

Solbjørg Watland: Pårørende til kritisk syke – Veien videre, Sesong 15 – episode 8

Å være pårørende det er veldig tøft, og når man er i tillegg er pårørende til en mor eller en far, eller en sønn eller en datter eller noen nære som ligger på intensivavdelingen. Kanskje ligger i koma svever mellom liv og død, så er det ekstra tøft og med meg i studio i dag så har jeg en veldig spent. Intensivsykepleier solbjørn watland velkommen hit til helehjerta 1000 takk du er spent fordi du skal nemlig ta doktorgrad i dette emnet her om bare noen få dager.

Det stemmer 16. Juni da smeller det da ja sant da skal jeg diskutere.

Og da skal du diskutere, og da skal du diskutere på det du har jobbet med i mange år nå. Forskning på pårørende til intensivpasienter og hvor dere har. Fremarbeidet eller kommet fram til en modell som heter m. i. modellen solbjørn fortell om det du har forsket på.

Det begynte jo. Jeg har jo vært intensivsykepleier noen år, og vi var jo vært en gjeng på medisinsk intensiv ulv og som har vært opptatt av å skrive dagbok. Det er jo en annen greie, men også å ivareta pårørende, og det begynte vel egentlig på noen nattevakter. Vi sitter der og. Tenker om hva som skulle vært annerledes, og så sitter vi der en gjeng god gjeng og snakker om at vi burde bli bedre på å ivareta forhørende. Vi burde bli bedre på ivareta, forhørende og sant, så blir jo det ofte. Det er jo sånn med sykepleiere at vi vet jo hvor skoen trykker, og så vokser det jo på en måte fram et ønske om å gjøre noe mer. Da og da har vi også hatt en ledelse som har vært det positive til alle er jo positive til pårørende, men de har på en måte vært med å bac i den grad man kan da. Men det er jo, det er jo et budsjett. Og som skal ivaretas her, men jeg fikk på en måte ble etterhvert sendt videre til et annet forskningskontor hvor vi begynte å sende inn søknader da for vi tenkte kanskje dette kan bli et kvalitetsforbedringsprosjekt også etter diverse søknader, så ble det jo da et stipendiat da, så det var liksom den bakgrunnen det.

Så det er rett og slett bakgrunnen for studien din. Det er rett og slett en interesse. Og et behov som dere har sett at pårørende at pårørende trenger noe mer enn bare det å få en samtale i ny og ne litt sånn løst og fast fordi dere har det du har. Denne modellen inneholder. Det er jo en struktur. Kan ikke du bare si litt om sånn kort om om den strukturen, og så skal vi gå litt mer nærmere innpå det etter hvert. Men hva er det den strukturen består av?

Det, men jeg kan si litt om hvordan den ble utviklet først. Det er det er. Vi var jo som sagt, så var vi litt sånn der bekymret for de pårørende tenkte, blir de godt nok ivaretatt, og så visste vi jo at litteraturen sier jo at de pårørende får symptomer på på somatisk stress, angst og depresjon i etterkant, og at og at det er mange, går ikke tilbake til full

jobb. Mange blir sykmeldte, altså det belastningen av å være pårørende til kritisk syke er stor da. Og så da tenkte vi jo kanskje at vi følte at vi var ganske flinke med pårørende på en annen måte. Så vi tenkte at det er ikke sikkert det er så ille hos oss, så hele prosjektet startet faktisk med at vi intervjuet eller jeg intervjuet 8. Tidligere pårørende ved avdelingen bare for å finne litt ut det. Det var jo mye, var jo kanskje amerikanske studier, franske studier, og vi liker jo å tro at i Norge så gjør vi ting kjempebra, ikke sant? Så så jeg intervjuet disse 8 pårørende og vil si 3 av de og var blitt etterlatte. Og det var en del ektefeller, og så var det en far, en datter. Ja, det var litt sånn forskjellig. Og det første som også gjorde en tematisk analyse av det og alt det der. Men det som på en måte var det jeg satt igjen med var så de har jo hatt det helt forferdelig. Vi har jo tilbudt alle de kaffekoppene daglig samtale med leger henter inn ekstra stoler ber de bare om å ringe, gir visittkortet vårt. Styr den informasjonsbrosjyren som de skal ha da, og likevel så har du jo bare hatt det så tøft og det også. Noe av det er jo i en natur at det skal jo kjennes på kroppen når noen av du er glad i er alvorlig syk. Det skal man på en måte ikke frata de, men at de at det likevel slo det de fortalte, var jo at de var veldig takknemlig. Og det er der jeg tror at kanskje mange av hos helsepersonene misforstår, fordi de forårene er jo så takknemlige. Men det betyr ikke at de har det bra. Nødvendigvis fordi det var liksom du kunne treffe på en lege og en gjeng med. Av oss på m. e. i gangen og si at ja alt går bra. Og ja han gikk 3 skritt han kan nå kan og hente kaffe selv og alt det der kan du kanskje si og så når du tar dem på han inn på enerom så kommer det bare fram hvor hvor isolerte de har blitt, hvor hvordan alt har forandret seg rundt dem, hvor slitne de er, hvor slitne de er bekymret. De er så det som på en måte var etter disse 8 når jeg hadde intervjuet disse 8 da så var det jo sånne kjente ting som kom fram at de hadde behov for. God informasjon de hadde behov for å være sammen med pasienten sin, og de hadde behov for emosjonell støtte. Det er på en måte hovedpunktene, men samtidig så hadde jeg også behov for det der å bli tatt til siden at det og litt mer struktur. Det var litt tilfeldig og litt sånn hvem som var på jobb som avgjorte hvordan ting var så det at de trengte litt mer strukturell oppfølging også litt mer individuell oppfølging. At det å sitte å snakke med si en far og 2 døtre hvis moren er innlagt, da det altså alle har sin historie, men det å bli tatt til side. Individuelt det kom fram som et behov da altså. Det er på en måte litt av bakgrunn, og det vil bygge ut den modellen som vi.

Har på så fint, så dere har både tilbud om individuelle samtaler, men også med en familiesamtale.

Ja nei vi vi de familiesamtalene. De var allerede fra før fordi vi hadde sånn nesten. Legene er veldig flinke til å tilby samtaler ukedagene, og det blir som en familiesamtale eller da for hovedpårørende. Det hvor man bestemmer hvem som skal være med, så da kan det av og til sitte liksom 7 personer i rommet, så de hadde vi på en måte dekket. Men det som var med de for det at det er viktig med informasjon at informasjon hjelper det har vi jo visst lenge. Det var jo i totusenogto når første studien kom på det. At det å gi ut informasjonsbrosjyrene er kjempeviktige. Men det som på en måte denne modellen

her bygger mer på er faktisk at vi spør de pårørende, hvordan går det med deg da? Det er på en måte kanskje det som er nytt da med denne modellen?

På en måte, så er det litt trist at at dem har en modell til at man skal spørre, hvordan er det med deg? Jeg tenker det er jo noe av det aller aller viktigste i en hver samtale i ethvert menneskemøte. Nå er jo liksom klinisk kommunikasjon som er mitt spesialfelt, så jeg er veldig opptatt av dette her, så dette her synes jeg er flott å høre at dere får har fått det i system da, men du du sier jo at de dere du oppdaga med i løpet av disse 8 samtalene at. De sitter igjen med ganske mye, eller det er en del p. t. s. d. symptomer. Hvilke symptomer var det dere fant var det du fant?

Det ved postmatisk stresssyndrom. Det er jo for det første kan det høres litt fremmed ut. Man kan tenke at det er sånn de som er i krigen som får det og sånn ting. Men kriteriet for å få postmatisk stress symptomer det er at man skal være utsatt for en hendelse som. Innebærer død eller trussel om død eller altså også seksuelle trakassering og det. Men i vårt tilfelle så var det jo akkurat den der trusselen om død da som de var blitt utsatt for bare ved at noen av de nære noen av de de var glad i, var kritisk psyke. Og hendelsen skal også gjort at de har vært blitt skremt samtidig, og da i etterkant gjerne sånn en måned etterpå, så skal de ha disse symptomene som man på en måte kan måle som vi. Og det er på en måte at du unngår at du kjører lang vei forbi Ullevål sykehus. Du skal bare ikke forbi det sykehuset igjen, eller at du skvetter lett og at du på en måte prøver å ikke tenke tilbake på det. Men så kommer tanken her hele tiden at du står og lager middag. Så er det den sangen på radioen, så er du tilbake det det skjedde, og at det og alt det gjør at du kan sove dårlig at du får dårlig hukommelse. Det påvirker på en måte både følelsen og hvordan du tenker da altså dette med post i stress det er, og det er forskjellige nivåer av dette. For litt, man kan jo kjenne det i kroppen hvis noen som jeg sier at hvis man plutselig blir innlagt på sykehuset, så er det greit at du kjenner det. Det er ikke noe gærent i det, men det er når det på en måte går utover utover både søvn og setter seg i kroppen som stress og at det påvirker tanker og følelsen at det faktisk er litt alvorlig. Og da tenker jeg at vi ja, og det er der vi fant ut med den modellen som jeg kan godt fortelle litt mer om i detalj. Da hadde en god effekt.

Så er det jo sikkert en god del av av deres pasienter som som det skjer noe sånn. Ut, så det blir litt sånn flashbacks. Jeg tenker sånn syn og sånn jeg kanskje lukter også hos pårørende at det var ja. Og det å snakke gjennom det vet man jo at har har god effekt da. For i etterkant er det noe dere har gjort før. Når det er alvorlige hendelser med synsinntrykk hos pårørende, eller er det noe som har kommet nå på grunn av denne modellen?

Det som mister ja alvorlige synsinntrykk. Det kan jo ofte, så er de kanskje helt i begynnelsen, og noen ganger er jo dette så alvorlig at det kriseteamet blir koblet på, og da er det jo nok vært mye, og det er fortsatt kriseteamet som tar de første. Men det vi oppdaget hos oss da, nå skal jeg gå igjennom de 4 trinnene bare for å gi modellen er det

passer ja, for det er jo det første er jo om når pasienten har vært innlagt på sykehuset noen dager, da får de tilbud om en individuell. En samtale med en sykepleier, og da tar vi de pårørende ut på et eget rom. Og ja, det er jo et team på m. i. som gjør dette her, men hun ene hun er veldig opptatt av at og det jeg synes er så fint at hun setter seg, setter øynene i pårørende og sier, vet du hva du får jo daglig informasjon om pasienten, men nå er det deg som er i nå er det du som sitter her nå. Er du interessert i å gjøre hvordan det går med deg, så det setter på en måte litt agendaen for denne samtalen også får de et nettbrett som en sykehuspartner er. Har drifter og der, hvor de markerer alt fra om de har skyld problemer med at de føler skyld om de sover dårlig om de har vondt i hodet, om de er bekymret for andre i familien. Det er all alle de tingene som kan hopes opp i hodet på rørende. Det markerer de, og det blir og når man er ferdig å markere alt som du på en måte det her er også ut ifra de 8 intervjuene med de 8 pårørende og også fra pårøringsverilederen og. På forhørende senter hadde også sånn samtale eller så alt. Dette er på en måte bakt inn den ipaden og det som er fint fra sykepleiersiden da med denne dette nettbrettet. Det er jo at ofte når man skal samtale så kan man liksom grue seg og tenke er jeg godt nok forberedt. Hva skal jeg huske på å spørre om? Altså, du kan egentlig ha en litt sånn. Du trenger ikke være så godt forberedt hvis man skal vi som sykepleier er jo alltid på lært er alltid forberedte, det skal jo sies, men du kan invitere de pårørende inn, sørge for å bare booke samtalerommet slik at de kan sette deg ned i ro og fred. Du gir de pårørende den? Det nettbrettet og til og med damer på 78. De er gode på nettbrett. Det er faktisk ikke noe, ikke noe bøyg lenger, men og så markerer de hva som er viktig for dem. Og så får du da på en måte en og så oppdaterer den eller lager en oppsummering dette nettbrettet og når det kom fram o. k. det som faktisk er aller viktigst for det er snakk om. Nå er jo dette her med hvem som skal ivareta barna eller det å få få ting til å gå rundt og bare det at de barna kan sitte og snakke om. Om hvordan hele dagliglivet dens fungerer, er kjempeviktig og det vi og ser er at vi henviser de litt fortere til å samtale med sosionom eller prest. Vi fanger på en måte opp behovene dems på et tidligere tidspunkt, og da er jo dette her med synsinntrykk. Hvis de da har behov for å snakke om at de for eksempel fant mannen hjemme og måtte begynne med hjertelungeredning da, så får de jo snakke med de. Og for hver gang man snakker om disse tingene. Det vet jo at man en måte slipper lys inn i en hendelsen som var veldig mørk, så hjelper du tar på en måte makten ut. Av den hendelsen da, så det er jo på den første anledningen de har til å på en måte snakke om det som de opplevde traumatisk.

Og den samtalen trinn en som du kaller det. Det er den skjer i løpet av noen i noen av de første dagene.

Ja ikke med en gang, for da er de pårørende bare i sjokk. Har nok med bare å være der, men når det liksom går noen dager og vi ser at og det og om det er noen dager eller noen uker altså det tror jeg ikke er så farlig når den samtalen skjer. Jeg tror det viktige er at de pårørende opplever at de blir tatt til siden og at de kan snakke om det som er viktig for

dem og. Og ofte trenger de bare å luften tankene også. Kanskje jeg skal si at jeg ikke kan være med som fotballtreneren, altså. De trenger bare å snakke høyt for å få orden på kaoset sitt, og der er vi syke. De er utrolig gode. Du kan si at ja, men det kunne like gjerne gjort med naboen. Ja, men nå sitter de nå ved sykesengen, ikke sant av timer da det er vi som er der det, og det er ikke det samme å prate, eller kanskje de heller kan generere at de prater med naboen da det er noe hvis de først begynner å.

Prate med oss, så er det tryggere ja.

Men det kan gjøre at de kan støtte at de søker støtte andre steder da.

Hvis de først måtte begynne å prate med oss, så det er og trinn 2.

Trinn 2 ja det er ved utskrivelse. Da får de pårørende rett og slett et kort og et med skriftlig informasjon, og det er jo det som er den mest en synes var en veldig bra studie som ble gjort i Frankrike for lenge siden. Da sendte sykehuset ut kondolansbrev til alle som måtte miste noen, og det viste seg at det hadde negativ effekt. Så det når vi da skulle lage dette kortet. Ellers var det så viktig for meg at dette her skal oppleves omsorgsfullt og støttende, og så det er en kort som som vi har. Laget jobbet litt med forsiden og fikk den til å se litt innbydende ut, og det var en datter et lite barn som satt å den er så fint det kort. Det er så kort. Det er så fint og på en måte vi vet at vi treffer jo ikke det som er med den modellen også. Litt derfor det er 4 4 trinn er at vi kanskje vi treffer ikke alle med ett, men vi kan treffe de altså. Det er mange måter å nå målet på da så det viktigste er jo at vår føler seg sett og hørt og vet at det er hjelp å få. Så dette kortet er det anerkjenner jo på en måte først at de har vært i en vanskelig situasjon er jeg kanskje det ikke er helt normalt at jeg føler meg litt sliten når mennene mine har svett mellom livet og døde i 2 uker. Kanskje altså du bare anerkjenner at ja du har stoppet opp og tenkt. Du har faktisk opplevd noe krevende og at litt informasjon om vanlige reaksjoner og litt hvor de kan få søke støtte, at det er fastlegen som er deres, den de egentlig skal søke støtte hos oss også pårørendesenteret gir informasjon om, og til slutt så er jo dette da en. Invitasjon til oppfølgingssamtalen som blir det siste trinnet her. Da også signerer vi alltid med navn. Vi skriver alltid hilsen, og vi signerer alltid 2 sykepleiere litt fordi de blir den ene plutselig det var lurt. Vi er alltid 2 sykepleiere som signerer der, men så blir liksom. Hilsen Karin Solberg for eksempel da.

Så den trinn 2 altså dette kortet. Det får de ved avreise hjem eller overførerflytting til andre steder.

Ja, det som i praksis ofte skjer, er at vi sender en s. m. s. når pasienten har flyttet for oss, så kan jo det fort skje midt på natta. Det er litt på et tidspunkt som ikke akkurat vi er der, og da sender vi en hyggelig s. m. s. hvor vi sender. Hei håper det går bra med deg, og da dekker vi også trinn 3 som er en utskrivningssamtale. For hvis da pasienten har blitt skrevet ut til en step 2 oven enhet. Det er litt for å, så skriver vi hei, håper det går bra med deg hvis du har og at overflytningen gikk fint hvis du trenger en samtale med oss fra

intensiven så si ifra så skal vi ringe deg innen kort tid, men også skrive også. Vi ønsker også sende deg et kort i posten faktisk vi bruker post. Kan vi få adressen din? For det er ikke selvsagt. Ofte er jo det den samme som kanskje konen da, men det vet vi jo ikke. Og da er det liksom, da dekker vi egentlig trinn 3 her da som er den utskrivningsamtalen og den utskrivningsamtalen. Den tar vi jo ikke hvis pasienten dør for det, da er det ikke helt passe, hvis ikke vi har avtalt at vi skal ringe dem i noen dager da, så gjør vi jo ikke det. Der er noe med liksom bare å, men den tar vi, og vi tar den heller ikke hvis vi for eksempel flytter en intensivpasient her til til a. hus da da tenker vi at a. hus er jo kjempegode på pårørende, de tar jo disse. Forhørene videre, men det er hvis de blir sendt til en sengepost eller en avdeling med lavere bemanning derifra at det er en sykepleier som sitter ved siden av senga hver eneste time, da til at de kanskje får tilsyn 2 ganger i løpet av vakta, så og da er da ofte, og da kan jo de forrørende bare skrive ja på ring meg med en gang var det en kone som sa når hun fikk den s. m. s. en og da var jo mannen blitt delirisk og husker jo ikke at han var gift med henne, og det er jo bare bedrøvelig, men da å få snakke med en av sykepleier som sier at vet du hva denne fasen går over. Ikke ikke ta vare på deg selv og overlate han til sykepleieren for du. Det er ikke du som skal nå må du bare gå ut og si akkurat.

Akkurat det med du sa step down enhet. Det er jo det samme som at du flytter oss til en sengepost eller et annet sykehus med lavere pleienivå altså sykepleierne er flinke men men det er færre, ikke sant? Du blir ikke får ikke så tett oppfølging som på en intensivpost og da tenker jeg at det er vel. Forbundet med ikke bare for pasienten, men også for pårørende med at man får økt angst fordi at man er mer alene. Og hvor er sykepleierne? Og nå ser vi dem ikke lenger. Og alt det der. Er det noe dere forbereder? Altså utenom denne modellen. Da er det forbereder dere pårørende på det at når du kommer når dere skal overflyttes, om det blir i morgen eller om 4 dager, så vil det oppleves sånn og sånn er det. Er det noe dere tenker på? Er det noe i?

Det var jeg. Det kan hende at jeg tror kanskje det blir sagt, men igjen så tror jeg ikke det er den informasjonen som de pårørende tar inn for de pårørende er jo da så glad for at ja han overlevende i hvert fall. Og det å bekymre seg for at når han da når. Ja, jeg tror, og jeg tror heller ikke vi er flinke nok. Det er jo overflytning. Innen sykehuset er jo et svakt punkt. Jeg tror ikke vi er flinke nok til det, og jeg tror uansett at den informasjonen godt kan gjentas.

Hvis den har blitt gitt mange ganger da. Og at det er normalt å kjenne at man føler seg litt overlatt og alene, og at det er man føler seg redd, men men fordi det kan vel kanskje også være det med å gi informasjon eller det å normalisere følelser og sånn er det? Er det en del av det som på en måte ligger i opplæringen i til sykepleiere når de skal bruke denne modellen?

Det er akkurat det med normalisering er et veldig godt ord, eller at de setter ordet. De pårørende setter ord på det. Jeg husker liksom en datter som da fulgte ut av døra og sa

bare det bare føler meg som maktesløs. Og da vet jeg at det ordet var et av de vi brukte i det kartleggingsverktøyet, og det er at de ser på en måte at det her er et begrep som dekker hvordan jeg har det, og det i seg selv er veldig bra og. Og det er ikke lett den tiden etter at de har vært på intensiv heller. For da en ting er at pasienten har overlevd, men da kommer jo alle de følelsene som du kanskje har trykt, altså det da kommer det. Det er en det kan være en krevende tid. Det kan være en veldig blandet tid. De er glad for at pasienten har overlevd, men samtidig så ser du at han trenger jo vanvittig lang opptrening, så det er jo ikke kanskje han er redd for å være hjemme alene. Kanskje han så det er jo av nye typer utfordringer da som kan møte de pårørende da.

For jeg tenker det innen trinn 2 som er samtale ved avreise og trinn 3 som er ved flytting til til senkepost eller til andre andre sykehusenheter. Så så ligger det jo veldig masse eksistensielt for de pårørende. Mange eksistensielle spørsmål.

Ja og den med trinn metod som var det kort. For så vidt der får de det på en måte skriftlig, og da kan de på en måte gå tilbake. Dette her var helt normalt. Ja, stemmer det og så det er pårørende. Senter har jo masse ressurser inne på siden dem, sånn at vi på en måte så fint. Ja, det med kombinasjonen av både muntlig informasjon, men også at de får noe skriftlig. Det tror jeg er viktig fordi man legger grenser for hvor mye man klarer å ta inn.

Da jeg tenker jo, at her er vi jo midt i. For et ellers friskt menneske, da relativt frisk kanskje har sine plager, men de er de friske de pårørende per definisjon her så tenker jeg at de allikevel får jo masse livsangst, masse dødsangst, også dødsangster i forhold til å miste at den skal dø eller etterhvert, så kan man jo kanskje kjenne på hva hvis de ikke dør nå? Hvordan og da kommer livsangsen hvordan skal dette livet bli? Kommer jeg til å greie det? Må komme jeg til å greie å få lov til å dra på ferie noen ganger igjen kan jeg jobbe videre. Kan jeg ikke jobbe videre. Hvordan skal vi greie oss økonomisk? Det er en million ting det er.

Det og det er det blir jo. Ofte blir jo et helt nytt annerledes liv for dem. Det er rett og slett som jeg tar stilling til, og det er jo der den oppfølgingssamtalen det siste trinnet trinn 4 for det er jo begrenset litt hva vi sykepleiere. Kan gjøre selvfølgelig, men det å kunne følge opp akkurat den tiden på intensiven. Det tenker jeg er viktig, så den oppfølgingssamtalen som de da blir den, blir på en måte sagt i det kortet som de får. Men det blir også det viktige er at invitasjoner skjer noen uker etter at pasienten enten har dødd. Det er jo en ja 11 % som faktisk dør sånn gjennomsnitt på på intensivavdelingen og. Eller har blitt skrevet ut da, og så er det ikke de, og så er det opp til de pårørende når denne samtalen finner sted, og noen vil ha den på telefon bare for bare faktisk det å komme seg til sykehuset er et styr i seg selv, og andre velger å komme inn for å ha denne samtalen. Og når denne når de da kommer inn til denne samtalen, så har vi en mal som hvor det sykepleierne følger da. Og et av de første spørsmålene er jo hvordan det går med deg selvfølgelig bare sånn, men også hvordan det går med

pasienten eller eventuelt hvordan var begravelsen og det? Og det er sånn de har. Hvis det er slik at det var en begravelse, så synes de pårørende veldig fint å snakke om dette her. Det er liksom bare sånn da føler de liksom at vi bryr oss over hele. Ja, de bryr oss også. Det er jo det vi gjør. Sykepleie er et omsorgsykke, så de sykepleierne som jeg har med hatt med denne gruppen, at jeg er jo egentlig litt sånn takknemlig. For det første så får de så mye takk av pårørende. Takk på s. m. s. den mobiltelefonen vi bruker da den er jo bare full av sånn takk de pårørende er jo så takknemlig. Det er veldig hyggelig. Det er veldig hyggelig, men samtidig så blir det noe at de får følge dem fra a. til å hele veien da og så videre i den malen for denne samtalen så er det jo er det går vi snakker veldig mye om tiden på intensiv, for der føler vi i hvert fall at vi har et ansvar for å bearbeide det som skjedde. Så vi sier er det noe som var bra, for de pårørende er veldig glad for, og de må på en måte få snakke, alltid få snakke om det som var bra. Det er noe i generelle ser jeg veldig, men det er ofte slik da at de har behov for å si det som var bra først. Og så går det liksom bare noe vi kunne gjort annerledes, og så sier de bare nei, nei, det var så bra. Er det noe du reagerte på? Og så spør vi liksom litt sånn spørsmål i samme løypa. Det er litt sånn litt like spørsmål, men det er for å fange opp det som faktisk holder den pårørende våken klokka 05.00 om natta, og så sier vi hvorfor verden skjedde det, og da er det så godt at de får sagt det, og noen ganger så har vi den ekstra samtale med leger fordi det er kjempeviktig at de får oppklart misforståelser, altså legene kan de må jo ha ansvar for mange pasienter på en vakt, og de kan uttrykke seg på en måte som. Det er akkurat som mye sykepleiere. Man kan fort bli så lenge. Det er mennesker inn i bildet, så skjer misforståelser egentlig veldig ofte. Så det å få ryddet opp i misforståelser, det er en viktig. Det er viktig ved denne samtalen her, men også at de får bearbeidet, og da har de jo enda en gang muligheten til å snakke om at de fant sønnen sin på baderomsgulvet da, eller? Det de kraftig at de får mulighet til et trygt rom å snakke om det her enda en gang, og det er også med på at det traumatiske ikke blir så traumatisk fordi de i hvert fall har delt det. De slipper å være på det alene og. Og så er det siste målet. Med denne samtalen er hvordan det går med deg nå, ikke sant? Og det er jo der vi kommer på de pårørende. Jo, nei, mannen min tør ikke å gå ut. Jeg sitter mye alene, og det er i hvert fall at de får snakke om det, og at man kan prøve å hjelpe dem til å liksom. Hvordan, hva er det dere har da altså det der bekymringskvarteret det er jo står jo i den boken til pårørende. I har jo en bok som heter nær pårørensenteret, som er veldig fin, som gir sånne tips og det der. Hva er det du får gjort noe med? Hva får du ikke gjort noe med, ikke sant? Og istedenfor å bekymre deg kan du gi deg selv et eller noe, for noen blir det omvendt hvis du bekymrer seg hele tiden, o. k. kan du prøve å gi deg selv 5 minutter om formiddagen og 5 minutter om ettermiddagen, hvor du ikke bekymrer deg, men helst så skal det være annerledes da at du kanskje har et kvarterte bekymringer, men altså det at man prøve liksom å. Bare prøver å få hodet litt sortere litt. Ja, det kan vi sykepleiere bidra med i den samtalen, men så er det jo nettverk og bare en anerkjennelse at ting har jo forandret seg. Det har jo det.

Jeg tenker, det er vel mange mange av disse pasientene som havner på medisinsk intensivavdeling eller seksjon, så vil jeg vil tro at det er noe suicidal, suicidalforsøk og sånt, og det vil vel også komme fram. Med behovet for å snakke om skyldfølelse eller snakke om jeg skjønnte det ikke eller hva skjedde? Jeg vet ikke. Hvordan skal jeg altså det å hjelpe de II å stå i det da har dere da noe samarbeid med med liason teamet, eller er det noen dere har å hvile dere på i forhold til de samtalene, eller har dere ikke noe sånn ekstra?

Vi har jo det. Vi har jo psykiatere også som er som er tilknyttet avdelingen, og de pårørende kan få samtale med dem. Men, det er gjerne litt begge deler, for bare det å bli tatt til side og få en samtale med oss først har veldig god effekt, og så blir på en måte henvist videre. Men så er jo de psykiaterne tilknyttet. Vår avdeling er jo mest aktuelle akkurat der og da når pasienten er der og i de verste tilfellene, så er jo dessverre ikke pasienten lenger hos oss. Det er kanskje ikke noe vi får gjort i det vi får prøveforbrilsk, og så går det ikke, ikke sant? Og det er jo dette her. Vi har jo leve de her som vi kan henvise videre til, som er en veldig god organisasjon i hvordan de skal støtte etterlatte etter selvmord. Og så er dere jo veldig flinke her på a. hus. Når det gjelder bakken så lenge siden vi henviste en mor hit da etter sånn for det er jo dette med komplisert sorg, at når det er at de trenger ekstra oppfølging og det og. Men det er det at fange de opp og henvise videre. Da er det vel legen som må henvise til det sorgstøttesenteret her da, men det. Legene er jo veldig ville, og vi er jo sånn fin team med sykepleiere og leger, ikke sant? Ofte trenger jo de bare. Det er ikke lurt at vi gjør det også, altså. Vi må tenke tenke sammen da, men det er at de på etterlatte trenger ekstra støtte. Det er så det ja, det skal dere. Det har dere vel? Ja, det er sorgstøttesenteret her er veldig viktig, det er kjempe og så ellers så er det jo andre, men en mer sorgtilbud og mer støtte til etterlatte. Det er noe jeg virkelig skulle ønske at fantes, altså det er.

Det er jo så stort behov for for sorgsamtaler eller for individuelle støttesamtaler at det er viktig at alle også er klar over at både kommuner og kirkesamfunnene rundt de ulike kommunene har tilbud som diakoner eller andre som er som er utdannet til sånne type samtale, støttesamtaler og kommunene. Så det er en viktig. Det er viktig at alle der ute som hører på dette som trenger hjelp også tar kontakt med egen kommune for å høre hva slags tilbud omsorg, sorgstøtte man kan få. For det er dessverre ikke nok fra spesialist nok tilbud fra spesialisthelsetjenesten, og derfor så tenker jeg også at dette her er jo veldig fint da solbjørg at det den der dette trinn 4 hvor det er oppfølgingssamtale noen uker etter utskrivelse. Så er det om ikke annet da at de får i hvert fall fortalt noe, og så blir de det viktigste av de blir sett det å bli sett eller det at sykepleier. Solbjørg ringte meg, jeg blir husket, vi blir husket. Mannen min blir husket superviktig. Det er noen signaler.

Det er noen signaler og det, og at man oppmuntrer dem til å. At ja ikke sant? Ja sånn som du sier det lokalsamfunnet deres da for det er det nettverket som blir viktig for de

etterpå, og det at både kommunen og hvis det er tilknyttet en kirke eller at det er at det er ja og jeg tror litt på jo mer som spør så ikke sant? Det er jo noe med det at man må tørre å ja det å henvise til videre gi informasjon om at det faktisk finnes hjelp å få da det er viktig.

Selv når det føles håpløst.

De er viktig på en måte de er viktig. De skal ivaretas de, og det er ikke sånn at ja.

For skal de greie å stå i det og ta seg av den syke over lang tid eller over tid, og de skal bearbeides sammen, så trenger de jo absolutt å sykes. Ja, de gjør det når du har forsket på dette her. Har dere intervjuet brukere av dette av dette? Denne modellen, jeg vet om det. Hvem har effekt vært liksom?

Vi først, så hadde vi jo de individuelle intervjuene, og så gjorde vi da en randomisert kontrollert studie for å teste, og det var jo spennende i seg selv. Da delte vi jo. Egentlig hadde en et team på 11 fantastiske sykepleiere som hadde disse samtalene, for jeg fikk da ikke lov til å ha de selv, fordi jeg skulle på en måte være litt nøytral, så det var da 11 sykepleiere. Som hadde disse samtalene, og jeg rekrutterte pårørende de sykepleierne på avdelingen. De spurte de pårørende. Hei, vi har en studie som går på å ivareta pårørende, kan tenke å høre mer om den. Og hvis de sa ja, så fikk jeg lov til å hilse på den på pårørende rommet når de var der eller i gangen da forsåvidt eller at jeg ringte de når det var anledning. Vet du hva det var så mange som sa ja, nå begynte vi med dette her egentlig litt midt i pandemien, og da var det jo en sånn der alle ville hjelpe oss sykepleiere og intensivsykepleiere, så jeg tror lurer på om det var liksom dugnadsånd at samfunnet sa ikke nei til oss liksom. Så det de aller aller fleste sa ja, og hvis de sa nei så var det det var fordi at ja, men dere må jo passe på pasienten. Nå må vi si da forsikre oss om at vet du hva pasienten blir ivaretatt, men du er også viktig, så sa de kanskje så sa de på en måte ja og så de sa så det gjorde de og når de da ble inkludert og når de hadde signert dette spørreskjemaet og samtykket så var jo min jobb da å randomisere, de satt inn i den ene eller den andre gruppa og det var. Men det var en data som gjorde det. Det jeg bare plottet inn nummeret deres på et dataprogram, og så fikk jeg vite bare vente 2 sekunder. Så fikk jeg vite om de kom i intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen, og det var en veldig spesiell følelse for meg som da hadde sittet og snakket med de og vite at o. k. hun får oppfølging. Den andre får riktignok stand det vi alltid tilbyr på avdelingen, samtale med lege og spontane samtaler over senga og kaffe og te så mye de vil ha og men den andre får det der individuelle samtalen og den andre gruppen får de ikke. Det var veldig, og jeg husker det var en av sykepleierne maria som sa dette her, at hvis vi gir medisiner og vi skjønner at det har effekt, så kutter man jo bare ut en studie og fortsetter å gi medisiner også skjønner og det så det var ikke bare egentlig. Det var veldig etisk. Det var ikke bare bare bare å bestemme at de får og en samtale, og de får det ikke, men heldigvis. Det var jo en data et program som gjorde dette her for meg, men man føler seg jo liksom. Nei, det var ikke bærbare det, men vi

gjorde nå det, og det var rett og slett for å få fra, og det er jo glad for i ettertid, på en måte fordi. For det første så fikk jo selv de som kom i kontroll og ikke fikk så mye oppfølging blant dem, så fikk jeg sånne hyggelige. S. m. s. er om at bare spørreskjema i seg selv som gikk på å måle hvordan de hadde det var viktig, så jeg tenker at o. k. det var sånn og alle fikk en veldig hyggelig samtale med meg og kunne svare ringe på den pårørende samtalen eller jeg prøver nå i hvert fall å være hyggelig. Det er altså litt sånn når de ville, så var det ikke sånn at de ble droppet helt, men de fikk jo ikke disse individuelle samtaler med den fantastiske sykepleiergjengen da. Det gjorde de ikke, og det må si at de sykepleierne som var disse samtalene var bare vanlige, bare vanlige sykepleiere. Og det er det at jeg tror de har så mye omsorg i oss og det å følge spørsmål, ha en samtale ut fra en mal eller en sånn der oppsummering som er generert av et nettbrett da. Det vet du hva det klarte de så bra, så det er jo ikke sånn, men. Men når vi nå gjennomførte denne studien da og delte de pårørende inn i 2 grupper, så fikk vi jo den. Det som var at hvis det var en mor som var kommet i intervensjonsgruppa, så la vi også dødd hvis faren var inne pasient for eksempel da så la vi døtten til den samme gruppen, så der kunne jeg jukse litt da så alle i samme familie, alle i samme familie kom i samme gruppe, så derfor så ble det 101 i intervensjonsgruppe også ble det 95 i kontrollgruppe. Også var det der vi fikk inn en del antall etterlatte og det de er jo en annen prosess og vi hadde vår modell var ikke så da hvis vi skulle fulgt opp de etterlatte, så skulle vi la det gått, kanskje enda et år og hatt enda mere. Støtte i ettertid da, men det var ikke den modellen er designet for, så vi fant ikke noe med god med en gang så så vi ikke noe sånn resultat på hele gruppa, men når vi da gjorde subgruppeanalyser så fant vi ut at de pårørende etter pasienter som overlevde hadde veldig god effekt på av en sånn signifikant god effekt på disse samtalene med og på postumatisk stress og angst og depresjon. Og det ja, det er rett og slett fantastisk. Og så er det jo noen som kan si at det. Ja, men det her hadde kanskje gått seg til over si, men jeg tenker at ja, men si det er altså din søster da, så vil du ikke at de skal få hjelp, for pedagogikken er veldig. De har skjønt dette her med litt hjelp i tide kan bety veldig mye, mens i medisinsk historie så er skjønn at ja, men hvis det går seg til så. Det trenger vi ikke gjøre noe, men det er for det første, så er det ikke alltid det går seg til. Men jeg tenker at hvis du gir dem, men etter både det ble målt etter både 3, 6 og 12 måneder, og det var signifikant, altså p. verdier som andre studier bare drømmer om rett og slett i at hvor hvor stor betydning det har, så det å ha en god samtale individuelt er kjempeviktig. Og så kan du si det sånn ja, men vi snakker jo mye med det ved senga og sånt noe, men av den grunn så får du liksom senket. Det gjør noe med det å bli tatt til side altså. Jeg tror det er det som gjorde at du fikk så gode resultater, for det var ikke sånn at de andre pårørende ikke. De ble behandlet bra. De hadde jo også rett og slett de samme sykepleieren og ble fikk kaffe og te og masse samtaler inne på pasientrommet det var ikke, men det var ja altså det som selv om vi måtte liksom da dele gruppen inn i 2 da tilby noe til den ene som ikke fikk den andre, så fikk vi hvert fall tall på at at det har effekt, og vi målte også tiden vi brukte, og det var 75 minutter. Gjennomsnitt per pårørende. Nei til sammen liksom, da tok kanskje den

første samtalen tok i 30 minutter den med nettbrettet også regner vi med administrasjonstid på å sende ut i s. m., s. en og poste det kortet i vi tok litt administrasjonstid der da det er jo fort gjort, men du må liksom bare regne med noen minutter også, og det var 15 minutter brukt på det da også. Siste samtalen kanskje varer av og til litt lenger, og den tok kanskje 3 kvarter, men det er jo ikke mye tid fra en sykepleier når det betyr så mye for de pårørende, og ikke minst setter dem i stand til å. Altså de har jo sitt liv de skal leve. De er jo kanskje. Kanskje er de lærere på en barneskole. Kanskje er de altså, hva vet vi hva de står i til vanlig, og dere bare setter dem i stand til å takle livet sitt litt bedre, i hvert fall ikke ha de der posttraumatisk stresssymptomene hengende over sånn da det tenker jeg er veldig viktig.

Dette her er jo fantastisk at dere har at at nå er det på en måte svart på hvitt at det å faktisk at vi faktisk bryr oss og at vi spør hvert. Med eneste menneske. Hvordan er det å være deg? Hvordan har du det nå? For jeg sitter jo, men samtidig med en tanke at ja, men det burde jo være en selvfølge men men samtidig så er det. Det var kanskje en selvfølge mer før i tiden, men det har noe med kapasiteten å gjøre. Hvorfor det har dette blitt borte? Hvorfor er det sånn at vi faktisk må lage modeller nå for at det skal bli gjort fordi det det? Det tror jeg vi trenger rund baut altså mange fagområder. Så trenger vi dette her for å ha fokus på det, og da er vi jo inne på det med kapasitet da har. Hvordan har dette vært i forhold til særlig den siste trinn? 4 samtalen oppfølgingssamtalen noen uker etter utskrivelse hvordan har det vært å sette av tid til det?

På vår avdeling, så har vi jo. Når vi planlegger ting i god tid, så er det som regel rom for at man kan ha noen møter om det er i forhold til midtveisvurdering med studenter og alle mulige typer møter, ikke sant? Så er det rom for å ha slike, så den oppfølgingssamtalen den blir den har vi setter vi bare i kalenderen, booker rom og setter i kalenderen, og det også hender det også at og setter av tid til det da, så den har faktisk gått greit, for den kan vi planlegge. De får jo tilbud etter noen uker, og så kan det fort gå noen måneder før de pårørende egentlig klar for å ha den, så den den klarer vi. På en måte setter vi rett og slett inn. Når sykepleieren er på jobb da.

Men da kan det være, at det er en samtale den den siste trinn 4 samtalen at den kan være for kanskje 3 stykker fra samme familie eller nei, det skal fortsatt være individuelt. Så hvis 3 trenger samtale fra samme familie så får alle 3.

Ja, men vi det hender vi plukker ut hvem vi tenker er hoved pårørende og hvem som har mest effekt av det. Og så har det egentlig ikke vært. For de pårørende er også litt sånn sjenerte, så det er det har ikke vært. Problemstilling enda det hadde vært nesten vært morsomt hvis det hadde vært det. For som regel så stiller de liksom bak i køen og nei, men nå tar hun den og så.

Så snakker vi med henne igjen, men.

Det er en kartlegg som skal skje. Den må jo på en måte skje gjerne denne uka. Pasienten er hos oss, eller da så den krever litt mer fleksibilitet. Men hos oss så hender det jo at man har tomme at vi kan få det til da så.

Hvordan har dere satt dette her i system? Er det sånn at dere huker av i nips eller hva? Hva hvordan gjør dere dette?

Vi har en per. Nå har vi faktisk en perm altså så så vi har ikke gjort det akkurat det digitalt å vi har en perm hvor vi skriver inn ja litt sånn hvor om de har fått samtale takket ja til samtale om de har fått samtale og hvem som på en måte er ansvarlig også dato da også fyller de inn der også har vi også sånn at vi er jo noen sykepleier. Den gruppa som går rundt og er litt sånn ekstra vakt har ekstra øye for dette her da. Og så har vi også begrensa det hos oss til pårørende til inturberte pasienter uten at jeg tror at det, men det er for jeg tror jo, hvis man i hvert fall nå skal by det, er fortsatt det at man begynner for en ting var når man gjorde studiet. Da hadde vi jo stålkontroll på det, for da var det jo. Jeg var jo frikjøpt til å passe på dette har ble gjort, ikke sant? Eller og jeg løste jo av sykepleierne. Jeg var jo inne å hoppet inn og tok den c. t. turen, så andre kunne ha den samtalen da, så vi styret jo på for å få det til. Nå er jo situasjonen annerledes som skal få det inn i daglig drift, men vi har jo fortsatt veldig god forankring i ledelsen. At ledelsen ser hvor viktig det er og frigir noen timer bare til å gå rundt og sjekke sengene. Er noen aktuelle pårørende. Her skal de bli spurt om hvordan de får det til, altså. Det er administrasjon, det er mye. Det er jo det må jo planlegges eller det krever jo. Det krever jo at noen er på på en måte de gjør seg jo ikke av seg selv at disse samtalene skjer bare ikke sånn eller av og til, så er det jo latterlig enkelt fordi de vil, og så bare går man ut, og så får man det til, men som regel så må det jo en tanke bak og en planlegging da.

Tankebak en planlegging ledelsesforenkling og ikke minst at det er ildsjeler som vil dette her. Det er jo typisk oppskrift på implementering av et system, så så fordi dere som hører på der ute nå. Dette her er jo noe som ikke bare kan bruke behøver å brukes på en intensivavdeling. Dette er jo noe som egentlig mange avdelinger og fagområder som har med kritisk syke pasienter å gjøre. Dette er noe som dere har funnet og med signifikant. Tall, hva det hjelper m. i. modellen består altså av 4 trinn trinn en samtale noen dager etter innleggelse på nettbrett og.

Det nettbrettet driftes av sykehuspartner, så det er tilgjengelig, men det hjelper oss å på en måte få strukturert samtalen, og det så det er en god hjelp, selv om det høres.

Ut med primeringen synes jeg ikke så bra ut. Trinn 2 samtale ved avreise eller et kort med anerkjennelse. Gå med tilbud om at det vil komme en oppfølgingsamtale senere, hvis de hvis de har lyst til det eller trenger det trinn 3 det er ved flytting til sengpost eller annen behandlingsenhet. Hva lurer de på? Hva kan være vanskelig med det og så videre det?

Er bare en tekstmelding egentlig i utgangspunktet da.

Og kan kan i tillegg kanskje følges opp med telefonsamtale.

Hvis de ønsker det, så svarer de bare s. m. s. en ja jeg vil ha samtale også.

Og trinn 4. Oppfølgingssamtaler noen uker eller måneder etter utskrivelse, hvordan går det nå? Og den samtalen følger en mal, så de også følger med denne modellen. Så da lurere jeg på, hvordan skal de få tak i denne modellen? De som hører på her nå har lyst til å prøve dette ut.

Ja, denne modellen er jo da publisert i. Det er 3 artikler som den første artikkelen beskriver egentlig den fineste artikkelen. Den beskriver disse intervjuene jeg hadde og hvordan modellen ble utviklet. Nå er jo ikke jeg. Jeg har jo ikke publisert så mange artikler, så hvis de søker på wattle med w. p. p. pubmed, så får de den opp. Vel og så kan det kanskje legges ut her, og det vet jeg ikke. Og så er det en artikkel som viser disse kortsiktige resultatene 3 måneders og en som viser 12 måneders, så der blir jo modellen. Dette her er riktignok på engelsk da, men den blir jo beskrevet igjen og igjen. Men det her kan vi kan sikkert legge ut noe på Norsk her, men det er jo 4 igjen og til egentlig grep og ja og alt er tilgjengelig alt er det er ikke sånn at man har noe, det her er jo bare for å hjelpe til pårørende for å gjøre det litt lettere for at sykepleiere egentlig å følge opp.

Kjempebra solbjørg om noen dager så skal du stå og forsvare dette på engelsk doktorgrad hele greien på engelsk ja, hvordan har du det i forhold til det? Hvordan er det å være deg akkurat nå? Nei.

Du jeg er for det første, så er jeg jo veldig. Det var så mye som har vært spennende med det. Prosjektet hadde vært så spennende om vi fikk midler, ikke sant? Det var mange runder før jeg fikk hele tatt penger, og det var jo. Og så var det jo veldig spennende om det hadde effekt. Vi hadde jo virkelig med. Jeg har dratt i gang veldig mye hvis dette her ikke hadde noe effekt, så det var jo spennende. Det var så mange spenningstopper så på en måte. Nå skal jeg nå stå og forsvare den, men jeg føler på en måte at det er kjempegøy å være her. Og hvis modellen blir tatt i bruk, så er jo det det største. Det er jo det største jeg skal klare. Jeg skal klare å stå der på store auditorium og snakke om dette her og ja på engelsk, men nå har jeg nå skrevet på engelsk da, og det er jo fortsatt litt sånn. Det er rart at det ikke er på alt er på Norsk egentlig, men det er vi henger litt etter der på Universitetet i Oslo det er. De vil gjerne ha det på engelsk først. Det burde jo egentlig heller vært omvendt at i utgangspunktet så disputerer man på Norsk av hensyn til tilhørerne da. Og så hvis det var at man hadde fått seg en opposent fra et et annet et land som nå har jo jeg en svensker som jeg tror hadde forstått Norsk faktisk, eller kjenner jo ikke henne da. Men jeg tenker mest sannsynlig, så hadde du skjønt det på Norsk at det burde jo heller vært andre veien at det naturlig var å diskutere på Norsk. Men nå er det nok slik på Ullevål sykehus klokka kvart over ett.

Ja nå på 16. juni. Så utrolig spennende.

Og målet er jo altså at dette her skal være en måte å tenke på å følge opp pårørende på andre steder og som har sårbar pårørende. Og det kan være kreft. Og det kan være psykiatri og og. Så tanken er jo bare å hjelpe de pårørende til å få hjelp videre, og det finnes så mye ressurser der. Nå har vi ikke snakket om rask psykisk helsehjelp. Det har vi ikke, men det er jo sånn lavterskeltilbud for pårørende, for bare at de pårørende liksom blir stoppet opp og sagt at hei, det er ikke meningen at du skal ha det kjipt resten av livet måte det finnes. Det finnes hjelp å få som ja, sånn som rask psykisk helsehjelp er jo da.

Det er i og de fleste bydeler og kommuner, men ikke alle enda.

Ikke alle enda, ikke sant? Men jeg tenker jo jo mer man presser på, jo mer etterspørsel. Det blir så kanskje det, og ikke minst nettverk som jeg snakket om og.

Ja, jeg tenker at det her noe av denne modellen må jo også være fint for de som får inn på akuttmottak, så hvor det er veldig mye ordentlig kritisk kritiske situasjoner hvor pårørende ser mye? Ja. Det er kjempespennende dette her altså virkelig har dette kommet for å bli på medisinsk intensivavdeling på Ullevål.

Ja, der er vi en gjeng som jobber med å få det til å gli, så det er veldig gøy. Det er jo det som gir mening når du måtte, og jeg hadde også et møte med noen utrolig flotte sykepleiere fra Rikshospitalet som de som har ekko pasientene fordi som kunne tenke seg å ha det. Og det er og ja, det er. Men jeg tror den der måten å tenke på at det er noe som vi sykepleiere liker litt at det er litt strukturert, men at det. Men det er det at man må få tid og rom til å gjøre det da. Så det er jo egentlig ledelsesspørsmål også. Det også skal jo pårørendesenter ha et innslag om dette på sin pårørende konferanse i september. Og da kommer det også en liten film, og den tenker jeg også å dele her på kompetansebroen.

Det er veldig bra. Solberg, det var veldig dette. Her er veldig, veldig fint å høre om spre det rundt. Vi skal i kompetanseprom skal hjelpe deg å spre det, men det er dere som skal ut og predike og fortelle. Og så håper jeg at du får brukt doktorgraden din godt i videre arbeid. Det er jo masse mer spennende å jobbe.

Med det er det er det altså. Det er mye hvis sykepleiere kan ta tak i.

Hadde du blitt intensivsykepleier igjen hvis du fikk velge?

Ja, det tror jeg hadde blitt, og det er det der med fine med å jobbe mennesker i sårbare situasjoner som jeg tror det er det vanskelig. Men det er også trigger noe i deg at du kan på en måte bety en forskjell da ja.

Også et spørsmål til før vi gir oss, har du vært pårørende selv?

Du ja det altså. Det har vi på en måte alle, men jeg har aldri hatt noe sånn kritisk syke som ligge på respirator. Det har jeg ikke det ja.

Det har ikke jeg heller, men jeg har vært pårørende i andre situasjoner. Og alvorlige situasjoner og er det noe jeg har skjønt, så er det at vi trenger. Vi trenger å bli sett. Vi trenger å bli forstått, så vi trenger at noen spør hei, hvordan er det å være deg akkurat nå? Det trenger vi. Solbjørg masse lykke til i videre arbeid med m. m. modellen og ikke minst masse masse lykke til med disputansen din. Snart er du doktor? 1000 takk for at du kom takk skal du ha helhjertet er en podcast fra kompetansebroen, en digital plattform for kompetansedeling i helsetjenesten. Personer som blir omtalt i pasienthistorier er enten anonymisert eller har gitt samtykke til deling.