., Bryan, K. och Robbins, I. 2005. Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care* 10 (1): 23-30.
- 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.
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H. och Cobb, A. K. 1996. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung* 25 (6): 467-474.
- Johansson, I., Fridlund, B. och Hildingh, C. 2005. What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care. *Nursing in critical care* 10 (6): 289-298.
- Karlsson, V., Forsberg, A. och Bergbom, I. 2010. Relatives' experiences of visiting conscious, mechanically ventilated patient - A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing* 26 (2): 91-100.
- Khalaila, R. 2013. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 69 (5): 1172-1182.
- Kvale, S. och Brinkmann, S. 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, L. Y. K. och Lau, Y. L. 2003. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 12 (4): 490-500.
- Lundman, B. och Graneheim, U. H. 2012. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. och Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Maslow, A. H. 1987. *Motivation and Personality*. 3. uppl. New York: Harper & Row.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D. och Saylor, C. 2007. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung* 36 (5): 367-376.
- McAdam, J. L., Arai, S. och Puntillo, K. A. 2008. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 34 (6): 1097-1101.
- McKiernan, M. och McCarthy, G. 2010. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 26 (5): 254-261.
- Molter, N. 1979. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung* 8 (2): 332-339.
- Nationalencyklopedin. 2017. Bemötande. *Nationalencyklopedin*. <http://www.ne.se> (Hämtad 2017-05-02).
- Obringer, K., Hilgenberg, C. och Booker, K. 2012. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing* 21 (11-12): 1651-1658.
- Olausson, S., Ekebergh, M. och Lindahl, B. 2012. The ICU patient room: Views and meanings as experienced by the next of kin: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing* 28 (3): 176-184.
- Olsson, H. och Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl. Stockholm: Liber.
- Omari, F. H. 2009. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of nursing scholarship* 41 (1): 28-34.
- Plakas, S., Cant, B. och Taket, A. 2009. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 25 (1): 10-20.
- Polit, D. F. och Beck, C. T. 2017. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.



- Prachar, T. L., Mahanes, D., Arceneaux, A., Moss, B. L., Jones, S., Conaway, M. och Burns, S. M. 2010. Recognizing the Needs of Family Members of Neuroscience Patients in an Intensive Care Setting. *Journal of Neuroscience Nursing* 42 (5): 274-279.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening. 2012. *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening. [http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf) (Hämtad 2016-12-29).
- Selph, R. B., Shiang, J., Engelberg, R., Curtis, R. och White, D. B. 2008. Empathy and Life Support Decisions in Intensive Care Units. *Journal of General Intern Medicine* 23 (9): 1311-1317.
- SFS 2003:460. SFS 2008:192. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460) (Hämtad 2016-12-29).
- SFS 2014:821 *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821) (Hämtad 2017-04-20).
- Socialstyrelsen 2004. *Termbanken*. Socialstyrelsen. <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=n> (Hämtad 2016-12-29).
- Soltner, C., Lassalle, V., Galienne-Bouygues, S., Pottecher, J., Floccard, B., Delapierre, L.,... och Beydon, L. 2009. Written information that relatives of adult intensive care unit patients would like to receive: -A comparison to published recommendations and opinion of staff members. *Critical Care Medicine* 37 (7): 2197-2202.
- Svenska Intensivvårdsregistret - SIR 2014. *Om SIR*. Svenska Intensivvårdsregistret – SIR. <http://www.icuregswe.org/sv/Om-SIR/> (Hämtad 2017-04-24).
- Söderström, I.-M., Saveman, B. I. och 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): 707-16.
- Söderström, I.-M., Saveman, B. I., Hagberg, M. S. och Benzein, E.-G. 2009. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* 25 (5): 250-257.
- Takman, C. och Severinsson, E. 2005. Comparing Norwegian nurses' and physicians' perceptions of the needs of significant others in Intensive Care Units. *Journal of Clinical Nursing* 14 (5): 621-631.
- Trost, J. 2010. *Kvalitativa intervjuer*. 4. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Urizzi, F. och Corr ea, A.K. 2007. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15 (4): 598-604.
- Verhaeghe, S. T., Defloor, T., Van Zuuren, F. J., Duijnste, M. S. och Grypdonck, M. H. 2005. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 14 (4): 501-509.
- Verhaeghe, S. T., van Zuuren, F. J., Defloor, T., Duijnste, M. S. och Grypdonck, M. H. 2007. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *Journal of Clinical Nursing* 16 (8): 1488-1497.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch S, och Rawson, H. 2015. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 31 (1): 51-63.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. och Rawson, H. 2017. Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of Clinical Nursing* 00: 1-14.

- World Medical Association. 2013. *WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for Medical research involving Human Subjects*.  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (Hämtad 2016-12-18).
- Wåhlin, I., Ek, A.-C. och Idvall E. 2009. Empowerment in intensive care: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing* 25 (6): 332-340.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., de Pedro, J. E., Sánchez-Cuenca, P. och Lastra, P. 2005 The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *International Journal of Nursing Studies* 42 (2): 135-145.
- Ågård, A. S. och Harder, I. 2007. Relatives experience in intensive care - Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing* 23 (3): 170-177.