



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - Del 2**

**Pårørendes reaksjoner og oppfølgingsbehov i akutfasen etter plutselig død eller alvorlig traume - en systematisk gjennomgang av litteraturen.**

Kandidatnummer 4514

Veileder Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

Totalt antall ord: 8630

Innlevert Ålesund, 21.05.16

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <b>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</b>	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp.

Veileder: Elisabeth Dahlborg Lyckhage

## 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 med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund 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: 10.05.16

“The conflict between the will to deny horrible events and the will to proclaim them aloud is the central dialectic of psychological trauma.”

— Judith Lewis Herman

## Sammendrag

**Hensikt:** Denne oppgaven tar sikte på å belyse pårørendes reaksjoner på at en person som står de nært blir utsatt for et alvorlig traume og/eller plutselig død, samt hvilke behov de har i akutfasen og hvordan sykepleier bør handle for å imøtekomme dette.

**Metode:** Gjennom et systematisk litteraturstudie skal temaet belyses ved hjelp av relevant litteratur, jus og aktuell forskning. Pensumlitteratur, relevante teorier og etiske prinsipper har dannet teorigrunnlaget. Videre har det blitt utført systematiske litteratursøk i databasene Cinahl, PubMed og ScienceDirect, hvorpå fire reviewartikler og fire originalartikler har blitt tatt i bruk og analysert. Resultatet har så blitt sammenfattet og diskutert opp mot teorigrunnlaget, og danner sammen grunnlaget for løsning av oppgavens problemstilling. **Resultat:** Sentrale funn viser at pårørende av den aktuelle pasientgruppen har høy risiko for å utvikle psykiske lidelser i form av stress, angst, depresjon og PTSD, og har et stort behov for oppfølging, da særlig gjennom adekvat informasjon om pasientens tilstand, tilgang til pasienten, og gode relasjoner med helsepersonell som for eksempel sykepleiere. Pårørendes autonomi i forhold til tilstedeværelse og deltakelse i behandlingen er også et viktig aspekt. **Konklusjon:** At disse behovene møtes av sykepleier kan ha stor betydning for hvorvidt sorgprosessen utvikler seg i positiv eller negativ retning hos den pårørende. Funnene i dette systematiske litteraturstudiet viser at det er viktig med systematisk og individuell kartlegging av pårørende. Det er svært viktig at man som sykepleier er innforstått med at pårørende også trenger oppfølging, og at man innehar kunnskap om omsorgsetikk og -moral, samt innehar nødvendig faglig kunnskap for å vurdere pårørendes oppfølgingsbehov.

## Abstract

**Background:** This study's objective is to cast light on the psychological consequences of experiencing that a loved one suffers serious trauma or sudden death, which needs are most crucial in the acute phase and how the nurse should interact with the dependents to satisfy their needs. **Method:** These questions will be answered through a systematic review, by the use of relevant literature, laws and available research. Penum literature, relevant theories and ethical principles have been used to create the theoretical basis. Furthermore, there has been conducted systematic searches in the research databases Cinahl, PubMed and ScienceDirect, which resulted in the use and analysis of four review articles and four original articles. The results were then summarized and discussed in light of the theoretical basis, which combined forms the basis for the solution to the study's primary objective. **Result:** Findings indicate that dependents of the said patient group faces a great risk of developing mental disorders like stress, anxiety, depression and PTSD, and has a great need of support, especially in the form of information about the patients medical status, access to the patient, and good relations to health care providers like for instance nurses. The dependents autonomy in regards of presence and participation in the treatment is also found to be an important aspect. **Conclusion:** The extent to which these needs are met can have a huge bearing on whether the grieving process evolves in a positive or negative direction. The findings in this systematic review suggest that systematic, thorough and individual examination of the dependents is important, and that it is crucial that nurses understand that the dependents are in need of care also. To accomplish this, nurses need to have ethical knowledge, and professional expertise to assess the dependents need for care.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	1
1.2	Hensikt, oppbygning og viktige begreper .....	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Kriseteori .....	3
2.2	Reaksjoner på traumatisk krise.....	4
2.2.1	Krisens faser.....	5
2.3	Etiske prinsipper.....	6
2.3.1	Moral.....	7
2.3.2	Empati .....	8
2.4	Kommunikasjon med den kriserammede .....	9
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>10</b>
3.1	Datainnsamling.....	10
3.1.2	Søkestrategi .....	10
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
3.1.4	Etisk og kvalitetsmessig vurdering .....	11
3.1.5	Design .....	13
3.2	Analyse .....	13
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1	Pårørendes psykologiske reaksjoner.....	15
4.1.1	Stress, angst, depresjon .....	15
4.1.2	Risikofaktorer.....	16
4.2	Pårørendes psykososiale behov i akutfasen.....	17
4.2.1	Kommunikasjon .....	18
4.2.2	Tilgjengelighet og opplevd omsorg .....	18
4.2.3	Videre oppfølging av pårørende.....	20
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1	Metodediskusjon .....	21
5.2	Diskusjon av resultater .....	22
5.2.1	Krisens natur .....	22
5.2.2	Psykososiale behov i akutt krise .....	24
5.2.3	Behovet for videre oppfølging av pårørende .....	26
5.3	Konklusjon .....	27
<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>

**Vedlegg 1: Skjema for søkehistorikk**

**Vedlegg 2-9: Litteraturmatrise**





## **1.0 Innledning**

I veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2016) heter det:

«Kriser, ulykker og katastrofer stiller store krav til hjelp og omsorg som gis til rammede i den akutte situasjonen og til den psykososiale oppfølgingen i tiden etter hendelsen. Oppdatert kunnskap om psykososial oppfølging og god organisering, tydelig ledelse og avklart forankring, vil sammen med klare innøvede rutiner bidra til å skape forutsigbarhet, redusere mulighetene for feil og legge til rette for gode rammer for krisehåndteringsarbeidet i kommune- og spesialisthelsetjeneste.»

Sykdom og krise vil også påvirke pasientens pårørende. Også de pårørendes reaksjoner må møtes og forstås av sykepleieren på lik linje med pasientens. Et godt sosialt nettverk er avgjørende for hvordan en person klarer seg gjennom en krise, og at sykepleier gir støtte til både pasient og pårørende er derfor avgjørende for hvordan krisen mestres (Eide og Eide 2011).

### ***1.1 Problemstilling***

Hvordan møter sykepleier på best måte pårørende av pasienter som har blitt utsatt for et alvorlig traume med uavklarte leveutsikter eller plutselig død?

### ***1.2 Hensikt, oppbygning og viktige begreper***

Det vil gjennom et systematisk litteratursøk og bruk av aktuell litteratur belyses aspekter som bidrar til å optimalisere den psykologiske førstehjelpen man gir pårørende i krise.

Fokus er å belyse problemstillingen med tanke på et scenario som utspiller seg i akutfasen, da fortrinnsvis i en intensivavdeling eller prehospital setting.

Det vil være fokus på voksne pårørende, og det vil være et pårørende-sentrert perspektiv.

Viktige begreper:

- Kriseteori
- Pårørende
- Kommunikasjon
- Omsorgsetikk
- Traume og plutselig død

Oppgaven innledes med en teoridel som beskriver teorigrunnet som ligger til grunn for problemstillingen. Videre vil anvendt metode beskrives med tanke på datainnsamling og analyse. Det samlede resultatet vil syntetiseres i oppgavens resultatdel, for så å settes opp mot oppgavens teorigrunnlag i kapitlet for diskusjon.

## 2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil relevant kunnskap rundt oppgavens problemstilling og hensikt belyses ut i fra pensumlitteratur, retningslinjer, ulike faglige teorier og jus.

### 2.1 *Kriseteori*

Eide og Eide (2011) og Hummelvoll (2012) sier at en krise kan opptre når en livshendelse blir så overveldende at individet ikke er i stand til å håndtere utfordringen eller trusselen på en adekvat måte. En slik hendelse fremstår som et vendepunkt, et skille mellom det som var før hendelsen og det som kommer etter. I følge Flannery og Everly (sitert i Hummelvoll 2012) Er en krise definert som en responstilstand hvor den psykologiske likevekt er forstyrret, vanlige mestringsmåter har feilet i å gjenopprette likevekt og smerten og fortvilelsen som følger har medført en reduksjon i funksjonsevne. Krisen er dermed en respons på en kritisk hendelse.

Cullberg (2010) sier at pårørende av pasienter som er utsatt for et kritisk traume eller plutselig død står ovenfor en akutt psykologisk krise. Hendelsen utgjør en brå og uventet endring i den pårørendes tilværelse, og kan derfor innebære en sterk svekkelse av individets vitalitet og handlingsevne. En slik hendelse utløser det man kaller en traumatisk krise. Hvordan en slik krise utspiller seg varierer fra individ til individ, og vil blant annet være avhengig av hvilken relasjon den pårørende har til pasienten, men også hvilken rolle pasienten har spilt i den pårørendes liv.

Caplan (sitert i Hummelvoll 2012) identifiserte fem elementer som er typiske for utvikling av en krisetilstand:

*En farlig hendelse* - som truer personen, enten en enkeltstående hendelse eller en kombinasjon av flere hendelser som truer personens mestringssevne.

*Sårbarhet* - en individuell faktor som blant annet avgjøres av tidligere kriser og problemhåndtering, sosialt nettverk og sosial støtte, fysisk sykdom og forekomst av samtidig stressende hendelser som kan øke intensiteten i den aktuelle hendelsen.

*Tidligere mislykkede mestringsstrategier* - Hvordan et individ håndterer en krisesituasjon vil være avhengig av om vedkommende er vant til å dekke egne behov, har kunnskaper om og ressurser til å tilpasse seg og finne en løsning. En person som ikke har disse egenskapene vil finne dette vanskeligere.

*Uutholdelig spenning* - som personen ikke får utløp for.

*Mangel på sosial støtte* - som øker følelsen av ensomhet og hjelpsløshet. Sosial støtte er antageligvis den viktigste balansefaktoren i krisesituasjoner.

## **2.2 Reaksjoner på traumatisk krise**

I følge eksistensialismen (sitert i Hummelvoll 2012) er mennesker alltid underveis i sin tilblivelse, og dette aktualiseres når individet rystes ut av vaner og alt det tar for gitt i konfrontasjon med en krisesituasjon. Krisen angriper individets oppfatning av meningen med livet og lidelsen. En traumatisk krise utløser sterke følelser av kaos og meningsløshet. Spørsmål om «hvorfor» gjør seg gjeldende, og fører til angst som et symptom på mangelen på forståelse (Hummelvoll 2012). Psykiske kriser kan medføre en opplevelse av å være forlatt og ensom, av å være verdiløs. Ved akutt adskillelse som følge av død er ensomheten den mest akutte. I kriseterapi legges det vekt på å ikke se på slike reaksjoner som sykelige eller unormale. Man ser ikke lenger på samhørighet, selvfølelse og meningsopplevelse som selvfølgelig normaltilstander (Cullberg 2010).

En traumatisk krise kan i noen tilfeller utløse posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som ifølge Hummelvoll (2012) er en forstyrrelse preget av angst etter en traumatisk opplevelse. Lidelsen medfører at den rammede gjenopplever den traumatiske opplevelsen, og får assosiasjoner til denne i dagliglivet uten at det foreligger noen reell trussel. En person med PTSD vil forsøke å unngå tanker, følelser, aktiviteter og situasjoner som forbindes med traumet. Hukommelsestap kan forekomme, sammen med tap av interesse for viktige gjøremål og opplevelse av fremmedfølelse ovenfor andre. De fleste tilfeller av PTSD er av forbigående karakter, men tidlig intervensjon er viktig for å forhindre et uheldig forløp.

### 2.2.1 Krisens faser

I følge Cullberg (2010) er det bred konsensus om at krisesituasjoners forløp er svært like, uansett hva som var den utløsende faktoren. Både Cullberg (2010) og Hummelvoll (2012) definerer 4 faser av krisens forløp;

*Sjokkfasen;* symptomene varer fra noen timer til noen dager og preges av økt spenning og angst knyttet til en konkret stressor. Angsten utfordrer individets mestringsmåter, og noen makter å forholde seg til situasjonen på grunnlag av disse. Typiske symptomer er benektelse, fortrenning, undertrykkelse, isolasjon og regresjon (Hummelvoll 2012). Ofte vil den rammede fremstå som samlet, men under overflaten er alt kaos. Noe man som sykepleier må være obs på er at en person i sjokkfasen kan bli uklar og forvirret, og at de kan ha vanskeligheter med å oppfatte informasjon som blir gitt (Cullberg 2010). I noen tilfeller blir den sjokkrammede apatisk og paralysert, og i ekstreme tilfeller kan sjokkfasen bli fastlåst i en psykose (Cullberg 2010).

*Reaksjonsfasen;* denne fasen kan vare fra uker til flere måneder og preges i mindre grad av kaos. Smerten og fortvilelsen over det som har skjedd kommer frem i hele sin bredde. Gradvis begynner bearbeidingen av hendelsen. Fasen kjennetegnes av symptomer som søvnforstyrrelser og mareritt, dårlig matlyst, frykt og sinne, angst og depressiv fortvilelse og gjenopplevelser av hendelsen. Det kan forekomme en økning i angst fordi vanlige mestringsmåter ikke strekker til. Dette fører til at andre forsvarsmekanismer som benektelse, fortrenning, undertrykkelse, isolasjon og regresjon blir tatt i bruk (Hummelvoll 2012). Den kriserammede forsøker desperat å finne en mening i det som har skjedd, og det kan oppstå magiske forestillinger om egen skyld eller andres skyld (Cullberg 2010).

*Bearbeidingsfasen;* har varighet på opptil et år og kjennetegnes av at den kriserammede begynner å forsones seg med det som har skjedd, og de sterkeste følelsene avtar. Forsvarsmekanismer er ikke like utstrakt, og personen begynner å redefinere tilværelsen slik at de gamle mestringsmåtene kan tre i kraft igjen. Dette kan føre til at personen klarer å komme seg videre.

*Nyorienteringsfasen;* den kriserammedes smerte og tap er under større grad av kontroll, og personen kan i økende grad gjenoppta sine tidligere gjøremål og interesser.

Denne oppgaven vil ha et primært fokus på de to første fasene; sjokkfasen og reaksjonsfasen, ettersom det er disse man i størst grad ser i det akutte forløpet. Det er likevel viktig å huske at de ulike fasene ikke nødvendigvis er begrenset av hverandre og opptrer i rekkefølge, men kan ha et dynamisk forløp og være flettet inn i hverandre i ulik grad (Cullberg 2010). I denne oppgaven er fokuset å begrense uønskede sekveler av den traumatiske krisen ved å handle rett ovenfor den kriserammede i akutfasen. Caplan (siteret i Hummelvoll 2012) påpeker at det vanligvis trengs 6 uker for den rammede å finne en løsning på krisen, enten den er av positiv art eller fører til en psykologisk desorganisasjon. Etter denne perioden vil det foregå en spenningsreduksjon av krisen ved hjelp av forskjellige mer eller mindre heldige tilpasningsmåter. For noen får krisen et forløp som resulterer i psykiske lidelser som innkapslet sorg, depresjon, personlighetsforstyrrelser, PTSD eller psykose. Hvordan dette utvikler seg er avhengig av løsningsmønsteret den kriserammede benytter i den første kritiske fasen. Det er derfor viktig at den kriserammede mottar bistand så snart som mulig for å bidra til et godt forløp (Hummelvoll 2012).

### **2.3 *Etiske prinsipper***

Beauchamp og Childress (siteret i Nortvedt 2012) lanserte i 1978 fire prinsipper for medisinsk etikk som har vist seg å bli svært viktig for tenkningen rundt etikk i helsevesenet:

- *velgjørenhet*
- *ikke skade*
- *respekt for autonomi*
- *rettferdighet*

*Velgjørenhetsprinsippet* gjøres tydelig i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) hvor det heter at “sykepleieren viser omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen.” *Velgjørenhetsprinsippet* er også uttrykt i lov om helsepersonell (1999). Prinsippet om å handle i pasientens beste interesse er fundamentet i sykepleie (Nortvedt 2012)

*Ikke skade-prinsippet* er et prinsipp for omtanke og skånsomhet i behandlingen. Det er et prinsipp for godt håndlag og sinnelag. Dette vil si at man skal være varsom og empatisk i sin pleie, det sier også noe om hva man ikke skal utsette pasienten for som del av pleien. Man skal minimalisere smerte og lidelse (Nordtvedt 2012).

*Autonomiprinsippet* beskriver anerkjennelsen av mennesket som et rasjonelt vesen, med evne til kritisk selvrefleksjon. Det vil si at man ser mennesket som et selvbestemmende vesen (Nordtvedt 2012).

*Rettferdighetsprinsippet* sier at pasienter skal ha lik rett til omsorg avhengig av deres pleiebehov og medisinske behov, men uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosialt nettverk. Prinsippet som det står skrevet i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer sier også at når midler skal prioriteres, må man ta hensyn til samfunnets bruk av ressurser (Nordtvedt 2012).

Disse fire punktene fungerer som et bindeledd mellom etiske teorier og allmenmoral. At de ikke er for konkrete gjør at de kan anvendes i et bredt spekter av situasjoner og moralske og/eller etiske dilemma (Nordtvedt 2012).

### **2.3.1 Moral**

Et viktig aspekt av det å bruke seg selv for å hjelpe andre er at man innehar moralsk sensitivitet. Denne kjennetegnes av evnen til å fange opp moralsk relevante trekk ved en situasjon eller hendelse. Moralsk sensitivitet er en sammensatt evne med både kognitive, erfaringsbaserte og følelsesmessige elementer. Den er spesielt viktig for sykepleieren fordi man vil møte pasienter som ikke er i stand til å uttrykke sine følelser, meninger og opplevelser. Det er sykepleieren som må oppfatte om pasienten har smerter, ubehag eller er engstelig. Denne forståelsen kan også være følelsesbasert, noe som innebærer evne til å være åpen og mottakelig for andre menneskers sinns-stemninger, erfaringer og subjektive opplevelser (Nordtvedt 2012).

Et annet viktig aspekt er moralsk skjønn. Dette innebærer å la sine egne handlinger styres av innlevelse og kunnskap på en måte som tar hensyn til den enkelte person og dens særtrekk. Handlingen skal i tillegg oppfattes som god og respektfull for personen det

gjelder. Dette forutsetter både relevant kunnskap, sensitivitet og holdningskompetanse (Nordtvedt 2012).

### **2.3.2 Empati**

En viktig komponent av det å lykkes med å handle til pasientens beste er å inneha kunnskap om rehabilitering og mestring, psykologi samt samfunnsmessige årsaker og faktorer som virker inn på dette. I tillegg må man ha kunnskap om sykdom og behandling, farmakologi, anatomi og patofysiologi. I tillegg til denne faktabaserte kunnskapen er det viktig å ha kunnskap om pasientens personlige erfaringer og subjektive opplevelser av situasjonen. Kunnskap om andre personers erfaringer og opplevelser kan benevnes som empatisk kunnskap, mens evnen til å kunne forstå andre menneskers subjektive opplevelser kalles empati (Nordtvedt 2012).

En selvsagt måte å forstå andre menneskers på er gjennom det de sier til deg. Men en person er ikke alltid i stand til å fortelle deg om sine opplevelser. Dette krever affektiv empati. Det vil si en mer eller mindre direkte forståelse av pasientens situasjon gjennom emosjonell identifikasjon. Man føler ikke det samme som den andre personen, men man opplever å bli berørt av den andres situasjon. Affektiv empati er en spontan, umiddelbar og ofte kroppslig identifikasjon med en annen persons situasjon, og kan eksempelvis bidra til at man har medfølelse med pårørendes sorg. Affektiv empati er moralens drivkraft, som gjør at man føler sympati for andre mennesker (Nordtvedt 2012).

Kognitiv empati innebærer at man har evne til å sette seg inn i andre menneskers situasjon ved hjelp av forestillings- og fantasieevne, for eksempel ved å forestille seg hvor grusomt sorg og tap kan være. Kognitiv empati er en kontinuerlig drøfting av pasientens situasjon basert på kunnskap og dialog, personlige erfaringer og ens moralske sensitivitet. Dette danner et viktig grunnlag for å vurdere helsehjelp. Dette er særlig viktig når man ikke kan stole på pasientens verbale respons, men må tolke pasienten på kroppsspråk eller andre ikke-verbale tegn (Nordtvedt 2012).

En sentral tanke i nyere forskning på empati er at kombinasjonen mellom disse komponentene er det som utgjør ens evne til empati. Den affektive komponenten er ikke viljestyrt, mens den kognitive komponenten har å gjøre med vår fortolkning av affektive



inntrykk. Man kan dermed si at det vi berøres av påvirkes av vår forforståelse, vår kultur og sosialisering (Nordtvedt 2012).

## ***2.4 Kommunikasjon med den kriserammede***

God kommunikasjon er viktig for å hjelpe pasienten å bearbeide reaksjon og mestre krisen bedre. I tillegg til dette er det viktig for pasienten å få god og tilstrekkelig informasjon, noe som bidrar til å gjøre situasjonen mer oversiktlig og forståelig, samt skape forutsigbarhet og mening (Eide og Eide 2011).

Eide og Eide (2011) påpeker at i møtet med en person i krise stilles sykepleieren ovenfor kommunikative utfordringer særlig på tre områder, hvorav relasjonen til de nærmeste pårørende og omgivelsene er en av dem. Det å gi god og tilstrekkelig informasjon er ofte den viktigste kommunikative oppgaven når det gjelder selve hendelsen. En viktig forutsetning for å oppnå dette er å opprette en trygg og god relasjon, for å kunne samarbeide om et godt resultat.

Mestring er et sentralt tema når det kommer til hvordan de pårørende håndterer krisen. God mestring kan for eksempel innebære å få kontroll på følelsene, få bedre forståelse for situasjonen eller få et praktisk grep om hva som må gjøres for å få bukt med situasjonen (Eide og Eide 2011). Dårlig mestring som for eksempel fornektelse, fortrengeelse, isolasjon og regresjon kan potensielt forverre situasjonen (Hummelvoll 2012).

## **3.0 Metode**

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for datainnsamling - herunder søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, etisk og kvalitetsmessig vurdering og design. Videre vil det bli redegjort for analysen av det innhentede materialet.

### **3.1 *Datainnsamling***

#### **3.1.2 Søkestrategi**

Hensikten med et systematisk litteratursøk er å finne frem til relevante søkeord og kombinere disse på en måte som gjør at man sitter igjen med et håndterbart antall artikler (Bjørk og Solhaug 2013). Videre må man formulere gode søkeord og avgjøre filter (Forsberg og Wengström 2013). Hensikten med det systematiske litteratursøket for denne oppgaven var å finne aktuell forskning som belyser oppgavens tema og problemstilling.

Det ble utført søk i CinahlComplete, PubMed, Sciencedirect og SweMed. Disse regnes som innholdsrike og anerkjente databaser for sykepleieforskning (Forsberg og Wengström 2013). Det har erfaringsmessig gitt gode resultater å benytte disse databasene tidligere. De fleste artiklene ble funnet gjennom søkemotoren til CinahlComplete, mye fordi denne søker på tvers av andre databaser. Videre ble veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2016) inkludert som en del av begrunnelsen for problemstillingen, samt i oppgavens diskusjonsdel. Det har også blitt innhentet relevant jus fra Lovdata.no, og relevant stoff fra pensumbøker og annen litteratur i oppgavens teoribakgrunn og diskusjon.

Litteratursøkets innledende fase startet med brede søk, for så å snevre inn søket ved hjelp av spesifikke fraser og filter. Eksempelvis ble søkeord som “trauma AND relatives” og “trauma AND death AND relatives OR family” brukt, for så å søke mer spesifikt ved hjelp av søkeord som “traumatic AND sudden death AND ptsd OR bereavement” samt andre MeSH-termer og subheadings for å oppnå et mer presist søk. Det ble benyttet filter i form av publikasjonsdato >2010, peer reviewed, demografi og free text (se skjema for søkehistorikk). Det har ikke utelukkende blitt søkt etter gratisartikler siden dette kan medføre at gode artikler overses, men til tross for dette har de aktuelle artiklene vært gratis

eller tilgjengelig gjennom NTNUs fjerntilgang. Det har fortløpende blitt lagret artikler med interessante resymèer for nøyere vurdering. I tillegg til å benytte søkemotorer har litteraturlisten på gode artikler blitt brukt, og da særlig reviewartikler, for å finne andre aktuelle artikler noe som ifølge Forsberg og Wengström (2013) er en god måte å finne litteratur på.

Det har vært noe utfordrende å komme frem til et håndterlig utvalg artikler, og det har vært mange u-relevante treff på søkeord. Grunnen for dette er oppgavens spesifisitet med tanke på at den omhandler pårørende av pasienter som er utsatt for alvorlig traume eller plutselig død. Det har vært tydelig at det eksisterer mye mer forskning rundt terminal fase etter langvarig sykdom og at mange artikler har et pasientsentrert fokus.

### **3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Det ble særlig lagt vekt på artiklenes faglige kvalitet og forsvarlighet. Målet har vært å benytte forskning av nyere dato (>2010), men man har også valgt å inkludere en artikkel fra 2007 (Critchell et al. 2007), samt to fra 2009 (McAdam og Puntillo 2009; Bailey et al. 2009) grunnet deres relevanse og kvalitet samt at de er av relativt ny dato. Videre har reviewartiklene (Critchell og Marik 2007; McAdam og Puntillo 2009; Kristensen et al. 2012; Parris 2012) brukt i denne oppgaven basert seg (ikke utelukkende) på artikler publisert på tidligere tidspunkt. Et annet viktig aspekt er å benytte forskning med sosiodemografiske forhold som er sammenlignbare med Norske forhold. Dette vil si at det har blitt gjort søk etter forskning fra vesten, og at forskning fra Norden/Nord-Europa har blitt prioritert. Samtlige artikler er refereedømte og publisert i anerkjente tidsskrifter. Det har blitt utført søk i Norsk senter for forskningsdata for å verifisere dette. Poeng i denne databasen gir en god indikasjon på at artiklene holder god standard.

### **3.1.4 Etisk og kvalitetsmessig vurdering**

Målet har vært å finne frem mest mulig aktuell forskning, samt å ha et kritisk blikk på de utvalgte artiklene. Viktige aspekter ved et systematisk litteraturstudie er grundig og u-selektiv litteraturgjennomgang og kritisk vurdering og analyse av resultat (Forsberg og Wengström 2013). Hensikten er å forankre oppgaven i allerede etablert kunnskap om temaet. Artiklene ble vurdert etter forskningsetiske prinsipper. Viktige poeng i den

sammenheng er at det er gjort etiske vurderinger av forskerne i forkant, og/eller at artiklene er godkjent av etiske kommisjoner. Videre er det viktig å presentere både informasjon som støtter forfatterens hypotese, og informasjon som motsier denne. Respondentenes samtykke og personvern er også viktige aspekter av den etiske vurderingen (Forsberg og Wengström 2013).

Reviewartiklene (Critchell og Marik 2007; McAdam og Puntillo 2009; Kristensen et al. 2012; Parris 2012) unnlater ikke å utelate motstridende elementer i konklusjonen, noe som er et viktig etisk aspekt når man utfører et systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengström 2013). Alle artiklene redegjør for svakheter jfr. litteratormatrisene. Påstander i artiklene er velbegrunnet og godt referert.

Ingen av forskerne oppgir inhabilitet. Norup et al. (2012) oppgir å ha mottatt støtte fra to organisasjoner, men ikke interessekonflikt. Bailey et al. (2009) oppgir å ha mottatt finansiell støtte fra en enkeltperson til spørreskjemapakker, men at denne personen ikke hadde noen videre rolle i studien.

Noe som taler den statistiske relevansen til noen av artiklene imot (Bailey et al. 2009; Norup et al. 2012; Verharen et al. 2015; Jacob et al. 2016) er et relativt lavt og til dels ensidig utvalg respondenter, samt at forskningen er begrenset til spesifikke sykehusavdelinger og sykdom/skadeproblematikk. Disse har likevel blitt brukt grunnet at funnene sammenfaller med funn i mer omfattende reviewartikler (Critchell og Marik 2007; McAdam og Puntillo 2009; Kristensen et al. 2012; Parris 2012) som baserer seg på et større antall enkeltartikler, og dermed også et større antall respondenter, samt at det har vært ønsket å belyse underkategorier og spesifikke aspekter av denne oppgavens problemstilling. Det har blitt vurdert slik at bruk av mer omfattende reviewartikler fører til en større grad av randomisering av utvalg, demografi og andre variabler, og derfor oppnår større grad av validering og generaliserbarhet. Man må også ta i betraktning at disse artiklenes metode i form av til dels kvalitativ datasamling og bruk av spørreskjema og intervju av pårørende til den aktuelle pasientgruppen vanskeliggjør et stort antall respondenter.

### **3.1.5 Design**

Tre av reviewartiklene (Critchell og Marik 2007; Kristensen et al. 2012; Parris 2012) som er brukt i dette systematiske litteraturstudiet er å anse som allmenne litteraturstudier dersom man legger til grunn Forsberg og Wengströms (2013) kjennetegn på forskjellen mellom allmenne litteraturstudier og systematiske litteraturstudier. Dette fordi de ikke oppfyller samtlige krav som stilles for å bli definert som et systematisk litteraturstudie, selv om det fins visse likhetstrekk i noen av artiklene. De valgte artiklene beskrives og analyseres, men ikke på et systematisk vis. Eksempelvis har man i Critchell og Marik (2007) og Parris (2012) en klart definert problemstilling, men ikke en utfyllende beskrivelse av utvalgsriterier og litteratursøk. McAdam og Puntillo (2009) oppfyller alle krav for systematiske litteraturstudier jfr. Forsberg og Wengström (2013), og kan derfor defineres som dette. Alle artiklene definerer tydelig resultat og anbefalinger for videre praksis samt inneholder kritisk granskning av artiklene de bruker.

To av de enkeltstående artiklene som er brukt (Verharen et al. 2015; Jacob et al. 2016) er å anse som en blanding mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Jacob et al. (2016) benytter ulike spørreskjema for å kartlegge pårørendes behov og oppfattelse av kvalitet i pleien. Dette er å anse som et kvantitativt design, men artikkelen har også innslag av kvalitative element i form av at de pårørende hadde mulighet for å supplere spørreskjemaene med egne ord. Verharen et al. (2015) benytter seg av en kombinert metode fordelt på tre delstudier. I første del bruker man standardiserte spørreskjema, får så å benytte en kombinasjon av standardiserte spørreskjema og intervju i del to og tre. Fordelen med å bruke en kombinert metode er at man kan belyse ulike typer informasjon rundt et fenomen (Forsberg og Wengström 2013). Bailey et al. (2009) og Norup et al. (2012) benytter standardiserte spørreskjema for kvantitativ kartlegging.

## **3.2 Analyse**

I følge Forsberg og Wengström (2013) vil analyse si at man deler opp i mindre deler. Man undersøker så hver enkelt del hver for seg. Deretter identifiseres hovedkategorier og man setter så dette sammen til en helhet.

I denne oppgaven ble det benyttet 8 forskningsartikler som samlet belyser ulike aspekt av oppgavens problemstilling. For å kunne sette sammen de ulike forskningsartiklene til en

helhet, og utarbeide konklusjoner basert på dette, har artiklene blitt nøye gjennomlest for å hente ut essensen, og materialet her blitt kategorisert. I det følgende skal artiklenes hovedtema presenteres, deretter skal materialet syntetiseres til et sammenfattet resultat i oppgavens resultatkapittel. Det har blitt lagt vekt på å gjøre rede for artiklene i en logisk rekkefølge, ved å først fokusere på artikler som beskriver psykologiske reaksjoner på traume og plutselig død, for så å fokusere på artikler som beskriver de pårørendes behov for pleie, oppfølging og behandling, og hvordan helsepersonell kan ivareta dette. Viktige temaer og emner for de ulike artiklene vil bli identifisert og beskrevet.

Studiene er ulike, og utgjør en kombinasjon av enkeltstudier og reviewartikler. Samlet gir de innsikt i ulike aspekter av hvordan helsepersonell bør møte pårørende av alvorlig skadde og døende pasienter både før, under og etter dødsfallet.

Det ble identifisert følgende gjennomgående kategorier i den aktuelle forskningen:

1. Pårørendes psykologiske reaksjoner, herunder:
  - Stress, angst og depresjon
  - Risikofaktorer
2. Pårørendes psykososiale behov i akuttfasen, herunder:
  - Kommunikasjon
  - Tilgjengelighet og opplevd omsorg
  - Tilstedeværelse ved resuscitasjon
3. Videre oppfølging av pårørende

## **4.0 Resultat**

I det følgende vil det bli gjort rede for sentrale funn i litteraturen som er analysert.

### **4.1 *Pårørendes psykologiske reaksjoner***

Det ble i analysen identifisert to hovedkategorier som omhandler pårørendes psykologiske reaksjoner sett i lys av oppgavens problemstilling. Først presenteres prevalensen av stress, angst og depresjon, deretter presenteres risikofaktorer for utvikling av disse.

#### **4.1.1 Stress, angst, depresjon**

I følge en reviewartikkel av Kristensen et al. (2012) viser tidligere studier at det å miste en som står deg nær på en plutselig og traumatisk måte kan føre til en lang rekke psykiske plager, der i blant innkapslet sorg, PTSD, depresjon, rusmisbruk og suicidalitet.

Søvnproblemer, tanker om hva som kan ha forårsaket dødsfallet og hva som kunne vært gjort for å forhindre det, samt vanskeligheter med å finne mening i situasjonen er også vanlige reaksjoner. Parris (2012) trekker frem vansker med å akseptere dødsfallet, problemer med å stole på andre og vanskeligheter med å gå videre i livet som aktuelle reaksjoner.

I studier beskrevet i Kristensen et al. (2012) finner man at sorgforløpet etter et slikt tap ofte er lengre enn for naturlige dødsfall, og at grunner for dette kan være at realiteten av situasjonen synker sakte inn etter at sjokket sakte fases ut. En annen grunn kan være synergien mellom psykologiske traumer og sorg forlenger forløpet og hindrer rekonvalesens. Videre ser man ofte at den sosiale støtten de pårørende får avtar over tid, noe som kan forårsake psykologisk stress.

I en reviewartikkel av McAdam og Puntillo (2009), gjennomgikk de blant annet eksisterende forskning rundt prevalensen av de psykiske symptomene stress, angst og depresjon hos familier av pasienter i intensivavdelinger. Resultatene viste at de pårørende scoret høyt på både stress og traumatisk stress. Man så et spenn i prevalens på PTSD symptomer fra 33-70%. I en fransk studie så man også at en høyere grad av PTSR (post-traumatisk stressreaksjon) var forbundet med en større grad av angst og depresjon.

I McAdam og Puntillo (2009) analyserte man fem studier som omhandlet depresjon hos pårørende av intensivpasienter. Studiene fant at 15-35% av de pårørende ble rammet av depresjon. McAdam og Puntillo (2009) analyserte også fire studier som omhandlet prevalensen av angst hos pårørende av intensivpasienter. Man fant i to av studiene at 35-73% av de pårørende opplevde symptomer på angst. I andre studier fant man at de pårørende scorete fra moderat til høyt nivå av angst. Dette støttes også av funn i Norup et al. (2012) som viser en høy prevalens av depresjon og angst hos pårørende av pasienter med alvorlig hjerneskade.

#### **4.1.2 Risikofaktorer**

Kristensen et al. (2012) konkluderer med at det å identifisere pårørende som er særlig utsatt for å utvikle psykiske problemer kan være en effektiv måte å bruke ressurser der det trengs mest. Norup et al. (2012) påpeker at det er viktig for helsepersonell å vektlegge pårørendes psykiske tilstand, ettersom studier viser at pårørendes grad av mestring er avgjørende for pasientens rekonvalesens. Dette støttes av Verharen et al. (2015), som også påpeker at i tillegg til traumepasienten må også de pårørende gis oppmerksomhet, ettersom en slik situasjon er en alvorlig hendelse i også deres liv.

I en reviewartikkel av McAdam og Puntillo (2009) fant man i flere studier at det å være kvinne, barn, og det å få dårlig informasjon vedrørende pasientens tilstand fra helsepersonell var disponerende faktorer for å utvikle traumatiske stress-symptomer. Dette støttes også av funn i Kristensen et al. (2012). Norup et al. (2012) fant også en sammenheng mellom det å være kvinne og ha økt kjanse for angst og depresjon, men grunnet utvalgets natur kunne man ikke trekke noen sikker slutning ut i fra dette. McAdam og Puntillo (2009) påpeker også at lav utdanning og plutselig innleggelse også var disponerende faktorer for både angst og depresjon. Kristensen et al. (2012) peker på tilstedeværelse av psykisk sykdom, selvbepreidelse, bepreidelse av andre og tidligere tap som viktige faktorer for ugunstig sorgprosess. Både Norup et al. (2012); Parris (2012) og Kristensen et al. (2012) påpeker mangel på sosialt støtteapparat som en viktig faktor. Parris (2012) trekker også frem den pårørendes relasjon til den avdøde, og hvilket livsstadium den pårørende og avdøde befinner seg i.



Studier gjennomgått av McAdam og Puntillo (2009); Parris (2012) og Kristensen et al. (2012) viser at pårørende av pasienter med traumatiske skader og pårørende av pasienter med fravær av kronisk sykdom er særlig utsatt for angst. Familiens grad av uheldige mestringsstrategier ble også fremhevet som en disponerende faktor av McAdam og Puntillo (2009). Videre fant man ingen signifikant forskjell i prevalensen av angst hos pårørende av overlevende pasienter kontra pasienter som døde, selv om man fant høye nivåer av angst i begge gruppene. En studie sitert i McAdam og Puntillo (2009) viste at det at pasienten ikke overlevde var forbundet med en signifikant økning i PTSR. Norup et al. (2012) fant også at pårørendes grad av angst og depresjon korrelerte med hvor alvorlig pasientens hjerneskade var.

I følge Kristensen et al. (2012) er prevalensen av nevnte psykiske problemer høyere hos pårørende av pasienter som lider en plutselig og traumatisk død kontra pårørende av pasienter som dør av naturlige årsaker, og rekonvalesenstiden er også lengre. Det foreligger en større risiko for utvikling av PTSD hos pårørende som har bevitnet dødsfallet eller selv har stått i livsfare. Det fins også data som tyder på at utvikling av PTSD kan ha sammenheng med hvorvidt den pårørende har bevitnet omfattende skade og lidelse hos den avdøde. I to studier sitert i Kristensen et al. (2012) fant man at dødsfallets grad av voldsomhet var mer avgjørende for utvikling av PTSD en hvor plutselig dødsfallet var. To andre studier i Kristensen et al. (2012) viste også at slike dødsfall økte faren for depressive symptomer hos de pårørende. McAdam og Puntillo (2009) fant også at det å være gift med pasienten, samt å være kvinne doblet oddsen for depresjon og angst. Også her fant man at mangel på adekvat informasjon vedrørende pasientens helsetilstand økte kjansen for både depresjon og angst betraktelig. Man fant at studiene var uenig om hvorvidt pasientens helsetilstand og alvorligheten av denne var avgjørende, men konkluderte med at dette kunne ha sammenheng med forskjeller med tanke på hvilken type pasienter som ble inkludert i de to studiene.

## ***4.2 Pårørendes psykososiale behov i akuttfasen***

I det følgende presenteres sentrale funn med tanke på kommunikasjon med kriserammede og deres behov for tilgjengelighet og omsorg. Det belyses også relevante aspekter rundt tilstedeværelse ved resuscitasjon og videre psykososial oppfølging.

### **4.2.1 Kommunikasjon**

I en studie av Verharen et al. (2015) ønsket man å belyse hvilke behov pårørende av traumepasienter har i ulike deler av forløpet. Man fant at noe av det viktigste for de pårørende i akutfasen var informasjon (informasjon om den medisinske behandlingen, medisinsk utstyr, besøkstid, og tid til spørsmål). Det er bred konsensus om at informasjon er viktig for pårørende, og dette støttes også av Bailey et al. (2009); McAdam og Puntillo (2009) Norup et al. (2012); Kristensen et al. (2012) og Parris (2012). McAdam og Puntillo (2009) påpeker også viktigheten av å forstå at pårørende i en akutfase kan ha problemer med å oppfatte informasjon, og at dette derfor må gis i enkle og ukompliserte former, og gjentas. Det foreslås å gjennomføre faste og hyppige møter med pårørende hvor man gir ærlig og konsistent informasjon. Videre påpekes viktigheten av at dette foregår i et rolig og skjermet miljø, noe som støttes av Parris (2012).

I Bailey et al. (2009) ønsket man å belyse hvilken type informasjon som var viktigst for de pårørende, og fant at ærlig informasjon var det viktigste, noe som støttes av Parris (2012) og Verharen et al. (2015). Videre fant man at det var viktig at informasjonen som ble gitt var i forståelige former, og at man som pårørende visste hva som ble gjort for pasienten, og hvorfor. Videre fant man en positiv sammenheng mellom kvalitet på informasjon som ble gitt av helsepersonell og grad av tilfredshet med behandlingen. Ifølge Kristensen et al. (2012) bør det primære fokuset i akutfasen være å hjelpe de pårørende til å innse realiteten av situasjonen, og bidra til at de aksepterer denne gjennom konfrontasjon av de faktiske forhold på en omsorgsfull måte.

McAdam og Puntillo (2009) fant at god kommunikasjon og informasjonsflyt pårørende og helsepersonell imellom var effektivt for å redusere symptomer på PTSD og angst. Man fant at generaliserte ordninger og ordninger basert på selvhjelp var lite effektivt, men at individuell oppfølging og et proaktivt kommunikasjonsmønster hadde effekt.

### **4.2.2 Tilgjengelighet og opplevd omsorg**

Parris (2012) skriver at det er viktig at helsepersonell lar pårørende bestemme så mye som mulig selv i forhold til hvordan de vil omgås pasienten før, under og etter døden, i stedet for at man bestemmer for dem.

Bailey et al. (2009); Verharen et al. (2015) og Jacob et al. (2016) fant at tilgjengelighet (tilgang til pasienten etter ønske, tilgang til å snakke med helsepersonell og det at helsepersonell bidro til at de pårørende følte seg velkommen i avdelingen) var et viktig aspekt. I studien av Verharen et al. (2015) var dette det viktigste for de pårørende i akutfasen. I Jacob et al. (2016) så man at de pårørendes viktigste psykososiale behov ikke endret seg ved at pårørende fikk besøke pasienten kontinuerlig, men man så at pårørende hadde et mye bedre inntrykk av omsorgen og pleien de selv og pasienten mottok ved avdelingen sammenlignet med andre studier.

I henhold til Bailey et al. (2009) var de pårørende svært opptatt av at pasientens verdighet ble ivaretatt, og at helsepersonellet ble oppfattet som varme, omsorgsfulle og imøtekomende, noe som også understrekes av Verharen et al. (2015).

Parris (2012) skriver at pårørende bør ha mulighet for å se kroppen etter døden har inntruffet, men påpeker at dette ikke er ønskelig for alle og understreker viktigheten av at man forsikrer seg om at dette er noe pårørende ønsker.

#### **4.2.2.1 Tilstedeværelse ved resuscitasjon**

I Critchell og Marik (2007) kommer det frem i to studier at majoriteten av pårørende mener de burde ha rett til å være til stede under resuscitasjon dersom de ønsker det. Samtidig viser ulike studier sprik med tanke på hvor mange som faktisk ønsker å være til stede. I noen studier fant man at 80% ikke ønsket å være tilstede, mens i andre studier fant man at opptil 80% ønsket å være tilstede. Disse funnene støttes av Parris (2012). Resultatene viser at selv om ikke alle pårørende ønsker å være tilstede, sier de fleste at de burde ha rett til det, at de ønsker å bli tilbudt tilstedeværelse, og ønsker å ta valget om å delta selv. I flere studier sitert av Critchell og Marik (2007) og Parris (2012) påpeker man at mange helsepersonell har motforestillinger til at pårørende bevitner resuscitasjon fordi det fins en oppfatning av at inntrykkene en slik prosedyre medfører er for traumatisk for pårørende å bevitne, og at reaksjoner fra pårørende kan forsinke og hemme helsepersonell. Det blir påpekt at en slik prosedyre kan virke brutal og at utstyr og handlinger kan virke skremmende på de pårørende. Critchell og Marik (2007) viser videre til at disse antagelsene blir gjennomgående motbevist i flere studier. Man finner også en positiv sammenheng mellom hvor erfaren sykepleie/lege er, og i hvilken grad de er for at pårørende bevitner resuscitasjon. I følge Critchell og Marik (2007) har pårørendes

tilstedeværelse mange positive effekter i form av at de bevitner at alt som kunne bli gjort ble gjort, bedre forståelse for situasjonen, følelse av delaktighet og at dette gir en gunstig start på sorgprosessen. Parris (2012) påpeker også fordeler i form av de pårørendes behov for å være med pasienten de siste sekundene av livet hans som positive, og at den eventuelle fantasien rundt dødsfallet er verre enn å faktisk bevitne den.

Man konkluderer med viktigheten av å utarbeide en prosedyre for pårørendes tilstedeværelse, og at helsepersonellet får opplæring og blir komfortabel med dette, for å unngå at tilstedeværelsen bidrar til prestasjonsangst og hemming av prosedyren.

### **4.2.3 Videre oppfølging av pårørende**

Både Parris (2012) og Verharen et al. (2015) understreker at ikke alle pårørende har behov for videre oppfølging, og at dette ikke bør inngå som standardbehandling. Det er dog viktig å kartlegge den pårørende med tanke på forhold som kan tilsa at dette er nødvendig, dette støttes også av McAdam og Puntillo (2009). Parris (2012) sier at det er viktig å skille mellom behov for konkret informasjon og behov for psykologisk oppfølging hos den pårørende. Ikke alle pårørende har behov for sistnevnte, mens de fleste har behov for førstnevnte.

Parris (2012) peker på to viktige faktorer som tilsier behov for psykologisk oppfølging: grad av sosial støtte og et voldsomt dødsfall eller dødsfall som følge av traume. Verharen et al. (2015) viser at det at pårørende har et stort behov for sosial støtte i akutfasen kan være en viktig indikator for at de vil trenge dette også i etterkant, og at dette tilsier at de bør tilbys videre oppfølging av sosionom eller lignende. Det påpekes også at det er viktig å snakke med pårørende for å finne ut hvilke eventuelle konsekvenser dødsfallet innebærer for dem.

Både Parris (2012) og Verharen et al. (2015) understreker viktigheten av at pårørende opplyses om hvilke støtteordninger som finnes.

## **5.0 Diskusjon**

I dette kapitlet vil det først bli presentert en kort diskusjon rundt oppgavens metode. Deretter blir resultatet av forskningsanalysen satt opp mot oppgavens teorigrunnlag og diskutert.

### **5.1 Metodediskusjon**

Ved litteratursøkets oppstart hadde jeg en forestilling om at oppgaven kom til å basere seg hovedsakelig på kvalitativ forskning. Dette grunnet problemstillingens vinkling og fokus rettet mot pårørendes opplevelser av det å være i en livskrise. I følge Forsberg og Wengström (2013) er kvalitativ metode en gunstig metode for å belyse slike tema. Etter hvert som jeg fikk oversikt over den aktuelle forskningen gjennom systematisk litteratursøk av ulike databaser, fant jeg at det var en overvekt av kvantitativ forskning om temaet. Jeg forventet å finne mye kvantitativ forskning vedrørende prevalens av psykiske lidelser og risikofaktorer for dette, men oppdaget også at det i all hovedsak var gjort kvantitativ forskning i form av spørreskjema også med tanke på pårørendes opplevelser og erfaringer. Resultatet av dette er følgelig en oppgave som baserer seg på kvantitative data, noe jeg oppdaget at egnet seg bedre enn forventet til å besvare problemstillingen jeg hadde.

Det var over 60 artikler på tvers av nevnte databaser som ble lagret for nøyere vurdering. Jeg søkte bredt med mange ulike kombinasjoner av søkeord og filter, og mange søk var resultatløs eller fikk for mange treff. Hvilke søkeord som ga gode resultater er vist i vedlegget «skjema for søkehistorikk». Hovedgrunnene til at artikler ble ekskludert var at de ble gjort i land med svært ulik kultur sammenlignet med vesten, at de hadde et svært ensidig, lavt og/eller spesifikt utvalg, eller at artiklene ble vurdert som lite relevant for pårørende av den aktuelle pasientgruppen man ønsket å belyse. Mange omhandlet også barn, eller fokuserte på religiøse aspekter, noe man har valgt å styre unna grunnet oppgavens begrensninger med tanke på omfang.

Jeg oppdaget også at grundig og evidensbasert forskning på dette temaet er et relativt nytt fenomen med utspring fra tidlig 90-tall, og at det fins en del hull i dagens litteratur, noe

som også bekreftes av mange av artiklene jeg fant, inkludert McAdam og Puntillo (2009); Kristensen et al. (2012) og Parris (2012) som jeg også har brukt i oppgaven min. Til tross for dette fant jeg stor konsensus vedrørende resultatene som er drøftet i denne oppgaven på tvers av mange publiserte forskningsartikler, pensumbøker og offentlige retningslinjer. Kristensen et al. (2012) peker på kunnskapshull i form av at det mangler forskning på hvordan kriser påvirker familier og samfunnet som helhet, og at det meste som finnes av data er basert på undersøkelser gjort på individnivå, noe som er et viktig poeng. Dette faller dog litt utenfor oppgavens problemstilling og setting.

Som tidligere nevnt er den største svakheten med artiklene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven gjennomgående lavt og til dels ensidig utvalg av respondenter. Allikevel mener jeg å ha et godt kunnskapsgrunnlag for å si noe om oppgavens problemstilling grunnet bruk av flere reviewartikler som samlet sett sammenfatter et stort antall forskningsartikler, samt at resultatene fra disse i stor grad er entydige. Dette samme kan sies om artikler man ikke valgte å bruke. Noen av reviewartiklene beskriver aspekter som ikke er relevante for oppgaven, og jeg har derfor valgt å ekskludere disse temaene.

## **5.2 Diskusjon av resultater**

Ulike aspekter av oppgavens problemstilling vil i dette underkapittelet bli drøftet, sett i lys av den aktuelle forskningen og teorigrunnlaget. Det vil deretter beskrives konsekvenser for praksis og anbefalinger for videre forskning.

### **5.2.1 Krisens natur**

Teorigrunnlaget vedrørende hvordan den akutte krisen utspiller seg, og hvilke risikofaktorer som finnes sammenfaller i stor grad med resultatene av det systematiske litteratursøket.

Cullberg (2010); Eide og Eide (2011) og Hummelvoll (2012) skriver alle at en krise er et vendepunkt i den pårørendes liv, en hendelse som rokker ved deres tilværelse og utgjør et brått og brutalt skille mellom det som var før og det som kommer etter. Forskning av McAdam og Puntillo (2009); Norup et al. (2012); Kristensen et al. (2012) og Parris (2012) viser alle en høy prevalens av psykiske reaksjoner som stress, angst, depresjon og PTSD

hos pårørende av alvorlig skadde og døde pasienter. Dette viser at problematikken er høyst reell, og noe som må tas på alvor av sykepleier.

Både Cullberg (2010) og Hummelvoll (2012) skriver at pårørende i krisens sjokkfase preges av symptomer som stress og angst, og at dette utfordrer den pårørendes evner til å mestre situasjonen. Ofte ser man symptomer som benektelse, fortrenning, undertrykkelse, isolasjon og regresjon. Ofte blir den pårørende uklar og forvirret, og kan ha vanskeligheter med å oppfatte informasjon, noe som støttes av McAdam og Puntillo (2009). Denne fasen varer fra noen timer til noen dager. Videre vil man i reaksjonsfasen se at realiteten av det som har skjedd begynner å synke inn. Symptomer i denne fasen inkluderer søvnforstyrrelser, dårlig matlyst, frykt og sinne, angst og depresjon. Det kan forekomme en økning av angst fordi den pårørendes mestringsmetoder ikke strekker til. Dette fører til forsvarsmekanismer som benektelse, fortrenning, undertrykkelse og regresjon. Det kan oppstå magiske forestillinger om egen og andres skyld.

Caplan (siteret i Hummelvoll 2012) peker på en farlig/traumatisk hendelse, sårbarhet, tidligere mislykkede mestringsstrategier, uforløst psykisk spenning og mangel på sosial støtte som fem viktige risikofaktorer for utviklingen av en psykologisk krise. Cullberg (2010) sier også at den pårørendes relasjon til pasienten er av betydning.

Dette kan belyses nærmere og bekreftes ved hjelp av aktuell forskning av McAdam og Puntillo (2009); Parris (2012); Kristensen et al. (2012) og Norup et al. (2012) som viser at pårørende av pasienter som blir utsatt for traume eller voldsom død er ekstra utsatt for PTSD, stress, angst og depresjon. Videre ser man i Kristensen et al. (2012) at sårbarhet i form av psykisk sykdom, selvbebreidelse, bebreidelse av andre og tidligere tap som disponerende faktorer. McAdam og Puntillo (2009) peker på uheldige mestringsstrategier som en negativ faktor. Mangel på et sosialt støtteapparat er en faktor som bidrar negativt til mestring av krise. Dette kan også ses i sammenheng med Caplans (siteret i Hummelvoll 2012) poengtering av uforløst psykisk spenning som en medvirkende faktor, og funn av som viser at informasjon og sosial støtte fra helsearbeidere i avdelingen er svært viktig for de pårørende (Bailey et al. 2009; McAdam og Puntillo 2009; Norup et al. 2012; Kristensen et al. 2012 og Parris 2012). Videre viser forskningen at det å være ektefelle øker kjansen for psykiske problemer. Enkelte funn tyder også på at det å være kvinne er forbundet med

større grad av psykiske problemer, men grunnet manglende statistisk signifikans ønsker jeg ikke å belyse dette nærmere.

Kristensen et al. (2012) sier at det å identifisere pårørende som er særlig utsatt for å utvikle psykiske problemer kan være en effektiv måte å bruke ressurser der det trengs mest. I den sammenheng kommer også rettferdighetsprinsippet, ikke skade-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) til sin rett.

### **5.2.2 Psykososiale behov i akutt krise**

Caplan (sitert i Hummelvoll 2012) påpeker at hvorvidt sorgprosessen blir gunstig eller ugunstig i stor grad avhenger av løsningsmønsteret den pårørende har i akutfasen. Både Eide og Eide (2011); Norup et al. (2012) og Verharen et al. (2015) påpeker at det å gi pårørende psykososial støtte i akutfasen er svært viktig for det videre forløpet. Psykisk førstehjelp i akutt- og reaksjonsfasen krever at sykepleier innehar moralsk sensitivitet og evner å se pårørendes behov til tross for at de ikke kan gi uttrykk for det. Videre er det viktig at sykepleier innehar evne til å forstå pasientens situasjon både gjennom emosjonell identifikasjon (affektiv empati) og faglig forståelse for pasientens situasjon gjennom kognitiv empati (Nortvedt 2012). McAdam og Puntillo (2009) fant at et individualisert og proaktivt kommunikasjonsmønster var effektivt for å redusere symptomer på PTSD og angst.

Aktuell forskning (Bailey et al. 2009; McAdam og Puntillo 2009; Kristensen et al. 2012; Parris 2012 og Norup et al. 2012) løfter frem at informasjon er et svært viktig behov for pårørende. Som tidligere nevnt kan det være problematisk for en person i krise å oppfatte informasjon som blir gitt. Parris (2012) foreslår bruk av faste og hyppige møter mellom helsepersonell og pårørende i rolige og skjermede omgivelser. I henhold til flere studier (Bailey et al. 2009; Parris 2012 og Verharen et al. 2015) er ærlig og konkret informasjon det viktigste for pårørende i akutfasen, noe som ifølge McAdam og Puntillo (2009); Kristensen et al. (2012) og Eide og Eide (2011) er gunstig for å realitets orientere den pårørende, og gjøre situasjonen mer oversiktlig og håndterbar, noe som bidrar til en gunstig sorgprosess og økt mestring.



I Bailey et al. (2009) fant man også en sterk sammenheng mellom pårørendes grad av tilfredshet med behandlingen og den opplevde kvaliteten på informasjonen de mottok, noe som i seg selv bidrar til mindre grad av lidelse. Dette kan også ses i sammenheng med velgjørenhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011).

I følge autonomiprinsippet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) skal man anerkjenne mennesket som et rasjonelt vesen med evne til kritisk selvrefleksjon, og se mennesket som et selvbestemmende vesen. Forskning på pårørendes behov for autonomi med tanke på hvordan de omgås pasienten før, under og etter døden viser at pårørende ønsker å bestemme dette selv (Parris 2012). Moralsk sensitivitet og skjønn som beskrevet i Nordtvedt (2012) poengterer at det er viktig å være åpen for andre menneskers erfaringer og subjektive opplevelser, samt å ta hensyn til den enkelte person og dens særtrekk.

Studier gjennomgått av Critchell og Marik (2007) viser at den store majoriteten av pårørende mener de selv burde ha rett til å bestemme hvorvidt de vil bevitne resuscitasjon av pasienten eller ikke. Likevel viser de samme studiene at ikke alle ønsker dette. Det er derfor viktig å finne ut av om dette er ønskelig for den enkelte. Critchell og Marik (2007) og Parris (2012) påpeker at mange helsepersonell har motforestillinger mot å ha pårørende tilstede under resuscitasjon grunnet frykt for at de blir hindret i arbeidet, eller at dette er for belastende for pårørende å bevitne. Disse motsetningene kan potensielt forsvares av begge parter og ses i lys av ikke skade-prinsippet og autonomiprinsippet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011). I Critchell og Marik (2007) finner man dog evidens for at pårørende ikke tar skade av å bevitne resuscitasjon dersom de selv ønsker det, samt at faren for at helsepersonell føler seg hindret i arbeidet kan elimineres gjennom utarbeiding av gode prosedyrer og opplæringsprogram for hvordan man håndterer pårørende under resuscitasjon. Både Critchell og Marik (2007) og Parris (2012) beskriver fordeler for pårørende i form av følelse av delaktighet og forståelse og mening, noe som også beskrives som viktige faktorer for gunstig kriseutvikling av Cullberg (2010) og Hummelvoll (2012).

I følge Bailey et al. (2009); Verharen et al. (2015) og Jacob et al. (2016) er graden av tilgjengelighet til pasienten svært viktig for pårørende. Tilgjengelighetsprinsippet

innebefatter også hvor velkommen de pårørende føler seg i avdelingen, og hvor imøtekommende, varme og omsorgsfulle helsepersonell som for eksempel sykepleiere er. Her kommer velgjørenhetsprinsippet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) til sin rett hvor det heter at sykepleiere skal vise omsorg for alle som lider, uansett årsak. Dette prinsippet er også lovbestemt i lov om helsepersonell (1999). Pårørendes behov må møtes på lik linje som pasientens, ettersom en krise vil påvirke også dem, og ikke bare pasienten (Eide og Eide 2011).

### **5.2.3 Behovet for videre oppfølging av pårørende**

I veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2016) står det at «Kriser, ulykker og katastrofer stiller store krav til hjelp og omsorg som gis til rammede i den akutte situasjonen og til den psykososiale oppfølgingen i tiden etter hendelsen ... ». I Rettferdighetsprinsippet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) heter det at når midler skal prioriteres, må man ta hensyn til samfunnets bruk av ressurser.

Funn i Parris (2012) og Verharen et al. (2015) viser at ikke alle pårørende har behov for langvarig oppfølging etter en psykologisk krise, og at dette ikke bør inngå som standardbehandling. Både Cullberg (2010) og Hummelvoll (2012) sier at mange vil klare å håndtere krisen ved hjelp av egne mestringsstrategier og ressurser.

Likevel viser funn fra litteratur og forskning at ikke alle klarer dette på egenhånd, og trenger videre oppfølging. McAdam og Puntillo (2009); Parris (2012) og Verharen et al. (2015) understreker at det er viktig å kartlegge pårørende for å avdekke risikofaktorer som kan gi indikasjon for henvisning til videre profesjonell oppfølging i form av for eksempel sosionom eller psykolog. Denne oppgaven har avdekket en rekke risikofaktorer for utvikling av psykologiske plager hos pårørende av traumepasienter. Parris (2012) peker særlig på mangel på sosial støtte som en viktig faktor. Verharen et al. (2015) viser en sammenheng mellom grad av behov for sosial støtte i akutfasen og behov for dette også i etterkant.

Også i denne sammenheng kommer sykepleiers evne til moralsk sensitivitet, samt affektiv og kognitiv empati inn som viktige faktorer for å identifisere pårørende med behov for

videre oppfølging. Om mulig kan det være et alternativ å utarbeide en kartleggingsprosedyre som utføres av sykepleier for å avdekke behov for videre oppfølging hos pårørende. Både Parris (2012) og Verharen et al. (2015) sier at det er viktig at pårørende opplyses om de støtteordninger som finnes, og dette er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

### **5.3 Konklusjon**

Kort og konkret viser informasjonen som er innhentet at det fins en høy tilstedeværelse av psykiske lidelser av ulik art hos pårørende av traumepasienter. Det har også blitt kartlagt hvilke risikofaktorer som spiller inn i forhold til hvordan og i hvilken grad psykiske lidelser manifesterer seg hos den pårørende. Funn tyder på at behov for konkret og ærlig informasjon, tilgang til pasient og helsepersonell, og pårørendes autonomi i avgjørelser er svært viktig å ta med seg når man som sykepleier gir pårørende psykisk førstehjelp etter at en nær person i deres liv er alvorlig skadd eller død. En gunstig tilnærming til den pårørendes psykososiale behov kan potensielt bidra til å redusere kompliserte og forlengede sorgprosesser og psykisk lidelse.

Funnene i dette systematiske litteraturstudiet viser at det er viktig med systematisk og individuell kartlegging av pårørende. Det er svært viktig at man som sykepleier er innforstått med at pårørende også trenger oppfølging, og at man innehar kunnskap om omsorgsetikk og -moral, samt innehar nødvendig faglig kunnskap for å vurdere pårørendes oppfølgingsbehov.

Det har under gjennomgangen av aktuell litteratur kommet frem at forskning på konsekvenser av den aktuelle problemstillingen stort sett er gjort på individnivå, og over et relativt kort tidsrom. Det fins derfor hull i kunnskapen om hvordan krisen påvirker familier som helhet, og hvordan sorgprosessen utarter seg over lengre tid. Videre forskning bør derfor ha fokus på å belyse disse temaene.

## 6.0 Litteraturliste

- Bailey, JJ. Sabbagh, M. og Loisel, CG. m.fl. (2009). Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical care nursing*. 26(2), s. 114-122.
- Critchell, CD. og Marik, PE. (2007). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature. *American journal of hospice & palliative medicine*. 24(4). s. 311-317.
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, H. og Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokforlaget natur & kultur.
- Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet. [Online]. Lastet ned 12. april 2016, fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/mestring-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om lover for helsepersonell.
- Hummelvoll, JK. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.
- Jacob, M. Horton, C. og Rance-Ashley, S. (2016). Needs of patients' family members in an intensive care unit with continuous visitation. *American Journal of Critical Care*. 25(2), s. 118-125.
- Kristensen, P. Weisæth, L. og Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 75(1). s. 76-97.

- McAdam, JI. og Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American journal of critical care*. 18(3). s. 200-209.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [Online]. Lastet ned 3. april 2016, fra:  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Norup, A. Welling KL. og Quist, J. m.fl. (2012). Depression, anxiety and quality-of-life among relatives of patients with severe brain injury: The acute phase. *Brain injury*. 26(10), s. 1192-1200.
- Parris, RJ. (2012). Initial management of bereaved relatives following trauma. *Trauma*. 14(2), s. 139-155.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.
- Verharen, L. Mintjes, J. og Kaljouw, M. m.fl. (2015). Psychosocial needs of relatives of trauma patients. *Health and Social Work*. 40(3), s. 233-238

## Vedlegg 1: skjema for søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
traumatic AND sudden death OR ( ptsd or post traumatic stress disorder ) AND bereavement <b>Filter:</b> - Nyere en 2010 - Full tekst	05.03.16	CinahlComplete	79	20	9	1
trauma AND relatives <b>Filter:</b> - Nyere en 2010 - Peer reviewed	05.03.16	CinahlComplete	636	37	8	1
ptsd AND traumatic death OR sudden death AND family OR relatives OR spouses <b>Filter:</b> - Nyere en 2010 - Full tekst <b>Major subject:</b> - family - bereavement	04.04.16	CinahlComplete	18	9	5	1
families AND ICU <b>Filter:</b> - Nyere en 2010	05.04.16	ScienceDirect	283	17	7	1
((family) AND presence) AND resuscitation <b>Filter:</b> -Nyere en 10 år -Review	06.04.16	PubMed	24	15	13	1
TI family AND TI intensive care unit <b>Filter:</b> -Nyere en 2010	06.04.16	CinahlComplete	160	34	7	1
TI family AND TI symptoms AND TX trauma <b>Filter:</b> -Nyere en 2005	06.04.16	CinahlComplete	27	5	5	1
TI relatives AND TX severe injury AND TX depression OR TX anxiety <b>Filter:</b> -Nyere en 2010 <b>Major subject</b> - Family	07.04.16	CinahlComplete	772	8	5	1

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Bailey, JJ. Sabbagh, M. og Loisel, CG. m.fl. (2009). Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. <i>Intensive &amp; Critical care nursing</i> , 26(2), s. 114-122.	Det at pårørende får adekvat informasjon under pasientens opphold på intensivavdeling kan potensielt forebygge psykiske plager som angst og stress, og gjør at de bedre kan være tilstede for pasienten. Studiens hensikt er å kartlegge pårørendes oppfattelse av informativ støtte, stress, angst og deres oppfattelse av pleie for å utarbeide bedre retningslinjer for informativ støtte.	Information needs; Anxiety; Consumer satisfaction; Critical care; Family centered care	Studien foregår i en medisinsk og kirurgisk intensivavdeling i Montreal. Studien samler data fra 29 familiemedlemmer ved hjelp av selvrapporteringsskjema. Inklusjonskriterier var >18år, i stand til å lese engelsk eller fransk, ved god nok helse til å delta og at de var pårørende. Man kartla pasientenes og pårørendes karakteristikk ved hjelp av et selvrapporteringsskjema. Man kartla grad av informativ støtte, angst og tilfredshet med pleien, samt undersøkte sammenhengen mellom disse	Studien fant en statistisk signifikant sammenheng mellom pårørendes opplevde grad av informativ støtte og tilfredshet med behandlingen. Man fant ikke en statistisk signifikant sammenheng mellom pårørendes opplevde grad av informativ støtte og opplevd stress og angst. Sistnevnte avviker fra andre studier på området, men det konkluderes med at det lave utvalget kanskje ikke var stort nok til å gi statistisk signifikante resultater. En annen grunn kan være det faktum at en relativt stor andel av pasientene var på planlagte innleggelser. Dette understreker viktigheten av å forstå at pasientens innleggesesgrunn er relevant for hvordan man forholder seg til pårørende. Studien har også svakheter i form av lavt og ensidig utvalg.	Studien er hovedsakelig relevant fordi den understreker at informativ støtte er viktig for pårørende, og at dette har mye å si for hvordan pårørende opplever oppholdet på avdelingen. Den viser også hvilken type informasjon og støtte som er viktigst for dem.

### Vedlegg 3: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Critchell, CD. og Marik, PE. (2007). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature. <i>American journal of hospice &amp; palliative medicine</i> . 24(4). s. 311-317.	Studien har som hensikt å belyse hvorvidt pårørende bør få bevitne resuscitasjon eller ikke. Ofte er det praksis at pårørende eskorteres ut av rommet under en slik prosedyre grunnet frykt for psykologisk traume hos den pårørende eller hindring av helsepersonell, men det fins en del forskningsbasert kunnskap som tyder på at disse antakelsene er grunnløs, og at det tvert imot kan være av hjelp for å takle sorgprosessen hos de pårørende.	Resuscitation, CPR, family presence, death, grieving, hospital policy	Studien er en reviewartikkel som tar for seg en omfattende mengde eksisterende forskning rundt fordeler og ulemper med at pårørende bevitner resuscitasjon. Studien tar for seg artikler som omhandler voksne pårørende.	Man fant at den store majoriteten av pårørende mener de burde ha rett til å være til stede dersom de ønsker det, men at ikke alle ønsker dette, og at det derfor er viktig å ikke presse pårørende til dette, men tilby muligheten. Man finner også at tilstedeværelse ved resuscitasjon potensielt kan hjelpe pårørende med å takle sorgen bedre. Man finner at hovedargumentene imot at pårørende bevitner resuscitasjon går på at helsepersonell får prestasjonsangst og har frykt for å bli hindret i sitt arbeide. Videre er det noen som mener at det kan gå på bekostning av taushetsplikt og pasientens rettigheter. Man finner overveldende for at helsepersonells frykter er grunnløse, og at problemene kan løses med gode rutiner, opplæring og prosedyrer. Man fant at det var viktig at alle parter er enig i at den pårørende skal være tilstede. Forslag til å oppnå en god ordning rundt problematikken er å kun tillate et begrenset antall nære pårørende tilstede, kartlegge deres evne til å takle tilstedeværelsen i forkant, trene opp helsepersonell til å ta seg av pårørende under og etter prosedyren, samt å avklare eventuelle misoppfatninger og motforestillinger helsepersonell måtte ha mot å la pårørende være tilstede, slik at man oppnår en konsensus hos de ansatte om rammene som gjelder. I tillegg bør det være fokus på å om mulig finne ut hva pasienten selv ønsker i forkant.	Studien er relevant for min oppgave fordi den belyser et viktig aspekt av hvordan helsepersonell forholder seg til pårørende av traumepasienter. Spørsmålet om pårørende skal få være tilstede under resuscitasjon kan fort bli aktuelt rundt denne pasientgruppen, og denne studien belyser på en grundig måte argumenter både imot og for, og kommer med forslag til hvordan man best løser problemstillinger og hvordan praksis bør være.



#### Vedlegg 4: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Jacob, M. Horton, C. og Rance-Ashley, S. (2016). Needs of patients' family members in an intensive care unit with continuous visitation. <i>American Journal of Critical Care</i> . 25(2), s. 118-125.	Pårørende av intensivpasienter er utsatt for en stor psykologisk belastning, og tidligere studier tyder på at informasjon og tilgang til pasienten er svært viktig for pårørende. Studiens hensikt er å undersøke i hvilken grad pårørendes behov ble møtt i en intensivavdeling hvor de hadde fri tilgang til pasienten, og et eget privat område kun for pårørende.	Intensive care units, visitors to patients, family needs assesment	Studien ble utført i en nevrologisk intensivavdeling i Georgia, USA. Et undersøkende deskriptivt design ble brukt for å kartlegge pårørendes behov. De pårørende ble studert over en periode på 2 måneder. Inklusjonskriteriene var at den pårørende var mentalt kompetent, og var et familiemedlem, en viktig person i pasientens liv eller nær venn. 55 pårørende ble tilbudt deltakelse, hvorav 51 deltok og 45 fullførte hele studien. Pårørende var mellom 21 og 86 år, 86% var kvinner og 40% var ektefelle av pasienten. 62% bodde med pasienten og 55% var ofte sammen med pasienten. 71% av familiemedlemmer hadde brukt nesten all tid i avdelingen hos pasienten, og ikke på pårørenderommet. Tre ulike spørreskjema ble brukt for å vurdere pårørendes behov. I tillegg til denne kvantitative kartleggingen var det også et kvalitativt aspekt i form av mulighet for å komme med egne supplerende kommentarer. Man brukte statistisk analyse for å kartlegge hvilke behov som var viktigst og ble møtt i størst grad. Studien har svakheter i form av at den kun undersøkte pårørende som tilbragte mye tid med pasienten. I tillegg ble studien utført i en avdeling med personale som var svært imøtekommende ovenfor pårørende.	Man fant at de viktigste behovene for pårørende var informasjon om pasienten, å besøke pasienten, å bli gitt håp, hyppige møter med lege og det å være sikker på at pasienten fikk den beste pleien som var mulig. Disse funnene samsvarer med funn i tidligere studier, også i studier gjennomført i andre typer intensivavdelinger. De minst viktige behovene var deres egne fysiske behov og grad av egen komfort. Man fant at de pårørende var svært fornøyd med hvor velkommen de følte seg i avdelingen, og at de opplevde høy grad av respekt for pasient og pårørende fra sykepleiere og leger. Man fant at pårørende ikke var fornøyd med hyppigheten av møter med leger. Jevnt over så man at de pårørendes behov ble møtt i stor grad. I tidligere studier hvor pårørendes behov var de samme, men avdelingen ikke tillot fri besøkstid ble ikke pårørendes behov møtt i like stor grad. Dette tyder på at fri tilgang til pasienten er et viktig aspekt for pårørende. Studien konkluderer med at en liberal besøkspolicy og at god kontakt og relasjon med helsepersonell er viktig for å møte pårørendes behov.	Studien er relevant for min oppgave fordi den beskriver pårørendes behov, samt viser hvordan disse i stor grad kan møtes gjennom en liberal besøkspolitikk, en tilrettelagt avdeling og at helsepersonell som for eksempel sykepleier er tilstede, informative, støttende og imøtekommende.

## Vedlegg 5: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Kristensen, P. Weisæth, L. og Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. <i>Psychiatry: Interpersonal &amp; Biological Processes</i> . 75(1). s. 76-97.	En reviewartikkel som tar for seg konsekvensene av å oppleve et voldsomt og/eller plutselig tap. Den undersøker også risikofaktorer for å utvikle kompliserte og forlengede sorgprosesser, og mulige fordeler med å tilby pårørende informasjon, behandling og psykologisk bistand, og hvilken type tilnæringsmetode som er ønskelig.	Bereavement, Mental health, personal loss, mental disorders	Studien er en allmenn litteraturstudie som tar for seg en omfattende mengde eksisterende forskning rundt sorg og psykiske lidelser hos pårørende etter plutselige og/eller voldsomme dødsfall, samt hvilke behandlings- og tilnæringsmetoder som er ønskelig.	Studien finner at det er høy prevalens av psykiske lidelser som angst, stress, depresjon og kompliserte sorgprosesser hos pårørende som mister en nær person gjennom plutselig og voldsom død. Særlig finner man at dette kanskje er den vanligste grunnen til utvikling av PTSD hos mennesker. Studien viser at slike følger er mye vanligere etter voldsomme og plutselige dødsfall sammenlignet med naturlige dødsfall, samt at rekonvalesenstiden er lengre. Plutselige og voldsomme dødsfall fører til et psykologisk sjokk hos pårørende, og gjør det vanskelig for dem å ta inn over seg hva som har skjedd og se mening i det. Videre kan voldsomme dødsfall føre til at kroppen er lemlestet, noe som kan hindre den pårørende i å se kroppen eller gjøre dette belastende. Man konkluderer med at den aktuelle pårørendegruppen krever at helsepersonell som for eksempel sykepleier forholder seg til den pårørende på en annen måte. Det primære fokuset i akutfasen bør være å gi konkret og ærlig informasjon, og la pårørende se den avdøde og/eller stedet hvor dødsfallet skjedde, noe som bidrar til å realitets orientere den pårørende og sette i gang en gunstig sorgprosess. Mangel på dette kan føre til lavere grad av tilpasning hos den pårørende senere i forløpet. Videre finner man at det ikke finnes bevis for at psykologisk støtte har god effekt i akutfasen, og at dette ikke er indisert for alle pårørende, men kan være nyttig for de som utvikler kompliserte sorgprosesser. Studien finner hull i litteraturen, særlig med tanke på hvordan voldsomme og plutselige tap påvirker familier som en helhet. Man ser også en mangel på studier som undersøker pårørende i det lange løp. Det er også behov for mer forskning på hvilke intervensjoner som er mest effektiv for å legge grunnlaget for en gunstig sorgprosess.	Studien er svært relevant for min oppgave fordi den belyser mange viktige aspekt av plutselige og/eller voldsomme dødsfall, og hvordan det påvirker pårørende. Den viser prevalens av psykiske lidelser, risikofaktorer for disse, hvilke behandlingsmetoder og intervensjoner som er effektiv, samt viser hvilke hull som fins i dagens forskning.

## Vedlegg 6: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
McAdam, JI. og Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. <i>American journal of critical care</i> . 18(3). s. 200-209.	Den systematiske litteraturstudien slår fast at sykepleie til pårørende av alvorlig syke intensivpasienter er en viktig del av å oppnå en holistisk pleie. Pårørende er utsatt for psykiske reaksjoner som stress, angst og depresjon. Studien tar sikte på å avdekke prevalensen av slike psykiske reaksjoner og risikofaktorer for disse gjennom en systematisk gjennomgang av aktuell forskning.	ICU, spouses, family – psychosocial factors, trauma, grief, stress, anxiety, depression, bereavement	Den aktuelle forskningen ble funnet gjennom et systematisk litteratursøk av databasene Cinahl, PubMed og PsycInfo. Søkeord var bla. family, signs and symptoms, stress, anxiety, depression, critical care, intensive care, end-of-life, palliative care, coping og experiences. Man brukte ingen filter med tanke på publikasjonsdato fordi all forskning av denne typen er av relativt ny dato. Man begrenset søket til engelske artikler, og artikler som omhandlet voksne pårørende. Man søkte også i litteraturlister for aktuelle artikler. Resultatet ble 18 artikler som møtte kriteriene. Svakheter i enkeltstudier inkluderer mangel på stort utvalg og manglende beskrivelse av pasientenes tilstand. En annen svakhet er at mange av studiene ble utført i andre land, og overføringsverdien kan derfor diskuteres. Videre var de fleste studiene fokusert på pårørende av pasienter som ikke var i ferd med å dø på studietidspunktet.	Funnene fra alle de kvantitative studiene tilsier at det fins en høy prevalens av angst, stress, PTSD og depresjon hos pårørende av den aktuelle pasientgruppen. Resultatet fra de kvalitative studiene viser at pårørende og deres familier opplever negative følelser og stressende faktorer som kan påvirke relasjonene i familien. Man finner risikofaktorer som kan bidra til økt kjanse for å utvikle nevnte problemer. Man konkluderer med at man som helsepersonell må kartlegge risikofaktorer, og eventuelt henvise til aktuelle støtteordninger dersom dette skulle være nødvendig. Man finner også at et viktig aspekt for pårørende er å få adekvat informasjon i akutfasen, og at dette kan bidra til å redusere stress og angst. Videre er relasjonen helsepersonell og pårørende imellom en viktig faktor.	Oppgaven er relevant for oppgaven fordi den undersøker prevalens av angst, depresjon, stress og PTDS hos pårørende av intensivpasienter. Den drøfter også intervensjoner og tiltak som antas å ha effekt for å forhindre dette. Den har en viss svakhet i at den ikke hovedsakelig fokuserer på døende pasienter eller traumepasienter, men det vurderes slik at aktuelle symptomer vil gjør seg desto mer gjeldende for denne pårørendegruppen.

## Vedlegg 7: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Norup, A. Welling KL. og Quist, J. m.fl. (2012). Depression, anxiety and quality-of-life among relatives of patients with severe brain injury: The acute phase. <i>Brain injury</i> . 26(10), s. 1192-1200.	Studiens hensikt var å undersøke den emosjonelle statusen til pårørende av pasienter med alvorlig hjerneskade i akuttfasen. Videre ønsket man å kartlegge risikofaktorer for utvikling av angst og depresjon og nedsatt livskvalitet.	Emotional distress, neuro- intensive care unit, family, severe brain injury, relatives, anxiety, depression, quality-of-life	Pårørende ble invitert til å delta i studien mellom 2005-2009. Pårørende ble definert som foreldre, søsken, samboer, ektefelle, barn, eller kjæreste. Kun pårørende av alvorlig skadde pasienter med 3-9 i score på Glasgow coma scale ble inkludert. Pårørende som ikke snakket dansk, hadde psykisk lidelse eller progressiv hjernesykdom ble ekskludert. Dette resulterte i 45 deltakere i studien. Deltakerne svarte på spørreskjema vedrørende deres emosjonelle status samt grad av depresjon og angst. Man kartla også alvorlighetsgraden av sykdom hos de aktuelle pasientene. Studien har svakheter i form av lavt og ensidig utvalg, samt at den er gjort på én sykehusavdeling. Det at det var et stort sprang i alder både hos pasienter og pårørende kan også ha hatt innvirkning på resultatet. Tidligere livshistorie hos pårørende ble heller ikke kartlagt.	Studien fant at 53% av deltakerne høyt på angst, og at 69% scorete høyt på depresjon. Man fant også at pårørende hadde nedsatt livskvalitet. Man fant en positiv sammenheng mellom graden av skadealvorlighet hos pasienten og psykiske lidelser hos pårørende. Man fant ikke sammenheng mellom den pårørendes relasjon til pasienten og emosjonelt stress som i tidligere studier, men dette kan skyldes et ensidig utvalg som mangler statistisk signifikans. Man fant heller ikke sammenheng mellom grad av samtale med helsepersonell og emosjonelt stress, men dette kan skyldes at den aktuelle avdelingen hadde fri besøkstid.	Studien er relevant fordi den viser at det er høy prevalens av psykiske plager hos pårørende av pasienter med alvorlig hodeskade. Den er også relevant fordi den viser en sammenheng mellom alvorlighetsgrad av skade hos pasienten og pårørendes emosjonelle tilstand, noe som kan si noe om hvilke pårørende som har ekstra behov for oppfølging. Studien viser at det er viktig å minimalisere psykiske plager hos pårørende i akuttfasen, og gir også forslag til hvordan dette kan gjennomføres.

## Vedlegg 8: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Parris, R.J. (2012). Initial management of bereaved relatives following trauma. <i>Trauma. 14(2)</i> , s. 139-155.	Personale i akuttavdelinger på sykehus kommer i kontakt med pasienter som dør svært ofte. Dødsfallene er ofte traumatiske, plutselige og rammer ofte yngre personer. Hvordan helsepersonell forholder seg til disse pasientenes pårørende kan ha stor betydning for hvordan de pårørendes sorgreaksjon og sorgprosess arter seg. Studien tar sikte på å finne ut hvordan man kan optimalisere den psykiske førstehjelpen man som helsepersonell gir til de etterlatte.	Bereavement, trauma, sudden death, emergency department, emergency medicine	Studien er en review-artikkel som tar for seg en omfattende mengde aktuell forskning, og tar sikte på å drøfte hvilke problemstillinger og tiltak som er aktuelle i forhold til å ivareta pårørende til pasienter som lider en voldsom, traumatisk eller plutselig død. Sentrale temaer er <i>sorg og tap, generelle retningslinjer for omsorg til pårørende, kommunikasjon, pårørendes tilstedeværelse under resuscitasjon, organdonasjon, og oppfølging av pårørende i etterkant.</i>	Sentrale funn i studien er at pårørende har en forhøyet risiko for en abnormal sorgprosess med psykiske sekveler som depresjon og PTSD-syndrom når en av deres nærmeste dør en plutselig eller traumatisk død. Den beskriver også symptomer på aktuelle psykiske lidelser. Det fastslås at kommunikasjon er et viktig aspekt, og det gis også anbefalinger til hvordan helsepersonell bør kommunisere med de etterlatte. Studien finner at det er viktig at man som helsepersonell gir pårørende mulighet til selvbestemmelse med tanke på delaktighet i forkant, etterkant og etter pasientens død, og at man ikke tar valg på deres vegne. Studien finner også at det er behov for at akuttavdelinger må finne tid til omsorg for pårørende trass i en hektisk hverdag samt drive undervisning og utarbeide gode prosedyrer for hvordan dette gjennomføres. Det slås fast at det fortsatt finnes store hull i forskningen med tanke på hvordan man som helsepersonell bør forholde seg til pårørende av traumepasienter.	Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den kaster lys over sentrale aspekt av det å følge opp pårørende av traumepasienter. Man har i denne artikkelen både undersøkt prevalensen av psykiske problemer hos de pårørende, samt drøftet tiltak som kan være gunstig for å redusere disse og bidra til å ivareta de pårørende på best mulig måte i ulike deler av forløpet.

## Vedlegg 9: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Verharen, L. Mintjes, J. og Kaljouw, M. m.fl. (2015). Psychosocial needs of relatives of trauma patients. <i>Health and social work. 40(3)</i> , s. 233-238.	I behandlingen av pasienter som har lidd et fysisk traume er hvordan man forholder seg til pårørende et viktig aspekt. Dette er viktig både fordi de pårørende også lider og ofte må hanskes med alvorlige konsekvenser på flere arenaer på grunn av situasjonens art, men også fordi at pårørende er en viktig ressurs for pasienten. Hensikten med studien var å kaste lys over de pårørendes psykososiale behov, hvorvidt disse behovene ble møtt, og om de pårørende dro nytte av tiltakene som ble gjort. Spesielt i forhold til tiltak gjort av sosialarbeidere, men også i forhold til medisinsk personell.	Hospitals, psychosocial assistance, relatives, trauma care	Studien er delt opp i 3 mindre studier. <b>I den første studien</b> svarer deltakerne på 24 punkter vedrørende deres behov jfr. den nederlandske versjonen av «Critical Care Family Needs Inventory». I tillegg ble det lagt til 11 ekstrapunkter etter drøfting med sykehusets sosialarbeidere. Disse 35 punktene deles inn i 3 kategorier: <u>Tilgjengelighet</u> innebærer at de pårørende har tilgang til pasienten når de måtte ønske det, at de har tilgang til leger og sykepleiere for informasjon og at helsearbeidere gjør at de pårørende føler seg velkommen i posten. <u>Informasjon</u> innebærer informasjon om den medisinske behandlingen, det medisinske utstyret, overføring av pasienten, besøkstider, og tid for spørsmål. <u>Støtte</u> innebærer behovet for tilstedeværelsen av en profesjonell under det første møtet med pasienten, behovet for at noen kan snakke med dem om følelser og opplevelsen av situasjonen og for kontakt med venner og bekjente samt profesjonell støtte.	<b>I den første studien</b> viste resultatene viste at punkter innenfor temaene «tilgjengelighet» og «informasjon» var de aller viktigste for de pårørende de første 72 timene etter innleggelse, dernest «endringer i tilværelsen og kompetanseorientert veiledning» samt «konkret og informativ veiledning», med kategorien sosial støtte som den minst viktige. To uker etter innleggelse så man en endring i de pårørendes behov i form av at «endringer i tilværelsen og kompetanseorientert veiledning» samt «konkret og informativ veiledning» hadde en økning i viktighetsgrad og dermed havnet på andre og tredjeplass bak «tilgjengelighet» med «informasjon» og «støtte» på hhv. fjerde og femteplass. <b>I den andre studien</b> så man at de pårørende som mottok bistand fra sosialarbeidere hadde behov for emosjonell støtte, veiledning i forhold til endringer i tilværelsen og kompetanseorientert veiledning, konkret og informativ veiledning samt hjelp til kommunikasjonsproblemer med helsepersonell. De pårørende rapporterte mange positive resultater, i form av at de førte seg hørt og sett, støttet og forstått. Pårørende med behov for veiledning i forhold til endringer i tilværelsen og kompetanseorientert veiledning rapporterte at de følte seg i bedre stand til å takle situasjonen, fikk bedre oversikt og lærte seg å takle andres reaksjoner.	Studien er gjort med sosialarbeid som hovedtema, men er relevant for oppgaven fordi den viser hvilke behov som er viktig for pårørende av traumepasienter i ulike faser av pasientforløpet. Den viser også at mange pårørende har behov for videre bistand, noe sykepleier kan legge til rette for. Mange av punktene som utredes i studien, for eksempel hjelp til kommunikasjon med helsepersonell, emosjonell støtte, behov for tilgang til pasienten og det å føle seg velkommen på avdelingen samt god og konkret

		<p>Studien inkluderte pårørende av voksne pasienter med hodeskader, muskel/skjelettskader eller begge og med en score på 3 eller mer på «The Abbreviated Injury Scale». Deltakerne måtte også være 18 år eller eldre, og snakke nederlandsk. Intervjuene ble gjennomført ved 5 forskjellige sykehus i Nederland. Innen 72 timer ble 45 pårørende intervjuet, hvorav 26 ble intervjuet igjen minst 2 uker senere.</p> <p><b>I den andre studien</b> ble de pårørende som mottok bistand fra sosialarbeidere undersøkt, inkludert hvilken type bistand de fikk og effekten av denne. Data ble samlet gjennom grundige intervju av 10 pårørende inkludert de involverte sosialarbeiderne samt gjennomgang av journal.</p> <p><b>I den tredje studien</b> utarbeidet man et spørreskjema med fokus på behov, støtte og effekt med bakgrunn i resultatene fra de to første studiene samt på anbefalinger fra sosialarbeiderne. Spørreskjemaet ble sendt til 33 pårørende. Alle pårørende som mottok bistand fra sosialarbeidere i studieperioden ble inkludert. Studien har noen svakheter i form av et relativt ensidig og lite utvalg av deltakere. Videre bygger studien på pårørendes subjektive meninger.</p>	<p>Pårørende med behov for assistanse til å kommunisere med helsepersonell rapporterte at de følte de ble mer sett og hørt av leger og sykepleiere og bedret sin kommunikasjon med disse.</p> <p><b>I den tredje studien</b> ble spørsmålene på spørreskjemaet kategorisert inn i 4 grupper; «emosjonell støtte», «endringer i tilværelsen og kompetanseorientert veiledning», «konkret og informativ veiledning» samt «hjelp til kommunikasjon med helsepersonell». Gjennom studieperioden mottok 45 pårørende bistand fra sosialarbeidere. 33 av disse besvarte spørreskjemaet. Alle de 33 pårørende profiterte på bistanden i varierende grad og i forhold til ulike problemstillinger.</p> <p><b>Resultatene</b> viser at pårørende av traumepasienter har et behov for informasjon, tilstedeværelse og psykososial støtte. De fleste pårørende profiterte på psykososial støtte, i størst grad i form av generell støtte og hjelp til kommunikasjon med helsepersonell, og i mindre grad av konkret og informativ bistand. Studien viser at det er forskjell på hvilke pårørende som kan ha behov for å bli henvist til bistand fra sosialarbeidere. Om man sammenligner resultatene fra den første studien og den tredje studien finner man at emosjonell støtte var lite viktig for de pårørende i den første studien (hvor alle pårørende ble intervjuet) sammenlignet med den tredje studien (hvor man kun intervjuet de som mottok bistand), hvor dette var et viktig punkt. Dette impliserer at graden av behov for emosjonell støtte kan være et viktig observasjonspunkt for sykepleier i forhold til å legge til rette for videre bistand.</p>	<p>informasjon om pasientens tilstand og forløp, som alle scoret høyt på viktighetsgrad i den akutte fasen, er punkter som sykepleier i aller høyeste grad kan bidra til å optimalisere.</p>
--	--	---	--	--







