

## INNLEVERING AV EKSAMENSBE SVARELSE VED HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

<b>STUDIEPROGRAM:</b>	Bachelor i sykepleie
<b>EMNEKODE OG EMNENAVN:</b>	SYBA3900 Bacheloroppgave
<b>KULL/KLASSE:</b>	Kull 2015
<b>INNLEVERINGS DATO</b>	15. Mars 2018
<b>EMNEANSVARLIG</b>	
<b>EKSAMENSFORM:</b> (Kryss av)	
Hjemmeeksamen <input type="checkbox"/> Mappeeksamen <input type="checkbox"/> Prosjekteksamen <input type="checkbox"/>	
Individuell <input type="checkbox"/> Gruppe <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>KANDIDATNUMMER</b>	234 og 237
<b>ANTALL SIDER INKLUDERT FORSIDE/ANTALL ORD</b>	37 sider/ 9471 ord

## Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Iløpet av vårt studieløp har organdonasjon vært aktuelt ved gjentatte anledninger og dette har vekket interesse hos. Forskning viser at de aller fleste i utgangspunktet er positive til donasjon av organer, allikevel er det slik at en stor andel sier nei når de skal ta en avgjørelse på vegne av deres kjære. Oppgaven tar for seg sykepleierens funksjon i en donasjonsprosess med fokus på å imøtekomme pårørendes behov på best mulig måte.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren bidra til god ivaretagelse av pårørende i en organdonasjonsprosess med fokus på samtykke til donasjon?

Metode: Vi har gjennomført en litteraturstudie hvor problemstillingen belyses med relevant faglitteratur og forskning. Vi har totalt samlet 7 artikler, både kvalitative og kvantitative, som vi har benyttet oss av. I tillegg har vi hatt en uformell samtale med sentrale personer fra Rikshospitalet for å vurdere ressursmessige faktorer som er aktuelle for vår oppgave.

Resultater: Det kommer frem i samtlige artikler at flere faktorer er av betydning for pårørende i en donasjonsprosess. Relasjonen mellom sykepleier og pårørende er viktig for etableringen av trygghet og tillit, som igjen danner et grunnlag for utøvelsen av omsorg. Helsepersonellens kunnskap og erfaring med organdonasjon er betydningsfullt, men ikke alltid tilstrekkelig. At kompetansen ikke er fullverdig kan resultere i at helsepersonellet ikke er trygge nok i sin tilnærming, som igjen kan oppfattes som negativt av pårørende. Kontinuerlig informasjon om tilstand og forløp er for mange vesentlig da de lettere kan forsones seg med situasjonen. Dette er ifølge pårørende helt nødvendig da forståelse av stegene i donasjonsprosessen er av stor betydningen for deres beslutning.

Diskusjon: Faglitteraturen og forskningen vi har valgt å benytte oss av i denne oppgaven drøftes på bakgrunn av problemstillingen. Dette har vi valgt å gjøre tematisk under følgende overskrifter; hva slags omsorgsbehov har pårørende i en organdonasjonsprosess, hvordan tilnærme seg pårørende i en organdonasjonsprosess og hvilket behov for informasjon har pårørende?

# Innhold

1.0 Innledning .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven .....	4
1.2 Avgrensing .....	5
1.4 Begrepsavklaring .....	6
1.5 Oppgavens oppbygning .....	7
2.0 Metode .....	8
2.1 Litteraturstudie som metode .....	8
2.2 Litteratursøk .....	8
2.3 Kildekritikk .....	11
2.4 Forskningsetikk .....	12
3.0 Funn fra forskning .....	13
3.1 Omsorgen for pårørende .....	13
3.2 Tilnærmingen til pårørende .....	13
3.3 Informasjon til pårørende .....	14
4.0 Teori .....	16
4.1 Organdonasjon .....	16
4.1.1 Donasjonsprosessen .....	16
4.1.2 Hvem kan være donor? .....	17
4.1.3 Pårørende i organdonasjonsprosessen .....	17
4.2 Sykepleierens funksjon og ivaretagelse av pårørende .....	18
4.2.1 Den relasjonelle omsorgen .....	19
4.2.2 Den praktiske tilnærmingen til pårørende .....	20
4.2.3 Informasjon til pårørende .....	21
5.0 Drøfting .....	24
5.1 Hva slags omsorgsbehov har pårørende i en organdonasjonsprosess? .....	24
5.2 Hvordan tilnærme seg pårørende i en organdonasjonsprosess? .....	25
5.3 Pårørendes behov for informasjon .....	29
6.0 Avslutning .....	33
7.0 Bibliografi .....	34

## 1.0 Innledning

De tre siste tiårene har det skjedd en stor utvikling innen transplantasjonsmedisin. Antall donasjoner har økt betraktelig fra 1990-tallet fra omkring 70 per år til 432 organer i 2009 (Lien, Albrechtsen, Bergrem, & Pfeffer, 2011, s. 210).

Suksessen har imidlertid også ført til økt etterspørsel av organer og i Norge i dag er det lange ventelister fordi denne etterspørselen er større enn det antallet donorer dekker. Det er dokumentert at mange i utgangspunktet er positive til organdonasjon, men at flere allikevel velger å si nei når de står i en situasjon hvor de må ta et valg på vegne av et familiemedlem (Stiftelsen Organdonasjon, 2018). Med organdonasjon menes at mennesker som dør av en irreversibel sykdom eller skade mot hodet gir mulighet for donasjon av resterende og velfungerende organer. Disse organene kan være med på å redde livet til et eller flere livstruende syke mennesker (Bakkan, Myrseth, Kongshaug, Relbo, & Grov, 2015, s. 502-503).

Årsakene til at pårørende sier nei kan være mange. Flere av forskningsartiklene som presenteres i denne oppgaven sier at god ivaretagelse av pårørende og deres behov i denne situasjonen er av betydning for beslutningen. Denne oppgaven tar for seg hvordan sykepleieren kan bidra til god ivaretagelse av pårørende med fokus på samtykke til donasjon.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven

Temaet organdonasjon er valgt på bakgrunn av at transplantasjon har vært et belyst tema ved gjentatte anledninger under studietiden vår, og dette har vekket interesse hos oss. Som nevnt ovenfor øker etterspørselen etter organer. Vi ønsker å utforske hvordan sykepleiere kan bidra til god ivaretagelse av pårørende som skal ta beslutningen. Vi vil se på hva slags innvirkning helsepersonellens kunnskap og utøvelse av omsorg overfor pårørende har på denne avgjørelsen.

Rammeplanen for bachelor i sykepleie sier at vi skal kunne møte pårørende med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det er betydningsfullt å observere, vurdere samt gjennomføre og evaluere pleie og omsorg til pårørende. Nødvendigheten omkring å informere og veilede om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død er også vektlagt. Sykepleieren skal etter fullgått studieløp ha handlingskompetanse til å vise respekt og omsorg for pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Den teoretiske rammen for oppgaven er bygget opp med utgangspunkt i fakta om organonasjonsprosessen og Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer. Deler av Kari Martinsens omsorgsteori og Dag-Gunnar Stubberuds sammenfatning av behov som anses som viktige for pårørende til en intensivpasient er også sentrale. Martinsen beskriver omsorgsbegrepet med vekt på relasjon og gjensidig tillit og Stubberud påpeker pårørendes behov for støtte, trygghet og informasjon i en akutt situasjon (Nortvedt, 2012 s. 54; Stubberud, 2010 s. 79).

På bakgrunn av tematikken og innhentede forskningsresultater har vi formulert følgende problemstilling

*«Hvordan kan sykepleieren bidra til god ivaretagelse av pårørende i en organonasjonsprosess med fokus på samtykke til donasjon?»*

## **1.2 Avgrensing**

Forskning belyser flere viktige faktorer som er av betydning for ivaretagelsen av pårørende i en organonasjonsprosess. Familiens og pasientens standpunkt, samt kultur og religion er forhold som kan ha betydning for beslutningen, noe som sykepleieren verken har innvirkning på eller rett til å uttale seg om. Oppgaven er derfor begrenset ved å definere begrepet *ivaretagelse* gjennom utøvelsen av omsorg, tilnærmingen til pårørende og tilstrekkelig informasjon da dette er gjennomgående begreper som i forskning og faglitteratur viser seg å være viktig for pårørende i denne situasjonen. I møte med pårørende i en organonasjonsprosess kan sykepleieren møte

mange etiske problemstillinger. Vi har valgt å trekke frem noen av Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer, men har begrenset oss til de vi mener er mest relevante for de tre momentene som inngår i vår definisjon av begrepet ivaretagelse; omsorg, tilnærming og informasjon til pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

## 1.4 Begrepsavklaring

Helsepersonell – Vi ønsker å avklare bruken av begrepet helsepersonell da dette er gjennomgående i oppgaven og i utgangspunktet kan brukes om flere yrkesgrupper i helsesektoren. Når begrepet imidlertid anvendes i denne oppgaven menes det leger og sykepleiere som er ansvarlige for den potensielle organdonoren.

Pårørende - Begrepet pårørende er definert gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven; “ den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-3b).

Ivaretagelse - Med ivaretagelse vektlegger vi i denne oppgaven utøvelsen av omsorg, tilnærming ved støtte og tryggende atferd som gir utgangspunkt for en velbegrunnet avgjørelse, samt at det blir gitt tilstrekkelig med informasjon underveis i prosessen.

Opphevet sirkulasjon til hjernen - Begrepet opphevet sirkulasjon til hjernen er definert gjennom Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev §2. (Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2015, §2.)

«En person er død når det foreligger sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen med et komplett og irreversibelt opphør av alle funksjoner i storehjerne, lillehjerne og hjernestamme. Varig hjerte- og åndedrettsstans er sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen.» (Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2015, §2.)

Dette er en faglig betegnelse, men det kan tenkes at «hjernedød» brukes som et dagligdags begrep for de som ikke har en medisinsk bakgrunn.

Samtykke- Med dette begrepet mener vi i denne oppgaven å si seg enig i eller godta at pasienten, deres kjære, skal donere organer for transplantasjon.

Andre sentrale begreper utdypes nærmere i teorikapittelet.

## **1.5 Oppgavens oppbygning**

Videre i denne oppgaven beskrives utførelsen av litteraturstudien i et metodekapittel med systematisk søk og kritisk vurdering av kildene. Relevante forskningsfunn presenteres deretter i et kapittel som vi har valgt å dele inn tematisk etter momentene vi har begrenset oppgaven til. Teorikapittelet som følger, inneholder relevant fagteori og det gis en innføring i hva organdonasjon er og hvordan prosessen foregår. Deretter beskrives sykepleierens funksjon i prosessen. Herunder presenteres de aktuelle yrkesetiske retningslinjene som vi har valgt å inkludere, samt relevante aspekter ved Martinsens omsorgsteori og Stubberuds sammenfatning av behovene til pårørende til en intensivpasient. Omsorg, tilnærming og informasjon er de sentrale faktorene som, ifølge mye av forskningen, er av betydning for pårørende og disse drøftes opp mot teorien i drøftingskapittelet før vi avslutningsvis kommer med en konklusjon.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Metoden er redskapet vi bruker for å samle inn dataene vi trenger til å undersøke det vi ønsker (Dalland, 2012 s. 111). Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2012, s. 111). Forskningsartiklene vi har valgt å bruke i denne oppgaven er basert på både kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2012 s. 113). Den kvantitative forskningen fanger opp det representative for sykepleieres erfaring med organdonasjon. Artiklene som baseres på kvalitativ metode fanger opp nyansene i større grad, og gir et innblikk i hvilke spesifikke faktorer som er av betydning for pårørende i en organdonasjonsprosess. Uansett hvilken metode en bruker vil en komme frem til funn, eller empirisk materiale, som sammen med teorien utgjør grunnlaget for drøfting av problemstillingen.

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie som baseres på skriftlige kilder (Dalland, 2012, s. 223). Det innebærer å samle inn litteratur, systematisere denne og vurdere den kritisk. Hensikten er å lage en oppdatert sammenfatning av kunnskapen som finnes på området som problemstillingen spør etter (Thidemann, 2015, s. 80).

### 2.2 Litteratursøk

I vårt søk etter relevant faglitteratur har vi lagt vekt på om artiklene er bygget opp etter IMRaD strukturen. Det vil si at de skal inneholde en innledning, metodedel, resultatdel og diskusjon (Dalland, 2012, s. 79). Vi har sett etter overskrifter som sier noe om hvordan organdonasjonsprosessen foregår i praksis, og lest abstrakter med tanke på vinklingen. Vi ønsket å finne empiri om både pårørendes og helsepersonellens opplevelse av prosessen for å få en forståelse av hvilke faktorer som har betydning for avgjørelsen om donasjon. Flere av artiklene sa noe om helsepersonellens kunnskap og tilnærming, og dette var med på å påvirke formuleringen av problemstillingen.



Vi startet med å benytte oss av databasene som ligger inne på Høgskolen i Oslo og Akershus sine nettsider. Første søk ble utført i databasen Pubmed der vi benyttet oss av søkeordene «organ donation», «relatives» og «decision making» samt at vi avgrenset søket med et tidsperspektiv på 5 år. Det kom opp 176 funn der vi leste gjennom sammendraget til 10 artikler. Det var kun første artikkel «Bereaved donor families' experiences of organ and tissue donation, and perceived influences on their decision making» vi valgte å inkludere i vår oppgave da fokuset var på pårørendes meninger og erfaringer. Artikkelen er skrevet av Sque M, Walker W, Long-Sutehall T, Morgan M, Randhawa G og Rodney A og ble først utgitt i 2018. Under kildene til denne artikkelen fant vi også flere som kunne være av betydning for vår oppgave. Vi valgte å inkludere artikkel nr 26, publisert i 2001, «Factors influencing families consent for donation of solid organs for transplantation» da vi har sett at forfatteren Siminoff har vært gjentakende samt at den også presenterer faktorer som er av betydning for pårørende.

Pårørendes erfaringer er noe som er veldig relevant for vår oppgave, vi utførte derfor et nytt søk i Pubmed med andre søkeord. Vi valgte noen ord som var gjentakende ved omtale om pårørende i de artiklene vi allerede hadde. Vi prøvde først et søk med ordene «donor families», «organ procurement» og «consent», men endte opp med 843 treff. Vi ville forsøke å snevre søket inn ved å bytte ordet «onsent» med et som kunne betegne pårørendes erfaring eller oppfatning. Vi søkte derfor på erfaring og oppfatning i MeSH, men de ga ingen treff. Derfor valgte vi å oversette ordene i Google translate. Erfaring ble oversatt til «experience». Ved å bytte ut «consent» med «experience» fikk vi opp 202 artikler. For å forsøke å snevre det inn enda mer byttet vi det ut med oppfatning som i Google translate ble oversatt til «perception», og vi fikk opp 47 artikler. Vi leste navn på forfattere og datoer med ønske om å finne en norsk artikkel som ikke var eldre enn ti år. Artikkel nr 10 var en norsk artikkel publisert i 2014. Den heter «Experiences of donor families after consenting to organ donation: A qualitative study» og er skrevet av Helene Berntzen og Ida Torunn Bjørk. Vi valgte denne fordi pårørendes opplevelse med organdonasjonsprosessen også var sentral i artikkelen.

Underveis i bachelorperioden hadde vi kontakt med en transplantasjonskoordinator ved Rikshospitalet. Hun rådet oss til å se om vi kunne finne noe relevant blant forskningsartiklene som var lagt ut på NOROD, Norsk ressursgruppe for organdonasjon, sin hjemmeside. Artiklene er systematisert under ulike kategorier og for vår oppgave var «Donor og pårørende på intensivavdeling» mest relevant. Blant de 20 artiklene som ligger ute leste vi samtlige for å identifisere hva hensikten med studiene var samt hvilke resultater som ble presentert. Ut ifra disse valgte vi å ta i bruk nr 9 «Why families deny consent to organ donation» publisert i 2002 og skrevet av Rachel West og Gayle Burr, nr 11 «Modifiable factors influencing relatives' decisions to offer organ donation: systematic review» publisert i 2009 og skrevet av Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS og Young JD samt artikkel nr 12 «Intensive care nurses perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey» skrevet av Meyer K, Bjork IT og Eide H i 2011. Disse tar for seg faktorene som er av betydning for samtykke til donasjon, helsepersonellens kunnskaper og ferdigheter rundt en organdonasjonsprosess.

Vi utførte også et søk i «Tidsskriftet Den Norske Legeforening» der vi brukte søkeordene «organdonasjon og "pårørende». Det ga 33 resultater med relevans av ulik grad. Ut ifra titlene valgte vi å raskt lese gjennom noen av sammendragene men konkluderte med å kun benytte oss av nr 11 «Organdonasjon og norske legers behov for opplæring» fra 2012. Artikkelen er skrevet av Eide H, Foss S og Mathisen JR og vi anser den som relevant da den identifiserer mangel på kunnskap hos helsepersonell i Norge.

Et inklusjonskriterium har vært at artiklene tar for seg organdonasjonsprosessen, enten i forhold til pårørendes erfaringer eller helsepersonellens erfaring og kompetanse. Noen av artiklene har presentert flere faktorer som er av betydning for donasjonsavgjørelsen, og vi har derfor vært nødt til å velge ut hvilke av resultatene som har vært av betydning for vår problemstilling. I utgangspunktet var et eksklusjonskriterium at artiklene ikke skulle overskride 10 år, men dette resulterte i færre treff. Noen av artiklene vi derfor har ansett som relevante er fra tidlig 2000-tallet. Nyere artikler trekker frem synspunkter som også er gjentakende i de eldre artiklene, derfor mener vi at de allikevel er aktuelle å ta i bruk.

## 2.3 Kildekritikk

Å være kildekritisk betyr å vurdere de utvalgte dataene med et kritisk øye med tanke på relevans, holdbarhet og gyldighet (Dalland, 2012, s. 73).

Temaet vi har valgt for denne oppgaven er ganske spesifisert og vi har slitt noe med å finne nok faglitteratur innenfor pensum til bacheloren. For å finne tilstrekkelig teori har vi tatt i bruk databasen Oria på helsefagbiblioteket der vi brukte søkeordet «organdonasjon». Resultatet var både faglitteratur, artikler og tidligere bachelor- og masteroppgaver. Meyer og Lien et al. har vært viktig for vår oppgave, da de aktuelle kapitlene er skrevet av leger, kirurger og sykepleiere med god erfaring innenfor organdonasjon (2015; 2011). For de underliggende temaene omsorg, informasjon og tilnærming har Eide og Eide, Nortvedt og Martinsen vært vesentlig (2007; 2012; 1989).

Når det kommer til forskningen vi har benyttet oss av fikk vi god hjelp av transplantasjonskoordinatorer ved Rikshospitalet. De hjalp oss med å finne mange kategoriserte artikler på NOROD sine hjemmesider, hvilket gjorde det noe lettere for oss å velge ut noen vi mener er relevante for vår oppgave. Allikevel var vi ekstra kritiske da vi gikk gjennom artiklene med tanke på oppbygging, forfatter og holdbarhet. I og med at vi ikke foretok et søk, men fant de på nettsiden ville vi forsikre oss om at de vi valgte var artikler som fulgte forskningsetiske retningslinjer.

Artiklene vi har funnet etter å ha utført systematiske søk i Pubmed valgte vi å ta med etter å ha sett etter relevans i tittelen og abstraktene. Ut ifra dette vurderte vi artiklene med tanke på troverdighet i form av hvem som har skrevet teksten, hvordan den er bygget opp, samt bruk av metode og hensikten med arbeidet. I tillegg har det vært av betydningen at praksisen som blir beskrevet i artikkelen er kunnskapsbasert. Utgangspunkt i IMRaD strukturen har vært av betydning for å kvalitetssikre at de er forskningsartikler. Flertallet av artiklene har vi oversatt selv da de er skrevet på akademisk engelsk. Gjengivelsen av innholdet er preget av tolkning og

forståelse og kan i noen grad være opphav til feilkilde.

Alle artiklene er retrospektive studier, og resultatene bærer preg av at pårørende har brukt tid på å tenke over hvilke faktorer de verdsatte og hvilke de savnet i situasjonen. Det at en får tid til å tenke mye i etterkant kan trolig føre til at en glemmer eller endrer oppfattelse av situasjonen, kanskje spesielt for en så akutt og trolig sjokkpreget situasjon. Dette er noe vi har tenkt over i utvelgelsen av relevante funn, men fordi det er vanskelig å finne studier av pårørende som står midt oppi situasjonen har vi ellers sett bort ifra denne problematiseringen.

## **2.4 Forskningsetikk**

Forskningsetikk er etiske overveielser en gjør i forskningsprosessen som bidrar til ivaretagelse av personvernet og sikrer troverdige resultater (Dalland, 2012, s. 94). Artiklene vi har valgt ut har IMRaD struktur og er fagfellevurdert, da de har fulgt forskningsetiske retningslinjer. Derfor foretar vi ingen ytterligere forskningsetisk vurdering av disse.

### 3.0 Funn fra forskning

Forskningen sier at det er svært viktig for pårørende å føle seg *ivaretatt* av personalet gjennom en organdonasjonsprosess for å få tid og rom til å ta en velbegrunnet avgjørelse om donasjon, og for å ta avskjed med pasienten på en ordentlig måte. Noen faktorer fremheves som spesielt viktige for denne ivaretagelsen; omsorg, tilnærming og informasjon. Vi vil presentere funn fra syv ulike forskningsartikler tematisk i denne resultatdelen.

#### 3.1 Omsorgen for pårørende

I en oversiktsartikkel fra 2009, med hensikt å kartlegge faktorer som kan bidra til å øke samtykkefrekvensen, kommer det frem at det er viktig for pårørende å føle at kvaliteten på omsorgen som utøves av personalet er god nok (Simpkin, A.L., Robertson, L.C., Barber, V. S. & Young, J. D.). En retrospektiv studie fra januar i år, basert på kvalitative intervjuer av pårørende til organdonorer, viser at flertallet av de etterlatte også mente det var viktig å føle seg ivaretatt med tanke på oppfølgingen de fikk underveis. Pasienten var av størst betydning, men tryggheten pårørende opplevde underveis ble grunnlaget for tilliten og tryggheten de følte for helsepersonellet (Sque, M., Walker, W., Long-Sutehall, T., Morgan, M., Randhawa, G. & Rodney, A., 2018). Helsepersonellets tilnærming og kunnskap var betydningsfullt for å etablere en relasjon bestående av tillit og trygghet (Simpkin et al., 2009; Sque et al., 2018).

#### 3.2 Tilnærmingen til pårørende

I en artikkel om norske legers behov for opplæring i kommunikasjon med pårørende konstateres det at ferdighetene og tidspunktet omkring forespørselen om organdonasjon kan påvirke samtykket (Eide, H., Foss, S., Mathisen, J. R., & Sanner, M., 2012). En artikkel skrevet av Laura A Siminoff fra 2001 tar for seg betydelige faktorer for samtykke. Den hevder at familier som hadde flere samtaler om temaet og som diskuterte temaet mer, også var mer sannsynlig å si ja til donasjon (Siminoff, L. A., Gordon, N., Hewlett, J. & Arnold, R. M., 2001). I studien fra januar i

år understreker pårørende viktigheten av at den som skal ta opp temaet har en rolig og nøytral fremtoning med en forsiktig og høflig holdning, og de hevder at helsepersonell med erfaring og god kunnskap om prosessen er best egnet til å kunne gjennomføre en slik tilnærming (Sque, M., et al., 2018). En oversiktsartikkel publisert i Australia i 2002 tar for seg ulike grunner til å nekte samtykke til donasjon. Den hevder at et samarbeid mellom personale i avdelingen og det som i artikkelen betegnes som medlemmer av OPO-personale (Organ procurement organisation) med spesialkompetanse er mest hensiktsmessig. Det begrunnes med at det kan dekke pårørendes behov for kunnskap og informasjon om selve prosessen, samt behovet for tillit og trygghet gjennom sykepleieren de allerede har et forhold til (West, R. & Burr, G., 2002).

To artikler fra Norge sier noe om helsepersonellens egne opplevelser av evner til å kommunisere med pårørende. Der konstateres behovet for opplæring og trening i hvordan å tilnærme seg pårørende med den hensikt å oppnå samtykke til donasjon (Eide et al. 2012; Meyer, K., Bjork, I. T. & Eide, H., 2011). Det kommer også frem at det er hensiktsmessig med lavterskel for diskusjon og refleksjon rundt prosessen for å utvikle kompetanse og den faglige praksisen (Meyer et al., 2011).

### **3.3 Informasjon til pårørende**

Mange pårørende mener kontinuerlig oppdatering om situasjonen til pasienten, samt informasjon om hva som skjer til hvilken tid er vesentlig. Noen fremhever det som viktig å forstå prosessen for å kunne forsone seg med beslutningen (Berntzen og Bjork, 2014). En norsk kvalitativ studie fra 2014, om donorfamiliers erfaringer rundt prosessen. Det fortelles om en dame som ringte barna sine for å fortelle at bestemoren deres var død ettersom personalet hadde sagt at sirkulasjonen til hjernen var fullstendig opphevet. Da hun senere kom inn og så sin mor være koblet til respiratoren, ringte hun tilbake til barna og sa at bestemoren ikke var død allikevel

(Berntzen & Bjork, 2014). Sønnen hennes påpekte at personalet kunne ha sagt noe som «vi behandler henne ikke lenger, men vi tar vare på organene hennes».

Ufullstendig informasjon om når og hvor det skulle tas avskjed ble en belastning for noen fordi de trodde de skulle se at respiratoren ble skrudd av og få ta farvel idet det skjedde. Et eksempel fra samme artikkel omhandler en dame som, i mangel på informasjon, trodde at hun skulle få være med når respiratoren til sønnen skulle slås av, slik hun var med sin egen mor da hun døde på intensivavdelingen. Da hun skjønner at hun må ta farvel imens sønnen fortsatt puster ved hjelp av respirator og ser levende ut synes hun det er svært vanskelig å gå fra ham (Berntzen & Bjork, 2014). Familier som opplevde å ikke forstå donasjonsprosessen og karakteristika for opphevet sirkulasjon til hjernen sier det bidro til skepsis til personalet og spørsmål om pasienten led under organuttaket (Berntzen & Bjork, 2014). I den kvalitative studien fra januar i år beskriver pårørende viktigheten av at informasjonen er klar og tydelig, at helsepersonellet er ærlig og ikke fremmer falsk håp (Sque et. al., 2018).

## 4.0 Teori

### 4.1 Organdonasjon

Organdonasjon er en prosess som gir en eller flere pasienter muligheten til å overleve alvorlige tilstander som fører til organsvikt. Et organ eller flere gis fra et menneske og blir transplantert til et annet (Jenssen, 2011, s. 590). Dersom en pasient blir vurdert til å være en potensiell donor kan han eller hun donere bort opp til syv organer, hjerte, to lunger, en bukspyttkjertel, to nyrer og en lever (Jenssen, 2011, s. 591). Det er kirurger og leger som tar den endelige avgjørelsen for om det kan utføres en organtransplantasjon, basert på medisinske opplysninger (Bakkan et al., 2015, s. 503). I gjennomsnitt gir hver donor 4,2 organer til dødssyke pasienter som er avhengig av transplantasjonsbehandling for å overleve (Lien et al., 2011, s. 210).

Vi vet at det i 1995 ble fremmet et forslag om å etablere organdonasjonsgrupper ved hvert enkelt donorsykehus for å skape en fastere struktur og planlegging av utførelse av organdonasjon. Disse skulle ha ansvar for fagutvikling og prosedyrer ved sykehuset (Lien et al., 2011, s. 206). Lien et al. skriver imidlertid at mange oppnevnte donoransvarlige leger fortsatt mangler ressurser for å få gjennomført oppgavene de er blitt pålagt (2006, s. 206). Flere donorsykehus har dannet tverrfaglige grupper med ansvar for organdonasjon og Ullevål sykehus har ansatt en donoransvarlig sykepleier (Lien et al., 2011 s. 207).

#### 4.1.1 Donasjonsprosessen

Prosessen oppstår i det en person blir utsatt for akutt og kritisk sykdom. Det kan enten være som følge av en ulykke eller en hjerneblødning av ulikt omfang. Pasienten blir fraktet til et sykehus med mulighet for å bli tilkoblet en respirator for å opprettholde sirkulasjon til øvrige organer (Bakkan et al., 2015, s. 502). Helsepersonellet vil i all hovedsak forsøke å redde pasientens liv, men ved de alvorligste skadene skal de ha alternativet om organdonasjon klart i minne (Meyer, 2015, s. 332). Etterhvert vil det foretas ulike kliniske og radiografiske undersøkelser som påviser opphevelse av sirkulasjon til hjernen. Totalt opphør betyr at pasienten ikke vil våkne igjen, og pasienten kan da være en aktuell donor (Bakkan et al., 2015, s. 503). Dersom pårørende



samtykker til donasjon vil pasienten fraktes til operasjonsstuen der de aktuelle organene blir operert ut og fraktet videre for transplantasjon.

Det skal legges til rette for en verdig syning for familien på et egnet rom med dempet belysning og blomster. Pasienten vil ligge i en ren seng, blek og død, som kan være første steg i sorgprosessen for pårørende (Meyer, 2015, s. 343-344). På denne måten får pårørende tatt avskjed før det arrangeres en helt vanlig begravelse etter familiens ønsker.

#### **4.1.2 Hvem kan være donor?**

Transplantasjonsmedisin har gjort det nødvendig å etablere en definisjon og regler for diagnostisering av døden til potensielle donorer (Bakkan et al., 2015 s. 502). Forutsetningen for å være organdonor er total opphevelse av sirkulasjon til hjernen (Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2016, §3). Diagnostiseringen foretas ved klinisk undersøkelse utført av to leger som ikke selv skal utføre det eventuelle transplantasjonsinngrepet. Det foretas en objektiv påvisning av opphevet blodtilførsel til hjernen ved cerebralt angiografi med røntgenkontrast (Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2016, §3; Bakkan et al., 2015, s. 502).

Tilstander som kan føre til total opphevelse av sirkulasjonen kan være generelle blødninger, tromber og embolier i hjernen, drukning og hodetraumer av ulikt omfang (Bakkan et al., 2015, s. 503). Det er ingen absolutt aldersgrense når det gjelder organdonasjon. Dersom pasienten er over fylte 18 år, og har gitt sitt standpunkt til sine pårørende skal pasientens ønske følges jfr. §7 i transplantasjonslova. Om pasienten er under 18 år er det pårørende, eller andre foresatte, som kan samtykke til donasjon (Transplantasjonslova, 2016).

#### **4.1.3 Pårørende i organdonasjonsprosessen**

Sykepleierens rolle er sentral helt fra pasienten kommer inn på sykehuset og til en organdonasjon er utført. I tillegg til å skape et positivt miljø for organdonasjon har de en viktig rolle med å ta vare på pasienten og deres pårørende, samt ivareta organene som skal doneres (Meyer, 2015, s.

333). Ofte er de aktuelle organgiverne unge som har blitt utsatt for livstruende hendelser i ulik grad. Sjokket for pårørende er stort og tiden kan oppfattes som meningsløs for de rundt. Omsorg, empati og medfølelse er i stor grad viktig for å sørge for at pårørende blir ivaretatt på best mulig måte.

## 4.2 Sykepleierens funksjon og ivaretagelse av pårørende

I følge Tveiten (2008, s. 23-29) er sykepleierens funksjon å hjelpe pasienter som av helsemessige årsaker ikke klarer å dekke de grunnleggende behov. Bruken av egne sanser, bevissthet og oppmerksomhet er sentralt i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, s. 17). For vår problemstilling er det relevant å ta i bruk disse for å kartlegge pårørendes behov i en akutt og sårbar situasjon.

Prosessen fra pasienten og pårørende kommer inn i en akutt situasjon, til en beslutning om organdonasjon er fattet og utført innebærer mange etiske vurderinger for helsepersonellet. Det er svært vesentlig å vise respekt for situasjonen pårørende befinner seg i ved å vurdere de etiske aspektene kontinuerlig ved hver enkelt situasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for utøvelsen av sykepleie. Deres nettsider sier, i likhet med Martinsens omsorgsteori, at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2016; Nortvedt, 2012 s. 60). For problemstillingen denne oppgaven tar for seg har vi valgt ut noen relevante punkter der både sykepleierens rolle og pårørendes rettigheter inngår. Vi anser disse som relevante fordi de belyser etiske utfordringer som inngår i de tre momentene, omsorg, tilnærming og informasjon, som vi har valgt å vektlegge i oppgaven.

“Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.”

“Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.”

“Sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende.”

(Norsk Sykepleierforbund, 2016).

#### **4.2.1 Den relasjonelle omsorgen**

##### Ansvar for den svake

Omsorgsteoretikeren Kari Martinsen mener grunnlaget for omsorgen er “solidaritet med den svake” og ansvaret det vekker. Med grunnlag i Martinsens forståelse av at den aktuelle «svake» er den enkelte sårbare og avhengige, overføres betydningen av begrepet “pasient” til “pårørende” videre i dette kapitlet (Nortvedt, 2012, s. 54) I en organdonasjonsprosess tar sykepleieren ansvaret for å ivareta pårørende fordi situasjonen påkaller denne ansvarsfølelsen (Nortvedt, 2012, s. 54).

Martinsen fremhever tre sider ved sykepleie, en relasjonell side, en praktisk side, og en moralsk side (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, s. 215). Hun mener disse henger sammen ved at relasjonen mellom pårørende og sykepleieren er grunnlaget for den moralske praksisen (Nortvedt, 2012, s. 53). I det moralske engasjementet sykepleieren viser overfor pårørende til en potensiell donor ligger ansvarsfølelsen som Martinsen mener er vesentlig for utøvelsen av omsorg. Den relasjonelle delen og det moralske begrepet vektlegges i denne oppgaven i drøftingen og beskrivelsen av sykepleierens praktiske tiltak i en donasjonsprosess.

##### Relasjonens betydning

Martinsen mener at relasjonen mellom sykepleier og pårørende er vesentlig for å kunne utøve omsorg med moralsk skjønn (Nortvedt, 2012, s. 53). Relasjonen og det mellommenneskelige trigger en emosjonell berørthet som igjen inspirerer til å handle moralsk (Nortvedt, 2012, s. 56). Med moralsk skjønn menes evnen til å la sine egne handlinger styres av innlevelse og kunnskap på en måte som tar hensyn til den enkelte person og situasjons særtrekk (Knutstad, 2010, s. 398).

Trygghet gir tillit og i relasjonen oppstår et tillitsforhold (Lien et al., 2011, s. 210). Tillit er, i en artikkel publisert i “Sykepleien” i 2011, definert som “menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på” (Sykepleien, 2011). Denne tilliten kan medføre en maktoverføring ved at pårørende eller pasienten legger makten i sykepleierens hender til å handle på deres vegne, til det beste for de. Martinsen betegner det som et makt/avmakts forhold som sykepleieren må være bevisst på i sitt ansvar (Nortvedt, 2012). Hun sier at utøvelsen av omsorg må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk, og denne makten må forvaltes ut i fra ansvaret sykepleieren har for å handle til beste for den svake (Martinsen, 1989, s. 48).

#### **4.2.2 Den praktiske tilnærmingen til pårørende**

Når medisinske undersøkelser viser at pasienten ikke vil våkne opp igjen tas den vanskelige samtalen om organdonasjon med pårørende. Helsepersonell er pliktig til å la pårørende få muligheten til å si ja eller nei, men noen sykepleiere vil trolig oppleve dette som utfordrende (Bakkan et al., 2015, s. 502). De som har vært involvert i donasjonsprosessen vil få informasjon om hvilke organer som har blitt brukt samt hvordan det har gått med mottakeren. Dette kan for mange være en bekreftelse på at det arbeidet de har gjort har vært til stor nytte (Bakkan et al., 2015, s. 502).

#### Sykepleierens rolle i akutte situasjoner

I akutte situasjoner er det ikke bare pasientene som rammes, men også pårørende, og situasjonen kan være preget av frykt, sorg og angst. Det er i en slik situasjon viktig at helsepersonellet rundt viser omsorg, og ivaretar deres rettigheter og behov (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 165).

Sykehus kan for mange være nytt og skremmende, og omstendighetene er preget av usikkerhet og kaos (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 167). I en situasjon der organdonasjon på sikt kan være aktuelt, vil det være et titall av helsepersonell som skal hjelpe pasienten samtidig, og det kan øke følelsen av stress, usikkerhet og bekymring hos pårørende. Ivaretakelse av familien rundt pasienten er nødvendig fra begynnelsen av, og pårørendes opplevelser av situasjonen må tas hensyn til. Støtte, både faglig og medmenneskelig, er betydningsfullt for at de skal kunne håndtere sin egen situasjon. Kunnskapen sykepleierne viser med tanke på opplevelsene og

behovene til pårørende i en aktuell situasjon vil ha mye å si for tilliten og tryggheten dem imellom (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 173).

I akutte situasjoner setter ofte pårørende sine egne behov til side til fordel for pasientens. Stubberud viser, i boken om intensivsykepleie, til forskning som dokumenterer at pårørendes behov i akutte situasjoner blant annet er å få informasjon, å få være sammen med eller i nærheten av pasienten, å beskytte pasienten, å ha et håp og selv bli beskyttet og få støtte (Stubberud, 2010, s. 79). Det er laget en sammenfatning av punktene og hva de innebærer som vi anser som viktig for drøftingen av problemstillingen;

*Å få informasjon* - Kontinuerlig og ærlig informasjon til pårørende om pasientens behandling og tilstand kan ha en beroligende effekt (Stubberud, 2010, s. 79). Konsentrasjon og hukommelse vil for flertallet av pårørende være "sviktende" og samtaler med rolige omgivelser og gjentakelse vil være nødvendig (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 178-179).

*Å være sammen med eller i nærheten av pasienten* - Pårørende har ofte behov for å være i umiddelbar nærhet for å være orientert om eventuelle endringer i tilstanden til pasienten (Stubberud, Pårørende, 2010, s. 79).

*Å beskytte pasienten* - Pårørende vil være opptatt av at alt som kan gjøres for pasientens liv blir gjort og at pasienten får best mulig behandling og/eller oppfølging (Stubberud, 2010, s. 79).

*Å ha et håp* - For at pårørende skal mestre situasjonen best mulig er det viktig å opprettholde et håp om at pasienten får en smertefri og verdig død (Stubberud, 2010, s. 79).

*Å få støtte* - For mestring av situasjonen er det også viktig for pårørende å oppleve å få støtte i situasjonen (Stubberud, 2010, s. 79).

### **4.2.3 Informasjon til pårørende**

Sykepleiere kan i mange tilfeller synes det er vanskelig å skulle formidle dårlige nyheter til pårørende (Eide & Eide, 2007, s. 296). Med dårlige nyheter menes ifølge Eide og Eide informasjon om hendelser med vanskelige eller uventede utfall (2007. s. 296). Forutsetningen for en god samtale er at sykepleieren i forkant har forberedt seg godt. Dette innebærer å ha innhentet riktig og konkret informasjon, funnet et egnet sted samt vurdert hvordan hun skal formulere seg

(Eide & Eide, 2007, s. 297). Informasjon vedrørende organdonasjonsprosessen er viktig, men også utfordrende. De som tar del i samtalen må, som tidligere nevnt, ha planlagt hvordan de skal gå frem i møte med pårørende. Å strukturere samtalen inn i tre faser, begynnelse, midtdel og avslutning er ifølge Eide & Eide (2007) en forutsetning for god dialog med pårørende.

- Begynnelsen har som funksjon å legge til rette for etablering av relasjon, skape tillit og trygghet (Eide & Eide, 2007, s. 252). I de fleste tilfeller er det intensivleger fra landets 26 donorsykehus som har ansvaret for å ta opp spørsmålet om donasjon (Lien et al., 2011, s. 210). En sykepleier skal likevel alltid bistå under samtalen for å kunne videreføre begreper og være en ressurs for å unngå misforståelser (Bakkan et al., 2015, s. 502).
- Midtdelen er dialogens viktigste punkt. I tilfeller der organdonasjon er aktuelt vil samtalen bære preg av at det er et komplekst tema som skal tas opp. Fordi pårørende er i en svært sårbar situasjon er det også vesentlig å ta seg tid til å forstå den andres perspektiv. Ved å vise interesse, lytte, speile og parafasere legges det til rette for at pårørende åpner seg og deler sine tanker og refleksjoner (Eide & Eide, 2007, s. 257).
- Avslutningsvis er det informantens oppgave å beregne god nok tid til oppsummering før dialogen kan anses avsluttet og godt gjennomført. Det er også betydningsfullt at pårørende kan gjenta og vise forståelse for hva som har blitt gjennomgått for å se til at det er enighet mellom begge partene (Eide & Eide, 2007, s. 262). Under disse omstendighetene er det spesielt viktig å presisere at alt er gjort for å redde livet til deres kjære, men at døden har inntrådt (Meyer, 2015, s. 340 -341).

Den avdøde vil være koblet til respirator for at organene opprettholder sirkulasjonen som er nødvendig for at organene kan brukes til donasjon. Pasienten vil derfor ikke bære preg av å være død, fordi huden er varm, tørr og brystkassen heves og senkes som ved normal ventilasjon (Meyer, 2015, s. 333). Dette gjør prosessen vanskeligere å forstå. En ser at i flere tilfeller kan tidlig samtale om donasjon være nyttig da en forbereder pårørende på de ulike stegene i prosessen.

Pårørendes oppfatning av ivaretagelse og omsorg har mye å si for avgjørelsen omkring donasjon. Trygghet på bakgrunn av at deres kjære har blitt tatt godt hånd om i tillegg til ærlighet under hele

oppholdet gir tillit. For mange kan det være grunnlaget for et samtykke til donasjon (Lien et al., 2011, s. 210). Det kommer også frem at pårørende kan ha vanskeligheter med å huske alt som blir sagt, men hvordan spørsmålet om donasjon ble lagt frem og i hvilke omgivelser vil følge de i lang tid (Meyer, 2015, s. 341).

## 5.0 Drøfting

Faglitteratur hevder at all erfaring tilsier at god informasjon og omsorg er til stor hjelp for de pårørende i kritiske sykdomsforløp (Lien, et.al, 2011, s. 210). Funnene i våre utvalgte artikler sier også at omsorg, tilnærming og informasjon er av betydning for pårørende i en organdonasjonsprosess. I denne delen av oppgaven vil vi drøfte pårørendes behov for ivaretagelse gjennom prosessen under de tre gjentakende momentene.

### 5.1 Hva slags omsorgsbehov har pårørende i en organdonasjonsprosess?

Det kommer tydelig frem i forskningen at trygghet og tillit er sentrale momenter for at pårørende skal føle seg godt ivaretatt (Sque, et. al., 2018, Simpkin, et. al.). Ifølge Jacoby, L.H., et. al. (2005) påvirkes beslutningen av om pårørende opplever at deres behov blir tatt i betraktning underveis. I Martinsens teori om omsorg bygger den moralske praksisen på det relasjonelle, og tilliten mellom pårørende og sykepleieren er vesentlig for at sykepleieren skal bli betrodd ansvaret for pårørendes behov (Nortvedt, 2012, s. 54.). Artikkelen til Bjørk og Berntzen (2014) hevder at tryggheten pårørende følte underveis i prosessen ble grunnlaget for tilliten og tryggheten de hadde til personalet. Det kan være hensiktsmessig for sykepleieren å opprette en relasjon til pårørende for å fremme trygghet og tillit. Relasjonen trigger ifølge Martinsen den emosjonelle berørtheten hos sykepleieren og sykepleierens solidaritet med pårørende påkaller en ansvarsfølelse som Martinsen mener er vesentlig for utøvelsen av omsorg (Nortvedt, 2012, s. 54). Ansvarsfølelsen sykepleieren får for pårørende i denne situasjonen vil trolig føre med seg det Martinsen beskriver som et moralsk engasjement (Nortvedt, 2012, s. 54). Sykepleierens bruk av moralsk skjønn kan vise seg å være viktig i en situasjon hvor pårørende kan ha vanskelig for å se egne behov og deres egen kunnskap kan komme til kort. Erfaringer fra praksis tilsier at noen pårørende har lett for å legge sine egne behov helt til side for “å beskytte pasienten”, og i en følelse av “unntakstilstand” kan de opptre irrasjonelt. Det kan for eksempel være hensiktsmessig at sykepleieren oppfordrer pårørende til å forlate sykehuset for behov som å ta en dusj, skifte og sove uten for mye bekymring rundt pasientens situasjon. På en annen side kan tenkes at det for mange pårørende er vanskelig å gå fra pasienten, og da vil sykepleierens evne til å trygge de



være viktig. For å mestre situasjonen er det ifølge Stubberud noen pårørende som i større grad har behov for ivaretagelse gjennom støtte og omsorg (2010, s. 79). Dersom pårørende velger å forlate avdelingen eller sykehuset for en periode kan en mulig løsning være sykepleieren presiserer at hun vil være tilstede hele tiden. Det kan i tillegg være gunstig å trygge pårørende ved å formidle at de vil bli kontaktet med en gang om det skulle oppstå noen endringer.

Simpkin et al. hevder at kunnskap og ekspertise hos den som foretar forespørselen er av betydning, og det synes å være viktig for pårørende at sykepleieren utstråler handlingskompetanse og kontroll over situasjonen for å oppleve tillit (2009). Denne tilliten kan dog føre til det Martinsen betegner som et makt/avmakts forhold som sykepleieren må være bevisst på (Nortvedt, 2012,). Pårørende legger sin skjebne og ansvaret for sine behov i sykepleierens hender i en tøff tid, og det er viktig at sykepleieren alltid handler moralsk ut ifra hva som er til det beste for pårørende der og da (Nortvedt, 2012, s. 54). I den sammenhengen kan det på en annen side tenkes at sykepleieren også bør vise ydmykhet og være forsiktig i sine handlinger og uttalelser om temaer som pårørende skal ta stilling til. Det er nærliggende å tro at pårørende i sårbare situasjoner har lett for å ta det helsepersonellet gjør og sier for å være det rette, og bastante meninger fra sykepleieren kan føre til en overkjøring eller neglisjering av pårørendes standpunkt. Balanse i argumentasjon av fordeler og ulemper kan tenkes å være en løsning slik at det er pårørende selv som bestemmer uten å bli for påvirket av sykepleieren.

## **5.2 Hvordan tilnærme seg pårørende i en organdonasjonsprosess?**

Eide og Eide påpeker at det for helsepersonell kan oppleves som vanskelig å nærme seg pårørende i en sårbar situasjon (2007, s. 296 - 297). Stubberud og Eikeland hevder at omstendighetene er preget av usikkerhet og kaos fordi sykehus for mange kan være nytt og skremmende (2013, s. 167). Ivaretagelse av pårørende fra begynnelsen av er derfor viktig. I artikkelen til Sque et al. hevder pårørende at det er betydningsfullt at sykepleieren har en rolig fremtoning og høflig holdning (2018). Det er nærliggende å tro at dette er essensielt under hele prosessen, også i den akutte fasen før organdonasjon er et tema. Kanskje kunne sykepleieren forsøkt å roe ned situasjonen ved å vise at en tar seg tid til pårørende. Selv om det inngår i

Stubberud sine punkter at pårørende ønsker å være i nærheten av pasienten, kunne det være hensiktsmessig å finne et roligere sted i umiddelbar nærhet for å avklare situasjonen (2010, s. 79). Tid og rom for spørsmål og refleksjon kan trolig ha en støttende effekt for de rundt pasienten, slik Stubberud mener er viktig i akutte situasjoner (2010, s. 79). Derfor kan det å ta pårørende med seg til roligere omgivelser bidra positivt i prosessen med å etablere en relasjon, samt gi informasjon.

Det å tilby tid og støtte kan tenkes å være en kilde til gjensidig tillit. Tillit er også definert gjennom ærlighet og sykepleierens ærlighet gjenspeiles trolig også gjennom ens selvinnsikt og evne til å se sine egne begrensninger (Sykepleien, 2011). Kunnskap hos den som foretar forespørselen var ifølge Simpkin et al. av betydning for samtykket, og det er nærliggende å tro at trygghet er en sentral faktor i det (2009). Derfor kan det virke hensiktsmessig å vise en viss grad av kunnskap for å trygge pårørende. På en annen side bør ikke sykepleieren handle over evne, ta på seg oppgaver eller svare på spørsmål hun ikke har kompetanse til. Det påpekes også i de yrkesetiske retningslinjene der det sies at sykepleieren må erkjenne sine grenser og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dersom en sykepleier for eksempel opplever å ikke ha tilstrekkelig kompetanse i en situasjon med pårørende kan en mulig løsning være å henvise de til en samtale med en annen ansatt som har mer erfaring. På en annen side kan det tenkes at sykepleieren ikke bør vise for liten grad av kunnskap da dette trolig kan føre til usikkerhet og tvil hos pårørende.

Ifølge Sque et al. så flere pårørende på organdonasjon som en trøst og et positivt utfall etter en tragisk ulykke (2018). Det kan derfor tenkes å være hensiktsmessig for pårørendes beslutning at sykepleieren viser seg å være sikker på at utfallet av organdonasjon er positivt og fremmer dette. For å fremme det positive kan sykepleieren for eksempel trekke dette frem som en mulighet til å redde flere liv og at det i et lengre perspektiv kan oppleves som en fin ting å se tilbake på. På en annen side kan det være utfordrende å fremme disse aspektene da en som sykepleier trolig ser at situasjonen i seg selv er en belastning for pårørende. I tillegg bør en ta i betraktning det moralske

og etiske perspektivet ved å modifisere egne meninger og uttalelser for å unngå å overse pårørendes eget standpunkt. Det er også viktig at sykepleieren til enhver tid har klart i minne at jobben de gjør, både overfor pasienten og for pårørende, er til nytte. Bakkan et al. sier at arbeidets nytte bekreftes etter at donasjonsprosessen er utført, da alle involverte får vite hvilke organer som har blitt brukt og hvordan det har gått med mottakerne (2015, s. 505).

Det var avgjørende for pårørende med tett oppfølging under hele prosessen, hvilket krever at sykepleierne har nok kunnskap til å gi klar og tydelig informasjon (Sque et al. 2018). Bakkan et al. sier at den vanskelige samtalen om organdonasjon tas etter medisinske undersøkelser har vist at pasienten ikke vil våkne opp igjen (2015, 505). Vil det være for sent å ta opp temaet om donasjon når pasienten allerede er erklært død? Meyer hevder at helsepersonellet skal ha klart i minne at organdonasjon kan være et mulig utfall ved akutt og kritisk skade (2015, s. 332). De yrkesetiske retningslinjene fastslår viktigheten av at sykepleieren viser omtanke og respekt overfor pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det kan oppstå et dilemma hvor helsepersonellet må ta stilling til når det vil være etisk riktig å ta samtalen om organdonasjon. Vanskeligheter med å ta opp temaet ved en tidlig anledning kan oppstå da en kan føle at en tar fra pårørende et håp, som Stubberud hevder er viktig for å mestre akutte situasjoner (2010, s. 79). Ifølge Meyer er det viktig å presisere at alt gjøres for å redde pasientens liv (2015, s. 332). Samtalen om det vanskelige temaet kan imidlertid baseres på at hodeskader av ulikt omfang kan resultere i opphevet sirkulasjon til hjernen samt at det er hensiktsmessig å være forberedt på at organdonasjon kan bli aktuelt før dødserklæringen foreligger (Bakken et al. 2015 s. 503),. På den måten kan en unngå en situasjon hvor pårørende blir avbrutt med spørsmål om organdonasjon i en allerede påbegynt sorgprosess.

Få intensivsykepleiere mente at de hadde nok erfaring med organdonasjon (Meyer et al., 2011). I likhet med Meyer et al. forteller også Eide et al. at leger mente de hadde behov for opplæring i kommunikasjon, for å kunne ivareta pårørende (2011; 2012). Noen familiemedlemmer har ytret at en mulig løsning kan være å ha noen ”utvalgte” til å ta samtalen om donasjon med pårørende (Sque et al., 2018). De aktuelle bør ha kvaliteter som fremmer tillit og trygghet, samt bidrar til en forsiktig og nøytral fremtoning. Samme artikkel trekker frem rolig, snill og høflig som viktige egenskaper

som bidrar til dette (Sque et al., 2018). En mulig løsning kan være å etablere egne team som har ansvar i situasjoner der donasjon kan være aktuelt, slik som i 1995 ble foreslått for å skape en fastere struktur og planlegging av utførelse av organdonasjon (Lien et al., 2011, s. 206). Slik forslaget tilsier kan det være hensiktsmessig at teamet utarbeider protokoller for hvordan prosessen skal foregå.

Et bemerkelsesverdig funn fra en Australsk artikkel hevder at familier som hadde mye kontakt med spesifisert personell fra “Organ procurement organization” var mer sannsynlig å samtykke til donasjon (Siminoff et al., 2001). Ved å etablere slike team kan helsepersonellet oppnå tilstrekkelig med kunnskap og bli trygge i situasjonen, slik Meyer hevder er vesentlig for å ivareta, samt støtte pårørende (2015, s. 340). Selv om det i etterkant av forslaget i 1995 er etablert tverrfaglige, donoransvarlige team på flere donorsykehus kan det virke som disse har en mer overordnet rolle. Det kan også tenkes at etableringen av slike team kan føre til at kunnskapen forbeholdes en spesiell gruppe av personalet og færre får mulighet til å dra nytte av denne. Det kan medføre problemer dersom medlemmer av teamet ikke er tilgjengelig eller tilstede fordi kunnskapsnivået til de andre ansatte kanskje ikke er på et tilstrekkelig nivå. Et signifikant funn i Meyer et al. er at sykepleiere på universitetssykehus har mer kunnskap men mindre erfaring om donasjonsprosessen enn sykepleiere på lokalsykehus (2011). Grunnen til dette kan tenkes å være at det er færre tilfeller per ansatt i de store sykehusene, og færre vil opparbeide erfaring med temaet. Det er nærliggende å tro at om færre har erfaring, vil det oppstå mindre diskusjon og refleksjon om aspektene rundt organdonasjonsprosessen blant de ansatte på de aktuelle avdelingene. Meyer et al. hevder at opplæring fra kollegaer med god erfaring kan utvikle sykepleierens kompetanse (2011). Det kan tenkes at sykepleiere som gjentatte ganger opplever å måtte forhøre seg med kollegaer om disse situasjonene bør få ytterligere opplæring og trening fra de mer erfarne sykepleierne på feltet. Erfaringer fra praksis tilsier at tid ofte er en mangelvare og det kan derfor tenkes at det er en utfordring å få gjennomført slik opplæring i arbeidstiden. En mulig løsning kan være å tilrettelegge for faglunsj et par ganger i måneden, der en kan bruke tid på å dele erfaringer, samt reflektere og diskutere problemstillinger innenfor organdonasjon. Det kan tenkes at bred opplæring ved kurs og internundervisning kan bidra til økt

trygghet hos hele avdelingens personell. Det bør vurderes om det finnes tilstrekkelig med både tid og ressurser for slik opplæring.

### 5.3 Pårørendes behov for informasjon

Flere av artiklene vi har brukt i denne oppgaven sier at pårørende har behov for kontinuerlig oppdatering om situasjonen omkring pasienten. Stubberud støtter opp om den teorien samt vektlegger ærlighet omkring tilstand og informasjon under hele prosessen. Han hevder dette kan ha en beroligende effekt (2010, s. 79).

Organdonasjon er tidkrevende og består av flere faktorer som utgjør en prosess. For at pårørende skal forstå og godta hva som er i ferd med å skje er det betydningsfullt at helsepersonellet ikke unnlater noe informasjon, uavhengig av hvor vanskelig det måtte være (Sque et al., 2018). Klar og tydelig informasjon krever, ifølge Eide og Eide, god forberedelse av sykepleieren (2007, s. 297). Dette for å unngå falskt håp hos pårørende (Sque et al., 2018). Håp kan dog være en viktig faktor for pårørendes forsonelse med situasjonen. Stubberud hevder at et håp om at pasienten skal få en smertefri og verdig død er viktig for at pårørende skal kunne mestre situasjonen på best mulig måte. Det kan imidlertid være utfordrende å gi klar og tydelig informasjon da konsentrasjonen og hukommelsen hos pårørende kan være svekket som følge av situasjonen (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 178-179). Som Stubberud og Eikeland hevder kan det være hensiktsmessig å gi informasjon flere ganger og under rolige omgivelser (2013, s. 178-179). Omgivelsene rundt samtalen har ifølge Simpkin et al. og West et al. trolig innvirkning på avgjørelsen (2009;2002). Våre erfaringer fra praksis tilsier imidlertid at det kan være utfordrende å finne tid og et rolig sted for en samtale med pårørende. Ifølge Stubberud ønsker pårørende ofte å være i umiddelbar nærhet av pasienten for å være oppdatert på eventuelle endringer i tilstanden (2010, s. 79). Pasientrommet kan anses som uegnet for alvorlige samtaler fordi pasienten er til stede, samt koblet til ulike monitører og utstyr som kan virke forstyrrende.

I følge Bjørk og Berntzen var det av betydning for pårørende å forstå prosessens forløp for å kunne forsone seg med beslutningen (2014). Det kan derfor tenkes at sykepleierens kunnskap om

de ulike stegene omkring donasjon, fra pasienten kommer inn på akuttmottaket til organene har blitt operert ut, er vesentlig. For eksempel vil pasienten, etter at organene har blitt tatt ut av kroppen, ha gått fra å være godt sirkulert med fin farge og varm hud (Meyer, 2015, s. 332) til å bære preg av å være død. Hvordan avdøde vil se ut etter organuttaket er derfor noe helsepersonellet bør vurdere å informere om på forhånd.

En gjentakende misforståelse dreier seg om begrepet opphevet sirkulasjon til hjernen. Mange uttrykker vanskeligheter med å forstå at pasienten er død da han eller hun fortsatt “puster”. I Bjørk og Berntzen oppgis det eksempler der døden ble misoppfattet av pårørende etter å ha sett pasienten være koblet til en respirator (2014). Noen hadde spørsmål om pasienten led under organuttaket grunnet forvirring rundt karakteristika for opphevet sirkulasjon til hjernen (Bjork & Berntzen, 2014). Kanskje kunne sykepleier formidle til pårørende at pasienten ikke behandles lenger, men at organene tas vare på, slik også en av pårørende uttrykte et ønske om (Bjork & Berntzen, 2014). Det kan være hensiktsmessig å utdype at pasienten ikke vil kjenne smerte da det kun er organene som blir sirkulert. Det hevdes i samme artikkel at pårørende så det som en belastning dersom de ikke fikk fullstendig informasjon om når og hvor avskjeden skulle finne sted. En mor mente det var vanskelig å skulle ta farvel med sønnen mens han fortsatt pustet. I dette tilfellet kunne en mulig løsning vært å presisere at det legges til rette for en verdig avskjed også etter organuttaket. Som Meyer sier, skal avdøde stilles samt få en ren seng på et rom med rolige omgivelser (2015, s. 343-344). På denne måten kan det tenkes at pårørende i større grad forsones med at deres kjære er død og at de kan begynne sin sorgprosess.

Legen har det fulle ansvaret for å gi de medisinske opplysningene, men en sykepleier bør ifølge Bakkan et al. alltid bistå i samtale med pårørende (2015, s. 502). Det kan tenkes at det medisinske språket, med vanskelige begreper og kompliserte uttrykk, kan være kilde til misforståelse dersom disse ikke forklares på en enkel måte og videreføres gjennom hele prosessen. Sykepleierens tilstedeværelse under samtale med lege er hensiktsmessig, fordi hun ved senere anledninger kan forklare og videreføre begrepene som legen har brukt (Bakkan et al. 2015, s.502). I tillegg holder hun seg opplyst om situasjonen og er på den måten bedre rustet for

å svare på spørsmål fra pårørende i etterkant. På den måten kan en trolig unngå forvirring og økt følelse av kaos. Det kan imidlertid anses som viktig at sykepleieren som deltar i slike samtaler har en viss grad av erfaring på feltet, fordi det i Meyer et al. hevdes at sykepleierens erfaring med donasjonsprosessen hadde innvirkning på opplevelsen av egen kompetanse (2011). Dersom sykepleieren har for lite erfaring og utstråler usikkerhet kan det tenkes at pårørende ikke opplever den essensielle tryggheten og tilliten. Det kommer også frem i artikkelen til Eide et al. at halvparten av legene der hadde for lite erfaring med å ivareta pårørende og opplevde et behov for ytterligere opplæring i kommunikasjon (2012).

Det kommer frem at pårørende kan ha vanskeligheter med å huske alt som blir sagt, men hvordan spørsmålet om donasjon ble lagt frem og i hvilke omgivelser vil følge de i lang tid (Meyer, 2015, s. 341). Derfor kan det som Eide og Eide uttrykker være av betydning å strukturere en samtale og ha en plan for hvordan en skal gå frem i møte med pårørende (2007, s. 250-262).

- Begynnelsen vil være et naturlig tidspunkt å etablere relasjonen, som Martinsen (1998) hevder er grunnleggende i sin omsorgsteori. Det å sette av nok tid kan ha betydning for tilliten pårørende får til personalet. Pårørende kan få en opplevelse av at helsepersonellet bryr seg mer om deres situasjon dersom de viser at de har tid til å ivareta deres behov (Eide & Eide, 2007, s. 252-254). De gjentakende kvalitetene høflig, forsiktig og nøytral fra Sque et al. sin artikkel kan tenkes å være viktige i denne delen av samtalen (2018). Pårørende er i en svært sårbar situasjon og de må behandles med respekt og omtanke, som de yrkesetiske retningslinjene presiserer (Norsk Sykepleierforbund, 2016).
- I midtdelen bør hovedbudskapet komme tydelig frem, hvilket er donasjonsprosessens ulike steg. Det kommer frem i Bjørk og Berntzen (2014) sin artikkel at pårørende ønsket informasjon om hva som skal skje til hvilken tid og helsepersonellet bør ha dette i bakhodet. Pårørende har rett til nødvendig og tilstrekkelig informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2016) og det bør sørges for at de har god forståelse for hva prosessen går ut på samt hva de eventuelt samtykker til. Kommunikasjonsferdigheter vil være av stor betydning, der helsepersonellet uttrykker forståelse for deres situasjon, lytter til deres tanker og tar del i refleksjonen omkring temaet. I Sque et.al. (2018) sin artikkel hevdes

det også at pårørende anså donasjon som en trøst etter en tragisk ulykke. Det kan være hensiktsmessig å opprettholde et positivt miljø omkring donasjon på avdelingen (Meyer et al., 2011). Det er allikevel viktig å ta pårørendes, og pasientens standpunkt i betraktning og på ingen måte neglisjere disse.

- Avslutningsvis er det viktig å forsikre seg om at det er en gjensidig forståelse av det som er gjennomgått og hvilke enigheter partene har kommet frem til (Eide & Eide, 2007, s. 261-262). Det kan være hensiktsmessig å la pårørende selv oppsummere innholdet i samtalen for å sørge for at de har en helhetlig forståelse av situasjonen de befinner seg i, og at de opplever at deres behov for å være tilstrekkelig informert er ivaretatt.

Det kan imidlertid være utfordrende å få gjennomført en samtale etter denne strukturen i praksis da faktorer som tid, omgivelser, helsepersonellens kompetanse og pårørendes tilstand er av betydning. Det kan som nevnt være vanskelig å finne nok tid og et rolig sted. Helsepersonellens kompetanse innenfor organdonasjon, pårørende i akutte situasjoner, samt kommunikasjon bør være tilstrekkelig, og pårørendes tilstand må tas i betraktning.



## 6.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi tatt for oss hvordan sykepleieren kan bidra til god ivaretagelse av pårørende i en organdonasjonsprosess, med fokus på samtykke til donasjon. Mange pårørende anser det å føle seg ivaretatt gjennom prosessen som vesentlig for å kunne ta en avgjørelse de kan forsones med. Gjennom litteraturstudien har vi belyst pårørendes opplevelser av vesentlige faktorer som er av betydning for denne ivaretagelsen.

Flere har uttrykt å se på organdonasjon som er trøst og et positivt utfall av en ellers tragisk situasjon. Det kan derfor være hensiktsmessig å opprettholde et positivt miljø for donasjon og fremme dette gjennom tilnærmingen uten å overse pårørendes eget standpunkt. Helhetlig omsorg og bred kunnskap om prosessen viser seg også å være betydelige faktorer for at pårørende skal kunne ta en velbegrunnet avgjørelse. Det moralske engasjementet er vesentlig for at pårørende skal oppleve trygghet og tillit i en ellers usikker og sårbar situasjon. Sykepleieren må kunne forvalte ansvaret hun mottar gjennom denne tilliten og gjøre etiske vurderinger på bakgrunn av hva pårørende trenger i den enkelte situasjon. Mange anser det å få en forståelse av prosessen som viktig for å kunne ta en beslutning. En rolig og høflig tilnærming fra personale med god kompetanse viser seg å være nødvendig. I en akutt og sårbar situasjon er nok tid og rolige omgivelser av betydning for at informasjonen skal fremstå som klar og tydelig og bli oppfattet riktig. Det er også viktig at sykepleieren ser sine egne begrensninger i forhold til kompetanse og søker veiledning hos andre med erfaring. God og tilstrekkelig informasjon er viktig for å unngå misforståelser og forvirring som igjen kan gi en følelse av stress og utrygghet hos pårørende. God forberedelse i forkant av samtaler kan bidra til å tydeliggjøre informasjonen.

## 7.0 Bibliografi

Bakkan, P.-A., Myrseth, A. S., Kongshaug, K., Relbo, A., & Grov, I. (2015). Sykepleie ved organdonasjon og organtransplantasjon. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Berntzen, H., Bjork, I.T. (2014). Experiences of donor families after consenting to organ donation: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 30 (5), 266-274. doi: 10.1016/j.iccn.2014.03.001

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, H., Foss, S., Mathisen, J.R., og Sanner, M. (2012). Organdonasjon og norske legers behov for opplæring. *Den Norske Legeforening*, 10. doi: 10.4045/tidsskr.10.1273

Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon. (2015). Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev av 21. desember 2015 nr. 1863. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-21-1813?q=d%C3%B8dsdefinisjon>

Jacoby L.H., Breitkopf C.R & Pease E.A. (2005). A qualitative examination of the needs of families faces with the option of organ donation. *DCCN: Dimensions of critical Care Nursing* (24), 183-189. URL: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16043982>

Jenssen, T. (2011). Transplantasjon. I S. Ørn, J. Mjell, & E. B. Gransmo (red.), *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knutstad, U. (2010) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Bind 1, s. 207-277). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & E.A, S. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lien, B., Albrechtsen, D., Bergrem, H., & Pfeffer, P. (2011). En gave til livet. I P. F. Pfeffer, & D. Albrechtsen (red.), *En gave for livet*. Oslo: Unipub.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano Forlag.

Meyer, K. (2015). Organdonasjon. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie*. Cappelen Damm Akademisk .

Meyer, K., Bjork, IT, Eide, H., (2011). Intensive care nurses perceptions of their professional competance in the organ donor process: a national survey. *Jan informing practice and policy worldwide through research and scholarship*, 68 (1), 104-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05721.x

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Av 2.juli.1999. Nr. 63. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)

Siminoff, L.A., Gordon, N., Hewlett, J., Arnold, R. M. (2001). Factors influencing families consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA*, 286 (1), 71-77. doi: 10.1001/jama.286.1.71

Simpkin, AL., Robertson, LC., Barber, VS., og Young, JD. (2009). Modifiable factors influencing relatives' decisions to offer organ donation: systematic review. *BMJ*, 338. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b991>

Stiftelsen Organdonasjon. (2018). *Organdonasjon reddet flere i 2017*. Hentet fra <http://organdonasjon.no/2018/01/05/7550/>

Stubberud, D.-G. (2010). Pårørende. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleier* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Stubberud, D.-G., & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk .

Sque M, Walker W, Long-Sutehall T, Moran M, Randhawa G og Rodnet A. (2018). Bereaved donor families' experiences of organ and tissue donation, and perceived influences on their decision making. *Journal of Critical Care*, (45) 82-89 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.01.002>

Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien Forskning*, 6 (5), 104-105. Hentet 9. Feb 2018 doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0113>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* . Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

West, R. & Burr, G. (2002). Why families deny consent to organ donation. *Australian Critical Care*, 15 (1), 27-32. doi: [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(02\)80041-8](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(02)80041-8)