



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Organdonasjon - Pårørende og sykepleiers erfaringer i spørsmål om organdonasjon

Organ donation - Next of kin and nurses` experiences in the matter of organ donation

Anja Sveinbjørnsson & Henriette Møller

Totalt antall sider inkludert forside: 58

Molde, 25.10.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Pårørende og sykepleiers erfaringer i spørsmål om organdonasjon

Tittel på engelsk: Next of kin and nurses` experiences in the matter of organ donation

Forfatter(e):Anja Sveinbjørnsson & Henriette Møller

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15sp

Årstall: 2010

Veileder: Hans Inderhaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 17/11-2010

DIKT

*De sier du er borte
Det er vanskelig å tro
Jeg kan kjenne ditt hjerte slå*

*De sier du har dratt
Det er bare din kropp
Som ligger å hviler nå*

*Jeg kan kjenne din varme
Stryke ditt hår
Du holdt meg i dine armer
Senest i går*

*De sier du er død
Det er ingenting å gjøre
Hvorfor sier de dette?
JEG VIL IKKE HØRE*

*Jeg sitter ved din side
I dine øyne jeg ser
Mørkhet og kulde
Du er ikke mer*

*Sorgen er tung
Hviler dypt i mitt hjerte
Kan du høre meg gråte?
Ser du min smerte?*

*Du foreviges i minner
Om det mennesket som var
Og vi vil aldri glemme
Vår sønn
Vår venn
Vår far*

Henriette Møller

Antall ord: 11 691

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge finnes det 28 donorsykehus hvor du kan møte potensielle donorer og deres familier. En donor kan redde 7 menneskeliv, og behovet for organer øker for hvert år. I 2009 sto 268 mennesker på venteliste for nye organer, mens 27 mennesker døde mens de ventet.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer fra pårørende og sykepleiere i spørsmål om organdonasjon.

Metode: Metoden var en litteraturstudie. Dette innebærer at man systematisk identifiserer, velger ut, vurderer og analyserer relevant forskning knyttet opp mot hensikten. Databasene vi benyttet var British Nursing Index, Ovid Medline, Ovid Embase, ProQuest, Ovid og PsycInfo. Våre funn er basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Pårørende hadde behov for klar og tydelig informasjon, og mangel på dette bidro til stress og økt bekymring. Sykepleierens evne til å gi veiledning, støtte og empati var medvirkende faktorer i hvordan pårørende følte seg ivaretatt.

Behandlingen pårørende mottok av personalet kunne påvirke deres avgjørelse om donasjon. Sykepleierne syntes det var vanskelig å møte sørgende pårørende.

Konklusjon: Litteraturstudien viste at sykepleieren og pårørende hadde både negative og positive erfaringer, og at sykepleier påvirket pårørendes opplevelse av ivaretakelse.

Nøkkelord: Ivaretakelse, organdonasjon, sykepleier, pårørende, erfaringer.

Abstract

Background: In Norway there are 28 donor hospitals where you can meet potential donors and their families. One donor can save seven lives, and the need for organs increases every year. In 2009 there were 268 people on the waiting list for new organs, while 27 people died while waiting.

Aim: The aim of this study was to illuminate the experiences of next of kin and nurses in dealing with organ donation.

Method: The method was a literature study. This approach systematically identifies, selects, evaluates and analyzes the relevant research related to the purpose. The databases we used were British Nursing Index, Ovid Medline, Ovid, Embase, ProQuest, Ovid and PsycINFO. Our findings are based on 10 qualitative research articles.

Results: Relatives had a need for clear information and lack of this contributed to increased stress and anxiety. The nurse's ability to provide guidance, support and empathy were contributing factors in how relatives felt taken care of. The treatment relatives received from the medical staff could affect their decision about donation. The nurses found it difficult to meet grieving relatives.

Conclusion: Our Literature study showed that nurses and their families had both negative and positive experiences, and that nurses affected next of kins' sense of safeguarding.

Keywords: Safeguarding, organ donation, nurse, family, experiences

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt og problemstillinger	2
1.2 Avgrensing	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Fakta om organdonasjon	3
2.2 Diagnosen hjernedød	4
2.3 Lovverk	5
2.4 Pårørende på sykehus	5
2.5 Sykepleierens møte med pårørende	7
2.6 Overbringe dødsbudskap	8
2.7 Sorg	9
2.8 Avskjed	10
3.0 Metodebeskrivelse	12
3.1 Litteraturstudie som metode	12
3.2 Inklusjon og eksklusjons kriterier	12
3.3 Datainnsamling	12
3.4 Kvalitetsvurdering	15
3.5 Analyse	17
4.0 Resultat	18
4.1 Informasjon og tid en viktig del av ivaretakelsen	18
4.2 Sykepleieren påvirker opplevelsen av ivaretakelse	19
4.3 Vanskelig å møte pårørende	20
4.4 Glemt i Prosessen	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metode diskusjon	22
5.1.1 Søkestrategi	22
5.1.2 Kvalitetsvurdering	25
5.1.3 Analyse	26
5.2 Resultat diskusjon	27
5.2.1 Lite informasjon påvirker ivaretakelsen	27
5.2.2 Pårørendes behov for tydelig informasjon	28
5.2.3 Sykepleierens erfaring med å formidle vanskelig informasjon	28
5.2.4 Pårørendes erfaringer av empati og støtte fra sykepleieren	29
5.2.5 Pårørendes behov for veiledning i avskjeden	30
5.2.6 Sykepleierens ivaretakelse påvirker pårørendes avgjørelse	31
5.2.7 Dårlig ivaretakelse et mulig grunnlag for traumatiske minner	31
5.2.8 Sykepleierens opplevelse i møte med sørgende pårørende	32
5.2.9 Pårørendes opplevelse av mangelfull oppfølging	33
6.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	36

Vedlegg 1 PICO/PIO modellen

Vedlegg 2 Oversikt over forskningsartikler

Vedlegg 3 Søkehistorie

1.0 Innledning

I Norge finnes det 28 donorsykehus hvor du kan møte potensielle donorer og deres familier. En donor kan redde 7 menneskeliv, og behovet for organer øker for hvert år (Stiftelsen organdonasjon 2010).

I 2009 sto 268 mennesker på venteliste for nye organer, mens 27 mennesker døde mens de ventet (Scandidatransplant 2010).

Regjeringen vedtok i 2007 å ha som mål å nå 30 donasjoner per million innbygger i løpet av et par år (Helse og Omsorgskomiteen. Innst.s.nr.136, 2006-2007).

I 2009 var det 21,1 donasjoner per million innbygger, og det er fortsatt langt igjen for å nå målet (Stiftelsen Organdonasjon 2010). Et av tiltakene regjeringen satset på for å nå målet var å styrke den faglige opplæringen av helsepersonell spesielt med tanke på det vanskelige arbeidet i samhandling med pårørende (Helse og Omsorgskomiteen. Innst.s.nr.136, 2006-2007).

For å styrke den faglige kompetansen er det viktig å innhente kunnskap. Ved å gjøre dette må man undersøke hvilke erfaringer som finnes fra før for å skape en bedre forståelse av menneskene som er involvert. Vi har derfor i vår litteraturstudie valgt å belyse både sykepleie og pårørende perspektivet. Ved å sette fokus på dette tror vi helsepersonell kan stille bedre forbredt i samhandling med pårørende.

Ved valg av tema ønsket vi begge å ha noe som var engasjerende og utfordrende gjennom hele prosessen. Det var viktig for oss at temaet vakte interesse, skapte diskusjon og hadde etiske utfordringer og dilemma. Som sykepleier er det en stor utfordring å møte pårørende i en slik situasjon, og vi har selv stilt oss spørsmålet om hvordan vi ville gått frem. Dette fremstår for oss som vanskelig. Vi vil derfor gjennom vår litteraturstudie undersøke hva teori og forskning sier, for selv å stille sterkere i lignende situasjoner som fremtidige sykepleiere.

1.1 Hensikt og problemstillinger

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer fra pårørende og sykepleiere i spørsmål om organdonasjon.

Hvordan opplevde pårørende sykepleierens ivaretagelse?

Hvordan opplevde sykepleierne ivaretagelsen av pårørende?

1.2 Avgrensning

Vi har i studien valgt å avgrense oss til hjernedøde pasienter som er potensielle donorer. Transplantasjon fra levende giver vil ikke bli lagt vekt på.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Fakta om organdonasjon

Organdonasjon har vært utført i Norge siden 1950 tallet da den første nyren ble transplantert fra en levende donor. Siden har kunnskaper og etterspørselen økt. Etter at transplantasjonsloven trådte i kraft i 1974 ble det startet et nasjonalt transplantasjonsprogram. Den første hjertetransplantasjonen ble utført i 1984. (Rikshospitalets protokoll for organdonasjon 2004).

Fra 2006 til 2008 har antall donasjoner i Norge økt fra 16,9 til 20,5 per million innbygger, men behovet regnes til å være i fremtiden ca 30 per million innbygger. Derfor satses det nå mye på å opplyse mennesker om viktigheten med donasjon, og man oppfordres til å ta et standpunkt for eller imot. Helsepersonell og pårørende kan da ha mulighet til å oppfylle/ evt. respektere avdødes siste ønske, og mange mennesker vil kunne ha muligheten til å overleve med nye organer (Jacobsen et al. 2010).

Organ transplantasjon blir utført på Rikshospitalet i Oslo, og dette er det eneste sykehuset i Norge som utfører selve transplantasjonen. I 2008 ble det transplantert 469 organer til 425 pasienter. Organer som blir hyppigst transplantert er nyrer fra død donor, og nyrer fra levende giver. Dette har holdt seg stabilt siden 2003, og etter nyrer er lever, hjerte, dobbelt lunge, og pancreas. Gjennomsnittsalderen på donorer i Norge var i 2008 49 år (Jacobsen et al. 2010).

Ifølge stiftelsen for organdonasjon har man siden 1969 til 2009 utført 8395 organtransplantasjoner totalt i Norge. Det blir gjennomsnittlig donert bort ca 3-4 organer fra hver donor. Selv om mennesket har 7 organer som kan doneres bort, kan det være forskjellige årsaker til at ikke alle organene kan brukes.

Norge har en høy donasjonsrate og kun 6 land har høyere per million innbygger. Allikevel stiger etterspørselen hvert år og i 2009 sto 268 personer på venteliste for organtransplantasjon, av disse døde 27 i påvente av et nytt. (Scandidatransplant 2010, Stiftelsen organdonasjon 2010).

2.2 Diagnosen hjernedød

Organdonasjon er å donere bort en eller flere av sine organer, organene kan komme fra død eller levende givere. Levende givere velger selv å donere bort, og i Norge er det bare nyretransplantasjon som utføres fra levende givere (Stiftelsen Organdonasjon 2010).

Fra avdød giver menes det der pasienten har fått konstatert diagnosen hjernedød. Kliniske tegn viser at all sirkulasjon til hjernen er opphørt, og ført til total ødeleggelse av hjernen. Selv om hjertet fremdeles slår er dette ikke forenelig med liv, fordi respirasjonen holdes kunstig i gang ved hjelp av en respirator. Årsaker kan være store hodeskader, hjerneblødning, hjertestans eller forgiftning med anoksisk (uten luft) hjerneskade. For å diagnostisere hjernedød er det en del kliniske og supplerende undersøkelser som blir gjort. For å finne ut om all sirkulasjonen er opphørt sjekker man funksjoner som hjernen kontrollerer. Reflekser, smerte, kjeverefleks, spyling i øregang for å se etter kalorisk refleks med øynene (ufrivillige øyebevegelser), ansiktsbevegelser, grimaser, corneabevegelser (Jacobsen et al. 2010).

Andre undersøkelser er å ta et EEG der man kan påvise om den elektriske aktiviteten i hjernen er til stede. Deretter kan man gjøre en arkografi der aortabuen ved hjertet blir fylt med kontrastvæske for å se om væsken når arteriene til hjernen. Ved å gjøre en cerebral angiografi kan man sprøyte kontrast væsken inn i alle fire halspulsårer for å se om kontrastvæsken når hjernen. Hvis ikke væsken kommer frem er trykket i hjernen så stort at det ikke er forenelig med liv, og pasienten konstanteres hjernedød. Ifølge lov om transplantasjon er dødstidspunktet når det påvises total opphør av alle hjernes funksjoner, og respiratoren blir da koblet av dersom pasienten ikke er en donor (Jacobsen et al. 2010).

For å stille diagnosen hjernedød må det være to leger som ikke deltar i det kirurgiske inngrepet ved en mulig donasjon som stiller diagnosen. Disse legene bør ha overordnede stillinger og bakgrunn i indremedisin, kirurgi, nevrokirurgi, anestesi, radiologi (Rikshospitalets protokoll for organdonasjon 2004).

Siden sirkuleringen og respirasjonen av kroppen opprettholdes ved hjelp av en respirator vil organene bevares for en tidsperiode før de begynner å brytes ned. Denne prosessen kan

utsettes av medikamenter, men kun for en periode. Etter hvert vil det oppstå sirkulasjonsvikt, hypotermi, polyuri (stort væsketap) og påfølgende hjertestans. Organdonasjon må finne sted før denne prosessen har satt i gang. Der pasienter ikke er potensielle donorer blir alle livsforlengende tiltak avsluttet etter diagnosen er stilt (Jacobsen et al. 2010).

2.3 Lovverk

Transplantasjonslovens § 2:

Fra avdød som skriftlig eller muntlig har truffet bestemmelse om det, kan organer og annet biologisk materiale tas til behandling av sykdom eller legemsskade hos en annen.

Selv om slik bestemmelse ikke er truffet, kan inngrep som nevnt foretas på person som dør i sykehus eller blir brakt død til sykehus, med mindre avdøde eller hans nærmeste har uttalt seg mot det, eller det er grunn til å anta at inngrepet vil være i strid med avdødes eller hans nærmestes livssyn, eller andre særlige grunner taler mot inngrepet.

Avdødes nærmeste skal så vidt mulig underrettes om dødsfallet før inngrepet finner sted (Transplantasjonsloven.2008.lov av 9.februar 1973 nr.6 lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og angivelse av lik m.m).

2.4 Pårørende på sykehus

Å være pårørende til en pasient som er utsatt for store traumer er vanskelig, og ifølge Larsen, Roed og Larsen (2008) skal de betraktes som om de er i sjokk. De trenger å følges opp fra de ankommer sykehuset, og det kan være betryggende i noen situasjoner at pårørende får se den skadde. Dette for å ha noe konkret å forholde seg til, da mange kan gjøre seg opp bilder som kan se verre ut enn virkeligheten. Noen ganger bør også pårørende skjermes eller forberedes på at den skaddes tilstand.

Det bør være en sykepleier utenfor traumeteamet som tar seg av pårørende, og som holder de orientert og oppdatert om den skadde. Det er viktig at sykepleieren gjør pårørende

trygget med at alle gjør så godt de kan for pasienten, og at han er i gode hender. Sykepleieren bør også sørge for at de får en plass å være, og eventuelt mat og drikke. Det er ønskelig at legen som har vært med på og tatt imot pasienten også er den som informerer pårørende om tilstand, prognose liv og død. Pårørende har ofte problemer med å huske alt i en krisesituasjon, og ved å delta på denne samtalen kan sykepleieren oversette eventuelle vanskelige ord og ha mulighet til å gjenfortelle hva legen har sagt til pårørende. Det at pårørende blir hørt og respektert er viktig i forløpet, og sykepleieren bør være klar over at man er medansvarlig i hvordan pårørende blir behandlet på sykehuset (Larsen, Roed og Larsen 2008).

Måten sykepleieren kommuniserer med pårørende bør være på en balansert og rolig måte. Informasjonen som blir gitt bør være kortfattig og enkel slik at pårørende forstår, og klarer og ta til seg det som blir sagt.

Blir det gitt lange og uforståelige beskjeder til pårørende kan dette bidra til å skape mer forvirring og frykt. En god kontakt mellom sykepleier og pårørende kan være avgjørende for hvordan familien opplever situasjonen, og hvordan de takler hverdagen i ettertid (Larsen, Roed og Larsen 2008).

Ifølge Dyregrov (2008) er det viktig at pårørende får omsorg, empati og støtte, og at man skaper et miljø der de kan føle seg trygge. Dersom helsepersonell klarer å få pårørende til å fokusere på fakta og det som skjer her og nå, kan det bidra til at pårørende føler de har en viss kontroll over situasjonen. Dette kan være med på å dempe den utryggheten og uroen de kjenner på

Ifølge Hanserkers (1987) er den første reaksjonen benektelse når noen som har stått oss nære blir alvorlig syk eller dør. Man klarer ikke å begripe og ta innover seg det som har hendt, og man ønsker heller ikke å erkjenne sannheten fordi den er for vond til å bære. Etter en stund klarer man å forstå det som har hendt, og man klarer litt etter litt å akseptere det. Å ta til seg informasjon når man er i det første sorg stadiet vil være vanskelig, og det er mange pårørende som i ettertid mener de fikk for lite eller mangelfull informasjon. Dette kan være for at de har blokkert ut og fortrent den informasjonen som er for vanskelig og høre (Hanserkers 1987).

Noe av det viktigste for familien er å få vite at pasienten får god behandling og pleie, og at pasienten ikke har smerter eller ubehag. Ofte trenger pårørende selv og få lindret sin egen smerte, og det kan hjelpe at de får god informasjon fra personalet. De trenger bekreftelse på at pasientene blir tatt hånd om, for når det gis omsorg til pasienten gis det også omsorg til pårørende. (Moesmand og Kjøllesdal 1998).

For pårørende kan det å forholde seg til pasientens død være vanskelig når ikke de klassiske tegnene på død er til stede. Pårørende må få informasjon om hva begrepet hjernedød innebærer, og hvorfor det er tegn på liv som pulsslag og hudfarge. Informasjonen må være ærlig og gjentas om nødvendig. Det bør ikke sies at det er respiratoren som holder pasienten i live, men at den sørger for oksygen til celler og vev (Moesmand og Kjøllesdal 1998).

Pårørendes viktigste behov var knyttet til:

Å få informasjon

Å få være hos pasienten

Å motta støtte fra helsepersonell (Moesmand og Kjøllesdal 1998, 148).

Det bør drøftes og tas opp på de ulike avdelingene hvordan behovene for pårørende skal dekkes etter en mulig donasjon. Det kan være utfordringer knyttet til det å støtte pårørende i de valgene de tar, og det er derfor viktig at man har diskutert dette i avdelingen. Pårørende trenger å få skapt en ramme i rundt seg der de kan ta avskjed, men også få dekket behov som å få informasjon i ettertid (Moesmand og Kjøllesdal 1998).

2.5 Sykepleierens møte med pårørende

Når pårørende har det vanskelig er det viktig at vi gir uttrykk for at vi klarer å ta imot denne sorgen og smerten de føler, og viser at vi er her for å støtte de om de trenger oss. De skal ikke være redde for å belaste oss med for mye emosjoner. De trenger mennesker som kan være sterke for dem, samtidig som vi prøver og sette oss inn i situasjonen de er i nå (Dyregrov 2008).

I møtet med andre mennesker må man kunne bruke følelser og involvere seg i den andres situasjon for i det hele tatt og forstå. Denne evnen kalles empati og er grunnleggende for å kunne forstå og oppfatte hva pasienten og pårørende opplever. Ved å bruke empati kan man være i stand til å orientere seg og oppfatte hvilke behov og moralske krav som er nødvendig i situasjonen. Hvordan sykepleieren skal handle godt for både pasient og pårørende innebærer at sykepleieren bruker både følelsesmessige og kognitive elementet. Å møte mennesker i vanskelige situasjoner kan være utfordrende for sykepleieren. Det å leve seg inn i en annens situasjon er ikke det samme som å ta på seg de følelsesmessige reaksjonene til vedkommende. Dette kan oppstå ved overdreven empati der sykepleieren blir så følelsesmessig involvert og ønsket om å hjelpe er så stort at det kan forstyrre evnen til å vurdere situasjonen og handle deretter. Det er derfor viktig at sykepleieren opptrer profesjonelt og som en selvstendig person (Sneltvedt 2005).

2.6 Overbringe dødsbudskap

Ifølge Rikshospitalets protokoll for organdonasjon (2004) bør personalet som skal fremme spørsmålet om donasjon til pårørende være en person som har empati og kommunikasjonsferdigheter. Måten pårørende blir spurt på skal være stilt på en slik måte at de ikke skal føle seg presset, og uansett hva de bestemmer seg for skal valget bli respektert. Mange praktiserer at man tar opp spørsmålet samtidig som pårørende får dødsbudskapet, og det er i mange situasjoner den mest naturlige måten å gjøre det på.

Ifølge Dyregrov (2008) er det å gi et dødsbudskap noe de fleste vegrer seg for, og som aldri noen klarer å forberede seg fullstendig på. Pårørende mener at måten man blir møtt på i overbringelsen av dødsbudskapet er viktig. Helse Personell som var omsorgsfulle, empatiske og som tok seg tid i å snakke med dem var de som ble mest satt pris på. Måten pårørende blir spurt på kan være grunnlag for traumatiske minner senere. Det har tidligere blitt sett post traumatisk stress syndrom hos flere pårørende som har blitt behandlet dårlig på en avdeling, eller at måten organdonasjon ble lagt frem på har skapt negative og traumatiske minner i en allerede vanskelig tid hos familien.

Ifølge Dyregrov (2008) er det visse kriterier man bør tenke på som helsepersonell før man skal overbringe en dårlig nyhet til pårørende på en hensynsfull og skånsom måte:

Benytt en rolig plass hvor man kan være uforstyrret.

Ha god tid

Gi informasjon på en enkel og ærlig måte.

Oppmuntre pasienten til å uttrykke følelser.

Eventuelle følelser møtes med empati.

Unngå å si at ingenting mer kan gjøres.

Sett opp en avtale for å gjennomgå situasjonen i etterkant.

Tilby assistanse til å fortelle andre.

Gi informasjon om støttetjenester.

Dokumenter den informasjonen som er gitt.

Dette under forbehold, noen pasienter / pårørende må dette tilpasses (Dyregrov 2008, 32).

2.7 Sorg

Sorg blir sett på som en normal reaksjon etter å ha mistet noe eller noen som hadde stor betydning for en i livet. Personer som opplever sorg, forventes å gå igjennom en smertefull prosess før livet igjen normaliseres (Bugge 2001, 89).

Det å forstå andre er knyttet opp imot det å forstå følelsene i seg selv. Sykepleiere som har problemer med å forholde seg til sorg i sitt eget liv, vil ha vanskeligheter med å forholde seg til andre sørgende mennesker. Det å møte mennesker i slike situasjoner kan vekke til live følelser som man helst vil unngå. Dersom man blir svært påvirket av situasjonen kan det være vanskelig å hjelpe pasienten eller pårørende. Dette kan resultere i at sykepleieren distanserer seg eller involverer seg alt for mye i situasjonen (Bugge 2001).

Det er store forskjeller på hvordan man reagerer på sorg, og alle mennesker er forskjellige. Derfor vil det heller aldri være et svar på hva som er galt eller riktig, men

av og til kan sorgprosessen ta en uheldig utvikling, og den rammede kan få psykiske reaksjoner på tapet gjennom langvarig depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser (Bugge 2001).

Som sykepleier er det viktig å tenke på at familie medlemmene kommer til å reagere forskjellig. Dette kommer av at de har ulike roller i familien, utviklingsnivå og ulike synspunkter i hva som er viktig for dem i deres nåværende livssituasjon. (Bugge 2001).

Det er det noen punkt man kan bruke som sykepleier når man skal samhandle med mennesker i sorg for å prøve å veilede de i handlinger man vet kan ha betydning i ettertid:

Forberedelse i forhold til det som vil komme

Avskjed med den døde

Videre må sykepleieren gjøre det mulig for hele familien å komme på besøk på sykehuset ved å legge til rette for både barn som trenger utfoldelse og for pårørende, eksempelvis med samtalerom. Da vil omgang med barna bli mer naturlig, og det blir da også mer naturlig å snakke med barna. Barn og ungdom er i en sårbar situasjon dette må tas hensyn til.

Det bør arbeides for å legge forholdene til rette for at dette blir en naturlig og forventet del av helsevesenets ansvar.

Dette krever en holdningsendring og økte kunnskaper både blant helse personell og blant de som utformer rammebetingelsene (Bugge 2001, 93).

2.8 Avskjed

Familiens ønsker om hvordan de vil ta avskjed med den avdøde bør tilstrebes, og om familien ønsker kontakt med sykehus prest eller lignende bør dette tilrettelegges av personalet. Personalet bør oppmuntre pårørende til å se avdøde også etter et eventuelt donoruttak for å få en avslutning (Rikshospitalets protokoll for organdonasjon 2004).

Det kommer frem i studien til Sque og Payne (1996) at pårørende syntes det var vanskelig å ta avskjed når den avdøde var koblet til respirator. Noen pårørende erfarte at det å se den avdøde etter et donoruttak virkeliggjorde dødsfallet. Pårørende som ikke fikk informasjon om at de

kunne se den avdøde rett etter en donasjon, hadde i ettertid ønsket at personalet hadde tilbudt dem denne muligheten.

Ifølge Rikshospitalets protokoll for organdonasjon (2004) blir mange pårørende spurt om å komme tilbake til en samtale etter en eventuell donasjon. Dette er også ønsket av flere pårørende for å få mulighet til å snakke om prosessen, følelser, og spørsmål de eventuelt måtte ha. De får også vite hvor mange organer som ble brukt, og om donasjonen ble vellykket for mottakeren. Om ikke pårørende har anledning til å møte personlig til en samtale, har mange satt pris på en telefonsamtale fra sykehuset. Donoransvarlig lege skal også sende takkebrev til pårørende.

3.0 Metodebeskrivelse

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2002, 71).

I følge retningslinjene for bachelor eksamen i sykepleie skal metoden være en systematisk litteraturstudie, som ifølge Mulrom og Oxman er at man systematisk identifiserer, velger ut, vurderer og analyserer relevant forskning knyttet opp mot hensikten (Forsberg og Wengström 2006).

3.2 Inklusjon og eksklusjons kriterier

- Artikler som var skrevet på enten norsk, svensk, dansk, eller engelsk ble inkludert
- Artikler som var relevant til oppgavens hensikt og problemstillinger ble inkludert
- Artikler fra 2005- 2010 ble inkludert
- Artikler som omhandlet både barn og voksne ble inkludert
- Artikler som omhandlet transplantasjon fra levende giver ble ekskludert
- Rewiev og fagartikler ble ekskludert

3.3 Datainnsamling

Vi startet med å gå igjennom innhentet bakgrunnsteori relatert til vår hensikt. Slik kom vi frem til norske og engelske søkeord som var knyttet til tema og relevant til videre søking etter forskningsartikler. Disse ordene ble satt opp i et PICO skjema. For å systematisere ordene i PICO skjema tok vi utgangspunkt i Nordtvedt et al. (2008) (se vedlegg nr.1). Det ble foretatt et prøvesøk 9/2-10 i British Nursing Index og Ovid Medline.

Etter første prøvesøk hadde vi veiledning av bibliotekar hvor vi fikk hjelp til å systematisere søkeordene og bruk av de ulike databasene. De norske og engelske søkeordene ble oversatt til svensk og dansk og satt opp i et nytt PICO skjema. (se tabell 1)

Tabell 1. PICO/PIO modellen

Søkeord	P	I	C	O
Norske	Sykepleie\$	Organdonasjon\$		Pårørende\$ Foreldre\$
Utenlandske	Nurs\$ Vård\$ Sjukskjötersk\$ Sygepleje\$ Omvård\$	Organ don\$ Organförmedling Vävnads- och organförmedling Tissue and organ procurement		Famil\$ Parent\$ Mother\$ Father\$ Spouse\$ Anhörig\$

Ut ifra det nye PICO skjema ble det foretatt et søk i SweMed+. Her fant vi få relevante treff og valgte derfor å fortsette med et avansert søk i de engelske databasene British Nursing Index, Ovid Medline, Ovid Embase, ProQuest, Ovid og PsycInfo med de engelske søkeordene nevnt i tabell 1.

Vi fikk noen relevante treff, men for å få et større utvalg inkluderte og ekskluderte vi søkeord og kombinasjoner underveis i litteratur søket. Vi åpnet også opp for å inkludere artikler som var eldre enn det opprinnelige inklusjonskriteriet for å få et større utvalg.

Vi kombinerte flere av våre søkeord med booleske søkeoperatorerne "AND" og "OR" som forener eller separerer søkeordene (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

På de fleste av ordene anvendte vi trunkeringstegn. Ved å bruke trunkering tas endingen på ordet bort, og bare ordstammen står igjen. På denne måten søker databasen på de ulike endingene basert på ordstammen (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

I enkelte databaser benyttet vi oss av Mesh Terms. Mesh Terms er en emneordliste som er innlagt i databasene. For hvert søkeord følger over og under kategorier som man kan velge eller velge bort ut ifra det opprinnelige søkeordet (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

I vår søkehistorikk er Mesh Terms søkeordene uten trunkering (Se tabell 2).

Tabell 2: Litteratursøk over inkluderte artikler

<i>Databaser</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Avgrensning</i>	<i>Treff</i>	<i>Leste Abstrakt</i>	<i>Gransket</i>	<i>Inkluderte</i>
Ovid Medline	nurs\$ OR Nursing/ AND organ don\$ OR tissue and organ procurement\$ OR organ harvest\$ OR tissue and organ harvesting/ AND relative\$ OR Family/ OR parent\$ OR Parents/ OR spouse\$ OR Spouses/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	100	23	13	2
Ovid Medline	Nurs\$ OR Nursing/ AND tissue donor\$ OR Tissue donors/ OR organ donor\$ AND caring\$ AND famil\$ OR Family/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	15	7	5	2
Ovid Medline	Nurs\$ OR Nursing/ AND coping\$ AND famil\$ OR Family/ AND organ don\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	9	5	4	1
PsycINFO	Nurs\$ OR Nursing/ OR Nurses/ AND organ transplantation\$ OR organ don\$ AND experience\$ AND attitude\$ OR Attitudes/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	8	4	1	1
Ovid Embase	Organ don\$ AND relative\$ AND brain dea\$ AND health personel\$ OR health care personnel/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	7	4	3	1
Ovid Embase	Organ don\$ AND famil\$ AND need\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	78	17	8	2

Ved søk i databaser gikk vi gjennom overskrifter og abstrakter vi anså som relevante. Artikkene vi ønsket å se nærmere på som ikke var tilgjengelig i fulltekst ble bestilt via bibliotekets nettsider.

Vi gransket deretter referanselistene til alle artikkene som var relatert til vårt tema for å finne flere artikler innefor samme emne.

Titlene av interesse i referanselistene ble manuelt søkt etter i Ovid`s databaser på basic search.

Ifølge Forsberg og Wengström (2008) bør man studere referanselistene til de artikkene som berører problemområdet (Forsberg og Wengström 2008).

På denne måten fant vi flere artikler vi ville studere nærmere.

Søket ble avsluttet 5.juni og vi satt da igjen med 13 artikler som gikk videre til kvalitetvurdering. Av disse var 1 artikkel et resultat av manuelt søk. (Se tabell 3)

Tabell 3: Manuelt søk

Database	Referanseliste til artikkel	Artikkel søkt etter	Inkludert
Manuelt søk Ovid Medline Basic search	Empirically based recommendations to support parents facing the dilemma of paediatric cadaver organ donation	Parental grief following the brain death of a child: does consent or refusal affect their grief?	1

Det ble utført et tilfeldig søk 12.10-10 i Ovid Medline etter avsluttet litteratur søk. Søkeord som ble brukt var Family og Organ donation. Vi fant en artikkel som ble anvendt i resultatdiskusjonen for å støtte oppunder våre tidligere funn.

3.4 Kvalitetsvurdering

Vi kvalitetsbedømte 13 forskningsartikler ved hjelp av en systematisk sjekkliste for kvalitativ forskning. Disse fant vi på nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og var godkjent igjennom høgskolens retningslinjer for bachelor eksamen i Sykepleie (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2009).

Sjekklisten inneholdt 19 spørsmål for vurdering av kvalitet, og vi valgte å ekskludere det siste spørsmålet på sjekklisten ettersom dette gikk på drøfting av funn.

Kvalitetsbedømmingen av forskningsartiklene foretok vi hver for oss, for så å gjennomgå og drøfte den endelige kvalitetssikringen sammen. Ifølge Willman vil det styrke granskningen om den utføres av minst to individuelle personer som deretter sammenligner sine tolkninger (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

Vi gikk systematisk igjennom sjekklistene for kvalitativ forskning, og artiklenes vurdering av høy og lav kvalitet ble satt inn i en tabell (Se vedlegg 2) (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006, 97).

I graderingen av forskningsartiklenes kvalitet anvendte vi en kvalitetsgradering ved hjelp av prosentinnndeling (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Dette ble gjort ved hjelp av poeng, og ble gitt et poeng for hvert spørsmål i sjekklisten som ble tilfredsstillende besvart. Høyeste oppnåelige poengsum var 18 poeng. Poengene i hver artikkel ble så regnet om i prosent ut i fra den totale poengsummen.

Vi anvendte deretter et graderingssystem der grad I tilsvarte 80-100 %, grad II 70-79, grad III 60-69 % (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi valgte å inkludere forskningsartikler vurdert til grad I og II, artikler med lavere gradering ble ekskludert. Forskningsartiklene ble satt opp i en oversiktstabell ut ifra forfatter, årstall, land, tittel, hensikt, metode, deltagere, resultat og kvalitet (Se vedlegg 2). Av de opprinnelige 13 forskningsartiklene, ble 3 ekskludert grunnet lav kvalitet.

I forskning vedrørende mennesker må man alltid ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering. Dessuten må man innhente frivillig informert samtykke; Det vil si at deltakerne må få vite på forhånd hva de skal delta i. Personene må få vite at de kan trekke seg underveis (Aadland 2004, 265).

Da vi skulle kvalitetsgranske våre artikler ble det vurdert om etiske hensyn var ivaretatt i studiene (Se vedlegg 2).

Ifølge retningslinjene til bachelor oppgave i sykepleie ved Høgskole i Molde skulle alle forskningsartiklene som ble brukt i oppgaven være referee bedømt. I NSD database for

statistikk om høyere utdanning kan man søke på artikkelens forlag for å se om de er registrert i en autorisert publiseringskanal.

Hensikten med verktøyet er å undersøke om tidsskrifter, serier og forlagene til artiklene er blitt vurdert til å oppfylle kriteriene gitt av universitets og høyskole rådet til å publisere vitenskapelige artikler. Forlagene til alle våre artikler var godkjent igjennom denne publiseringskanalen (Norsk vitenskapelig datatjeneste 2010).

3.5 Analyse

I arbeidet med analysen anvendte vi professor Eva Gjengedals power point presentasjon om analyse av kvalitative data fra et tidligere seminar. Presentasjonen fant vi via høgskolens nettsider. Vi tok også utgangspunkt i retningslinjene for bacheloreksamen ved høgskolen i Molde.

I analysen av forskningsartiklene jobbet vi så systematisk som mulig for å få en god oversikt over materialet. Innholdet i hver artikkel ble lest og oversatt for å gjøre oss kjent med materialet og hva det inneholdt. Etter dette gikk vi igjennom artiklene hver for oss og markerte det vi anså som relevant. Dette ble så sammenlignet og drøftet ut i fra studiens hensikt. Vi gikk systematisk igjennom hver artikkel og ekstraherte innholdet av relevans i et eget dokument. Da vi hadde lest teksten flere ganger ble likheter og ulikheter markert individuelt. Deretter diskuterte vi i felleskap hva som utpekte seg i teksten, og kom frem til potensielle temaer. De ulike temaene ble så tildelt en farge, og markert. Gjenstående tekst ble samlet og satt til en ”til overs gruppe”. Materialet ble så lest og gjennomgått for å se om tekst og tema hadde samme meningsinnhold. Temaene ble underveis konkretisert for å bedre belyse funnene, og vi satt igjen med 4 temaer: ”informasjon og tid en viktig del av ivaretagelsen”, ”Sykepleieren påvirker opplevelsen av ivaretagelse”, ”Vanskelig å møte pårørende” og ”Glemt i prosessen”.

4.0 Resultat

Våre funn bygger på 10 kvalitative artikler presentert i 4 ulike temaer. I noen av temaene forsterkes funnene med sitat fra artiklene. For å skape en bedre oversikt er sykepleie og pårørende perspektivene skilt med avsnitt i teksten.

4.1 Informasjon og tid en viktig del av ivaretagelsen

Ifølge Belali, Papazoglou og Papadatou (2007) følte pårørende seg mer bekymret og stresset når personalet ikke tok seg tid til å sette seg ned med dem og gi informasjon om tilstand til deres nærmeste (Belali, Papazoglou og Papadatou 2007).

Pårørende trengte klare og tydelige beskjeder og bekreftelse på at pasienten virkelig var død. Det kom også frem at personalet kunne vegre seg for å gi ut for mye informasjon, i frykt for at pårørende skulle få traumatiske minner i etterkant (Shih et al. 2001).

Sykepleierne fortalte at de ikke hadde nok tid til å gi den ivaretagelsen til pårørende som de skulle ønsket. Det å skulle ta vare på en hardt skadet pasienten, og organ bevarelse til en potensiell donor var mest tidkrevende. Dette gjorde at pårørende ikke ble prioritert og at deres behov for informasjon ikke ble tilstrekkelig dekket. En stressfaktor for sykepleierne var også at de var redde for å miste en potensiell donor, og at dette kunne gi utslag i måten de håndterte pårørende på (Hibbert 1995).

” Being busy maintaining the donor sometimes interfered with the time to support the families and sometimes nurses felt they had failed the family”(Hibbert 1995, 401).

Sykepleierne syntes det var vanskelig å gi pårørende informasjon om meningen med begrepet hjernedød, de så på dette som frustrerende og tidkrevende når familiene ikke forsto. Ofte syntes sykepleierne at det kunne være mer utfordrende og ta vare på pårørende enn selve donoren, men så allikevel viktigheten med at pårørende fikk nok informasjon (Hibbert 1995).

Sykepleierne mente om ikke pårørende klarte å forstå at pasienten var død, var de heller ikke mottagelig for spørsmål om donasjon, og velger ikke å donere (Floden og Forsberg 2009, Kim, Elliot og Hyde 2003).

“It`s hard for the families to grasp the idea that even though there is a warm body in the bed and urine output...there is nothing more.... There is no life...”(Hibbert 1995, 402).

I artikkelen til Floden og Forsberg (2009) mente sykepleierne at selv om pleien av en potensiell donor var tidkrevende, skulle pårørende ivaretas og prioriteres. Sykepleierne fortalte at den medisinske behandlingen var viktig, men at de allikevel følte et ansvar for pårørendes opplevelse av situasjonen. De følte et stort press, men hadde en klar holdning på at ingenting måtte gå galt i ivaretakelsen av donoren eller pårørende (Floden og Forsberg 2009).

4.2 Sykepleieren påvirker opplevelsen av ivaretakelse

Noen av pårørende følte de fikk mye støtte, og at sykepleierne var åpne og ærlige. Dette gjorde at de lettere kunne akseptere tilstanden til pasienten. De beskrev personalet som snille og medfølende, og at de ble oppmuntret til å ha kontinuerlig kontakt med pasienten og personalet (Belali og Papadatou 2006a).

Pårørende fortalte at sykepleierne spilte en unik rolle i å gi støtte og empati. Mange av pårørende fikk hjelp av sykepleieren til å ta vare på andre familie medlemmer og sykepleierens evne til å ta vare på familien hjalp dem i sorgprosessen. Pårørende som var usikre på hvordan de skulle ta farvel med avdøde ble veiledet av personalet. Dette var en lettelse for mange (Shih et al. 2001).

Dette kommer også frem i Belali og Papadatou.(2006b) der støtte fra personalet i avskjeden med avdøde hadde en positiv innvirkning på sorgprosessen. De følte de hadde fått en avslutning ved å kunne ta farvel på en skikkelig måte.

Ifølge Kesselring, Kainz og Kiss (2006) og Shih et al. (2001) følte pårørende seg ivaretatt når sykepleieren behandlet pasienten på en respektfull måte, og når deres egne behov for støtte og hvile ble møtt.

I studiene til Floden og Forsberg (2009) og Hibbert (1998) la sykepleierne vekt på at måten de pleiet donoren på var viktig for å vise familien at deres nærmeste ble behandlet på en respektfull måte.

If you want to do a great job you have to use yourself as a tool in a very sensitive way in the relationship with the family. You need to be present and dare to come

close to the family. My ambition is to create a dignified situation for the donor and the family (Floden og Forsberg 2009, 311).

Shih et al. (2001) og Belali og Papadatou (2006a) hevder at mange av pårørendes positive opplevelser med sykepleierne var med på å påvirke deres avgjørelse om organdonasjon, og det var mange av de som takket ja på grunn av en følelse av god ivaretagelse fra personalet.

Det var pårørende som fortalte at de takket nei på grunn av manglende ivaretagelse og omsorg fra personalet. Flere av pårørende følte at de ble spurt om organdonasjon på en upassende og ufølsom måte. Dette bidro til en negativ opplevelse, og gjorde at noen takket nei til donasjon (Belali, Papazoglou og Papadatou 2007, Belali og Papadatou 2006a).

I en annen studie kom det frem at noen av pårørende hadde fått traumatiske minner i ettertid som følge av den dårlige behandling de opplevde å ha mottatt fra personalet (Belali og Papadatou 2006b).

4.3 Vanskelig å møte pårørende

Det kom frem i våre funn at mange sykepleiere syntes det var vanskelig å møte pårørende og de var usikre på hvordan de skulle håndtere sørgende pårørende (Floden og Forsberg 2009, Sadala og Mendes 2000). Dette kommer også frem i Hibbert (1995) der sykepleierne ikke følte seg tilstrekkelig forberedt til å takle pårørendes sorgreaksjoner, og følte et behov for kurs og kunnskap om dette temaet.

Sykepleierne var stresset og bekymret for hvordan pårørende taklet situasjonen, og deres opplevelser på sykehuset. Sykepleierne så hvilken påkjenning dette kunne ha og syntes det var en vanskelig situasjon å forholde seg til. De syntes det var utfordrende å møte pårørende og deres smerte, spesielt når de ga uttrykk for hvor mye pasienten betydde for dem. Derfor følte noen at de trengte å distansere seg fra donorpatienten for ikke å bli overveldet av følelser. Sykepleierne var klar over at pårørende trengte mye støtte og veiledning gjennom hele prosessen. Allikevel var det blandede meninger om hvor mye man skulle involvere seg i familiens måte å håndtere situasjonen på (Sadala og Mendes 2000).

I've been in the ICU for 10 years and I have seen many donors. The contact with the family is painful. When you establish contact with the family, then you perceive the social being that there is there. Then it is hard. I think that is the most painful part (Sadala og Mendes 2000, 792).

4.4 Glemte i Prosessen

I 3 av studiene kom det frem at uansett hvilken avgjørelse pårørende hadde tatt i spørsmål om donasjon, opplevde noen å bli glemte i prosessen videre (Kesselring, Kainz og Kiss 2006, Belali, Papazoglou og Papadatou 2007, Sadala og Mendes 2000).

De følte seg oversett, og opplevde å få lite oppfølging på hva som skulle skje videre. Noen ble skuffet over manglende tilbakemeldinger på valget de hadde tatt, og at de ble fort glemte. Noen av pårørende følte i ettertid at de hadde blitt utnyttet (Belali, Papazoglou og Papadatou 2007).

I en annen studie følte pårørende seg oversett når de hadde sagt nei til donasjon, og de opplevde at sykepleieren overså pasienten (Kesselring, Kainz og Kiss 2006).

Neither I nor her parents wanted to donate...when the machine beeped, no nurse was there. But when it beeped next door, ten people rushed in like mad. It hurt me very much, since no one even bothered to look into our room (Kesselring, Kainz og Kiss 2006, 215).

Sykepleierne rapporterte i en studie at etter organdonasjonsprosessen var satt i gang ble familiene glemte. Fra å ha blitt sett på som en ressurs ble de nå sett på som en byrde av det medisinske teamet. Her så sykepleieren at det var viktig å gripe inn og ta seg av familien (Sadala og Mendes 2000).

All team stays around the patient, including all other medical teams. Just evaluating the patient, but at the bottom of it, they are just evaluating the organ. He donates the organ, and after the organ is donated nobody cares for anything else (Sadala og Mendes 2000, 799).

5.0 Diskusjon

5.1 Metode diskusjon

Vi vil her ta for oss metode diskusjon. Dette innebærer å drøfte litteraturstudiets fremgangsmåte. Vi har kritisk vurdert vårt eget arbeid ved å fremheve eventuelle styrker, svakheter og drøfte årsaker for søkestrategi og analyse. Ifølge Malterud (2004) skal metodediskusjon inneholde diskusjon og kritisk refleksjon over kvaliteten og troverdigheten til oppgaven (Malterud 2004).

5.1.1 Søkestrategi

Vi startet med å finne norske fritekstord i relevant litteratur, som vi tidligere hadde innhentet igjennom bibliotekbasen BIBSYS ASK for høgskolen i Molde. De norske ordene ble oversatt til engelsk og systematisert i et PICO skjema.

Vi foretok så et prøvesøk i British Nursing Index og Ovid Medline. Søkehistorien og PICO skjemaet ble medbrakt til veiledning hos bibliotekar. Her fikk vi bedre forklart hvordan man systematiserer søkeord, og vi ble kjent med MeSh terms og nye databaser. Ved å ha utført et prøvesøk og skrevet et PICO skjema på forhånd kunne bibliotekaren få en bedre oversikt over hvor vi sto i søkeprosessen, og hva vi trengte hjelp til. En styrke med dette var at vi hadde bedre utbytte av veiledningen ved å ha forberedt oss på forhånd.

Etter dette møtet ble søkeordene oversatt til dansk og svensk og satt opp i et nytt PICO skjema. Dette gjorde vi for å se om vi kunne finne nordiske artikler. Vi foretok så et søk i SweMed+. Her fant vi få relevante treff på forskning, men mange fagartikler. Vi syntes databasen hadde en vanskelig søkemotor og vi brukte mye tid på å sette opp søket. Vi valgte derfor å gå bort fra denne databasen og heller fokusere på andre databaser vi syntes var enklere å anvende. Dette ser vi i ettertid kunne vært en svakhet da forskningsartikler som kun var tilgjengelig i denne databasen kunne gått tapt.

I de første søkene fant vi mange artikler som vi ønsket å se nærmere på. Disse ble bestilt igjennom bibliotekets databaser. Mange viste seg i ettertid å være fagartikler, og en svakhet var at vi brukte mye tid på å bestille artikler som ikke var forskning. Dersom vi

hadde satt oss bedre inn i kriteriene for forskningsartikler på forhånd, kunne dette ha vært unngått. Vi tok allikevel vare på fagartiklene for eventuelt å bruke de ved et senere tidspunkt.

Databasene vi brukte i søkeprosessen var British Nursing Index, Ovid Medline, Ovid Embase, ProQuest og PsycINFO. Disse var tilgjengelige på høgskolens nettsider i bibliotekets emneportal under helse og sosialfag. Vi mente disse var best egnet til å finne relevant forskning ut i fra studiens hensikt. Dette var også databasene vi hadde fått opplæring i ved tidligere forelesninger. Dette gjorde søkeprosessen enklere da vi hadde erfaring med å anvende databasene og dens ulike funksjoner. Vi ser i ettertid at en fordel kunne ha vært og benyttet andre databaser som Norart og Helsebibliotekets Journals. Dette kan ha vært en svakhet da vi kunne gått glipp av relevant forskning i disse databasene. På tross av dette mener vi å ha funnet tilstrekkelig forsknings artikler til å belyse studiens hensikt i de databasene vi anvendte.

Under søkeprosessen var det mange nye ord som gikk igjen i artiklene relatert til temaet. Vi valgte derfor å inkludere nye søkeord og ulike kombinasjoner underveis. Dette gjorde det mulig for oss å treffe nye artikler med søkeord vi ikke hadde benyttet tidligere. Søkeord som viste seg å være irrelevante ble ekskludert. Dette gjorde det mulig å tilspisse søket slik at vi fikk færre treff på artikler uten relevans. Dette ser vi på som en styrke da vi slapp å bruke unødvendig tid på søk som ikke ga relevante treff.

Vi anvendte booleske søkeoperatorene "AND" og "OR" i alle våre søk (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Det mener vi har vært en styrke i søkeprosessen da de ulike søkeordene ble kombinert og avgrenset mot et bestemt område.

I noen av søkene har vi benyttet oss av Mesh Terms kombinert med fritekstord. Dette vil bidra til et snevrere søk (Forsberg og Wengström 2008). En fordel med å benytte Mesh Terms var at vi fikk muligheten til å inkludere flere kategorier/underkategorier som var knyttet opp mot det opprinnelige søkeordet.

Ved å anvende trunkeringstegn på våre fritekstord søkte databasene på alle de ulike endingene på ordet basert på ordstammen. Ved å søke på ordet organ don med trunkering fikk vi treff på artikler som innhold dette ordet med de ulike endingene (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). F.eks: organ donation, organ donor, organ donors, organ donations.

Ved å anvende trunkering sparte vi tid ved å unngå å søke på alle de ulike endingene, og vi fant nye endinger som vi tidligere ikke var kjent med. Dette gjorde det mulig å inkludere nye søkeord.

For å konkretisere søket utarbeidet vi eksklusjon og inklusjonskriterier. Artikler som var skrevet på enten norsk, svensk, dansk og engelsk ble inkludert, da det var disse språkene vi behersket godt nok til å forstå innholdet i.

Vi ønsket i utgangspunktet kun å inkludere artikler utgitt i tidsperioden 2005-2010.

Underveis i søkeprosessen valgte vi å gå vekk fra dette grunnet det lave utvalget av forskning i den gitte tidsperioden. Vi ser at dette kunne ha vært en svakhet da målet var å finne den nyeste forskning angående temaet. Selv om noen av artiklene var eldre enn det opprinnelige inklusjonskriteriet valgte vi å inkludere de i oppgaven. Grunlaget for dette var at funnene i de eldre artiklene støttet opp under funnene i artiklene av nyere dato, og vi mente dette ville belyse at funnene er like aktuelle i dag som for 15 år siden. Vi mener at erfaringer og opplevelser ikke er noe man kan tidfeste og anser derfor artiklene som relevante til å belyse vår hensikt.

Ved søk i databasene leste vi gjennom overskrifter og abstrakter som var knyttet til temaet. Vi så at overskriftene ikke alltid stemte overens med innholdet, og valgte derfor å lese abstraktene der overskriftene var utydelige. Dette mener vi var en styrke da vi unngikk å gå glipp av artikler av relevans.

Når vi fant artikler og teori gransket vi referanse listene for å se om vi kunne finne noe av interesse via manuelt søk. Dette ble gjort ved å søke på artiklenes tittel i Ovid`s databaser på basic search. Dette gjorde det mulig å finne artikler som vi ikke hadde funnet tidligere. Dette mener vi var en styrke da vi brukte flere midler tilgjengelige for å finne forskning. Vi endte opp med 1 Forskningsartikkel gjennom manuelt søk, som ble inkludert i oppgaven.

Etter avsluttet søk ble det foretatt et tilfeldig søk 12.10-10 i Ovid Medline for å se om vi kunne finne ny forskning til å støtte oppunder våre funn. Søkeord som ble brukt var Family og Organ donation. Her fant vi en artikkel som ble benyttet i resultatdiskusjonen (López et al. 2008). Dette var en styrke da vi kunne anvende forskningen til å støtte oppunder funn i studien.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Kvalitetssikring av artiklene ble utført individuelt. Deretter gikk vi sammen for å drøfte forskjeller, og se om vi hadde oversett noe som kunne gi utslag på kvaliteten.

Det har vært en styrke å være to forfattere i denne prosessen, spesielt med tanke på kvalitetssikring. Muligheten for å overse noe blir da mindre. Sjekklistene for kvalitativ forskning var fra nasjonalt kunnskaps senter. Dette mener vi er gode sjekklistene, da disse er brukt til kvalitativ vurdering nasjonalt (Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjenesten 2009). En svakhet kan være at forfatterne ikke har anvendt et lignende verktøy før, og man kan anta at mer kunnskap innenfor kvalitetsikring ville gitt mindre rom for feil.

Artiklenes vurdering av høy og lav kvalitet ble satt inn i en tabell (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Dette mener vi var en styrke da det ble enklere å holde oversikt over kvalitetsvurderingen til hver artikkel.

Til graderingen av forskningsartiklene anvendte vi en graderingsskala (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Dette verktøyet gjorde det enklere å vurdere artiklenes kvalitet. Vi inkluderte artikler med grad I og grad II, artikler med grad III ble ekskludert. Dette mener vi var en styrke da den høye gradering økte troverdigheten til den inkluderte forskningen. Vi ser allikevel en sammenheng med at manglende kunnskap i bruk av sjekklistene kunne hatt innvirkning i graderingen av forskningsartiklene.

Når det gjelder kvalitet la vi vekt på at forskningen skulle ta hensyn til etiske vurderinger, spesielt siden dette dreier seg om forskning på mennesker. Vi inkluderte 1 artikkel i studiet der dette ikke kom klart frem (Se vedlegg 2, nr 1). Vi har forsøkt å kontakte forfatterne av studiet for å få klarhet i om de hadde tatt etiske vurderinger i betraktning, vi fikk ikke tilbakemelding på dette. Vi ser at manglende etiske vurderinger trekker ned på forskningens kvalitet. På tross av dette valgte vi å inkludere artikkelen i vår studie. Dette på grunnlag av at forskningen var referee bedømt, og utfylte alle andre krav i vår vurdering av kvalitet. Artikkelen var også svært relevant for å belyse studiens hensikt.

Noen av forskningsartiklene inkludert i oppgaven er understudier skrevet av samme forfatter. Vi mente at dette ikke ville ha innvirkning på våre funn da hensikten og resultatet med studiene var forskjellige.

Vi endte opp med artikler fra Hellas, Sverige, Canada, Sveits, Sør Korea, Brasil og Taiwan. Vi tror at kulturelle og religiøse forskjeller fra land utenfor den vestlige verden kan ha spilt en rolle i forventninger og tradisjoner de ulike menneskene har. Dette kan hatt en innvirkning på opplevelsen til den enkelte, og vi kan ikke se bort i fra at dette kan ha påvirket resultatene i de ulike artiklene. Ved nærmere gjennomgang av artiklene så vi at forskjellen ikke var så store som vi først antok, og det var overraskende mange likhetstrekk på tvers av de geografiske områdene. På en annen side kunne forskjellene kanskje vært tydeligere dersom hensikten ikke hadde vært å belyse opplevelser og erfaringer.

De artiklene som vi valgte å inkludere var kvalitative forskningsartikler.

Med kvalitative metoder kan man undersøke pasientens og helsepersonals erfaringer, behov, oppfatninger, vurderinger og ønsker (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

Vi mente derfor at kvalitativ forskning var best egnet til å belyse vår hensikt.

5.1.3 Analyse

Siden alle artiklene var skrevet på engelsk anvendte vi ordbøker til og oversette ord vi var usikre på. Det er likevel mulig at noen uriktige oversettelser kan ha oppstått.

Vi gikk gjennom artiklene individuelt og markerte det vi anså som relevant ut i fra studiens hensikt. Dette var en styrke i analysen da artiklene ble sett igjennom to ulike perspektiv. Vi sammenlignet så funnene, og på denne måten kunne vi kritisk vurdere hverandres funn.

Vi anvendte fargekoding i bearbeidingen av materialet. Vi ser på dette som en styrke da vi fikk en systematisk oversikt over likheter og ulikheter. Dette gjorde det enklere å se potensielle temaer som utpekte seg i teksten. Funn vi ved første øyekast ikke syntes passet inn under de aktuelle temaene ble satt i en "til overs gruppe". Etter å ha lest igjennom disse tekstene flere ganger fant vi funn i denne gruppen vi ønsket å inkludere. Vi mener dette var en styrke da vi unngikk å miste viktige funn.

En styrke i metodekapittelet har vært at vi har ført en daglig logg og planleggingsbok fra starten av litteraturstudie. Dette har hjulpet oss med å holde oversikt over prosessen underveis, og i arbeidet med oppgaveskrivningen.

5.2 Resultat diskusjon

Vi vil her ta for oss resultat diskusjon. Resultat diskusjon innebærer å diskutere litteraturstudiens resultat ut i fra hensikt, problemstillinger og bakgrunnslitteratur (Forsberg og Wengström, 2008).

5.2.1 Lite informasjon påvirker ivaretakelsen

I våre funn kommer det frem at pårørende følte seg bekymret og stresset når personalet ikke tok seg tid til å gi dem nok informasjon (Belali, Papazoglou og Papadatou 2007). Noen av sykepleierne fortalte at pleien til den potensielle donor var såpass tidkrevende at pårørendes behov for informasjon ikke ble prioritert (Hibbert 1995). Et annet funn var at selv om pleien til donoren var tidkrevende mente sykepleierne at pårørende skulle ivaretas (Floden og Forsberg 2009). Det bør være en sykepleier utenfor det medisinske temaet som tar seg av pårørende. På denne måten kan pårørende holdes kontinuerlig oppdatert om hva som skjer og hva som skal skje videre. Det er viktig at sykepleieren betrygger pårørende med at pasienten er i gode hender, og at alle gjør så godt de kan. Pårørende til pasienter som er utsatt for store traumer skal betraktes som om de er i sjokk, og de trenger å følges opp fra de ankommer sykehuset. (Gaarder, Larsen og Larsen 2008).

Dette støttes av forskning der mange av deltakerne fortalte om betydningen av å kunne forholde seg til de samme personene (Orøy 2002).

Vi tror at pårørende i en slik situasjon vil ha et stort behov for informasjon. Under slike omstendigheter vil det være mye usikkerhet, og det å få god informasjon tror vi kan bidra til at de har noe konkret å forholde seg til. Vi antar at det å få oppfølging fra de samme personene igjennom hele forløpet vil kunne være med på å skape et tillitsforhold mellom helsepersonell og pårørende. Vi tror at dette vil være vanskelig å opparbeide dersom pårørende forholder seg til mange ulike personer. Vi ser fra egne erfaringer i praksis at dette kan være vanskelig, ettersom ressursene på avdelingene ikke alltid strekker til behovet. Likevel mener vi at dette er noe som bør prioriteres i praksis, da det kommer frem i våre funn at dette har stor betydning for pårørendes ivaretakelse.

5.2.2 Pårørendes behov for tydelig informasjon

I Shih et al. (2001) uttrykte pårørende at de trengte klare og tydelige beskjeder av helsepersonell (Shih et al. 2001). Det kommer frem at måten sykepleierne kommuniserer med pårørende bør være kortfattet og enkel. Sannsynligheten er da større for at pårørende klarer å ta til seg det som blir sagt. Ved å gi lange og uforståelige beskjeder kan det skape mer forvirring og frykt. I samtale med lege bør også sykepleieren delta for å kunne gjenta i ettertid hva legen har sagt og oversette vanskelige ord (Larsen, Roed og Larsen 2008). Det er begrenset hvor mye informasjon man kan ta til seg i en slik situasjon. Mange av pårørende har sagt i ettertid at de følte de fikk for lite eller mangelfull informasjon. Det har vist seg at pårørende selv kan ha blokkert ut eller fortrenget informasjon som er for vanskelig å ta til seg (Hanserkers 1987). Vi har selv erfart fra praksis at pårørende kan ha behov for gjentakelse av informasjon, og forklaring av medisinske begrep brukt av legen. Vi antar derfor at mennesker i en slik krise vil ha et enda større behov for gjentakelse da bearbeidingen av situasjonen er vanskelig nok i seg selv. I noen situasjoner kan det være at helsepersonell har gitt god informasjon, men at pårørende kan ha vanskeligheter med å ta imot det som blir sagt. Dette tror vi kan være relatert til at situasjonen kan føles overveldende og informasjon som blir gitt kan fort bli glemt. Vi antar at dette kan være en av årsakene til at noen pårørende føler de har fått dårlig informasjon. I praksis burde dette tas hensyn til, og helsepersonell bør være klar over at pårørende har behov for flere gjentakelser av den informasjonen som er gitt. Man kan heller ikke se bort ifra at noen pårørende har mottatt for dårlig informasjon av personalet.

5.2.3 Sykepleierens erfaring med å formidle vanskelig informasjon

Ifølge sykepleierne var det vanskelig å gi informasjon til pårørende om hva det innebar å være hjernedød. De syntes det var frustrerende og tidkrevende når familiene ikke forsto betydningen av dette (Hibbert 1995). Dersom pårørende ikke klarte å forstå at pasienten var død, mente sykepleierne at de heller ikke var mottakelige for spørsmål om organonasjon (Floden og Forsberg 2009, Kim, Elliot og Hyde 2003). Det kan være vanskelig å forstå at vedkommende er død når de klassiske tegn på død ikke er tilstede. For at pårørende skal få en realistisk forståelse av situasjonen er det viktig at helsepersonell gir ærlig informasjon. De må få informasjon om hva det innebærer å være hjernedød, og tegn på liv må bli forklart. Dersom familien ønsker kontakt med prest, psykolog eller lignende

bør dette ønsket etterkommes (Moesmand og Kjøllesdal 1998). Dette underbygges av forskning der det fremkommer at pårørende har behov for informasjon om hva det vil si å være hjernedød for å forstå konsekvensene av det, men at ukjente medisinske begrep kunne gjøre det vanskelig (Alnæs 2001). For en person uten erfaring med medisinske termer antar vi at det kan være vanskelig å forstå alt som blir sagt av helsepersonell. Vi tror at mange mennesker relaterer det å være død med at alle livstegn er opphørt. Vi ser derfor at pårørende kan ha vanskeligheter med å godta diagnosen hjernedød når pasienten fremdeles viser tegn til "liv". Det å skulle forholde seg til spørsmålet om organdonasjon når man fremdeles tror at pasienten er i live, fremstår for oss som umulig å ta stilling til. Ut ifra våre funn mener vi det er viktig at helsepersonell bruker god tid på å forklare pårørende hva det innebærer å være hjernedød, slik at pårørende er inneforstått med at det betyr en endelig død. På denne måten antar vi at de kan være bedre forberedt til spørsmålet om organdonasjon, enn om de hadde vært i tvil.

5.2.4 Pårørendes erfaringer av empati og støtte fra sykepleieren

I våre funn følte pårørende at de fikk mye støtte, og de beskrev personalet som snille og medfølende. Pårørende ble oppmuntret til å holde en kontinuerlig kontakt med pasienten og personalet (Belali og papadatou 2006a). De fikk hjelp av sykepleierne til å ta vare på andre familiemedlemmer og opplevde at sykepleierne spilte en unik rolle i å gi støtte og empati. Noen av deltakerne mente at sykepleierens evne til å ta vare på familien hjalp dem i sorgprosessen (Shih et al. 2001). Når sykepleierne behandlet pasienten og pårørende på en respektfull måte og deres behov for hvile og støtte ble møtt, følte pårørende seg ivaretatt (Kesselring, Kainz og Hyde 2006, Shih et al. 2001). Det å vite at pasienten får god pleie kan lindre smerten hos pårørende. Når familien opplever at pasienten får omsorg får også de omsorg (Moesmand og Kjøllesdal 1998). Ved å bruke empati kan sykepleieren være i stand til å oppfatte hvilke moralske krav og behov som er nødvendig i situasjonen. For at sykepleieren skal kunne behandle pasient og pårørende på en god måte innebærer dette å kunne bruke både følelsesmessige og kognitive elementer (Sneltvedt 2005). Ifølge Orøy (2002) er pårørende i en sårbar situasjon og at de er vare på det som blir sagt og gjort. De trenger derfor å bli forstått og ivaretatt i sin sårbarhet, og de har behov for å bli sett. Pårørende erfarte at måten helsepersonellet håndterte situasjonen på, hadde innvirkning på deres opplevelser (Orøy 2002). Vi tror at mange pårørende vil oppleve nye

og skremmende inntrykk på sykehus. Det er derfor viktig at sykepleieren skaper en god relasjon til pårørende, så ikke disse inntrykkene blir forsterket. Vi antar at terskelen for at pårørende ytrer ønsker om egne behov vil være lavere dersom denne relasjonen er tilstede. Vi mener at empati og støtte danner grunnlaget for en god relasjon, og det er derfor viktig at sykepleieren innehar disse egenskapene i møte med pårørende.

5.2.5 Pårørendes behov for veiledning i avskjeden

Støtte fra personalet i avskjeden med den avdøde hadde en positiv innvirkning på sorgprosessen (Belali og Papadatou 2006b). Pårørende som var usikre på hvordan de skulle ta avskjed med avdøde ble veiledet i denne prosessen. Dette viste seg å være en lettelse for mange (Shih et al. 2001). Ifølge Bugge (2001) bør sykepleiere prøve å veilede pårørende i avskjeden, da dette kan vise seg å ha betydning i ettertid.

I studien til Orøy (2002) kom det frem at uansett hvilken avgjørelse pårørende tok i henhold til donasjon var noe av det viktigste at avskjeden skjedde i tråd med deres ønsker. Vi vet fra erfaring at det å vise den siste respekt er dypt forankret i tradisjon og kultur. Vi ser derfor viktigheten med at pårørende får ta avskjed på egne premisser, ettersom behovene vil være forskjellige. Vi ser en sammenheng med at støtte og veiledning fra personalet i avskjeden kan i noen situasjoner være nødvendig, da det fremstår for oss som utfordrende å skulle ta avskjed under slike omstendigheter.

Ifølge Belali og Papadatou (2006b) følte pårørende at de fikk en form for avslutning når de fikk ta avskjed med den avdøde på en skikkelig måte.

Det skal tas hensyn til hvordan familiene ønsker å ta farvel med den avdøde, og helsepersonell bør oppfordre familien til å ta farvel for å virkeliggjøre dødsfallet (Rikshospitalets protokoll for organdonasjon 2004)

Ifølge Orøy (2002) kunne det være vanskelig for pårørende å innse hva som var hendt når døden hadde oppstått brått. Det å se den avdøde kunne derfor bidra til en forståelse for at døden var en realitet (Orøy 2002). Det kommer også frem i tidligere forskning at det å kunne se den avdøde etter en donasjon, gjorde det enklere å forstå at deres nærmeste virkelig var borte (Sque og Payne 1996). Vi kan forstå at familien trenger å ta farvel på en skikkelig måte, og vi tror dette kan være til hjelp i den videre sorgprosessen. Pårørende som har opplevd og blitt frarøvet sine nærmeste på denne måten har kanskje et stort behov for en avslutning da døden har skjedd under spesielle omstendigheter. Siden vedkommende virker tilsynelatende i live når diagnosen blir stilt, tror vi at det er viktig at

pårørende får muligheten til å se avdøde etter en donasjon for å kunne forsone seg med at døden er en realitet.

5.2.6 Sykepleierens ivaretagelse påvirker pårørendes avgjørelse

Våre funn viste at pårørendes positive opplevelser med sykepleierne var med på å påvirke deres avgjørelse angående organdonasjon. Mange av pårørende som hadde takket ja til organdonasjon følte de hadde fått en god ivaretagelse på sykehuset (Shih et al. 2001, Belali og Papadatou 2006a). Det var noen pårørende som hadde opplevd og blitt spurt om donasjon på en ufølsom måte, og en følelse av manglende ivaretagelse og omsorg hadde bidratt til en negativ opplevelse. Dette hadde gjort at noen av pårørende hadde takket nei til donasjon (Belali et al. 2007, Belali og Papadatou 2006a).

Dette har vi ikke funnet støtte for i teorien, men i 1 forskningsartikkel funnet i ettertid er det vist en sammenheng i pårørendes opplevelse av ivaretagelse fra personalet kan påvirke avgjørelsen til å donere (López et al. 2008). Vi syntes dette var et interessant funn, og det bekrefter våre antagelser om at det mellommenneskelige forholdet kan være med å påvirke pårørendes holdninger til organdonasjon. Vi tror at hvis sykepleieren har en god relasjon til pårørende kan dette bidra til å skape en tillit til helsepersonellet og deres handlinger. På denne måten tror vi pårørende kan være mer mottakelig for informasjon om organdonasjon, og ta et standpunkt ut ifra den informasjonen som er gitt. Når pårørende føler seg dårlig ivaretatt tror vi de kan fokusere mer på de negative aspektene ved situasjonen og ikke er så mottakelige for informasjon fra helsepersonell.

5.2.7 Dårlig ivaretagelse et mulig grunnlag for traumatiske minner

I Belali og Papadatou (2006b) kom det frem at som en følge av behandlingen fra personalet hadde noen av pårørende fått traumatiske minner i ettertid (Belali og Papadatou 2006b).

Hos flere pårørende har det blitt sett post traumatisk stress syndrom etter å ha mottatt dårlig behandling av helsepersonell på sykehuset. Måten familien har fått spørsmålet om donasjon kan være et grunnlag for traumatiske minner i ettertid (Dyregrov 2008). Sykepleierne bør vite at de er medansvarlige i hvordan familien blir behandlet på sykehuset, og det er viktig at de blir hørt og respektert. Kontakten mellom sykepleier og

pårørende kan være avgjørende for hvordan de opplever situasjonen, og hverdagen i ettertid (Larsen, Roed og Larsen 2008). Vi ser en sammenheng med at dårlig ivaretagelse kan skape traumatiske minner i ettertid. Vi antar at når pårørende allerede er i en sårbar situasjon, vil negative inntrykk bidra til en ekstra belastning. Det er derfor viktig at sykepleierne er oppmerksomme på ivaretagelsen som blir gitt, da det kan skape minner som pårørende bærer med seg i lang tid fremover.

5.2.8 Sykepleierens opplevelse i møte med sørgende pårørende

I våre funn kom det frem at sykepleierne syntes det var vanskelig å møte sørgende pårørende, og de følte seg ikke tilstrekkelig forberedt til å takle deres sorgreaksjoner (Floden og Forsberg 2009, Sadala og Mendes 2000, Hibbert 1995).

Det er viktig at sykepleieren viser at de er der for å støtte, og at de klarer å ta imot den sorgen og smerten pårørende kjenner på. De trenger mennesker som kan være sterke for dem, og de skal ikke være redde for å belaste sykepleierne med følelser. Det er en krevende situasjon, og empati og forståelse er viktig (Dyregrov 2008).

Sykepleiere vil ha vanskeligheter med å møte sørgende mennesker, dersom de har problemer med å forholde seg til sorg i sitt eget liv. Dette kan gjøre at mange sykepleiere unngår eller overinvolverer seg i vanskelige situasjoner (Sneltvedt 2005).

Det å skulle hjelpe mennesker i å finne mening i det som virker meningsløst er ingen enkel oppgave. Dette krever ferdigheter, dømmekraft, innsikt, takt og mot fra sykepleierne. Det finnes ingen fasitsvar på hva som fungerer best for den enkelte i en slik situasjon, og det er en langsom og strevsom prosess (Travelbee 2003).

Selv om det er krevende å møte pårørende i en slik krise, mener vi det er viktig at sykepleieren tør å gå inn i slike situasjoner. Unngår man å utfordre seg selv tror vi det vil være vanskelig å få erfaring i det å møte sørgende pårørende. Ut i fra egne opplevelser i praksis har vi selv erfart hvor vanskelig dette kan være. Det er ikke alltid lett å vite hva man skal si eller gjøre, men ved å forsøke mener vi man kan føle seg tryggere for hver gang. I Hibbert (1995) kom det frem at sykepleierne ønsket kurs og mer kunnskap i det å takle pårørendes sorgreaksjoner. Dersom det hadde vært mulig å tilrettelegge et kurs for sykepleierne på avdelingene, mener vi dette kan bidra til økt kunnskap og forståelse. Dette tror vi kan være med på og forberede sykepleierne i møte med pårørende.

5.2.9 Pårørendes opplevelse av mangelfull oppfølging

I våre funn kom det frem at noen pårørende følte de fikk manglende oppfølging og tilbakemeldinger etter de hadde tatt en avgjørelse om donasjon (Kesselring, Kainz og Kiss 2006, Belali, Papazoglou og Papadatou 2007). I en annen studie opplevde sykepleierne at familiene ble glemt av det medisinske teamet etter donasjonsprosessen var satt i gang (Sadala og Mendes 2000).

Det er anbefalt at helsepersonell drøfter hvordan man følger opp pårørende i etterkant av donasjon, ettersom de kan ha spørsmål i tiden som følger (Moesmand og Kjøllesdal 1998). Pårørende hadde forskjellige erfaringer med oppfølgingen de fikk etter spørsmål om donasjon. Ikke alle hadde behov for å bli fulgt opp selv om de hadde fått tilbud om det. Det kom også frem at noen pårørende ikke hadde fått tilbudet i det hele tatt (Orøy 2002). Etter en eventuell donasjon får mange pårørende ifølge Rikshospitalets protokoll for organdonasjon (2004) spørsmål om å komme tilbake på avdelingen for en samtale. Der kan de få svar på om donasjonen var vellykket for mottakeren, og hvor mange organer som ble brukt. Mange av pårørende ønsket å få en mulighet til å stille spørsmål, snakke om følelser og om selve prosessen (Rikshospitalets protokoll for organdonasjon 2004). Vi mener at selv om pårørende har tatt stilling til spørsmålet om donasjon vil fremdeles behovet for oppfølging være like stort. Vi tror at dersom pårørende takker ja til donasjon, kan helsepersonalet og det medisinske temaet fort bli organ fokusert. Vi antar at en av grunnene til dette kan være at organ bevarelse er en omfattende prosess, og det er små marginer som skal til før situasjonen snur og organene ikke kan benyttes. Vi ser at dette kan være en stressende situasjon for helsepersonell, men pårørendes behov for oppfølging må allikevel ikke bli glemt. Vi ble overasket over å lese i Kesselring, Kainz og Kiss (2006) at noen av deltakerne hadde følt seg oversett når de takket nei til donasjon. Vi mener at uansett hvilke valg pårørende tar bør de bli respektert, og ivaretatt på lik linje som andre.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudie var å belyse erfaringer fra pårørende og sykepleiere i spørsmål om organdonasjon.

Litteratur studien viste at pårørende hadde behov for klar og tydelig informasjon, og mangel på dette bidro til stress og økt bekymring. Pårørende fortalte at de følte seg oversett og glemt etter de hadde tatt en avgjørelse om donasjon.

Sykepleierne ønsket å gi pårørende tilstrekkelig informasjon, men i noen tilfeller ble dette nedprioritert da pleien av pasienten var tidkrevende. Sykepleierens evne til å gi veiledning, støtte og empati var medvirkende faktorer i hvordan pårørende følte seg ivaretatt.

Behandlingen pårørende mottok av personalet kunne påvirke deres avgjørelse om donasjon, og deres opplevelse av ivaretagelse kunne gi grunnlag for traumatiske minner i ettertid. Det kom frem at sykepleierne syntes det var vanskelig å møte sørgende pårørende, og de følte seg ikke tilstrekkelig forberedt til å takle deres sorgreaksjoner.

Opplevelsene fra sykepleierne og pårørende var forskjellige, og både negative og positive erfaringer kom frem. Sykepleierne erfarte at møtet med pårørende var krevende, og inneholdt mange ulike utfordringer. Tidspress og en overhengende bekymring av å miste en pasient/donor gjorde at de ikke alltid fikk gitt den ivaretagelsen de skulle ønsket.

Sykepleierne opplevde det å formidle informasjon var vanskelig når pårørende ikke forstod det som ble forklart.

Sykepleierne spilte en avgjørende rolle i hvordan pårørende følte seg ivaretatt.

Positive erfaringer av ivaretagelse ble knyttet opp mot sykepleierens evne til å gi støtte og empati, mens mangelfull informasjon og oppfølging bidro til en følelse av dårlig ivaretagelse.

Kliniske implikasjoner for praksis mener vi bør være at sykepleierne blir mer bevisste på hvordan de samhandler med pårørende, da dette kan ha stor betydning for deres erfaringer. Sykepleierne må ta seg tid til å gi god informasjon og veiledning siden dette påvirker opplevelsen av ivaretagelse. Sykepleieren må være oppmerksom på at pårørende ofte har et behov for støtte og empati, og at de ikke blir glemt i en slik krise. Man bør tilstrebe disse behovene på pårørendes premisser såfremt det lar seg gjøre. Vi mener dette også er overførbart til andre situasjoner i praksis i sykepleiernes møte med pårørende.

Vi ble overrasket over å finne lite ny forskning relatert til studiens hensikt. Vi synes dette er et samfunnsnyttig tema med mange etiske dilemmaer. Vi ser derfor behovet for ny aktuell forskning for å bidra til økt forståelse og kunnskap. Det kom også frem at ivaretagelsen pårørende fikk, kunne være en medvirkende faktor i avgjørelsen om donasjon. Dette syntes vi var et veldig interessant funn og er noe vi anbefaler for videre forskning.

Litteraturliste

- Alnæs Hambro, Anne. 2001. Minding matter Organ donation & medical modernity's difficult decisions. Oslo. *Department and museum of anthropology*. University of Oslo.
- Belali, Thalia og Danai Papadatou. 2006(A). The decision making process of parents regarding organ donation of their brain dead child: A Greek study. *Science & Medicine* 64:439-450
- Belali, Thalia og Danai Papadatou. 2006(B). Parental grief following the brain death of a child: Does consent or refusal to organ donation affect their grief? *Death studies* 30:883-917
- Belali, Thalia, I. Papazoglou og Danai Papadatou. 2007. Empirically based recommendations to support parents facing the dilemma of paediatric cadaver organ donation. *Intensive and Critical care nursing* 23:216-225
- Bugge, Elisabeth Kari. 2001. Hvordan støtte familier i sorg i *Familien i sykepleiefaget*. red. Kirkevold, Marit og Karen Ekern Strømsnes. 87-187. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Dalland, Olav. 2002. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utg. 3. oppl. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag
- Dyregrov, Kari og Atle. 2008. *Krisepsykologi i praksis*. 31-48. Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke
- Floden, Anne og Anna Forsberg. 2009. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical care nursing* 25:306-313 *Death Studies* 30 (10):883-917
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm. Författarna och bokförlaget Natur og kultur.
- Hanserkers, Joyce. 1987. *Det är svårt att vara anhörig* Lund: Studentlitteratur
- Helse og omsorgsdepartementet. 30.06.2003. Om regelverket som gjeld organdonasjon og samtykke. Rundskriv I-9 <http://www.regjeringen.no>. (lest 10.2.2010)
- Helse og Omsorgskomiteen. Innst. s.nr. 136, 2006-2007. Om tiltak som øker organdonorkapasiteten i Norge. <http://www.regjeringen.no> (Lest 18.10.2010)
- Hibbert, Maryse. 1995. Stress and critical care. Stressors experienced by Nurses while caring for organ donors and their families. *Heart & lung*. 24 (5): 399-407
- Jacobsen, Dag, Baard Ingvaldsen, Sverre Erik Kjeldsen, Kaare Solheim og Kristin Lund. 2010. *Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi*. 639-641. 2. utg. 2. oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kesselring, A, M. Kainz og A. Kiss. 2006. Traumatic memories of relatives regarding brain death, request for organ donation and interactions with professionals in the ICU. *American journal of transplantation* 37 (11):211-217
- Kim, Juang Ran, Doug Elliot og Cheryl Hyde. 2003. Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation. *International journal of nursing studies* 41:299-307
- Larsen, Falck Claus, Jacob Roed og Jørgen Falck Larsen. 2008. *Traumatologi*. København. Munksgaard
- López Jorge S. Martín, J. María, Barbara Scandroglio og José M. Martín. 2008. Family perception of the process of Organdonation. Qualitative psychosocial analysis of the subjective interpretation of donor and non donor families. *The Spanish journal of psychology*. 11(1) 125-136
- Malterud, Kristin. 2004. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 31-401 utg. 2. oppl. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meyer, Kathe. 2005. Organdonasjon i *Intensivsykepleie*. red Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud. 157-167. 1 utg. 1. oppl. Oslo: Akribe
- Moesmand, Anna marie og Astrid Kjøllesdal. 1998. Å være akutt kritisk og kronisk syk, om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. 125-154. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2010. <http://www.kunnskapssenteret.no/> (lest 11.2-5.6.2010)
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2008. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- En arbeidsbok for sykepleiere. 29, 223. 1 utg. 2. oppl. Oslo: Norsk sykepleieforbund
- Norsk vitenskapelig datatjeneste. 2010. Statistikk over vitenskapelig publisering. <http://dbh.nsd.uib.no> (lest 12.06.2010)
- Orøy, Aud. 2002. Døden i livets tjeneste. *Det medisinske fakultet og det psykologiske fakultet*. Universitetet i Bergen.
- Pelletier-Hibbert, Maryse. 1998. Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families. *Heart & lung*. 27 (4): 230-234
- Rikshospitalets protokoll for organdonasjon. 2004. *En veiledning for sykehus*. Oslo.
- Sadala, Maria og Heloisa Mendes. 2000. Caring for organ donors: the intensive care unit Nurses View. *Qualitative Health Research*. 10 (6): 788-805
- Scandiatransplant. Transplant and waitinglist figures. 2000-2009. <http://www.scandiatransplant.org/> (lest 18.2.2010)

- Shih,Fu-Jin, Min-Heuy Lai, Hui-Ying Lin, I-Chuan Tsao, Bau-Ruei Duh og Shu-Hsun Chu.2001.The dilemma of “to be or not to be”: Needs and expectations of the Taiwanese cadaveric organ donor families during the pre-donation transition.*Social Science & Medicine* 53:693-706
- Sneltvedt, Torild.2005. Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? *I Etikk i sykepleien*.Red.Berit Støre Brinchmann.135-146.1utg.1oppl.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stiftelsen organdonasjon.Organdonasjon en gave for livet. <http://organdonasjon.no>. (lest 10.2-21.10.2010)
- Sque,Magi og Sheila A. Payne.1996.Dissonant loss: The experiences of donor relatives.*Social Science & Medicine*.43 (9): 1359-1370
- Transplantasjonsloven.2008. lov av 9.februar 1974 nr. 6 Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og angivelse av lik m.m. <http://www.lovdata.no> (Lest 9.2.2010)
- Travelbee,Joyce.2003.*Mellommenneskelig forhold i sykepleien*.1utg.3oppl.Oslo:Gyldendal Norsk Forlag
- Willman,Ania, Peter Stoltz og Cristel Bahtsevani.2006.*Evidensbasertad omvårdnad*.2oppl.Lund.Studentlitteratur
- Aadland,Einar.2004. ”Og eg ser på deg” Vitenskapsteori i helse og sosialfag.2utg, 265. Oslo.Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

PICO/PIO MODELLEN

P: Population/problem

Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?

I: Intervention

Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i?

C: Comparison

Ønsker du å sammenligne to tiltak?

O: Outcome

Hvilke endepunkter er du interessert i? (Nordtvedt et al. 2008, 29, 223)

Søkeord	P	I	C	O
Norske	Sykepleie\$	Organdonasjon\$		Pårørende\$ Foreldre\$
Utenlandske	Nurs\$	Organ don\$		Famil\$ Parent\$ Mother\$ Father\$ Spouse\$

Vedlegg 2 Oversikt over forskningsartikler

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#1 Fu-Jin Shih Ming-Kuen Lai Min-Heuy Lin Hui-Ying Lin Chuan-I Tsao Bau-Ruei Duh Shu-Hsun Chu 2001 Taiwan	The dilemma of “to be or not to be” needs and expectations of the Taiwanese cadaveric organ donor families during the pre-donation transition	Hensikten med studiet var å øke bevisstheten rundt organ donasjon og samtidig sette fokus på hvorfor organdonasjon kan være vanskelig å snakke om i kinesiske familier bosatt i Taiwan.	Dybde Semi- strukturert Intervju Opptak	45 Ble spurt 15 takket nei 5 Ble forhindret I alt 25 Deltagere	Kultur og religiøs overbevisning er fremtreden I mange kinesiske familier. Dette kan ha en betydning for avgjørelsen i spørsmål om donasjon. Ved å sette lys på dette håper forskerne at helsepersonell kan forstå noen av utfordringene familiene har når det gjelder moralske aspekter ved donasjon, og kan derfor bli mer bevisst på behovene de måtte ha.	Grad 1 (80-100%) Kvalitativ Mange forskere uavhengige av hverandre analyserte dataene. -De ble fokusert på de non-verbale responsen av spørsmålene under intervjuet.
Studie	Høy kvalitet				Lav Kvalitet	
Kvalitativ forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Gjør rede for faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem.</p>				<p>Det kommer ikke tydelig frem om studien er godkjent av det etiske råd, men har tatt etiske hensyn i form av anonymitet.</p> <p>Forskerne har ikke gjort rede for sitt teoretiske ståsted eller bakgrunn.</p> <p>Det kommer ikke frem om studien er forklart for deltagerne</p>	

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#2 Thalia Bellali Danai Papadatou 2006 (B) Hellas	Parental grief following the brain death of a child: Does consent or refusal to organ donation affect their grief?	Hensikten med studiet var å undersøke sorgprosessen til foreldre som fikk spørsmålet om å donere bort organene til sine barn, og utforske faktorene som kan ha vært med i avgjørelsen.	Åpne spørsmål intervju Opptak	29 ble kontaktet 11 Takket Nei 4 fikk aldri spørsmålet om donasjon, men deltok i studiet I alt ble 22 Foreldre av 14 avdøde barn, med i studien.	Det er lite som skiller på sorgen mellom donor og ikke donor familier, Men hos de familiene som hadde donert hadde dette hjulpet i å finne mening i hendelsen. Omgivelser på intensiven der barna lå, hadde mye å si for foreldrenes opplevelse av mestring, og de rapporterte god oppfølging av helsepersonell	Grad 1: 80-100% Kvalitativ forskning
Type Studie	Høy kvalitet				Lav Kvalitet	
Kvalitativ forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Tydelig beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem</p> <p>Studien ble forklart for deltagerne</p> <p>Godkjent av det etiske råd</p>				<p>Det kommer ikke frem i studiet forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn</p>	

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#3 Maria Lucia Sadala og Heloisa Mendes 2000 Brasil	Caring for organ donors: The intensive care units nurses view.	Hensikten med dette studiet var å undersøke hvordan sykepleierne opplever det å ta vare på donorer og deres familier. Hvordan de ser på seg selv i denne situasjonen, og eventuelle erfaringer de har med dette.	Intervju opptak	18 Deltagere	Behovet for utdanning i det å takle sorgreaksjoner, kriser, å samhandle med pårørende er stort sykepleierne. Sykepleierene fikk lite tilbakemeldinger på om de hadde taklet Od prosessen På en bra måte.	Grad 1: 80-100% Kvalitativ metode
Type Studie	Høy kvalitet					Lav Kvalitet
Kvalitativ Forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Tydlig beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem</p> <p>Forskerne har gjort rede for sin bakgrunn og teoretiske ståsted.</p> <p>Studien ble forklart for deltagerne og det ble søkt om godkjenning fra høyeste overordnede for etisk vurdering av Studien</p> <p>Tatt hensyn til etiske vurderinger</p>					

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#4 Jung Ran Kim Doug Elliot Cheryl Hyde 2003 Korea	Korean health professionals attitude and knowledge toward organ donation and transplantation	Hensikten med studien var å identifisere og analysere helsepersonell holdninger og kunnskaper om organ donasjon.	Semi-strukturerte intervju opptak	9 Deltagere	Det var mangel på kunnskap blant donor familier, noe som kunne forklare hvorfor det er så få donorer i Korea. Det var også manglende kunnskap blant helsepersonell, og de hadde blandede og noe negative holdninger til organ donasjon. De konkluderer med at undervisning til helsepersonelle er nødvendig for å øke kunnskap, som kan bidra til å øke antall donorer.	Grad 1: 80-100% Kvalitativ Forskning
Type Studie	Høy kvalitet				Lav Kvalitet	
Kvalitativ forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Tydlig beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem</p> <p>Studien ble forklart for deltagerne</p> <p>Godkjent av etisk komité</p>				<p>forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn</p> <p>kommer ikke klart frem i studiet</p>	

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#5 Kesselring, M.Kainz, A.Kiss 2006 Sveits	Tramatic memories of relatives regarding brain death,request for organ donation and interactions with professionals in the ICU.	Hensikten med studiet var og utforske opplevelsene og erfaringene pårørende hadde med helsepersonell, da de fikk spørsmålet om å donere bort organene til deres nærmeste.	Intervju Åpne- spørsmål opptak	40 Deltok i studien	Det er et stort ønske og behov at helsepersonell får grundigere opplæring i å takle slike situasjoner. Det kommer frem at opplevelsen av en slik traumatisk situasjon kan påvirkes av erfaringene pårørende har med helsepersonell.	Grad 2 (70-79-%) Kvalitativ Forskning
Type Studie	Høy kvalitet			Lav Kvalitet		
Kvalitativ Forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet. Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell. Utvalget og bortfall er gjort rede for. Godkjent av det etiske råd. Studien ble forklart for deltagerne. Hovedfunnene kommer klart frem Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning</p>			<p>Det kommer ikke tydelig nok frem hvordan analysen er gjennomført eller sammenhengen mellom innsamlede data og kategorier. forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn kommer ikke klart frem i studiet Det kommer ikke frem hvilke faktorer som kan ha påvirket resultatet</p>		

Forfatter e Årstill Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#6 Maryse Hibbert 1995 Canada	Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families	Hensikten med denne studien var å identifisere hva sykepleierne opplever som stressende og vanskelig i samhandling med organ donorer og deres familier	Semi- strukturerte Intervju opptak	17 deltagere	Sykepleierne ønsker mer utdanning/kompetanse innenfor tema som sorg/stress/intervensjoner for bedre å kunne takle reaksjoner fra pårørende. De ønsket å opprette samtale-grupper der de kunne snakke om sine egne holdninger og erfaringer. Alle sykepleierne i studien følte at de var kompetente nok til å ta seg av donoren, men utfordringen var gjærne å ta seg av familiene.	Grad 1: 80-100% Kvalitativ forskning
Type Studie	Høy kvalitet			Lav Kvalitet		
Kvalitativ forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Tydlig beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem</p> <p>Studien ble forklart for deltagerne og det ble søkt om godkjenning fra høyeste overordnede for etisk vurdering av studien</p> <p>Tatt hensyn til etiske vurderinger</p>			forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn kommer ikke klart frem i studiet		

Forfattere Årstell Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#7 Maryse Pelletier- Hibbert 1998 Canada	Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families.	Å identifisere ulike mestrings teknikker som sykepleierne anvender i samhandling med organ donorer og deres familier.	Åpne spørsmål Intervju opptak	17 Deltagere	Resultatene viser at mestrings strategiene til sykepleierne forandrer seg i de ulike fasene familien gjennomgår: forventning, konfrontasjon og post konfrontasjon. Det kommer frem at sykepleieren må distansere seg til en viss grad for å takle alle de ulike skjebnene de møter for ikke å bli utbrent, men samtidig kunne støtte, trøste de familiene som er i en slik situasjon.	Grad 1 (80-100%) Kvalitativ forskning
Type Studie	Høy kvalitet				Lav Kvalitet	
Kvalitativ Forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet. Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell. Utvalget og bortfall er gjort rede for. Tydelig beskrevet datasamling, transkribering og analyse Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet Det er trukket inn flere kilder ,både litteratur og forskning Hovedfunnene kommer klart frem Studien ble forklart for deltagerne og det ble søkt om godkjennelse fra høyeste Overordnede for etisk vurdering av studien Tatt hensyn til Etske Vurderinger</p>				<p>forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn kommer ikke klart frem i studiet</p>	

Forfattere Årstell Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#8 Anne Floden Anna Forsberg 2009 Sverige	A phenomenograp hic study of ICU-nurse's perceptions and attitude to organ donation and care of potential donors	Hensikten med studie var å beskrive intensiv sykepleierens persepsjon av organdonasjon basert på deres erfaringer i samhandling med potensielle donorer.	Semi- struktureerte intervju	9 deltagere	Sykepleierne var forsiktige med å yte egne holdninger for ikke å påvirke familienes avgjørelse, da de la vekt på at det var helt opp til familiene å ta valget. Det var forskjellige holdninger blant sykepleierne, men alle viste respekt og opptrådte profesjonelt. Vanskelige situasjoner for sykepleierne var når de skulle fremme spørsmålet om donasjon. Å vise respekt både til donoren og familiene var viktig.	Grad 1: 80-100 % Kvalitativ forskning
Type Studie	Høy kvalitet			Lav Kvalitet		
Kvalitativ forskning	<p>Det er en klar sammenheng mellom Innsamlede data og kategoriene. Det går klart frem hva som er hensikten med studiet. Datasamling kommer godt frem Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell. Utvalget og bortfall er gjort rede for. Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning Hovedfunnene kommer klart frem Studien ble forklart for deltagerne og det ble søkt om godkjenning fra høyeste overordnede for etisk vurdering av studien Det kommer klart frem at forskerne har fulgt Helsinki deklarasjonen for etiske retningslinjer ved intervju av helsepersonell.</p>			<p>Transkribering og analyse kommer noe vagt frem. forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn kommer ikke klart frem i studiet Gjør ikke rede for konteksten studien foregikk innenfor eller faktorer som kan ha påvirket resultatet</p>		

Forfattere Årstill Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#9 T.Bellali,I. Papazoglu, D.Papadato u 2007 Hellas	Empirically based recommendatio ns to support parents facing the dilemma of paediatric cadaver organ donation	Hensikten med studiet var å beskrive utfordringene donor og ikke donor foreldre møtte under spørsmål om donasjon. Dette for å identifisere behov og forventninger foreldrene hadde fra helsepersonell	Semi- struktureerte intervju	29 ble kontaktet 11 Takket Nei 4 fikk aldri spørsmålet om donasjon, men deltok i studiet I alt ble 22 Foreldre av 14 avdøde barn med i studien.	Pårørende har behov i form av informasjon og støtte fra helsepersonell i en slik situasjon. Det er et stort behov blant helsepersonell for opplæring i hvordan man går frem i spørsmål om donasjon.	Grad 1 (80-100%) Kvalitativ Forskning
Type Studie	Høy kvalitet				Lav Kvalitet	
Kvalitativ forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet.</p> <p>Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell.</p> <p>Utvalget og bortfall er gjort rede for.</p> <p>Tydlig beskrevet datasamling, transkribering og analyse</p> <p>Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet</p> <p>Godkjent av det etiske råd</p> <p>Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p> <p>Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning</p> <p>Hovedfunnene kommer klart frem</p> <p>Studien ble forklart for deltagerne</p>				Forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn kommer ikke klart frem i studiet	

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	Resultat	Kvalitet Type
#10 Thalia Bellali/Dan ai papadatou 2006 (A) Hellas	The decision- making process of parents regarding organ donation of their brain dead child: A Greek study	Hensikten med studiet var og utforske avgjørelses prosessen til foreldre som ble spurt om å donere bort organene til deres hjernedøde barn.	Semi- struktureert intervju	29 ble kontaktet 11 Takket Nei 4 fikk aldri spørsmålet om donasjon, men deltok i studiet I alt ble 22 Foreldre av 14 avdøde barn med i studien.	Funnene av denne studien har ført til utformelsen av en modell der faktorene/utfordringene ble systematisert. Denne kan hjelpe helsepersonell med å sette seg inn i hva foreldrene opplever, og hvilke faktorene som kan spille inn, i avgjørelse om organdonasjon.	Grad 1 (80-100%) Systematisk kvalitativ forskning
Studie	Høy kvalitet				Lav kvalitet	
Kvalitativ forskning	<p>Det går klart frem hva som er hensikten med studiet. Dette er et relevant og viktig tema for å opplyse helsepersonell. Utvalget og bortfall er gjort rede for. Tydelig beskrevet datasamling, transkribering og analyse Gjør rede for konteksten studien foregikk innenfor og faktorer som kan ha påvirket resultatet Godkjent av det etiske råd Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene. Det er trukket inn flere kilder, både litteratur og forskning Hovedfunnene kommer klart frem Studien ble forklart for deltagerne</p>				forskernes teoretiske ståsted eller bakgrunn kommer ikke klart frem i studiet	

Vedlegg 3 Søkehistorie

Databaser	Søkeord	Avgrensning	Treff	Leste Abstrakt	Gransket	Inkluderte	Tittel
British Nursing Index	nurs\$ AND organ don\$ OR tissue and organ procurement\$ AND family\$ OR parent\$ OR mother\$ OR father\$ OR spouse\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	9	4	2	0	0
SweMed+	Sykepleie\$ OR Vård\$ OR Omvård\$ OR Sjukskjøtersk\$ OR Sygepleje\$ OR Nurs\$ AND Organdon\$ or Organförmed\$ OR Vävnads -\$ OR “Tissue and organ\$” AND Pårørende\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	85	30	10	0	0
Ovid Medline	nurs\$ OR Nursing/ AND organ don\$ OR tissue and organ procurement\$ OR organ harvest\$ OR tissue and organ harvesting/ AND relative\$ OR Family/ OR parent\$ OR Parents/ OR spouse\$ OR Spouses/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	100	23	13	2 inkludert 1 ekskludert	Empirically based recommendations to support parents facing the dilemma of paediatric cadaver organ donation / Korean health professionals attitude and knowledge toward organ donation and transplantation
Ovid Medline	Nurs\$ OR Nursing/ AND tissue donor\$ OR Tissue donors/ OR organ donor\$ AND caring\$ AND famil\$ OR Family/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	15	7	5	2 inkludert	Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families / Caring for organ donors: The intensive care units nurses view.

British Nursing Index	Nurs\$ OR Nursing/ AND coping\$ AND famil\$ OR Family/ AND organ don\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk 5år	0	0	0	0	0
Ovid Medline	Nurs\$ OR Nursing/ AND coping\$ AND famil\$ OR Family/ AND organ don\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	9	5	4	1 inkludert	Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families.
ProQuest	Nurs* AND organ don* OR tissue and organ procurement* OR organ harvest* AND relativ* OR famil*	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	199	25	14	1 ekskludert	0
PsycINFO	Nurs\$ OR Nursing/ OR Nurses/ AND organ transplantation\$ OR organ don\$ AND experience\$ AND attitude\$ OR Attitudes/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	8	4	1	1	A phenomenographic study of ICU-nurse's perceptions and attitude to organ donation and care of potential donors
PsycINFO	organ transplantation\$ OR organ don\$ AND experience\$ AND attitude\$ OR Attitudes/ AND famil\$ OR next of kin\$ OR Family members/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	20	0	0	0	0
British Nursing Index/ Ovid Medline/ PsycINFO	Organ don\$ AND relative\$ AND brain dea\$ AND health personel\$ OR health care personnel/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	0	0	0	0	0

Ovid Embase	Organ don\$ AND relative\$ AND brain dea\$ AND health personel\$ OR health care personnel/	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	7	4	3	1 inkludert	Tramatic memories of relatives regarding brain death, request for organ donation and interactions with professionals in the ICU.
Ovid Embase	Organ don\$ AND famil\$ OR Family/ OR relative\$ AND need\$ AND attitude\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	127	19	5	0	0
Ovid Embase	Organ don\$ AND famil\$ AND need\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	78	17	8	2 inkluderte 1 ekskludert	The dilemma of “to be or not to be” needs and expectations of the Taiwanese cadaveric organ donor families during the pre-donation transition / The decision-making process of parents regarding organ donation of their brain dead child: A Greek study
British Nursing Index/ Ovid Medline	Organ don\$ AND famil\$ AND need\$	Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk	180	10	2	0	0