

Omvårdnad av människor drabbade av traumatisk kris

Evidensbaserade omvårdnadsåtgärder riktade
till allmänsjuksköterskan

FÖRFATTARE	Ellen Backman Viktoria Silander Caroline Svantesson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Moene
EXAMINATOR	Eva Lidén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Omvårdnad av människor drabbade av traumatisk kris – Evidensbaserade omvårdnadsåtgärder riktade till allmänsjuksköterskan
Titel (engelsk):	Caring for people in crisis – Evidence-based nursing interventions
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	42 sidor
Författare:	Ellen Backman Viktoria Silander Caroline Svantesson
Handledare:	Monica Moene
Examinator:	Eva Lidén

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Att vara med om en traumatisk händelse som utlöser en krisreaktion drabbar alla människor någon gång under livet. En traumatisk händelse kan vara exempelvis att drabbas av sjukdom, förlora en närstående eller att bli inlagd på sjukhus. En kris uppstår då den drabbade personen befinner sig i en situation som han eller hon inte själv kan ta sig ur.

Problemformulering: Då allmänsjuksköterskan i sitt dagliga arbete möter patienter och närstående som drabbats av en traumatisk händelse behövs kunskaper i vilka omvårdnadsåtgärder som kan vara till hjälp för dessa personer.

Syfte: Syftet är att identifiera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder som allmänsjuksköterskan kan vidta i mötet med patienter och närstående som drabbats av en traumatisk kris.

Metod: Artiklar söktes fram med inriktning på patienters eller närståendes upplevelser av traumatiska händelser. Sökningar genomfördes i databaserna Cinahl och PubMed. Därefter genomfördes en analys av de utvalda artiklarna.

Resultat: De evidensbaserade omvårdnadsåtgärderna som framkom i artiklarna kunde delas in under rubrikerna; *bemötande*, *lyssna*, *information och kunskap* samt *stödja bemästring*. Under *bemötande* ingår bland annat att sjuksköterskan bör förmedla värme, närhet och trygghet samt att få individen att känna sig betydelsefull. Under rubriken *lyssna* framkom bland annat att sjuksköterskan bör uppmuntra till att tala om situationen och att inbjuda till samtal. Omvårdnadsåtgärder som framkom under rubriken *information och kunskap* var bland annat att informationen skall ges på ett begripligt språk. Under rubriken *stödja bemästring* framkom bland annat att sjuksköterskan bör stödja individen i sitt försök att identifiera framgångsrika copingstrategier samt att uppmuntra och ge feedback.

Diskussion: Sjuksköterskan har en unik möjlighet att i ett tidigt skede bidra till att förbättra individens förutsättningar att gå vidare efter en kris utlöst av en traumatisk händelse. Ett *gott bemötande* från sjuksköterskan som *tar sig tid att lyssna*, förmedlar *information och kunskap* på ett professionellt och empatiskt sätt samt hjälper individen att använda sig av *framgångsrika bemästringsstrategier* skulle enligt vår uppfattning göra en stor skillnad för den person som drabbats av traumatiskt kris.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD.....	1
KRIS.....	1
Krisens faser samt försvarsmekanismer hos individen	2
Sorg som en del av en kris	4
BEMÄSTRINGSFÖRMÅGA	4
KASAM – KÄNSLA AV SAMMANHANG	6
STÖD	6
TRÖST.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE.....	8
METOD	8
DATAINSAMLING	8
INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER.....	9
ANALYS	11
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	11
RESULTAT	12
BEMÖTANDE	12
Patient.....	12
Närstående	13
LYSSNA	13
Patient.....	13
Närstående	14
INFORMATION OCH KUNSKAP	14
Patient.....	14
Närstående	14
STÖDJA BEMÄSTRING	15
Patient.....	15
Närstående	16
DISKUSSION.....	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	19
Modell 1 – Sammanställning av viktiga omvårdnadsåtgärder	20
Reflektioner kring bemötande.....	21
Reflektioner kring att lyssna	21
Reflektioner kring information och kunskap	22
Reflektioner kring bemästring	23
Ytterligare reflektioner	24
SLUTSATS.....	24
REFERENSLISTA	25
BILAGA 1 – ARTIKELSAMMANSTÄLLNING	28
BILAGA 2 – CCFNI	39

INLEDNING

En krisreaktion kan utlösas av många olika händelser och upplevas av både patienter och närstående. Vår uppfattning är att god omvårdnad vid krisreaktioner kan minska lidande och förbättra människors förutsättningar att gå vidare efter en kris utlöst av en traumatisk händelse. Oberoende av var du arbetar som sjuksköterska kommer du med stor sannolikhet att möta människor som drabbats av en traumatisk kris. Därför anser vi att det är mycket viktigt att alla sjuksköterskor har goda kunskaper kring omvårdnad av dessa personer. Vår uppfattning är att vi under sjuksköterskeutbildningen fått mycket begränsad kunskap om detta område. Avsikten med detta arbete är därför att ta reda på vad det finns för evidensbaserade omvårdnadsåtgärder vid traumatiska händelser omskrivna i litteraturen. Vår förhoppning är att detta arbete ska kunna vara till nytta både för erfarna och oerfarna sjuksköterskor som i något avseende vill öka sina kunskaper kring omvårdnad av människor drabbade av traumatisk kris.

BAKGRUND

EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD

Som legitimerade sjuksköterskor ska vi enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (1) ha en lång rad kunskaper, färdigheter och förmågor. Exempelvis ska vi ha förmåga att möta patienter, närstående och kollegor på ett respektfullt och empatiskt sätt, identifiera och stödja patientens resurser samt lindra lidande i så stor utsträckning som möjligt. Sjuksköterskan skall dessutom alltid ha en helhetssyn på människan och ett etiskt förhållningssätt. Idag ställs även krav på att vården som ges är evidensbaserad. Evidensbaserad hälso- och sjukvård definieras av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2) som:

”Ett förhållningssätt och en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut. En process för att systematiskt sammanställa, kvalitetsgranska, värdera, tolka och tillämpa befintliga forskningsresultat.” (2 s.22).

Författarna (2) skriver vidare att även evidensbaserad omvårdnad är en process och ett förhållningssätt. Beslutsfattande inom evidensbaserad omvårdnad baseras både på resultat från omvårdnadsforskning, klinisk erfarenhet, kunskap om enskilda personers behov och kunskap om tillgängliga resurser.

KRIS

Kris är ett begrepp som dagligen används i flera olika sammanhang i samhället. Ålderskris, ekonomisk kris och relationskris är några exempel och innebörden av ordet kris är ofta oklart. Det är därför i sammanhanget nödvändigt att tydligt definiera vilken typ av kris som avses (3).

Bakom Nationalencyklopedins (4) definition av begreppet kris (psykologisk kris) står professorn i psykiatri Johan Cullberg (5). Cullberg (5) har många års erfarenhet av både kliniskt och vetenskapligt arbete och har skrivit boken *Kris och Utveckling* (5). Enligt Cullberg (5) har ordet kris sitt ursprung i grekiskans *krisis* som betyder avgörande vändning, plötslig förändring eller ödesdiger rubbning. En person befinner sig i ett psykiskt kristillstånd då hans eller hennes *”tidigare erfarenheter och inlärd*

reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den livssituation som man råkat in i” (5 s.19). Ytterligare en definition av kris är skriven av Persson (3) som menar att en kris innebär att den drabbade personen befinner sig i en situation som hon eller han inte själv kan ta sig ur, ofta med en känsla av en förlorad eller förändrad identitet. Ottosson (6) beskriver en kris som en form av akut stressreaktion. Reaktionen innebär ångest hos individen som drabbas och olika dimensioner av ångest är fruktan, frustration, separation och skuld känslor.

Psykologiska kriser kan enligt Cullberg (5) och Persson (3) delas in i de två undergrupperna *traumatiska kriser* och *utvecklings- eller livskriser*. Dessa är dock ofta sammanvävda och innebär upplevelser av övergivenhet, självförkastelse, kaos och framtidslöshet. Den traumatiska krisen utlöses av plötsliga och oväntade påfrestningar från omgivningen som uppfattas som ett hot mot individens fysiska existens, sociala identitet, trygghet eller möjlighet till välbefinnande i vardagen. Exempel på utlösande faktorer är sjukdom eller plötslig invaliditet, intagning på sjukhus eller annan institution, en närståendes bortgång, otrohet och separation, sociala misslyckanden och skamsituationer, att utsättas för fysiska övergrepp eller att bevittna en svår olycka. Cullberg (5) menar att även utvecklings- eller livskriser kan utlösas av påfrestningar från omgivningen. Den utlösande händelsen anses dock i större utsträckning vara en naturlig del av livet än vid traumatiska kriser. Exempel på utlösande händelser är att bli förälder eller att uppnå en viss ålder.

Alla människor reagerar olika på händelser som inträffar. En förståelse för krissituationen kan utvecklas genom att titta närmare på följande fyra aspekter:

- *Den utlösande situationen* – plötsligt och oväntat eller en förhållandevis naturlig del av livet.
- *Vilken personlig betydelse det inträffade har* – beror på individens tidigare upplevelser och erfarenheter.
- *Den aktuella livsperioden* – genom hela livet pågår en utvecklings- och förändringsprocess. Beroende på vilken del av livet personen befinner sig i kan olika händelser få olika innebörd.
- *Sociala förutsättningar* – ett välfungerande socialt nätverk som både består av familjemedlemmar, vänner och kollegor kan fungera som stöd i svåra situationer. I ett litet, svagt och pressat nätverk kan på samma sätt en persons svårigheter utlösa krisreaktioner i resten av gruppen (5).

Cullberg (5) skriver att vårdpersonalens strävan efter förståelse för krissituationens dimensioner och den drabbades behov är en av förutsättningarna för ett fullgott krisstöd. Vårdpersonal, i detta fall sjuksköterskan, bör även ha kunskap om sina egna reaktioner i mötet med personer drabbade av kris, samt vara medveten om hur kommunikationen mellan sjuksköterskan och den krisdrabbade personen fungerar.

Krisens faser samt försvarsmekanismer hos individen

Oavsett vilken händelse som utlöst krisen har det enligt Cullberg (5) visat sig att det efterföljande förloppet kan indelas i fyra karaktäristiska faser som benämns *chockfasen*, *reaktionsfasen*, *bearbetningsfasen* och *nyorienteringsfasen*. De två första faserna, chock- och reaktionsfasen kallas tillsammans för *den akuta krisen*.

1. Den inledande *chockfasen* varar från en kort stund upp till några dygn och individen är då inte mottaglig för att ta in eller bearbeta vad som hänt. Individens reaktion och uppträdande varierar och det är inte ovanligt att individen har svårt att minnas vad som sagts eller gjorts under denna period. Utåt sett försöker vissa individer upprätthålla en fasad av att ha kontroll, medan tillvaron i själva verket är kaos. En del individer blir högljudda och förvirrade och andra tysta och paralyserade (5).

Cullberg (5) menar att det i chockfasen är viktigt att individen får ett gott allmänt omhändertagande. Om chocken är kraftig bör individen inte lämnas ensam. Att erbjuda något att dricka och att hålla handen eller hålla om personen förmedlar trygghet. En sömntablett kan bidra till att individen får möjlighet att samla kraft för att så småningom kunna bearbeta händelsen.

2. *Reaktionsfasen* inleds när individen börjar bli mottaglig för det som skett och successivt tar in händelsen. Ofta försöker individen hitta en förklaring och mening med det som hänt. Olika försvarsmekanismer aktiveras, vilket ofta är till hjälp för individen genom att de minskar upplevelsen av hot. Försvarsmekanismer kan dock även bidra till att försvåra bearbetningen av händelsen. Exempel på försvarsmekanismer är:

- *Regression* – individen använder sig av tankemönster och beteenden som är vanliga under tidigare utvecklingsstadier
- *Förnekelse* – den egentliga innebörden av händelsen förnekas
- *Projektion* – skuldbeläggning av omgivningen vilket ofta har sin grund i att individen själv har skuldkänslor
- *Rationalisering* – bortrationalisering av det verkliga hotet genom att fokusera på mindre hotfulla faktorer
- *Isolering* – individen isolerar omedvetet sina känslor (så väl att hon eller han inte är medveten om att de finns) och kan därför lugnt tala om händelsen
- *Undertryckande* – mer medvetet undertryckande av sina känslor, ofta för att personen bedömer att det är det bästa i det sociala sammanhanget
- *Unrepression* – en psykisk reaktion som egentligen inte är en försvarsmekanism, men som innebär att gamla förträngda minnen återvänder
- *Bortträngning* – hela händelsen trängs bort från medvetandet vilket kan yttra sig som minnesförlust eller förvirring (5)

Cullberg (5) skriver att det i mötet med individer i reaktionsfasen också är viktigt att förmedla trygghet och visa omtanke. I denna fas bör dock individen även få möjlighet att tala om alla sina upplevelser och känslor. Att få sätta ord på sina känslor, samt att en annan människa tar sig tid att lyssna, har stor betydelse för att individen själv ska förstå sina upplevelser. Information är också en viktig del i denna fas. Särskilt då krisen utlösts i ett medicinskt sammanhang. Det är dock viktigt att ta reda på vilken typ av information som är viktig för individen och att informationen förmedlas på ett språk som är förståeligt för den drabbade.

3. *Bearbetningsfasen* – Försvarsmekanismerna avtar och individen börjar se framåt istället för att enbart fokusera på det som hänt. Bearbetning av händelsen innebär att inläring av nya sociala roller börjar ske och akuta krissyntom avtar. Om individen inte naturligt träder in i bearbetningsfasen behövs professionell hjälp (5).

4. *Nyorienteringsfasen* – Individens har förlorat sig med det som skett och lever sitt liv utan att upplevelsen stör vardagslivet. Dock kan en påminnelse om händelsen fortfarande framkalla viss smärta. En upplevd kris kan ha olika betydelse under olika faser i livet (5).

Sorg som en del av en kris

Enligt Ottosson (6) är sorg en mycket stor del i den akuta krisen. Pionjär inom kristeorin och sorgereaktioner var professor Erich Lindemann (7) som på 1940-talet gjorde en omfattande undersökning av över 100 personer som förlorat en familjemedlem eller nära vän i en brand. Lindemann (7) gjorde en anmärkningsvärd upptäckt. Undersökningen visade att den akuta krisen yttrade sig enhetligt bland personerna oavsett kön, ålder och etnisk bakgrund. Även Persson (3) och Hillgaard (8) menar att sorgprocessen är väldigt lika för alla människor. Lindemann (7) delade upp sorgereaktionerna i fem grupper som kom att kallas *Lindemanns sorgesyndrom*, vilka kännetecknas av följande:

- *Somatiska symtom*. Exempelvis suckande andning, muntorrhet, trötthet, störning i mag-tarm funktionen och en smakförändring där all mat tycks smaka likadant.
- *Ivrigt sysslade med föreställningar om den avlidne*. Här vill den närstående beskriva den avlidne för omgivningen. Ofta handlar det om att berätta anekdoter och historier ur den dödes liv.
- *Skuld känslor*. Detta uttrycker sig som självföreläpelse och självanklagelser. Den sörjande anklagar sig själv för att inte kunna undvika det som hänt.
- *Fientliga reaktioner*. Förekommer ofta och kan även kallas *förtvivlans vrede*. Denna vrede kan komma att riktas mot personal, andra närstående eller mot den döde själv för att ha blivit övergiven.
- *Förlust av tidigare beteendemönster*. Syftar på passivisering och isolering. Passiviseringen kan härledas till den trötthet som var en del av de somatiska symtomen, medan isolering kommer från att individen inte tror sig vara något värd för omgivningen (7).

Sorg är i grund och botten en reaktion på en förlust av något eller någon, exempelvis en närstående, ett husdjur eller en kroppsdel (9). Hillgaard (8) skriver att det inte är möjligt för en människa att undvika att gå igenom en sorgprocess efter en förlust samt att det inte är säkert att all sorg kommer att försvinna med tiden. Även Ottosson (6) menar att sorg i sig är något helt naturligt för oss människor men att sorg under vissa omständigheter kan utvecklas till något skadligt för den sörjande. Den viktigaste faktorn för att undvika en patologisk utveckling av en sorg-/krisreaktion menar Ottosson (6) är ett adekvat bemötande från omgivningen.

BEMÄSTRINGSFÖRMÅGA

Bemästringsförmåga kan även kallas för förmåga till *coping* (10). Coping definieras inom psykologisk stressforskning som förmågan att med hjälp av olika strategier hantera påfrestningar och krav (11, 12). Det finns ingen människa som går genom livet utan att drabbas av någon form av kris (3, 13). Brattberg (10) skriver att alla krissituationer delvis hanteras genom att individen härdat ut. Detta gör alla människor både medvetet och omedvetet och är en så kallad copingstrategi. Copingstrategier kan delas upp mellan probleminriktade och känslolinriktade strategier. Vissa människor

hör till den gruppen som är mer probleminriktade, det vill säga att de vill handla och lösa problemen för att bli av med det som plågar dem. Exempel på probleminriktade strategier kan vara att identifiera problemet, fråga andra människor om råd, lägga annat åt sidan för att koncentrera sig på problemet eller att göra upp en arbetsplan. Alla problem går dock inte att lösa. Vid exempelvis förlust av en närstående är det enda sättet att härda ut och det handlar då mera om att genomleva sorgen. Att härda ut innebär att en person använder sig av sina känslolinriktade strategier. Känslolinriktade strategier innebär att förändra sitt tankesätt. Dessa kan vara att söka stöd hos vänner och bekanta, få bekräftelse i sina känslor eller om att söka sympatier i sin omgivning. Det kan även vara en skön skogs promenad för att få skingra tankarna för en stund. Viktigt är också att tillåta sig att ta en paus från problemen genom att göra något roligt. Att exempelvis gå och se en bio och få andrum från sorgen kan leda till att det känns lättare att hantera den svåra situationen. Enligt psykologiprofessorn Lyubomirsky (13) kan copingstrategier även utgöras av religiösa tankar men även av att vända sina negativa tankar till något positivt. Positiva tankar kan vara att försöka se det som hänt som en nyttig erfarenhet, lära sig att acceptera det som hänt, våga se framåt i livet och tänka sig in i hur den svåra händelsen kommer att påverka framtiden (13). Det har visat sig att om en person använder sig av en viss copingstrategi i en svår situation blir det ofta att personen använder sig av samma strategi i en annan svår situation (12).

Enligt en omvårdnadsmodell utformad av omvårdnadsteoretikern Sister Callista Roy i boken "The Roy Adaptation Model" (14) har Roy förklarat människors förmåga att anpassa sig till nya situationer i livet. Roy (14) beskriver ohälsa som ett anpassningsproblem och hennes kliniska erfarenheter gjorde henne imponerad av människans anpassningsförmågor i olika svåra situationer. Hon såg sjuksköterskans möjlighet till att genom omvårdnad stärka denna positiva anpassning (15). Denna teori går ut på att människan har medfödda och förvärvade förmågor för att anpassa sig till förändringar både i personens inre känsloliv och yttre förändringar som till exempel från miljön. Människan påverkas hela tiden av *stimuli* som hon eller han på något sätt skall förhålla sig till. Roy (14) menar att all stimuli - "inputs" ger beteende - "outputs". Denna funktion är föränderlig och påverkas av personens resurser och kapacitet. En persons beteende som svar på de stimuli personen utsätts för förklarar Roy (16) som människans adaptationsnivå eller anpassningsförmåga. Hur en individ klarar av svår påfrestning beror på tidigare erfarenheter samt hur hans eller hennes fysiska och psykiska tillstånd är vid händelsen. En enkel förklaring till detta kan vara att en person som är frisk och van vid ett kyligt klimat rimligtvis klarar stark kyla bättre än en person som är förkyld och van vid ett varmt klimat.

Roy (16) menar också att sjuksköterskans uppgift är att hjälpa individen att svara positivt på stimuli. Detta görs genom att hjälpa individen att adaptera sina *fysiska behov*, sin *jaguppfattning*, sin *rollfunktion* och *interdependensen*. De *fysiska behoven* klassificeras som: aktivitet och vila, nutrition, elimination, vätska och elektrolyter, syre, cirkulation och regulation som innefattar temperatur, sinnesorgan och det endokrina systemet. *Jaguppfattningen* innebär att personen måste anpassa sig till exempelvis förlusten av ett ben men även till den egna uppfattningen om sig själv och hur personen tror att andra uppfattar honom eller henne. När människan drabbas av sjukdom påverkas personens *rollfunktion*. Patienten kanske inte längre kan utföra sina vanliga plikter och känner sig därmed otillräcklig inför omgivningen eller sig själv. *Interdependensen* är ett uttryck som Roy (16) beskriver som det ömsesidiga beroendet

av andra. En person som blir svårt sjuk kan tvingas att bli beroende av andra för att klara sitt liv, detta kan av många upplevas som mycket svårt. När personen senare tillfrisknar kan patienten behöva stöd i att succesivt öka sitt oberoende och bli mer självständig. Sjuksköterskans uppgift är att bedöma patientens svar på olika stimuli och bidra till att skapa goda förutsättningar för att patienten ska kunna anpassa sig till den nya situationen. Detta kan även bidra till att patientens övriga copingmekanismer tillvaratas (15, 16).

Hur väl en person hanterar sin kris beror också på vilka resurser personen besitter. Exempel på copingresurser är självkänsla, KASAM (känsla av sammanhang), problemlösningsförmåga, familj och vänner. Skulle en persons copingresurser inte vara tillräckliga för att hantera krisen kan det leda till att krisen utvecklas till långvariga psykologiska problem för individen (10).

KASAM – KÄNSLA AV SAMMANHANG

Antonovskys (17) begrepp KASAM, är idag väl vedertaget inom omvårdnadsvetenskapen. KASAM står för Känsla Av SAMmanhang och de komponenter som tillsammans är grunden för begreppet är *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. *Begriplighet* syftar på i vilken grad händelser i ens liv uppfattas som förståeliga och gripbara. Händelserna kan direkt involvera individen själv eller endast involvera individens omgivning. En individ med en hög grad av begriplighet tänker sig att det alltid finns möjlighet att hitta en förklaring till händelser som sker. *Hanterbarhet* syftar på i vilken grad individen upplever att hon eller han har förmåga att hantera olika händelser som uppstår i livet. Denna förmåga är beroende av vilka resurser, exempelvis i form av stöd från det sociala nätverket, som finns tillgängliga för individen när hon eller han ska bemöta de krav som ställs från omgivningen. En individ med hög grad av hanterbarhet uppfattar inte sig själv som ett offer för omständigheterna, utan anser att hon eller han har förmågan att hantera situationen och gå vidare i livet. *Meningsfullhet* anses ofta vara den viktigaste komponenten i KASAM. Meningsfullhet syftar på i vilken grad individen uppfattar händelser som meningsfulla och värda att engagera sig i. En individ med hög grad av meningsfullhet uppfattar en svår händelse som en utmaning. Istället för att försöka fly från händelsen engagerar sig individen för att söka mening och ett sätt att ta sig igenom det svåra som hänt. Sammanfattningsvis anses en individ med hög grad av KASAM ha förmåga att få förståelse för omfattningen och innebörden av en svår händelse, uppfatta händelsen som meningsfull, samt använda sig av lämpliga resurser för att ta sig igenom händelsen (17, 18). Om situationen istället upplevs vara oförutsägbar och det uppstår en känsla av maktlöshet kan händelsen istället uppfattas som ett trauma (19). Graden av KASAM kan med andra ord ge en antydning om hur väl en individ kan bemästra svåra situationer som uppstår, exempelvis att drabbas av en sjukdom. En hög grad av KASAM innebär dock inte nödvändigtvis att en person upplever välbefinnande i större utsträckning än en person med låg grad av KASAM (17, 18).

STÖD

Definitionen av att stödja någon under en svår tid innebär enligt Nationalencyklopedin (20) att hålla någon uppe. Att ge stöd till en annan människa som befinner sig i en svår situation är inte alltid lätt. Stöd kan bland annat ges från familjemedlemmar, grannar, vänner och sjukvårdspersonal (21). Tamm (22) skriver att genom att ge stöd till en människa som befinner sig i en kaotisk situation och finnas där med en så lugn och avslappnad personlighet som möjligt vill sjuksköterskan uppnå en känsla av trygghet och tillit. Att lyssna och visa engagemang

för den krisdrabbade räcker oftast i den inledande fasen. Det behöver inte sägas så mycket för att personen skall uppleva att du finns där som ett stöd. Vissa upplever även viss kroppskontakt som stödjande i dessa situationer. I det första skedet av krisen är dessa komponenter viktigast för att förmedla stöd till en person. Tamm (22) skriver också att det för sjuksköterskan kan kännas skrämmande att ge stöd till en krisdrabbad person och att det inte är ovanligt att sjuksköterskan försöker gömma sig bakom medicinska termer och praktisk information. I stället bör sjuksköterskan låta sig engageras i den krisdrabbades känsloliv och försöka få en så tydlig inblick i dennes situation som möjligt. Fyhr (23) skriver att det inte är ovanligt att krisdrabbade personer vill vara duktiga och klara av situationen och därmed försöker ”gömma” sina reaktioner. Sjuksköterskan kan då också stödja genom att ge den krisdrabbade tillåtelse att visa känslor som vrede, förtvivlan och sorg. Sjuksköterskan bör också, enligt Fyhr (23), tala om att det är naturliga reaktioner som behöver komma ut.

Cullberg (5) menar att hälso- och sjukvårdspersonal kan ses som formella hjälpstrukturer i samhället för att stödja personer i kris, medan familj och vänner kan ses som informella hjälpstrukturer. Cullberg (5) skriver vidare att allmänsjuksköterskan dagligen möter människor som drabbats av kriser och att personerna då ofta befinner sig någonstans i den akuta krisen det vill säga antingen i chockfasen eller i reaktionsfasen. Krisstödet målsättning och innehåll är enligt Cullberg (5) att:

- Stödja den drabbades egna läkningsresurser
- Stödja konfrontationen med verkligheten (inte ge tillbaka vad den drabbade förlorat)
- Ge stöd i att uttrycka känslor så som sorg, smärta, skuld och aggressivitet
- Vara vikarierande hopp så att personen kan vara uthållig i sin kris
- Lindra lidande genom exempelvis sjukskrivning eller läkemedel
- Involvera familjen i krisbearbetningen
- Främja stödåtgärder via det sociala nätverket

Cullberg (5) poängterar att behandling av kriser som kompliceras av djupare personlighetsmässiga problem så som missbruk eller mentala funktionsnedsättningar kräver specialiserad personal inom psykiatri. Även Persson (3) påpekar att allmänsjuksköterskan i svåra situationer bör förmedla kontakt mellan individen och psykiatri.

TRÖST

Alla människor är i behov av tröst någon gång under sitt liv (24). Att trösta är ett begrepp som är svårt att förklara innebörden utav trots att de flesta människor någon gång känt tröst (25). Att försöka trösta en person genom att säga de ”rätta sakerna” eller agera på ”rätt sätt” kan upplevas som stötande om trösten inte är ärlig och äkta (24, 25). Istället menar Ferm (25) att tröst uppstår då det finns en känsla av samhörighet mellan den som tröstar och den som är i behov av tröst. Den som går in i en situation med mål att trösta måste vara beredd på att han eller hon kan få höra något mycket tragiskt och då våga stå kvar. För att trösta skall vi människor, enligt Ferm (25) fundera över hur vi själva hade önskat bli bemötta om vi var i en liknande situation. Det är först när vi delar den sörjande människans smärta och är helt närvarande i situationen som trösten når fram. Att förmedla tröst gör att den sörjande inte känner sig lika ensam och kan se en strimma ljus eller hopp i den svåra situationen (24, 25).

PROBLEMFORMULERING

Det finns mycket litteratur skriven kring hur människor kan tänkas reagera vid traumatiska händelser. Det är dock inte möjligt att på förhand säga hur en specifik person kommer att reagera på en viss händelse. Ett bristfälligt omhändertagande vid en traumatisk kris kan leda till ökat lidande och att människor inte kan gå vidare utan blir kvar i sina krisreaktioner längre än nödvändigt. Oavsett var sjuksköterskan arbetar möter hon eller han i det dagliga arbetet människor som drabbats av en traumatisk händelse som utlöser en krisreaktion. Enligt vår uppfattning är det ett problem att allmänsjuksköterskan har begränsad kunskap om hur människor i kris kan tänkas reagera och vilka omvårdnadsåtgärder som kan vara till hjälp.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att identifiera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder som allmänsjuksköterskan kan vidta i mötet med patienter och närstående som drabbats av en traumatisk kris.

METOD

DATAINSAMLING

Vi har använt oss av Fribergs (26) modell för att göra en litteraturöversikt. Målet med att göra en litteraturstudie kan vara att få en översikt av hur forskningsläget ser ut kring ett visst ämne. I en litteraturstudie kan både kvalitativa och kvantitativa rapporter och forskningsartiklar användas. Modellen inleds med en övergripande litteratursökning för att ett problemområde skall kunna formuleras. Därefter sker den egentliga litteratursökningen. Nästa steg i Fribergs (26) modell är att använda ett helikopterperspektiv där en överblick skapas. Utifrån problemformuleringen kan sedan ett antal av studierna väljas ut. Detta urval skall kunna motiveras. När urvalet är genomfört skall studiernas kvalitet granskas. Därefter skall studierna analyseras för att likheter och skillnader skall kunna identifieras, vilket leder till ett resultat för litteraturöversikten.

För vår litteratursökning har vi använt oss av databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl är en databas som listar tidskrifter med omvårdnadsfokus. PubMed är en stor databas där tidskrifter som har ett brett medicinskt och hälsovetenskapligt fokus finns. Med en bibliotekaries assistans fann vi lämpliga söktermer i förhållande till vårt ämnesval. *Crisis intervention* visade sig vara ett begrepp i både PubMed och Cinahl. Detta användes inledningsvis som ett primärt sökord. Kompletterande sökord var dock en nödvändighet på grund av svårigheter att finna relevanta artiklar. Följande begrepp användes i olika konstellationer: "patients experiences", "psychosocial needs", illness, psychoeducation, patient, patients, crisis, crises, trauma, "social support", "nursing care", strategies och nurs*. Vi kom fram till just dessa kompletterande sökord genom att titta i utvalda artiklars nyckelord. Under sökningens gång granskades först samtliga träffars rubriker, därefter lästes abstract från dem som vi ansåg hade en lämplig rubrik för vårt syfte. Där även abstractet verkade relevant lästes hela artikeln och därefter beslutade vi, efter granskning av artikelns kvalitet, om denna artikel skulle inkluderas i arbetet eller inte. 17 artiklar inkluderades. Sex av kvalitativ karaktär, sju av kvantitativ karaktär, tre litteraturstudier och en kombinerad litteratur- och fallstudie av kvalitativ karaktär. Den geografiska spridningen på studierna är stor.

USA är lite överrepresenterat med sju stycken studier. Övriga artiklar är skrivna i Finland, Sverige, Kina, England och Australien.

INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER

För att finna artiklar som svarar på vårt syfte använde vi oss av exklusions- respektive inklusionskriterier (27). Vi valde att exkludera alla artiklar som inte handlade om sjukvårdspersonal och även dem som handlade om ren psykiatrisk behandling. Vi valde också att exkludera artiklar som handlade om personer som befann sig i en ren livskris. Följande avgränsningar användes vid samtliga sökningar i Cinahl: "peer reviewed", "research article", "all adults: 19+ years" och "publikationsår 1990-2012". Följande avgränsningar användes vid samtliga sökningar i PubMed: English, Swedish, "Nursing Journals", "all adults: 19+ years" och "publikationsår 1990-2012". Därmed blev våra inklusionskriterier att: studien omfattade vuxna deltagare och att den skulle vara publicerad mellan 1990-2012. Den ursprungliga avsikten var att enbart inkludera artiklar som baserades på kvalitativa och kvantitativa studier. Efter granskning valde vi dock att även inkludera fyra litteraturstudier.

TABELL 1 – INKLUDERADE ARTIKLAR

Databas	Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Artikel
Cinahl	19/1-2012	crises AND "patients experiences"	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2012	1	(28)
PubMed	19/1-2012	"crisis intervention"(Mesh)	English, Swedish, Nursing journals, All adults: 19+ years, 1990-2012	151	(29, 30)
Cinahl	19/1-2012	"psychosocial needs" AND illness	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2012	34	(31-33)
Cinahl	19/1-2012	psychoeducation AND patient AND crisis	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2012	5	(34)
	19/1-2012	Manuell sökning			(35)
Cinahl	23/1-2012	"social support" AND "nursing care" AND patients	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2010	8	(36)
Cinahl	23/1-2012	strategies AND crisis AND patient	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2012	19	(37)
Cinahl	23/1-2012	"social support" AND nurs* AND crisis	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2012	12	(38)
Cinahl	23/1-2012	"crisis management" AND guidelines	Peer reviewed, Research article, All adults: 19+ years, 1990-2012	12	(39)
	23/1-2012	Manuell sökning			(40-44)

ANALYS

Vi gjorde vår analys enligt Fribergs (26) modell. Vi började därför med att läsa igenom artiklarna flera gånger för att få en övergripande inblick i artiklarnas innehåll och få en uppfattning för om de svarade på vårt syfte. Därefter identifierade vi de evidensbaserade omvårdnadsåtgärder som personer i kris har uttryckt som hjälpande. Nästa steg blev att få en överblick över åtgärderna som kommit fram i artiklarna. Detta gjordes genom att åtgärderna skrevs in i en "mindmap" och likheter och skillnader kunde på så sätt identifieras. De evidensbaserade omvårdnadsåtgärderna skrevs därefter in i ett dokument där de sedan organiserades och sorterades in i teman som vi senare valde att använda som rubriker i vårt resultat. Dessa teman var: *bemötande*, *lyssna*, *information och kunskap* och *stödja bemästring*. Utifrån dessa övergripande teman gick vi via vår "mindmap" tillbaka till artiklarna och utvecklade resultatdelen utifrån detta.

För att analysera artiklarnas kvalitet har vi även här utgått ifrån Fribergs (27) föreslagna frågeställningar. När vi granskade samtliga artiklar, för att bedöma deras kvalitet, tittade vi närmare på följande:

- problemformulering
- teoretiska utgångspunkter
- syfte
- metod
- urval
- analysmetod
- etiska ställningstaganden
- resultat
- diskussion
- metoddiskussion.

Syfte, urval och metod för samtliga artiklar, där detta gått att urskilja, presenteras i bilaga 1. Vi anser att de artiklar vi valt antingen är av tydligt god kvalitet, alternativt att de kompletterar genom att det trots vissa frågetecken ändå har ett samstämmigt resultat med de övriga artiklarna.

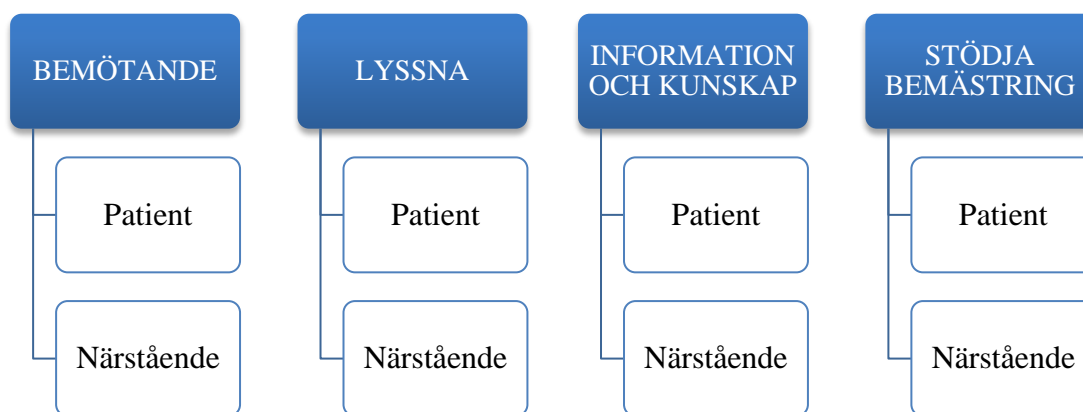
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

För att skapa evidensbaserad kunskap kring omvårdnad av personer drabbade av traumatisk kris krävs det att en forskare, med respekt för sina medmänniskor, vänder sig till personer med erfarenhet på området (45). Holme och Krohn Solvang (45) skriver att det är oundvikligt att mötas av etiska svårigheter när människors upplevelser studeras. I en forskningsprocess kommer personerna som tillfrågas alltid att påverkas på något sätt. Cullberg (5) skriver att en traumatisk kris ofta innebär att individen får genomgå ett antal faser och slutligen kan gå vidare med sitt liv utan att dagligen påverkas av det som hänt. Enligt Holme och Krohn Solvang (45) kan dock deltagande i en studie framkalla tankar och känslor som personerna inte förväntat sig och som forskaren inte har möjlighet att följa upp. Konsekvenserna av dessa tankar och känslor i en krisprocess kan vara mycket svåra att förutsäga. Det är därför mycket viktigt att forskaren, enligt Holme och Krohn Solvang (45), ställer sig den etiskt grundläggande forskningsfrågan "om vi har rätt att gripa in i andra människors liv på det viset. Är detta nödvändigt för att få fram den information vi vill ha, och har vi rätt

att vilja detta?” (45 s.32-33). De flesta studier som vi valt att inkludera i vårt arbete har blivit granskade av en etisk kommitté.

RESULTAT

De omvårdnadsåtgärder som har kunnat identifieras i artiklarna som ligger till grund för denna litteraturstudie har, enligt vår bedömning, kunnat indelas i fyra teman. Vi är medvetna om att både teman och de omvårdnadsåtgärder som lyfts i vissa fall går in i varandra. Vi har även valt att skilja på omvårdnadsåtgärder riktade till patienter respektive närstående, detta eftersom att flera av studierna är inriktade på enbart en av dessa grupper. Resultatet kommer därför att presenteras enligt figur 1. Under respektive rubrik presenteras först de omvårdnadsåtgärder som framkommit i de kvalitativa och kvantitativa studier vi tagit del av. Därefter kompletteras dessa omvårdnadsåtgärder under de flesta rubriker med de åtgärder som framkommit i de litteraturstudier som vi valt att inkludera i vårt arbete.



Figur 1 – Tema för omvårdnadsåtgärder

BEMÖTANDE

Patient

Galbraith (36) och Hoskins et al. (34) framför i sina studier att alla patienter är olika och att det är viktigt att fråga patienten vad just hon eller han behöver eller önskar. Studierna visar även på vikten av att sjuksköterskan ger olika förslag i dessa situationer för att patienten tydligt skall förstå och se att det finns olika alternativ. Dessa forskare anser att merfokus bör ligga på att få patienterna att känna sig betydelsefulla. Detta innefattar exempelvis att röra vid patienten för att visa att en person vars kroppsdel blivit bortopererad fortfarande är värd kroppskontakt. En svensk studie gjord av Nilsson et al. (28) med tio strokepatienter visar att sjuksköterskan fokuserar mer på sjukdomen än på krisen som uppstår till följd av sjukdomen.

I studien gjord av Pålsson et al. (31) framkommer bland annat att det är nödvändigt att sjuksköterskorna uppfattas som "caring, not only curing" (31 s.284). Patienten måste känna att sjuksköterskan verkligen bryr sig om patienten för att hon eller han skall kunna vara ett komplement till det sociala nätverket och bidra till att minska upplevelsorna av stress och osäkerhet hos patienten. En bekräftande relation mellan patient och sjuksköterska är viktig för att patienters psykosociala behov ska kunna tillgodoses.

Vikten av ett gott bemötande av personer i kris lyfts även i den litteraturstudie vi tagit del av skriven av Kavan et al. (39). De menar att vårdpersonalen genom att bekräfta patientens upplevelser och känslor lägger grunden för en trygg och respektfull relation. Detta är i sin tur grunden för framgångsrik krishantering.

Närstående

Närstående önskar att få bekräftat att bästa möjliga vård tillhandahålls (32, 37, 43), att personalen visar att de bryr sig och att just deras närstående är betydelsefull för personalen (32, 43). Sjuksköterskan skall fokusera på att förmedla hopp, värme, närhet och trygghet till de närstående. Detta görs bäst genom att finnas där och fråga efter de närståendes behov (32, 37, 38). Vissa närstående upplevde tröst i att sjuksköterskan bekräftade och normaliserade deras känslor och upplevelser (33). I studien gjord av Kaunonen et al. (42) och i studien gjord av Santavirta et al. (40) benämndes "socialt stöd" som en krisbehandling. I dessa studier syftades då på kontakten med nära och kära.

I studierna skrivna av Kinrade et al. (32), Maxwell et al. (37) och av Lee et al. (43) har det framkommit att de närstående kan uppleva att fria besökstider till den närstående som vårdas på sjukhus är värdefullt. Dessa studier visar också att de närstående värderar att få prata med en sjuksköterska varje dag angående deras närståendes situation.

I en studie gjord av Lehman et al. (44) har det undersökts vad de som förlorat sin respektive ansåg som värdefullt stöd i sorgprocessen och hur de tror att de skulle hjälpa andra i liknande situation. Nio procent av de tillfrågade upplevde att det var hjälpsamt att se på situationen ur ett filosofiskt perspektiv, exempelvis att tänka att den avlidna personen inte längre behöver lida och nu är hos Gud, medan sju procent av de tillfrågade ansåg att det filosofiska perspektivet på situationen mest var irriterande.

Även enligt två av de litteraturstudier vi valt att inkludera, skrivna av Woolley (41) och Schlump-Urquhart (35), är det en viktig uppgift för sjuksköterskan att hjälpa närstående att inse att det även är viktigt att de tar hand om sig själva. Stöd från närstående är mycket avgörande för patientens välbefinnande. Utan tillräckligt med mat, sömn och viss tid utanför sjukhuset kan det vara svårt att fylla den stödjande funktionen på ett bra sätt.

LYSSNA

Patient

En viktig stödjande omvårdnadsåtgärd som omnämns i studierna skrivna av Pålsson et al. (31), Hoskins et al. (34) och Galbraith (36) är att inbjuda till samtal och ta sig tid att lyssna. Enligt Galbraith (36) finns det ett samband mellan graden av socialt stöd som patienten får, bland annat i form av att sjuksköterskan lyssnar på patienten, och hur nöjd patienten är med omvårdnaden. I en svensk studie gjord av Pålsson et al. (31) utvärderades effekten av att patienter som nyligen drabbats av bröstcancer erbjöds känslomässigt stöd från en sjuksköterska. Det känslomässiga stödet innebar att patienterna fick tillfälle att tala om sjukdomsrelaterade tankar och att sätta ord på sina känslor. Sjuksköterskan lyssnade, tröstade och svarade på frågor. Även vissa

organisatoriska förändringar genomfördes med avsikt att förbättra patienternas förmåga att anpassa sig till sin nya situation. Enligt studien innebar åtgärderna en ökad känsla av trygghet och säkerhet hos de drabbade kvinnorna och kan även bidra till en ökad känsla av kontroll.

Kavan et al. (39) står bakom en av de litteraturstudier vi valt att inkludera. I denna studie presenteras en guide som riktar sig till läkare i mötet med krisdrabbade individer och Kavan et al. (39) menar att det är mycket grundläggande att vårdpersonalen tar sig tid att lyssna på personen i kris.

Närstående

Sjuksköterskans sociala stöd genom närvaro och att hon eller han tar sig tid att lyssna är omvårdnadsåtgärder som även visat sig vara framgångsrika i mötet med krisdrabbade närstående (33, 38, 40, 42, 44). Sjuksköterskan bör ge individerna möjlighet att uttrycka sina känslor (44) och i en studie gjord av Chui et al. (33) framförde de närstående att sjuksköterskan även aktivt bör uppmuntra till detta. Närstående vill att sjuksköterskan visar empati och förståelse för den svåra situation de befinner sig i (40). I en finsk studie gjord av Kaunonen et al. (42) visade det sig att det sociala stödet som sjukvårdspersonal ger den närstående i form av några ord, en vänlig gest eller lite extra tid, precis före eller efter en person avlidit, är mycket värdefullt och någonting som den närstående minns i efterhand.

Att sjuksköterskan lyssnar och bekräftar upplevelser och känslor presenteras som viktiga omvårdnadsåtgärder även i tre av de litteraturstudier vi valt att inkludera (30, 35, 41). Det är vanligt att individer som drabbas av en kris även söker känslomässigt stöd från betydelsefulla personer utanför familjen. Sjuksköterskan kan bland annat genom att lyssna vara detta stöd när vänner eller släktingar av någon anledning inte finns tillgängliga (30, 41). I en kris kan närstående även behöva vägledning och stöttning från sjuksköterskan i att ta sig tid att lyssna på varandras känslor och upplevelser (30).

INFORMATION OCH KUNSKAP

Patient

Det har visat sig att patienter som varit med om krisutlösande händelser tycker att det är viktigt att få adekvat information om situationen. Informationen skall dock inte bara beröra händelsen utan även handla om hur den eventuella krisen kan komma att fortlöpa (31, 34, 36). Informationen kan ges genom samtal men även genom exempelvis informationsfilmer eller informationsbroschyrer (34). Sjuksköterskan bör erbjuda information även till de patienter som inte aktivt ber om det (34, 36). Sjuksköterskan skall också finnas där och vara tillgänglig för att svara på de eventuella frågor som kan komma att dyka upp hos patienten (31). I en studie gjord av Hoskins et al. (34) framkommer det att patienterna ser det som en viktig del att även de närstående får ta del av samma information som patienten själv.

Närstående

Information är även mycket viktig för närstående i kris och för personer vars närstående varit med om en krisutlösande händelse (32, 34, 37, 38, 40, 43). Det är viktigt att det som sägs är på ett språk som är förståeligt även för personer som själva inte arbetar inom sjukvården (32, 37). I studierna skrivna av Lee et al. (43), Maxwell et al. (37) och Kinrade et al. (32) har det framkommit att de närstående vill ha ärliga

svar på sina frågor om exempelvis prognosen och den förväntade utgången för patienten. De vill också informeras om varför vissa åtgärder valts (37). Studierna gjorda av Kinrade et al. (32), Maxwell et al. (37) samt Lee et al. (43) har alla använt sig av ett formulär som kallas för CCFNI (bilaga 2) för att utvärdera vilka behov som de närstående anser som viktigast i en kris. Att få prata med sjuksköterskan varje dag, att få information om prognosen och situationen och att de informeras ifall läget för patienten skulle förändras är behov som rankas högt av de närstående. Ytterligare en aspekt som de närstående skattat högt är att få kunskap om hur de handgripligen kan vara delaktiga i patientens fysiska vård (32, 37, 43). Även i de situationer då sjuksköterskan inte kan vara hos de närstående skall hon eller han visa sig vara tillgänglig genom att berätta att hon eller han finns i närheten och kommer om de behöver något (38).

I en svensk studie gjord av Olsson (38) framkom det att för närstående till patienter som avlidit är det viktigt att få information om hur personen mådde den sista tiden och inte bara om hur det låg till med de medicinska parametrarna. Om de närstående inte varit hos patienten och kunnat ta avsked är ofta krisen större och de närstående behöver då mer stöd från sjuksköterskan. Det framkom även i studien hur viktigt det är med rätt tidpunkt för informationen. Precis efter att en närstående har dött är det många som inte är mottagliga för information eftersom att de befinner sig i en chockfas. Det kan också vara så att det inte är lämpligt att informera de närstående precis efter ett dödsfall eftersom att de främst önskar en lugn stund.

Det stora behovet av information och kunskap lyfts även i de litteraturstudier vi tagit del av (30, 35, 41). Individer i akut kris har begränsad förmåga att ta till sig sådant som inte är relevant i den specifika situationen. Det är därför viktigt att vårdpersonalen anpassar informationen till det givna tillfället och att språket är förståeligt för personer som inte är sjukvårdsutbildade. Även skriftlig information kan vara till hjälp för närstående och informationen behöver ofta upprepas flera gånger. I artiklarna skrivna av Woolley (41) och av Leske (30) framhålls också att det kan vara positivt för både närstående och den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan att en närstående utses som kontaktperson. Denna person hålls alltid uppdaterad om patientens tillstånd och vård, vilket kan uppfattas som en trygghet för övriga närstående. Förutom information om patienten och dennes vård bör de anhöriga få information om vårdavdelningen eftersom den okända sjukhusmiljön kan bidra till oro (30, 35, 41). När det mest akuta skedet är över kan det även vara gynnsamt för de närstående att få kunskap om enklare omvårdnadsåtgärder som de kan utföra tillsammans med sjuksköterskan eller när de är ensamma med patienten. I vilken utsträckning de närstående kan och vill vara delaktiga i vården är individuellt, men känslan av att göra någonting konkret har visat sig leda till positiva känslor hos de närstående (30, 41).

STÖDJA BEMÄSTRING

Patient

I en svensk studie gjord av Nilsson et al. (28) undersöktes tio patienter som drabbats av stroke och förlorat flera av sina fysiska och psykiska kompetenser. De patienter som bäst lyckades att hantera den efterföljande krisen var de som accepterade sin nya situation och såg nya möjligheter i livet. De som kunde vända situationen till något positivt och hitta styrka i krisen. Ett tydligt samband kunde urskiljas mellan att se goda resultat i sin träning och krishanteringen i sig. De patienter som inte kunde tänka

i nya banor, inte accepterade sin nya situation och inte ville försöka göra saker på ett nytt sätt upplevde krisen som mer påfrestande. Slutsatsen i denna artikel är att sjuksköterskor fokuserar mest på strokesymtomen och för lite på krisreaktionerna. En amerikansk studie gjord av Galbraith (36) undersökte vilket stöd som tillhandahölls av sjuksköterskor hos 65 personer med cancerdiagnos. Undersökningen visade att uppmuntran var den typ av stöd som blev minst tillgodosett. Feedback på patientens sjukdomsprognos och mentala status tillsammans med uppmuntran betygssattes som 2.94 på en femgradig skala där 1 var minst tillgodosett och 5 var mest tillgodosett. Här har forskarna tolkat detta som att mer fokus bör läggas på att tillgodose dessa behov. En undersökning av bröstcancersjuka patienter gjord av Hoskins et al. (34) visar att meditation och yoga kan vara till stor hjälp för att utveckla befintliga copingstrategier. Att fråga patienter hur de hanterat svåra situationer tidigare i livet kan också leda till att tydliggöra patientens egna copingstrategier och uppmuntra patienten att prova dessa igen. Uppmuntran och bekräftelse exempelvis kring hur väl patienten beskrivit sin situation för sina barn eller andra närstående ses som viktigt.

I studierna skrivna av Hoskins et al. (34) och av Galbraith et al. (36) lyfter patienter att det hade varit nyttigt att träffa andra personer i samma eller liknande situation. Runt om i samhället finns många olika typer av stödgrupper och sjuksköterskan har här en viktig roll i att hänvisa patienten till en lämplig grupp. I en svensk studie gjord av Olsson (38), som tar upp copingstrategier som en åtgärd, tydliggörs att det i den akuta krisen kan vara svårt att använda sig av sina normala copingstrategier. Detta på grund av att chocktillståndet kan blockera normala beteenden. Detta kan exempelvis innebära att relationer som normalt fungerar bra, i en krissituation helt kan sluta att fungera.

Stödja patienters förmåga till coping presenteras även som en viktig åtgärd i litteraturstudien skriven av Kavan et al. (39). En del av läkarens viktigaste åtgärder i mötet med krisdrabbade individer är att identifiera vilka copingstrategier som varit framgångsrika för individen tidigare i livet, samt vid behov utveckla dessa så att krisen kan hanteras.

Närstående

En kinesisk studie gjord av Chui et al. (33) visar att de närstående kan bli hjälpta av copingstrategier. Av 133 tillfrågade närstående uppgav samtliga att de hade god eller mycket god nytta av copingstrategier. Närstående vars stressnivåer var högre hade större nytta av copingstrategier än de som upplevde mindre stress. Strategier som användes mest var förändringar i personens värderingar, föreställningar, uppfattningar och åsikter. Strategier vars syfte var att förstå sina känslomässiga reaktioner och följer av dessa var minst använda. I studien skriven av Lehman et al. (44) framkom det dock att föräldrar till någon svårt sjuk upplevde att just dessa strategier var hjälpsamma. I båda studierna framkom det att flera av deltagarna blev hjälpta av att se på händelsen som något förutbestämt och som något de inte kunde påverka (33, 44). I studien gjord av Ragaisis (29) fokuserades det på att identifiera familjens styrkor och svagheter för att lättare utforma en handlingsplan med fokus på problemlösning. I samma studie framkom det att en familj som var drabbad av en traumatisk kris blev hjälpt av sjuksköterskan genom att få konkret hjälp med vardagliga sysslor i hemmet. Sjuksköterskan blev också en slags förlängning mellan patient, närstående och sjukvårdens alla instanser. Ytterligare en studie, gjord av Santavirta et al. (40), vars deltagare var partners till personer drabbade av hjärtinfarkt undersökte vilka

copingstrategier som användes mest frekvent. Positiv omvärdering av situationen och socialt stöd var de copingstrategier som användes oftast.

Närstående i kris framför även att det hade varit stödjande att få träffa andra människor i liknande situation. Sjuksköterskan har även här en viktig roll i att förmedla kontakt och hänvisa dem till exempelvis en stödgrupp (34, 42). Kaunonen et al. (42) har i studien "Grief and social support after the death of a spouse" undersökt från vem och i vilken form änkor eller änklingar fick socialt stöd efter deras partners bortgång. Det framkom då att de viktigaste stödpersonerna var den närmsta familjen (68,6 procent) men även att vänner (41,5 procent) eller vårdpersonal (9,7 procent) ansågs som viktiga stödpersoner.

Sjuksköterskans stöd och utveckling av individens copingstrategier är även viktigt enligt flera av de litteraturstudier vi valt att inkludera (30, 35, 41). Att vägleda patienten i att identifiera vilka copingstrategier som varit framgångsrika i svåra situationer tidigare i livet kan vara till stor hjälp. Orsaken till detta är att individers beteende i en krissituation hänger samman med tidigare livserfarenheter (35).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Begreppet kris kan inte entydigt definieras vilket kan medföra att vi på så sätt missat artiklar som beskriver vårt ämne. Det var svårt att identifiera relevanta sökord då "crisis intervention", som är ett begrepp i både Cinahl och PubMed, gav träffar som även omfattar andra områden än sjukvård. Därför har vi fått pröva oss fram och använda sökord som exempelvis "psychosocial needs", "psychosocial support" och "crisis management". Vi fick variera våra sökord och titta i referenslistor då vi inte ville begränsa oss till en specifik patientgrupp. Vi ville tydligt visa att vi riktade oss till allmänsjuksköterskan som möter dessa patienter i alla sammanhang och inte till psykiatrisjuksköterskan. Vi är medvetna om att vi kan ha missat relevanta studier då några artiklar med intressant titel inte var tillgängliga i fulltext från biblioteket. Eftersom många artiklar visade sig vara irrelevanta till vårt syfte när vi på ett grundligt sätt läste dem ville vi inte slumpmässigt beställa hem artiklar utan att veta innehållet. Vi valde dock att beställa en artikel (35) som tyvärr visade sig vara en litteraturstudie. Efter noggrann genomgång av artikeln valde vi ändå att använda den i vårt resultat. Vi valde också att använda ytterligare tre litteraturstudier (30, 39, 41) i vårt resultat. Anledningen till detta är att litteraturstudierna är utformade som handlingsplaner med konkreta omvårdnadsåtgärder som vårdpersonalen kan vidta i mötet med krisdrabbade patienter och närstående. De omvårdnadsåtgärder som föreslås stämmer tydligt överens med de lämpliga åtgärder som vi identifierat i de kvalitativa och kvantitativa studier vi använt oss av. Vår bedömning är därför att de fyller en funktion i vår uppsats genom att de bekräftar de slutsatser vi dragit genom analys av de kvalitativa och kvantitativa studierna. Ytterligare en anledning till att vi valde att inkludera dessa litteraturstudier är att artiklarna av Wolley (41) och Schlump-Urquhart (35) är skrivna 1990. Vid vår artikelsökning begränsade vi oss till artiklar skrivna från år 1990 och framåt. Därmed kunde dessa två artiklar ge oss en kompletterande sammanställning om vad forskningen kommit fram till tidigare. Vi är också medvetna om att det samstämmiga resultatet delvis kan vara en konsekvens av att artiklarna skrivna av Leske (30), Wolley (41) och Schlump-Urquhart (35) har några gemensamma referenser.

Det är, enligt oss, ett resultat i sig att vi upplevt stora svårigheter att finna relevanta artiklar kring ämnet. Detta visar på bristfällig forskning på området och att fler studier behöver göras. Det kan även bero på att vi inte har lyckats att pricka in rätt sökord. Då vi tittat i de relevanta artiklarnas referenslistor och nyckelord och inte funnit några andra sökord vi kunde använt oss av, är vår uppfattning dock att vi funnit de artiklar som passar in på vårt syfte.

Sju av artiklarna vi använt oss av, är enligt oss av kvalitativ karaktär (28-31, 34, 38, 44). Hoskins et al. (34) presenterar i sin artikel åtgärder som sjuksköterskan kan vidta för att underlätta kvinnornas förmåga att anpassa sig till att ha insjuknat i bröstcancer. Vi anser att det är svårt att urskilja en tydlig teoretiskt utgångspunkt, metod, analysmetod och urval i denna artikel. Författarna presenterar dock stödjande teorier till sina påståenden och de föreslagna åtgärderna är samstämmiga med vad som presenterats i andra studier. Även i artiklarna skrivna av Leske (30) samt av Ragaisis (29) saknas en tydlig beskrivning om hur urvalet är gjort, det vill säga varför just dessa familjer är utvalda i fallstudierna. Dessa artiklar har dock också ett resultat som är samstämmigt med de övriga artiklarna. Enligt vår uppfattning saknar ovan nämnda artiklar (29, 30, 34) även en reflektion över den valda metoden. Samtliga kvantitativa artiklar (31-33, 36, 37, 40, 42, 43) är enligt vår bedömning av god kvalitet utifrån ovanstående frågeställningar. Vårt att notera är ändå att Maxwell et al. (37), Santavirta et al. (40), Kinrade et al. (32) och Lee et al. (43) själva uttrycker i deras metoddiskussioner att det lilla urvalet utgör en begränsning för studierna.

Vid granskning av de artiklar som är litteraturstudier (35, 39, 41) samt artikeln skriven av Leske (30) som beskrivs som en kombinerad litteratur- och fallstudie kan vi konstatera att samtliga saknar beskrivning av metod, urval och metoddiskussion. Ett fåtal referenser i artikelsammanställningarna gjorda av Leske (30), Woolley (41) och Schlump-Urquhart (35) är lika. Eftersom att artiklarna skrivna av Woolley (41) och Schlump-Urquhart (35) är skrivna år 1990, är den litteratur som de sammanställt skriven innan dess. Då resultatet från ovanstående litteraturstudier stämmer överens med det som framkommit i de kvalitativa och kvantitativa studier vi granskat anser vi ändå att de är relevanta för vårt arbete.

Maxwell et al. (37), Lee et al. (43) och Kinrade et al. (32) använder sig i sina artiklar av ett formulär som heter Critical Care Family Needs Inventory – CCFNI. Då formuläret inte fanns som bilaga i någon av artiklarna valde vi att vända oss till upphovsmakaren till formuläret, Jane S. Leske PhD. Via mail fick vi bifogat formuläret och fick då också tillåtelse att använda det som bilaga i vår rapport (bilaga 2). Formuläret består av 45 påståenden om behov som kan upplevas som viktiga för personer som befinner sig i kritiska situationer. De tillfrågade får skatta hur viktigt de upplever att varje påstående är på en skala mellan 1 och 4. Exempel på påståenden är att få veta den förväntade utgången, att få prata med läkaren varje dag och att ha fria besökstider. Det finns även möjlighet för de tillfrågade att själva komma med förslag på behov under ”övrigt”. Enligt vår uppfattning kan detta formulär vara ett bra hjälpmedel för att lyfta krisdrabbades behov och önskningsar.

Vi fann mycket bra böcker skrivna på ämnet men det finns få studier gjorda under de senaste tio åren. Vi valde därför att bredda vår sökning, jämfört med vad vi tänkte från början, och inkludera studier som publicerats från 1990-2012. De artiklar vi har

valt ut överensstämmer med litteratur så som Cullbergs *Kris och utveckling* (5), som vi använt i bakgrunden, vilket vi tolkar som att vi fått fram ett relevant resultat. Vi valde också att inkludera en studie gjord av Lehman et al. (44) från 1986 som vi fann genom en manuell sökning. Orsaken till att vi inkluderade denna studie var att det var en stor studie som tittade på ämnet från en annorlunda vinkel. Den beskrev vad som hade varit hjälpsamt och vad som inte hade hjälpt änkor/änklingar eller föräldrar till barn som dött samt hur dessa personer skulle göra för att hjälpa andra personer i samma situation.

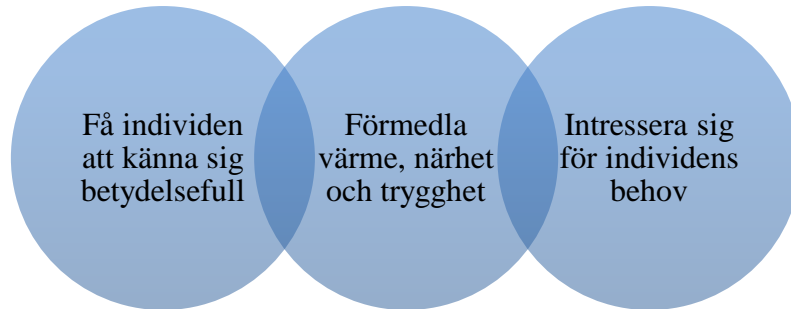
Vi anser att den stora geografiska spridningen på de artiklar vi tagit del av är en styrka för vår uppsats eftersom att sjukvården ser olika ut i olika delar av världen. Trots detta har artiklarna varit rörande överens om vad personer i kris har för behov. Vi valde tidigt att skilja på de studier som fokuserat på patienter respektive närstående drabbade av kris. Orsaken till detta var att vi ville ta reda på om det fanns någon skillnad på lämpliga omvårdnadsåtgärder. Nio av artiklarna fokuserar enbart på de närståendes behov, tre enbart på patienters behov och två av artiklarna har fokus på både närståendes och patienters behov. Vi är nöjda med denna uppdelning eftersom att det blev tydligt för oss att mer forskning är gjord på de närståendes upplevelser jämfört med patienternas. Detta är viktigt att uppmärksamma eftersom att det kan ha betydelse för att vi inte har uppfattat några skillnader mellan de två grupperna. Vi tycker även att indelningen har en pedagogisk funktion vid redovisningen av vårt resultat.

RESULTATDISKUSSION

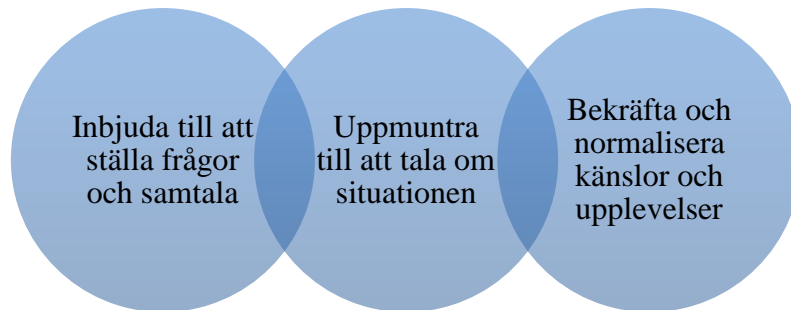
Flera viktiga omvårdnadsåtgärder har framkommit genom litteratursammansättningen. Syftet med vårt arbete var att identifiera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder som allmänsjuksköterskan kan vidta i mötet med patienter och närstående som drabbats av en traumatisk kris. Vår förhoppning är att denna kunskap ska kunna vara till hjälp i det dagliga vårdarbetet och därför har vi valt att presentera några av de åtgärder som vi anser är viktigast i modell 1. Vi tänker oss att denna modell kan fungera som ett lättöverskådligt stöd för allmänsjuksköterskan. Vi är medvetna om att flera av åtgärderna går in i varandra men anser ändå att indelningen fyller en funktion genom att det blir mer lättöverskådligt.

Viktiga omvårdnadsåtgärder i mötet med personer drabbade av kris

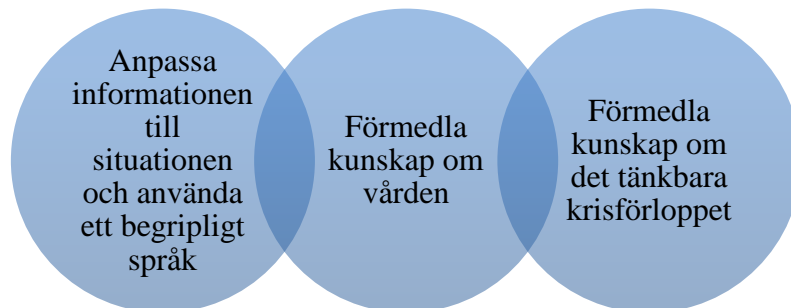
Utifrån individens behov av ett gott bemötande bör sjuksköterskan:



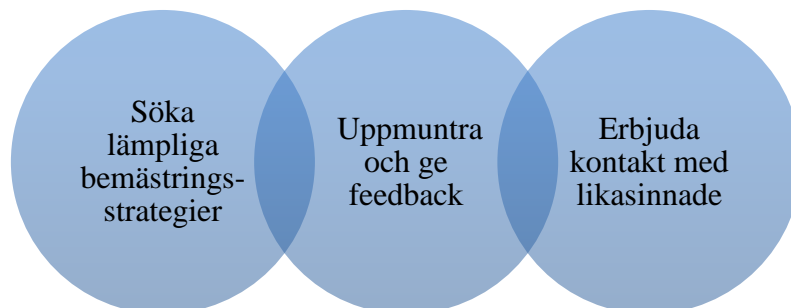
Utifrån individens behov av att någon lyssnar bör sjuksköterskan:



Utifrån individens behov av information och kunskap bör sjuksköterskan:



Utifrån individens behov av att bemästra krisen bör sjuksköterskan bidra genom att:



Modell 1 – Sammanställning av viktiga omvårdnadsåtgärder

Reflektioner kring bemötande

Under utbildningens gång har det ett flertal gånger lyfts att det som sjuksköterska alltid är viktigt att bemöta människor med respekt och empati. Trots detta har vi alla erfarenhet av att det i den högteknologiska sjukvårdsmiljön ändå händer att människan och hans eller hennes behov ibland hamnar i bakgrunden. Cullberg (5) skriver att ett gott allmänt omhändertagande i den inledande fasen av krisen är mycket viktigt. Även Ottosson (6) skriver att bemötande från omgivningen är en avgörande faktor för hur krisförloppet utvecklas. I flera studier framkom det att patienter och närstående anser att det är mycket viktigt att sjuksköterskan har ett gott bemötande och har förmågan att *få individen att känna sig betydelsefull* (32, 34, 36, 37, 43). Sjuksköterskan bör också ha förmåga att *förmedla värme, närhet och trygghet* (32, 37, 38) samt *intressera sig för den enskilda individens behov* (34, 36). Enligt Cullberg (5) kan individer i den inledande fasen av krisen ha en begränsad förmåga att själva inse sina behov. I detta sammanhang kan sjuksköterskan fylla en viktig funktion genom att påminna individen om sina egna grundläggande behov så som mat och sömn (35, 41). Omvårdnadsteoretikern Roy (14-16) skriver att en sjukdom kan påverka en individs uppfattning om sig själv och hur personen tror att andra uppfattar honom eller henne. Vi tänker oss att detta är en orsak till att sjuksköterskans bemötande av patienter och närstående i kris är mycket viktigt. Om sjuksköterskan genom sitt bemötande bidrar till att stärka en nytilkommen negativ självbild tror vi att det kan vara svårt att hjälpa individen att anpassa sig till den nya situationen.

Vi anser att det kan vara svårt att sätta fingret på vad ett gott bemötande innebär och hur sjuksköterskan ska få en individ att känna sig betydelsefull och trygg. Att sjuksköterskan tar sig tid och visar sig tillgänglig (32, 37, 38, 43), visar att hon eller han bryr sig (32, 43) och visar förståelse för känslor och upplevelser (31, 33, 40) tolkar vi som faktorer som bidrar till ett gott bemötande. Vi tänker oss att ett gott bemötande ofta leder till att individen känner sig betydelsefull och trygg. En ytterligare faktor som vi tror bidrar till en känsla av att vara betydelsefull och trygg är kunskap. Konkreta åtgärder för att förmedla värme och närhet kan vara att erbjuda något varmt att dricka (5) eller att lägga en hand på en axel (34, 36). Värme och närhet tänker vi oss även kan vara en känsla som uppstår i mötet mellan människor.

Reflektioner kring att lyssna

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (1) skrivs det bland annat att vården ska utgå ifrån patienten och dennes närstående samt att patienters och närståendes erfarenheter och kunskap skall tillvaratas. För att kunna uppnå detta är det enligt vår uppfattning helt nödvändigt att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna på patienten och dennes närstående. Det stora behovet som patienter har av att få berätta för någon som verkligen lyssnar har vi stött på i flera olika vårdssammanhang. Omvårdnadsteoretikern Roy (14-16) belyser också vikten av att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna. Hon menar att hur en person reagerar på en kris beror på var han eller hon befinner sig i livet och vad han eller hon varit med om tidigare. Först när vi får en inblick i individens situation kan vi föreslå lämpliga omvårdnadsåtgärder. För att få denna inblick anser vi att det är nödvändigt att lyssna på individens berättelse. Roy (14-16) skriver att sjukdom kan framkalla känslor av att vara otillräcklig både inför sin omgivning och sig själv. Enligt vår erfarenhet kan det i sådana sammanhang upplevas som mycket välgörande att någon tar sig tid att lyssna.

En önskan om att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna har varit ett återkommande tema i samtliga artiklar som ingått i vår litteraturstudie (28-44). Enligt vår bedömning är det framförallt tre av de omvårdnadsåtgärder som presenterats i artiklarna som sjuksköterskan i detta sammanhang behöver lägga fokus på nämligen att *inbjuda till samtal och att ställa frågor* (31, 39), att *uppmuntra till att tala om situationen* (36, 39) samt att *bekräfta och normalisera känslor och upplevelser* (30, 31, 33, 35, 38-42, 44). I några artiklar används begreppen socialt stöd (42) och känslomässigt stöd (38). Fyhr et al. (23) menar att sjuksköterskan kan vara ett stöd till personer i kris genom att ge individen möjlighet att tala om sina känslor. Vi tänker oss därför att de tre åtgärder vi presenterat ovan är en mycket viktig del av att vara ett socialt eller känslomässigt stöd. Vissa individer saknar eller har ett mycket begränsat socialt nätverk. I mötet med dessa individer tror vi att sjuksköterskan får ett större utrymme som socialt stöd än i mötet med individer som har ett mycket starkt och välfungerande nätverk.

Reflektioner kring information och kunskap

Vår upplevelse är att det många gånger blir problem när sjuksköterskan försöker att informera och förmedla kunskap till patienter och närstående. Sjuksköterskan använder sig av begrepp som patienterna och de närstående inte är bekanta med eller så gör situationen att de inte är mottagliga för det som sjuksköterskan säger just då. Cullberg (5) skriver att information framförallt är en mycket viktig del i krisreaktionens andra fas – reaktionsfasen. I denna fas försöker individen att hitta en förklaring och mening med det som hänt. Som ett skydd för individen är olika försvarsmekanismer aktiverade så att processen sker succesivt. Därför menar Cullberg (5) att det är mycket viktigt att sjuksköterskan använder ett förståeligt språk och tar reda på vilken typ av information och kunskap individen behöver i just denna situation. Även Antonovsky (17) skriver om mening och förståelse fast i form av begreppen meningsfullhet och begriplighet. En hög grad av meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet innebär en hög grad av KASAM – känsla av sammanhang – vilket enligt Antonovsky (17) innebär att individen generellt sett har en god förmåga att hantera svårigheter som uppstår i livet och goda förutsättningar att ta sig vidare. Roy (14-16) skriver att det är en viktig uppgift för sjuksköterskan att hjälpa individen att anpassa sig till situationer som uppstår. Individen kan exempelvis behöva hjälp att anpassa sitt näringsintag och sin aktivitetsnivå. Enligt vår uppfattning är kunskap och information till patienter och närstående i detta sammanhang ett måste.

I merparten av de artiklar vi tagit del av har behovet av kunskap och information hos individer drabbade av kris lyfts fram på något sätt (30-43). Utifrån den kunskap vi tagit del av anser vi att följande tre delar bör lyftas. I mötet med krisdrabbade individer bör sjuksköterskan *anpassa informationen efter situationen och använda ett begripligt språk* (30, 32, 35, 37, 41), *förmedla kunskap om vården* (30, 32, 35, 37, 38, 41, 43) samt *förmedla kunskap om det tänkbara krisförloppet* (28, 39). Vikten av att använda ett lättillgängligt språk samt vara uppmärksam på vilken typ av kunskap som individen behöver i den specifika situationen har vi redan kommenterat. Information om vården tänker vi handlar om medicinska åtgärder, tänkbart sjukdomsförlopp och konsekvenser av detta samt om sjukhusmiljön och dess speciella förhållningsregler. Information om det tänkbara krisförloppet tänker vi oss inte innebär en föreläsning om hur en kris fortlöper. Vi tänker däremot att det kan vara gynnsamt för individen att få höra sjuksköterskan säga att det är en påfrestande händelse och att det inte är konstigt om det skulle väckas känslor och reaktioner hos individen som känns

främmande och som individen inte riktigt vet hur han eller hon skall hantera. Genom att nämna detta tänker vi att sjuksköterskan kan etablera en tidig kontakt som kan innebära att individen känner förtroende och kan ta emot stöd från sjuksköterskan om detta skulle behövas.

Reflektioner kring bemästring

Vi har alla erfarenhet av att hamna i situationer där vi inte vet hur vi skall komma vidare. Det kan handla om att förlora en närstående, vara med om en svår skilsmässa eller att drabbas av sjukdom. Cullberg (5) menar att individen efter den inledande chockfasen börjar bearbeta händelsen och så småningom har förmåga att se framåt och gå vidare i stället för att bara fokusera på det som hänt. För att kunna bearbeta och gå vidare efter svåra händelser skriver Brattberg (10) och Lyubomirsky (13) att det krävs att människan använder sig av olika bemästringsstrategier. Vissa individer är med probleminriktade och försöker lösa sina problem genom konkreta åtgärder. Andra är mer känslolinriktade och försöker istället att enbart förändra sin tankesätt och hårda ut i situationen. Lazarus (12) skriver att hur en person hanterat en svår situation tidigare i livet har stor betydelse för sättet att hantera svåra situationer senare. Roy (14-16) menar att det är en viktig uppgift för sjuksköterskan att på olika sätt hjälpa den krisdrabbade individen att anpassa sina fysiska behov, sin jaguppfattning, sin rollfunktion och interdependensen. Även Antonovsky (17) skriver att individer i en svår situation kan behöva hjälp att öka graden av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i situationen och på så sätt öka graden av KASAM.

Utifrån den kunskap vi tagit del av anser vi i detta sammanhang att sjuksköterskan framför allt bör fokusera på att *hjälpa individen att identifiera framgångsrika bemästringsstrategier* (30, 33-35, 39), *uppmuntra och ge feedback* (29, 30, 35, 36, 39, 40) samt *erbjuda kontakt med likasinnade* (30, 34, 36, 44). För att sjuksköterskan skall kunna hjälpa individen att finna framgångsrika strategier tänker vi oss att det krävs en trygg och ömsesidigt respektfull relation. Orsaken är att detta enligt oss är grundläggande för en bra dialog kring patientens tankar, känslor och tidigare upplevelser. Vi tror inte att människor över lag är inbegripna med vilka strategier de brukar använda sig av. Dessutom är strategierna givetvis beroende av vad som har hänt. Vi anser att det är svårt att komma med konkreta förslag på hur sjuksköterskan kan hjälpa en person med att identifiera framgångsrika strategier. Vi tror dock att det kan vara hjälpsamt att berätta för individen att alla människor har olika sätt att hantera svåra situationer men att det generellt är viktigt att försöka tala om det inträffade. Genom denna inledning tänker vi oss att det kan falla sig naturligt att sjuksköterskan även kan ge uppmuntran och feedback på exempelvis känslomässiga reaktioner eller konkreta handlingar. Vi tror att det kan vara bra att sjuksköterskan tar för vana att berätta för krisdrabbade individer att det kan kännas bra att träffa andra som befinner sig i en liknande situation. Orsaken till att vi är av denna uppfattning är dels att det framkommit i de studier vi tagit del av, men också på grund av att Ferm (25) skriver att tröst kan uppstå när det finns en känsla av samhörighet mellan den som tröstar och den som är i behov av tröst. Detta är enligt oss inte bara en vinst för individen utan även för sjuksköterskan som då kan dela den stödjande funktionen med någon annan. Vi vill även lyfta att Cullberg (5) och Persson (3) påpekar att det vid komplicerade krisreaktioner är mycket viktigt att sjuksköterskan förmedlar kontakt med psykiatrin. Detta eftersom att allmänsjuksköterskan saknar kompetensen för att hjälpa dessa personer i tillräcklig utsträckning.

Ytterligare reflektioner

Vi anser att det behövs mer forskning inom detta område. Enligt vår bedömning har vi varit tvungna att i denna litteratursammanställning använda oss av flera artiklar som inte är skrivna utifrån vad allmännsjuksköterskan kan vidta för omvårdnadsåtgärder i mötet med patienter och närstående i kris. En svaghet i vår rapport kan därför vara att vi tolkat artiklarnas resultat felaktigt. Exempelvis så har vi utifrån studier som presenterar patienter och närståendes upplevelser av att drabbas av en kris, dragit slutsatser om vilka omvårdnadsåtgärder som kan vara lämpliga i förhållande till dessa upplevelser. Vi har även dragit slutsatsen att sjuksköterskan kan vara ett substitut för exempelvis en vän eller en läkare. Detta eftersom att vi anser att sjuksköterskan är en lämplig person att utföra samtliga omvårdnadsåtgärder som framkommit i artiklarna. Då fördelningen mellan studier genomförda med fokus på patienter respektive närstående visade sig vara ojämn, anser vi framför allt att det vore önskvärt med mer forskning som lyfter patienters önskningar och behov då de drabbats av en traumatisk kris.

De artiklar vi inkluderat sträcker sig ända bak till år 1986. Vi tycker att detta är oroväckande eftersom att det i media enligt vår uppfattning ofta presenteras att allt fler svenskar mår dåligt. Enligt Cullberg (5) är det en del av livet att gå igenom kriser men vi anser att kunskapen om hur en person kan få hjälp genom denna process behöver både ökas och spridas. Vår förhoppning är att denna litteratursammanställning kan bidra till detta.

I arbetet med människor uppstår ofta etiskt svåra situationer. Vi har medvetet valt att avstå från att problematisera valet av omvårdnadsåtgärder i förhållande till etnisk tillhörighet, kön, sociokulturell bakgrund, socioekonomisk status, religion och ålder. Orsaken till detta är att vi anser att sjuksköterskan i alla sammanhang skall utgå från den individ som hon eller han möter. Därför är det lika orimligt att förutsäga hur en person kommer att reagera på en viss händelse, som att dra slutsatser om reaktioner utifrån exempelvis etnisk tillhörighet. Ferm (25) uppmanar till att vi i mötet med personer i behov av tröst bör fundera över hur vi själva skulle vilja bli bemötta i en liknande situation. Vi menar dock att det är mycket viktigt att reflektionen inte avslutas där eftersom att alla människor är unika. Vi tänker oss också att det i mötet med krisdrabbade ibland kan vara svårt för sjuksköterskan att veta hur aktiv roll hon eller han skall inta. Vi anser att ett medmänskligt förhållningssätt och ömsesidig respekt mellan sjuksköterskan och den krisdrabbade är grundläggande för att kunna hantera etiskt svåra situationer som denna.

SLUTSATS

Att arbeta med människor innebär att det ofta uppstår situationer där det saknas givna regler för vad som är rätt och fel. Sjuksköterskan har en unik möjlighet att i ett tidigt skede bidra till att öka individens förutsättningar att gå vidare efter en kris utlöst av en traumatisk händelse. Ett *gott bemötande* från sjuksköterskan som *tar sig tid att lyssna*, förmedlar *information och kunskap* på ett professionellt och empatiskt sätt samt hjälper individen att använda sig av *framgångsrika bemärstringsstrategier* skulle enligt vår uppfattning göra en stor skillnad för den person som drabbats av traumatisk kris.

REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska: Elektronisk resurs. Stockholm Socialstyrelsen; 2005.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011.
3. Persson T. Att möta människor i kris: om kristeori och krisbistånd. Lund: Studentlitteratur; 1995.
4. Nationalencyklopedin. Kris. Malmö; [cited 2012-01-25]; Available from: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sok?q=kris>.
5. Cullberg J. Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
6. Ottosson J-O. Psykiatri. Stockholm: Liber; 2009.
7. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Pastoral Psychology*. 1963;14(6):8-18.
8. Hillgaard L, Keiser L, Ravn L, Edgardh M. Sorg och kris. Stockholm: Liber utbildning; 1993.
9. Nationalencyklopedin. Sorg. Malmö; [cited 2012-01-31]; Available from: <http://www.ne.se/sorg>.
10. Brattberg G, Värkstaden. Att hantera det ohanterbara: om coping. Stockholm: Värkstaden; 2008.
11. Nationalencyklopedin. Coping. Malmö; [cited 2012-01-26]; Available from: <http://www.ne.se/sok?q=coping>.
12. Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. London: Free Association Books; 1999.
13. Lyubomirsky S, Nilsson J. Lyckans verktyg: en vetenskaplig guide till lycka. Stockholm: Natur och kultur; 2008.
14. Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model. Stamford, Conn: Appleton & Lange; 1999.
15. Egidius H, Norberg A. Teorier i omvårdnadsarbete. Solna: Esselte studium; 1985.
16. Hellberg M. Callista Roys omvårdnadsmodell: en beskrivning och några tillämpningar inom barnsjukvård. Malmö Vårdhögskolan; 1993.
17. Antonovsky A, Elfstadius M. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
18. Langius Eklöf A. Känsla av sammanhang. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 95-113.
19. Phoenix BJ. Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in psychiatric care*. 2007;43(3):123-31.
20. Nationalencyklopedin. Stödja. Malmö; [cited 2012-01-27]; Available from: http://www.ne.se/sve/stodja?i_h_word=stod.
21. Grimby A, Johansson ÅK, Blomqvist K, Allert G. Om sorg. 2006.
22. Tamm M. Psykologiska teorier i vården. Göteborg: Akademiförl; 1991.
23. Fyhr G, Frankzén O. Hur man möter människor i sorg. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
24. Fischer RS, Dahlqvist V. Tröst och trygghet. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 114-36.

25. Ferm M, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk o. Det går att leva vidare: en rapport om sorg, när någon som står oss nära tagit sitt liv. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP); 2002.
26. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 115-24.
27. Friberg F. Tankeprocessen under examensarbetet. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 27-36.
28. Nilsson I, Jansson L, Norberg A. To meet with a stroke: patients' experiences and aspects seen through a screen of crises. *Journal of advanced nursing*. 1997;25(5):953-63.
29. Ragaisis KM. Critical incident stress debriefing: a family nursing intervention. *Archives of psychiatric nursing*. 1994;8(1):38-43.
30. Leske JS. Treatment for family members in crisis after critical injury. *AACN clinical issues*. 1998;9(1):129-39.
31. Pålsson MB, Norberg A. Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *Journal of advanced nursing*. 1995;21(2):277-85.
32. Kinrade T, Jackson AC, Tomnay JE. The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2009;27(1):82-8.
33. Chui WYY, Chan SWC. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(2):372-81.
34. Hoskins CN, Haber J. Adjusting to breast cancer. *The American Journal of Nursing*. 2000;100(4):26.
35. Schlump-Urquhart SR. Families experiencing a traumatic accident: implications and nursing management. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*. 1990;1(3):522-34.
36. Galbraith ME. What kind of social support do cancer patients get from nurses? *Cancer nursing*. 1995;18(5):362-7.
37. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*. 2007;36(5):367-76.
38. Olsson M. Social Support in Bereavement Crisis—A Study of Interaction in Crisis Situations. *Social Work in Health Care*. 1997;25(1-2):117-30.
39. Kavan MG, Guck TP, Barone EJ. A practical guide to crisis management. *American family physician*. 2006;74(7):1159-64.
40. Santavirta N, Kettunen S, Solovieva S. Coping in spouses of patients with acute myocardial infarction in the early phase of recovery. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2001;16(1):34.
41. Woolley N. Crisis theory: a paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of advanced nursing*. 1990;15(12):1402-8.
42. Kaunonen M, Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Grief and social support after the death of a spouse. *Journal of advanced nursing*. 1999;30(6):1304-11.
43. Lee LYK, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12(4):490-500.

44. Lehman DR, Ellard JH, Wortman CB. Social Support for the Bereaved: Recipients' and Providers' Perspectives on What is Helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54(4):438-46.
45. Holme IM, Solvang BK, Nilsson B. *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur; 1997.

BILAGA 1 – ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Chui W Y-Y, Chan S W-C	Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness	Journal of Clinical Nursing	Att undersöka stress och coping-strategier hos familjemedlemmar till kritiskt sjuka patienter samt undersöka sambandet mellan stress och coping.	133 anhöriga deltog. Intervjuer enligt validerade formulär. Kvantitativ studie. Data insamlades mellan augusti 2003 till april 2004.	Inklusionskriterier: Anhöriga till patienter som vårdats på akutvårdsavdelning mellan 1-14 dygn, över 18 år, kines, prata och förstå cantonese (det vanligast talade språket i Hong Kong).	38	Kina	2005
Galbraith ME	What kind of social support do cancer patients get from nurses?	Cancer Nursing	Att undersöka skillnader i cancerpatienters upplevelser i hur frekvent de fick stöd av sjuksköterskan under sjukhusvistelsen .	66 patienter deltog i en enkätstudie. Kvantitativ studie.	Inklusionskriterier: över 18 år, gifta, diagnostiserade för 6-18 månader sedan, ha genomgått cancerbehandling, ingen nuvarande behandling, psykiskt stabil, inga allvarliga psykiska sjukdomar, skall ej ha opererats för cancer i huvud eller hals, kunna läsa och tala engelska.	25	USA	1995

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Hoskins C, Haber J	Adjusting to Breast Cancer	American journal of nursing	Att hitta en evidensbaserad praktisk modell för att tydliggöra svårigheterna med ett cancer besked.	Fallstudier och evidensbaserade kliniska studier. Kvalitativ studie.		35	USA	2000
Kaunonen M, Tarkka M-T, Paunonen M, Laippala P	Grief and social support after the death of a spouse	Journal of Advanced Nursing	Att undersöka ifrån vem stödet kommer och hur stödet tillhandahölls.	En enkät mailades till 897 respektive, varav 464 svarade. Frågeformulären inkluderade frågor med svarsalternativ men även 3 öppna frågor. Använt Grounded Theory som metod och en induktiv ansats. Kvantitativ studie.	Inklusionskriterium: Respektive som mist sin anhöriga för mer än sex månader sedan.	29	Finland	1999
Kavan MG, Guck TP, Barone EJ	A Practical Guide to Crisis Management	American family physician	Att presentera generella åtgärder som en läkare kan vidta för att på ett effektivt sätt bemöta människor i kris.	Litteraturstudie.		22	USA	2006

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Kinrade T, Jackson AC, Tomnay JE	The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives	Australian Journal of Advanced nursing	Att undersöka behoven hos anhöriga vars familjemedlem oväntat blir inlagd på en intensivvårdsavdelning. Även jämföra detta med vad sjuksköterskan anser att de anhöriga har för behov.	Beskrivande studie. 33 sjuksköterskor och 25 familjemedlemmar. Data insamlas under 6 månader genom intervjuer utifrån ett validerat formulär med de 45 vanligaste behoven. Kvantitativ studie.	Familjemedlemmar vars anhöriga oväntat hamnar på akutmottagningen samt sjuksköterskor som arbetar på akutvårdsavdelningen.	26	Australien	2009
Lehman DR, Ellard JH, Wortman CB	Social Support for the Bereaved: Recipients' and Providers' perspectives on What is helpful	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Att identifiera vad som hjälpte och vad som inte hjälpte enligt närstående som mist en nära anhörig i en olycka.	Personliga intervjuer i hemmet. 40 anhöriga och 54 föräldrar deltog i studien. Kvalitativ studie.	Inklusionskriterier: anhöriga som mist en partner eller ett barn i motorolycka 4-7 år tidigare.	40	USA	1986

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Leske JS	Treatment for Family Members in Crisis After Critical Injury	AACN Clinical Issues	Att beskriva vilka områden och initiala åtgärder för familjer i kris efter att en familjemedlem skadats allvarligt.	Klinisk fallstudie kombinerat med litteraturstudie. Kvalitativ studie.		45	USA	1998
Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C	Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions	Heart & Lung	Att undersöka skillnader i upplevelserna av behov hos familjemedlemmar till kritiskt sjuka patienter och deras upplevelser av hur dessa behov uppfylldes.	Beskrivande, undersökande design. 30 sjuksköterskor och 20 familjemedlemmar. Data insamlades med två enkäter. Kvantitativ studie.	Sjuksköterskor som endast jobbat inom akutsjukvård. Familjemedlemmarnas inklusionskriterier: 18 år, relation till patienten via blodsband, äktenskap, adoption eller icke-traditionell familjerelation, skall besöka patienten under inläggningen. Patienten skall vara inlagd för en livshotande händelse eller sjukdom i minst 48 timmar.	36	USA	2007

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Nilsson I, Jansson L, Norberg A	To meet with a stroke: patients experiences and aspects seen through a screen of crises	Journal of Advanced Nursing	Att tydliggöra patientens upplevelser av kris i samband med stroke.	Narrativa intervjuer fokuserade på det mentala välbefinnandet. Breda öppna frågor, 9 män och 1 kvinna. Texterna tolkades med en hermeneutisk/fenomenologisk ansats. Meningsbärande enheter. Kvalitativ studie.	Inklusionskriterier: drabbats av en stroke för första gången, med kvarvarande neurologiska symtom utan talproblem, leva i en parrelation, vara kommunicerbar utan kognitiv skada. Exklusionskriterier: ej ha haft tidigare hjärtproblem eller andra dödliga sjukdomar, inga mentala sjukdomar.	20	Sverige	1997

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Olsson M	Social Support in Bereavement crisis – A Study of Interaction in Crisis Situations	Social work in Health Care	Att beskriva hur samspelet utvecklas och blir stödjande samt att avgöra effekten av samspelet mellan vårdpersonal och anhöriga till nyligen avlidna patienter.	32 respektive och 28 vuxna barn deltog i studien. Intervju 6 veckor efter dödsfallet samt 1 år efter dödsfallet. Utifrån de första intervjuerna identifierades sorgereaktioner för att efter den andra intervjun identifiera upplevelsen av stöd. Kvalitativ studie.	Inklusionskriterium: partner eller barn till någon som dött på hjärtavdelningen.	48	Sverige	2008

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Pålsson M-B E, Norberg A	Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention	Journal of Advanced Nursing	Att beskriva bröstcancerpatienters upplevelser av omvårdnad med fokus på känslomässigt stöd.	26 kvinnor som nyligen fått diagnosen bröstcancer deltog i studien. Intervjuer användes för insamlande av data. Utifrån intervjuerna identifierades meningsbärande enheter och teman. Kvalitativ studie.	Inklusionskriterier: 35-69 år, bröstcancer upptäckt på mammografi eller att kvinnan själv upptäckt cancer, bröstcancer stadie 1 eller 2.	32	Sverige	1995
Ragaisis KM	Critical Incident Stress Debriefing: A Family Nursing Intervention	Archives of Psychiatric nursing	Att beskriva vikten av debriefing som en omvårdnadsåtgärd till en patient inblandad i en våldsam triangel av hat, kärlek, mord och självmord.	Klinisk fallstudie. Kvalitativ studie.		18	England	1994

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Santavirta N, Kettunen S, Solovieva S	Coping in Spouses of Patients with Acute Myocardial Infarction in the early phase of Recovery	The Journal of Cardiovascular Nursing	Att identifiera coping-strategier i en tidig krisfas hos respektive till patienter med en akut hjärtinfarkt samt att undersöka hur ålder, kön, hälsostatus, tid sedan infarkten och tidigare negativa livshändelser påverkar val av copingstrategi.	Insamling av data genom ett mailat frågeformulär till 80 respektive varav 61 svarade. Frågeformulären identifierar de viktigaste copingstrategierna samt försöker se ett samband mellan ålder, kön, hälsostatus, tid sedan infarkten och tidigare negativa livshändelser. Kvantitativ studie.	Inklusionskriterier: patientens första hjärtinfarkt, skall ha återhämtat sig efter hjärtinfarkten.	39	Finland	2001

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Schlump-Urquhart SR	Families Experiencing a Traumatic Accident: Implications and Nursing Management	AACN Clinical Issues	Att undersöka hur en familj påverkas psykosocialt efter en traumatisk upplevelse samt identifiera strategier som sjuksköterskan kan använda sig av för att möta familjens psykosociala behov.	Litteraturstudie.		45	USA	1990
Woolley N	Crisis theory: a paradigm of effective intervention with families of critically ill people	Journal of Advanced Nursing	Att identifiera familjers specifika behov och finna lämpliga omvårdnadsåtgärder för dem som behöver stöd.	Litteraturstudie.		26	England	1990

Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Referenser	Land	År
Yin King Lee L, Ling Lau Y	Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong	Journal of Clinical Nursing	Att undersöka de omedelbara behoven hos vuxna familjemedlemmar till vuxna intensivvårdspatienter i Hong Kong.	Beskrivande tvärsnittsstudie. 40 familjemedlemmar. Data insamlades genom intervjuer inom 24-72 timmar från att patienten blev inlagd. Kvantitativ studie.	Inklusionskriterier: Kines över 18 år, relation till patienten genom blodsband, äktenskap eller adoption, kunna skriva och läsa kinesiska och kunna tala Cantonese, minst en gång besökt patienten och finnas tillgänglig mellan 24 och 72 timmar efter att patienten blivit intagen på akuten.	33	Kina	2003

BILAGA 2 – CCFNI

***Critical Care
Family Needs Inventory***

Copyright 1983

*Nancy C. Molter
Jane Stover Leske*

Please check () how **IMPORTANT** each of the following needs is to you.

	Not Important (1)	Slightly Important (2)	Important (3)	Very Important (4)
1. To know the expected outcome	_____	_____	_____	_____
2. To have explanations of the environment before going in to the critical care unit for the first time	_____	_____	_____	_____
3. To talk to the doctor every day	_____	_____	_____	_____
4. To have a specific person to call at the hospital when unable to visit	_____	_____	_____	_____
5. To have questions answered honestly	_____	_____	_____	_____
6. To have visiting hours changed for special conditions	_____	_____	_____	_____
7. To talk about feelings about what has happened	_____	_____	_____	_____
8. To have good food available in the hospital	_____	_____	_____	_____
9. To have directions as to what to do at the bedside	_____	_____	_____	_____
10. To visit at any time	_____	_____	_____	_____
11. To know which staff members could give what type of information	_____	_____	_____	_____
12. To have friends nearby for support	_____	_____	_____	_____
13. To know why things were done for the patient	_____	_____	_____	_____
14. To feel there is hope	_____	_____	_____	_____
15. To know about the types of staff members taking care of the patient	_____	_____	_____	_____
16. To know how the patient is being treated medically	_____	_____	_____	_____

Please check () how **IMPORTANT** each of the following needs is to you.

	Not Important (1)	Slightly Important (2)	Important (3)	Very Important (4)
17. To be assured that the best care possible is being given to the patient	_____	_____	_____	_____
18. To have a place to be alone while in the hospital	_____	_____	_____	_____
19. To know exactly what is being done for the patient	_____	_____	_____	_____
20. To have comfortable furniture in the waiting room	_____	_____	_____	_____
21. To feel accepted by the hospital staff	_____	_____	_____	_____
22. To have someone to help with financial problems	_____	_____	_____	_____
23. To have a telephone near the waiting room	_____	_____	_____	_____
24. To have a pastor visit	_____	_____	_____	_____
25. To talk about the possibility of the patient's death	_____	_____	_____	_____
26. To have another person with you when visiting the critical care unit	_____	_____	_____	_____
27. To have someone be concerned with your health	_____	_____	_____	_____
28. To be assured it is alright to leave the hospital for awhile	_____	_____	_____	_____
29. To talk to the same nurse every day	_____	_____	_____	_____
30. To feel it is alright to cry	_____	_____	_____	_____
31. To be told about other people that could help with problems	_____	_____	_____	_____
32. To have a bathroom near the waiting room	_____	_____	_____	_____

Please check () how **IMPORTANT** each of the following needs is to you.

	Not Important (1)	Slightly Important (2)	Important (3)	Very Important (4)
33. To be alone at any time	_____	_____	_____	_____
34. To be told about someone to help with family problems	_____	_____	_____	_____
35. To have explanations given that are understandable	_____	_____	_____	_____
36. To have visiting hours start on time	_____	_____	_____	_____
37. To be told about chaplain services	_____	_____	_____	_____
38. To help with the patient's physical care	_____	_____	_____	_____
39. To be told about transfer plans while they are being made	_____	_____	_____	_____
40. To be called at home about changes in the patient's condition	_____	_____	_____	_____
41. To receive information about the patient at least once a day	_____	_____	_____	_____
42. To feel that the hospital personnel care about the patient	_____	_____	_____	_____
43. To know specific facts concerning the patient's progress	_____	_____	_____	_____
44. To see the patient frequently	_____	_____	_____	_____
45. To have the waiting room near the patient	_____	_____	_____	_____
46. Other:	_____	_____	_____	_____

Källa: Mottagits efter mailkontakt med Jane S. Leske PhD.

