



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Bemötande och omhändertagande av närstående vid plötsligt dödsfall inom akutsjukvården sett ur närståendes och sjuksköterskans perspektiv

-en litteraturstudie

Linda Svensson - Lundh

November 2012

Examensarbete, 15hp Grundnivå
Omvårdnadsvetenskap
– Självständigt examensarbete 15hp

Handledare: Elisabeth Persson
Examinator: Bernice Skytt

Sammanfattning

Syftet med litteraturstudien var att beskriva upplevelsen och behoven hos närstående som förlorat en nära anhörig i en plötslig och oväntad död inom akutsjukvården. Samt att beskriva vilka behov de närstående hade. Vidare var att beskriva sjuksköterskans upplevelser i samband med omhändertagandet av döda och döende patienter och dess närstående. **Metod.** Allmän litteraturstudie med deskriptiv design. Studiens resultat baserades på 14 artiklar av kvantitativ och kvalitativ ansats. Artiklarna söktes i databaserna PubMed och Cinahl samt manuell sökning. **Resultat.** Närstående till patienter som avlidit oväntat inom akutsjukvården upplever inte att de blivit bemött på ett korrekt sätt. Många lämnades med obesvarade frågor och en känsla av att inte blivit sedd. De önskar kontinuerlig information från sjukvårdspersonalen samt en rak och ärlig kommunikation. Att få se sin anhörig så fort som möjligt ansågs också som viktigt. Sjuksköterskorna upplevde det psykiskt påfrestande att ta hand om närstående i sorg och önskade tydligare riktlinjer för detta. **Slutsats.** Sjuksköterskan ska vara en professionell ledare för omvårdnadsarbete. Genom att bemöta patienter och närstående med respekt och empati kan sjuksköterskan minska lidandet för närstående i sorg.

Nyckelord: Sorg, död, plötslig, akutsjukvård, make/maka.

Abstract

The **aim** of this literature review was to describe the experience and needs of sudden bereaved family members who lost a loved one in a sudden and unexpected death. The aim is furthermore to depict the experience of unexpected and sudden death from the nurse's point of view. **Method:** The literature review study has been carried out with a descriptive design. The result of the study was based on 14 scientific articles with quantitative and qualitative approach. The articles were searched in the databases PubMed and Cinahl and through manual search. **Results:** A majority of close relatives that experience a sudden bereavement are dissatisfied with the way they have been encountered by the staff. They experienced a lack of recognition and that they were left with many unanswered questions about the situation. They required more information and a frank dialogue between the staff and the relatives. Also, it was of great importance to witness the deceased as soon as possible. Sudden and unexpected death is also considered as mentally demanding by the nurses and their wish is to obtain clearer guidelines for the situation. **Conclusion:** The nurse shall be a professional leader in nursing care. By encountering patients and bereaved family members with respect and empathy, the nurses can decrease suffering for bereaved family members.

Keywords: Grief, death, sudden, emergency service, spouses.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1.
1.1 Närstående och bemötande	1.
1.2 Sjuksköterskans ansvar	2.
1.3 Katie Erikssons omvårdnadsteori	2.
1.4 Omhändertagande	3.
1.5 Sorgeprocessen	3.
1.6Handledning sjuksköterska	4.
1.7 Problemformulering	4.
1.8 Syfte	5.
1.9 Frågeställningar	5.
2. Metod	5.
2.1 Design	5.
2.2 Databaser	5.
2.3 Litteratursökning	5.
2.4 Kriterier för urval av källor	6.
2.5 Dataanalys	6.
2. 6 Forskningsetiska överväganden	7.
3. Resultat	7.
3.1 Närståendes upplevelser	7.
3.2 Närståendes behov	9.
3.3 Sjuksköterskans upplevelser	10.
3.4 Artiklarnas kvalitet	12.
4. Diskussion	12.
4.1 Huvudresultat	12.
4.2 Resultatdiskussion	13.

4.2.1 Närståendes upplevelser och behov	13.
4.2.2 Sjuksköterskans upplevelser	14.
4.2.3 Artiklarnas kvalitet	14.
4.3 Metoddiskussion	15.
4.4 Allmän diskussion	15.
4.4.1 Slutsats	16.
5. Referenser	18.

Bilagor

1. Introduktion

Att jobba på en akutmottagning eller intensivvårdsavdelning innebär att personalen förr eller senare kommer i kontakt med chockade och ledsna närstående, som drabbats av ett plötsligt dödsfall (Kock-Redfors 2002). Plötslig död inträffar utan förvarning och kräver speciell förståelse (Worden 2006). Enligt socialstyrelsens föreskrifter är det sjukvårdspersonalens uppgift att visa respekt, hänsyn och omtanke för den avlidne och dess närstående, samt att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (SOSFS 2011:9, SOSFS 2005-105-1).

1.1 Närstående och bemötande

Närstående är alla som ingår i en familj och innefattar även personer som inte är släkt med den avlidne, men som står familjen nära (Socialstyrelsens termbank 2004). Närstående som mist sin maka eller make upplever ofta att de inte har någon att dela sin ovissa livssituation med. De känner sig ensamma och relationer till andra människor försummas till förmån för den döende. Närståendes hälsa utsätts för stora påfrestningar under vårdtiden vilket gör dem spända och överbelastade. Genom att sjuksköterskor frågar den ensamma parten hur de upplever sin livssituation kan han eller hon få stöd. Kvinnor förlitar sig till sina vänners erfarenheter av liknande situationer i högre utsträckning än vad män gör, vilket också ger dem stöd i den utsatta situationen. Oavsett om döden varit väntad eller inte upplever män en mindre grad av längtan efter den avlidne än kvinnor i samma situation. Dessutom känner den som vårdat sin partner i hemmet en högre grad av längtan än de vars partner vårdats på institution (Eriksson & Svedlund 2007). Det finns ett missnöje från patienter och närstående gällande bemötande. Begreppet bemötande kan enligt Eriksson & Sellström (2003) beskrivas utifrån fyra nyckelord. *Likgiltighet*, att individen känner sig ignorerad av personalen och upplever att personalen inte lyssnat på dem samt att de visat ointresserade av patienterna. *Fientlighet*, upplevelsen av att personalen varit elaka, ironiska och osympatiska. *Stöd*, brist av känslomässigt stöd, medkänsla samt omtanke och tröst. *Misstroende*, känslan av att inte bli tagen på allvar samt att inte känna sig förstådd.

Närstående till palliativa patienter upplever döden som god om patienten vårdas på en specifik palliativ enhet i stället för på en vanlig vårdavdelning. Livsförlängande behandlingar så som cytostatika och antibiotika upplevs som negativt för att uppnå en god död. Att patienten får rikligt med smärtlindrande medicin samt att ha tillgång till ett eget rum upplevdes däremot som en positivt. Ju äldre patienten är desto mer upplevs döden som god (Miyashita m.fl. 2008).

I vissa fall händer det att närstående blir tvungen att bevittna en återupplivning, tillsammans med ambulanspersonal eller på en akutmottagning. Närstående till kritiskt sjuka patienter under en återupplivning kämpade med frågan - *Ska vi stanna eller gå ut i från rummet?* De ville stanna kvar i rummet för att få veta vad som hände, men gick ändå ut under den tid som återupplivningen pågick för att det var för jobbigt att se på. Anledningen till att de ville stanna kvar i rummet var rädslan för att vårdpersonalen skulle undanhålla information. När sjukvårdspersonalen hade all kontroll kände de närstående att de förlorade sin autonomi. De ville gärna vaka över sin anhörig och att sitta i ett annat rum kändes jobbigt för dem. Närstående hade många frågor som de förväntade sig få svar på. Det är då viktigt att de närstående hålls informerad under återupplivningen för att minimera frågorna och så de närstående känner att de har kontroll på situationen (Wagner 2004).

1.2 Sjuksköterskans ansvar

Familjemedlemmar som befinner sig i kris har oftast ingen förmåga att tänka rationellt och deras vanliga sätt att lösa problem fungerar inte. Sjukvårdspersonalen måste då hålla de närstående informerade så att de känner sig delaktig vården. Om den närstående inte upplever att han eller hon får tillräcklig information eller inte känner sig delaktiga i vården kan ett komplicerat sorgearbete uppstå. Sjuksköterskan har tillfälle att upptäcka och ingripa för att förebygga detta. Sjuksköterskan måste försöka att hjälpa den närstående att acceptera det som har hänt samt att hjälpa honom eller henne att tänka sig ett liv utan den älskade. Det är en otroligt svår uppgift om inte både personal och närstående är införstådda med sorgprocessen och vad den innebär (Clemens m.fl. 2006).

I sjuksköterskans ansvar ingår det att vara en professionell ledare för omvårdnadsarbetet samt att förmedla kunskap till sina medarbetare. Att känna ansvar för de grundläggande etiska riktlinjerna - *att främja hälsa - att förebygga sjukdom - att återställa hälsa - att minska lidande* (Kihlgren m.fl.2000).

1.3 Katie Erikssons omvårdnadsteori

Katie Erikssons (Kirkevold 2000) omvårdnadsteori kan med fördel belysas i detta sammanhang. Erikssons huvudbegrepp är människan, hälsa, vård och lidande. Människan är det centrala i hennes teori. Människan är samma sak som människans huvudsakliga existentiella problem nämligen förhållandet mellan människan och Gud, samt mellan individen

och andra människor. Det är i dessa relationer som människan själv och hennes existens skapas. Individens förhållande till andra kan enligt Eriksson kopplas till de tre ontologiska begreppen tro, hopp och kärlek. Tro och hopp är knutna till människans förvisning och förväntningar. Kärlek utgör bron mellan sig själv och andra. Hälsa innebär helhet och integration av kropp, själ och ande. Vårdandet är ett naturligt mänskligt beteendemönster som måste aktiveras i en omsorgsfrämjande miljö. Vårdandet har ett holistisk fokus och omfattar både kroppsliga, själsliga och andliga aspekter som främjar hälsa. Eriksson knyter även i hop hälsa med begreppet lidande. Lidande och kärlek är de djupaste av själens och andens förnimmelser, och utgör därför de mest grundläggande hälso- och livsprocesserna. Lidande är förknippat med sjukdom och behandling och kan leda till förnyelse eller upplösning och död. Sett ur ett professionell omvårdnads perspektiv består uppgiften i att eliminera onödigt lidande samt att lindra lidande när det är oundvikligt (ibid.)

1.4 Omhändertagande

Enligt Kock - Redfors (2002) så fungerar inte omhändertagandet av familjemedlemmar och närstående på ett självklart sätt inom vuxensjukvården i Sverige. Inom barnsjukvården finns däremot en väl utarbetad rutin. Tänkvärt är det som Kock-Redfors (2002, s.14) skriver: *förlusten av ett barn upplevs som svårast att acceptera. Ju äldre barnet är - desto svårare upplevs förlusten. Förlusten av ett vuxet barn upplevs som svårast att acceptera.* Detta är viktigt att tänka på för all personal inom vuxensjukvården. Alla patienter är vuxna barn, frågan är bara om föräldrarna fortfarande finns i livet. De flesta studier som gjorts visar att plötsligt dödsfall är svårare att sörja än andra dödsfall då det funnits en förvarning om att döden varit nära (Worden 2006).

1.5 Sorgeprocessen

Sorgeprocessen eller den traumatiska krisen som Cullberg (2006) beskriver den kan delas upp i fyra naturliga faser. Den första fasen, **chockfasen** varar från ett kort ögonblick till några dygn. Under chockfasen håller individen verkligheten ifrån sig med all sin kraft, då det ännu inte öppnats någon väg att bearbeta det som hänt. Chockfasen kan skifta från en nästan kylig, blockerande likgiltighet till ett hysteriskt, förnekande beteende. Efter chockfasen kommer **reaktionsfasen**. Det är när den drabbade börjar öppna ögonen för det skedda efter att tidigare försökt att blunda. Denna fas bör inte vara längre än fyra-sex veckor. Det som är klassiskt för denna fas är att den drabbades försöker att finna en mening i den kaotiska situationen. Frågan

varför? upprepas gång på gång liksom klagan över hur absurt och orättvist livet är (Cullberg 2006). Chock och reaktionsfasen utgör tillsammans den akuta krisen. Det är under de två första faserna som personalen inom akutsjukvården vanligen möter de anhöriga (Kock- Redfors 2002). Efter reaktionsfasen kommer **bearbetningsfasen** som börjar allt eftersom det akuta skedet lämnar den drabbade. Bearbetningsfasen pågår från ett halvår upp till ett år efter traumat. Under denna fas börjar individen åter igen vända sig mot framtiden i stället för att som tidigare har varit totalt ockuperad av det inträffade traumat. Den sista fasen kallas **nyorienteringsfasen**. Den har inte någon avslutning. Under denna sista fas lever individen med det förgångna som ett ärr. Individen har nu fått nya intressen och nya relationer (Cullberg 2006).

1.6 Handledning sjuksköterska

Plötsliga dödsfall kan även vara traumatiska för sjuksköterskan och övrig personal. Då kan handledning vara ett bra hjälpmedel för personalen att hantera dessa situationer. Handledning definieras utifrån Högberg (1998, s. 13): *En grupp personer som är verksamma i människovårdande yrken samlas regelbundet på avtalad tid med en utifrån kommande handledare. Gemensamt arbetar de med att ta tillvara och utveckla gruppens samlade kompetens. Avsikten är att underlätta och öka förmågan att ge klienten god behandling och service.*

1.7 Problemformulering

Dödsfall inom akutsjukvården är ofta traumatiska och oväntade. Enligt författarens egna erfarenheter så skapar dessa situationer mycket stress hos alla inblandade personer. Det kan då underlätta om personalen är införstådda med hur människor reagerar i sorg samt veta vilka behov närstående har i dessa situationer. För att få kunskap utifrån erfarenheterna krävs att varje sjuksköterska och tillika all den vårdpersonal som varit involverade i en traumatisk vårdssituation, ger sig tid till att reflektera över hur resultatet blev vid omhändertagandet. Kunskaperna kan medföra att minimera stressmoment vid nästa traumatiska och oväntade situation som uppstår. Både sjuksköterskan personalen och de närstående kan uppleva situationen olika beroende på omständigheterna kring dödsfallet. Varje dödsfall är unikt och därmed är alla närstående också unika.

1.8 Syfte

Syftet var att beskriva upplevelsen och behov hos närstående som förlorat en nära anhörig i en plötslig och oväntad död inom akutsjukvården. Samt beskriva vilka behov de närstående hade. Vidare var att beskriva sjuksköterskans upplevelser i samband med omhändertagandet av döda och döende patienter och deras närstående inom akutsjukvården.

1.9 Frågeställningar

- Vilka upplevelser av omhändertagandet har de närstående till patienter som avlidit plötsligt och oväntat inom akutsjukvården?
- Vilka behov har de närstående i samband med dödsfallet?
- Vilka upplevelser har sjuksköterskan i samband med omhändertagandet av döda och döende patienter och dess närstående?
- Hur är kvalitén gällande deltagare/bortfall på de ingående artiklarna i litteraturstudien?

2. Metod

2.1 Design

Studien var en litteraturstudie med beskrivande design enligt Forsberg & Wengström (2008).

2.2 Databaser

Databaserna PubMed och Cinahl användes för att söka vetenskapliga artiklar i.

2.3 Litteratursökning

Under våren 2010 söktes artiklar i de ovan nämnda databaserna. Fritextsökning gjordes på sökorden; sudden death, bereaved family, bereavement follow-up, nursing, emergency department och spouses. Därefter användes olika kombinationer av MeSH termerna Grief, bereavement, death, sudden och emergency service, spouses samt den booleska sökoperatör AND. Manuell sökning gjordes genom att läsa relevanta artiklars referenslistor.

2.4 Kriterier för urval av källor

Inklusionskriterierna var; artiklar som svarade på författarens syfte och frågeställningar, artiklar publicerade mellan 2000-2010, artiklar som var skrivna på engelska samt att artiklarna måste ha ett abstract. Exklusionskriterier var artiklar där undersökningen infattade barn samt litteraturstudier.

I *tabell 1* presenteras databaser, avgränsningar, sökord, antal träffar samt valda artiklar.

Tabell 1. Utfall av databassökning.

Databas	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
Pub Med	10 years Humans Abstract English All Adults 19+	bereavement AND death, sudden	57	3
		bereavement AND emergency service	17	1
Cinahl	2000-2010 Humans English Abstract available English Adults	bereavement AND death, sudden	19	2
		bereavement AND emergency service	3	1
		bereavement AND spouses	53	1
		grief AND death	220	2
Manuell sökning				4
Totalt			369	14

2.5 Dataanalys

Steg ett, artiklar vars titlar svarade mot syfte och frågeställning valdes ut. Steg två, de valda artiklarnas abstract lästes noggrant igenom av författaren ett flertal gånger. Steg tre, 14 artiklar ansågs vara relevanta och svarade mot syfte och frågeställning. Steg fyra, en sammanfattning av artiklarnas syfte, resultat, design/datainsamlingsmetod, undersökningsgrupp/urval/bortfall, dataanalysmetod gjordes (*bilaga 1,2*). Steg fem, artiklarna granskades utifrån Forsberg och Wengström (2008) mall för kvalitativa och kvantitativa artiklar (*bilaga 3*).

2. 6 Forskningsetiska överväganden

Forsberg och Wengström (2008) kriterier för litteraturstudier användes för etiska överväganden. I litteratur studien användes endast artiklar som är granskade och godkända av en etisk kommitté. Alla artiklar som ingick i litteraturstudien redovisades utan hänsyn till författarens egna åsikter.

3. Resultat

Artiklarna som ingick i litteraturstudiens resultat redovisas översiktligt i *bilaga 1* och *bilaga 2* samt i löpande text. *Bilaga 1* ger en översiktlig bild av valda artiklar beträffande; Författare, syfte och huvudresultat. *Bilaga 2* ger en översiktlig bild av valda artiklar beträffande; författare, årtal, land, titel, design, datainsamlingsmetod, undersökningsgrupp/urval/bortfall och dataanalysmetod. Vidare presenteras resultatet i löpande text under följande rubriker; närståendes upplevelser, närståendes behov, sjuksköterskans upplevelser, artiklarnas kvalitet.

3.1 Närståendes upplevelser

Flera studier har undersökt närståendes upplevelser av att förlora en nära anhörig i en plötslig död inom akutsjukvården. Brysiewicz (2006b) intervjuade familjemedlemmar som alla mist en nära anhörig i en plötslig död. Alla deltagarna upplevde ett kyligt bemötande av sjukvårdspersonalen. De hade en känsla av att sjukvårdspersonalen inte förstod hur viktigt det var att de närstående fick se sin anhörig så fort som möjligt, och att alla andra frågor måste vänta. De hade en känsla av att inte bli sedda som de önskade sig. Även Merlevede m.fl (2004) undersökte vad närstående hade för upplevelser av att mista en nära anhörig i en plötslig död. Det visade sig att nästan hälften av deltagarna tyckte sättet de fick dödsbeskedet på var lämpligt speciellt om en familjemedlem eller en doktor gav beskedet. Däremot fick de inte tillräcklig information av personalen angående orsaken och omständigheterna kring dödsfallet. De fick även vänta för länge innan någon information gavs över huvud taget. Två månader efter dödsfallet hade ett stort antal deltagarna fortfarande obesvarade frågor kring dödsfallet. Frågor som - *Vad var den exakta orsaken till dödsfallet?* - *Kände han/hon smärta?* - *Vad var hans/hennes sista ord?*

Deltagarna i Parris m.fl (2007) studie upplevde också att frågetecknen var många efter att en nära anhörig plötsligt dött. I studien undersöktes vilka frågor som de närstående önskade få

svar på i samband med dödsfallet. Det visade sig att 75 % av frågorna handlade om orsaken till dödsfallet samt att förklara medicinska termer och att hjälpa de närstående att förstå obduktionsrapporten. Sedan kom frågorna som handlade om omständigheterna kring dödsfallet. Till exempel - *Var patienten vid medvetande? - Vilka behandlingar gjordes innan patienten dog?* Ett mindre antal frågor handlade om rädslan av att deras barn kan ha anlag av samma sjukdom som föräldern just dött av, samt diskutera om barnet behöver genomgå någon undersökning på grund av detta. Även i Brysiewicz (2006b) studie upplevde deltagarna att det var svårt att få bra information av sjukvårdspersonalen. Närstående var tvungen att själv ta reda på svaren genom att fråga tills de träffande rätt människa som kunde svara på frågorna. De gjorde att de kände sig arga och besvikna på sjukvården. Många kände sig även ensamma i sitt sorgearbete. De upptäckte att vänner och familj efter ett tag drog sig undan och delade inte sorgen med dem så som de önskade sig. Dessa känslor hade även deltagarna i Daggett (2002). Studien handlade om medelålders mäns erfarenheter av sorg där alla upplevde att det var svårt att hitta bra hjälp. Vännerna lyssnande men tröttnade snart. De flesta hjälporganisationer som fanns innefattade äldre änkor och änkemän. De saknade män i samma ålder med liknande problem.

I Merlevede m.fl (2004) var syftet att ta reda på vilka uppfattningar, behov och sorgereaktioner närstående hade vid ett dödsfall. Deltagarna kände då skuld och självanklagelser - *Gjorde jag tillräckligt? - Kunde jag gjort mer för att förhindra dödsfallet?* Eller känslor som skyller på andra - *Är du säker på att personalen gjorde allt som gick för att förhindra att patienten inte skulle dö?* Andra vanliga sorgereaktioner var sömnproblematik och aggressivitet. Deltagarna i Daggett (2002) hade samma känslor, nästan alla män hade någon gång känt aggressivitet över någonting. De var inte arga på den avlidne utan på läkaren, sjukhuset, Gud etc. Männens kunde också känna skuld pga. olika anledningar. En anledning kunde vara att han inte var där för att skydda sin älskade från fara, eller att han kände skuld över att han inte visste hur han skulle hantera sorgen efter henne. Deltagarna i Rodger (2006) som även de hade mist sin livspartner plötsligt och oväntat hade alla svårt att förlika sig med döden. Ett sätt bevara den döde i vardagen var att göra en ”kapsel av minnen” som kunde plocka fram vid behov. För att göra livet lite lättare och sorgen inte lika svår. Följderna av plötslig och oväntad död var djupgående och långtidsverkande. Den överlevande parten behövde lång tid att sörja minst två år. Vidare ansåg deltagarna i Rodger (2006) att de sörjande behövde mycket stöd av familj och vänner samt att de alltid skall erbjudas professionell sorgerådgivning.

Walsh m.fl (2008) undersökte vad de sörjande tyckte om sorgerådgivningen på Beaumont Hospital i Dublin. Rutinen var att ett välkomstbrev från sjukhusets sorgerådgivning skickades ut 10-12 veckor till närstående efter att dödsfallet inträffat. Deltagarna uppskattade att få välkomstbrevet (65 %). Resultatet visade att 25 % av alla deltagarna (n=335) själva önskade ytterligare kontakt med sorgerådgivningen. Dessutom tyckte 60 % av deltagarna att sjukhusets informationsbroschyr var värdefull. En signifikant koppling fanns till vilka som själva kontaktade sorgerådgivningen, gällande de som uppfattade dödsfallet som väntat, oväntat eller plötsligt. De som uppfattade dödsfallet som oväntat (30 %) och plötsligt (26 %) kontaktade sorgerådgivningen. Medan endast 15 % av de som uppfattade dödsfallet som väntat själva kontaktade sorgerådgivningen. I studien Merlevede m.fl (2004) hittades en liknande koppling. Om dödsfallet ansågs som traumatiskt hade deltagarna mer psykologiska problem än de dödsfall som ansågs som en naturlig död.

3.2 Närståendes behov

Redly (2003) undersökte vilka behov de närstående till kritiskt sjuka patienter som vårdades på akutmottagningen i Melbourne hade, genom att ranka påståenden. Det högst rankade påståendet var: - *Att få veta vad som kommer att hända härnäst (90%)*. Efter det kom ett påståendena - *Att få träffa sin anhörig så fort som möjligt - Att få prata med en doktor - Veta att patienten får bra vård - Att en doktor eller sjuksköterska möter upp vid ankomst till akutmottagningen*. Li (2002) gjorde en liknande undersökning i Kina där närstående till patienter som avlidit oväntat fick ranka vilka omvårdnadsåtgärder som de upplevde som hjälpsamma. De högst rankade omvårdnadsåtgärderna var - *Att få skriftlig information om vad som händer efter dödsfallet - Att få möjlighet att se den döde - Att religiösa ritualer efterföljs - Att få information om patientens tillstånd så fort som möjligt - Att få möjlighet att hålla/krama den avlidne*.

Deltagarna i Brysewicz (2006b) värderade vänliga gester av sjukvårdspersonalen högt, till exempel att erbjuda närstående förtäring t.ex. kaffe eller te. Deltagarna i Rodger (2006) önskade utifrån deras erfarenheter i första hand en öppen och ärlig kommunikation i samband med dödsfallet. Det gällde för all sjukvårdspersonal men även för poliser samt andra berörda personalkategorier. Det var en självklarhet för deltagarna att ett uppföljningsprogram skulle finnas vid varje akutmottagning, vidare önskades ett brev som beklagade sorgen ett år efter att dödsfallet inträffat. För de akutmottagningar som planerade att starta ett uppföljningsprogram rekommenderades det att vara sjuksköterskebaserat eftersom samtliga deltagare hade positiva

erfarenheter av sjuksköterskor som de träffat i samband med dödsfallet.

Brysiewicz (2006a) intervjuade närstående till patienter som avlidit oväntat på akutmottagningen, och kom fram till att det var viktigt att vara försiktig när dödsbudet lämnas till anhöriga. Kommunikationen skall vara öppen och rak samt visa de anhöriga empati. Den person som meddelar att patienten har dött kommer alltid att finnas kvar i minnet hos de närstående. En informationsbroschyr med namn och titel på personalen som var med och tog hand om den döde patienten ska lämnas till familjen, så att möjlighet till återkoppling finns. Uppföljning från akutmottagningen till de sörjande familjemedlemmarna visade sig ha stor positiv betydelse för de närstående.

3.3 Sjuksköterskans upplevelser

Ett flertal studier har undersökt sjuksköterskans upplevelser i samband med att de vårdar en patient som senare avlider. Vidare hur sjuksköterskan upplevde att ta hand om närstående till patienter som just avlidit. Socorro m.fl (2001) intervjuade sju sjuksköterskor som jobbade på en akutmottagning i Spanien om deras erfarenheter, av att ta hand om närstående som just mist sin anhörig i en plötslig död på akutmottagningen. Alla deltagare var emotionellt berörda av att träffa och ta hand om de närstående och vissa kände sig osäkra när de pratade med närstående om att patienten var döende. Hur sjuksköterskan kände och hur de uppförde sig när de tog hand om de närstående berodde mycket på vilken relation som uppstod mellan sjuksköterskan och dem hon träffade. Men oftast blev det ett bra möte. Hon kände att hon kunde hjälpa även om hon visade känslor och kände sorg. De gånger det inte kändes bra var när den avlidne inte visades respekt t.ex. om den avlidne inte var iordninggjord med rena kläder och renbäddad säng mm. när de närstående kom för att se sin anhörig. Alla deltagare uppmärksammade att resurserna varför för små och att de saknade ett anhörigrum på akuten. De saknade även skriftlig information att ge till de sörjande.

I Greow m.fl (2009) var syftet att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda en döende patient. Sköterskor från olika delar av sjukvården ingick i studien (n=11). Sjuksköterskorna skapade en skyddsmekanism för att minska sorgearbetet och tillåta sig att ge god omvårdnad. Deltagarna upplevde ett speciellt förhållande mellan den döende patienten och dem själva. Hur sjuksköterskorna reagerade på dödsfallet berodde på vilken relation hon hade till patienten och de närstående. Flera kände sig osäkra på att prata med de närstående om att patienten var döende. Alla upplevde klivna känslor i samband med dödsfallet. Målet var att ge patienten och deras närstående så god omvårdnad som möjligt men de glömde bort att de själva också måste

få sörja. När de sedan kände sorg kände de sig oprofessionell i sin yrkesroll. Erfarenheter tidigt i sjuksköterskans karriär präglar hur hon i framtiden hanterar dödsfall. Om sjuksköterskan inte fick det stöd hon behövde vid det första dödsfallet blev även de andra traumatiska.

Sjuksköterskans synsätt förändrades över tid ju mer erfarenheter hon fick av att vårda döende patienter.

I Shorter och Stayts studie (2009) intervjuades intensivvårds sjuksköterskor angående deras erfarenheter av sorg och sorgearbete. Deltagarna uttryckte känslor av sorg för den avlidne patienten som de vårdat. Men deltagarna upplevde dödsfallet som mindre traumatiskt om patienten fick en ”god död” dvs. om dödsfallet var väntat och om patienten fått god omvårdnad. Förekomsten av professionell hjälp och samtal var inte vanliga, det var vanligare att prata med kollegor i fikarummet. Flera av deltagarna beskrev att de upplevde döden så ofta så att den blev en del av livet.

Hallgrimsdottir (2004) undersökte och jämförde isländska och skotska sjuksköterskors åsikter och erfarenheter av att ta hand om närstående till kritiskt sjuka eller plötsligt döda patienter. Resultatet visade att de flesta isländska deltagarna ansåg att det var sjuksköterskans plikt att ta ansvar för närstående. Flertalet av deltagarna från båda länderna kände sig kompetent för att möta närstående i sorg (63 %). De som hade en examen i omvårdnad utöver grundutbildningen upplevde sig ha större kompetens av att möta de närståendes behov. På frågan om de upplevde sig ha kompetens i att möta de närståendes psykologiska behov, uppgav endast ett fåtal av deltagarna (27,9 %) att de hade kompetens. Majoriteten av deltagarna från båda länderna önskade bättre riktlinjer om hur de ska bemöta närstående i sorg. Även i Socorro m.fl (2001) kände deltagarna att de inte hade tillräcklig kunskap för att ta hand om närstående i sorg.

Heaston m.fl (2006) undersökte vad sjuksköterskorna upplevde som det största hindren i samband med vård av döende patienter. Det största hindret var för hög vårdtyngd på avdelningen för att hinna ge den döende patienten så god omvårdnad som möjligt. Närstående som ringde upprepade telefonsamtal till sjukhuset resulterade ofta i att sjuksköterskan kände då frustration över att telefonsamtalen tog tid från patienten. Närstående som ej accepterade att patienten var döende upplevdes också som ett hinder. De handlingarna som gav mest stöd var bra kommunikation mellan sjuksköterskan och doktorn. Att doktorn träffade de närstående direkt efter dödsfallet. Samt att det fanns ett rum för de närstående att vistas ostört i.

Brysiewicz (2006a) presenterar en modell för omhändertagande av döende patienter på akutmottagningar. Modellen är utarbetad genom intervjuer med sjuksköterskor och läkare som jobbar på akutmottagningen. Enligt modellen kan personalen redan före dödsfallet förbereda sig mentalt och planera genom att se till att information och material finns tillgänglig på avdelningen. Efter dödsfallet var det viktigt att personalen fick uppföljning i form av professionell eller informell debriefing med arbetskamraterna.

3.4 Artiklarnas kvalitet

Artiklarnas kvalitet angående undersökningsgrupp granskades av författaren utifrån Forsberg & Wengström (2008) mall för kvalitativa och kvantitativa studier (*bilaga 3*).

14 artiklar granskades varav åtta artiklar var av kvalitativ ansats (Brysiewicz 2006a, Brysiewicz 2006b, Daggett 2002, Greow m.fl 2009, Rodger 2006, Shorter & Stayt 2009, Socorro m.fl 2001, Walsh m.fl 2008) och sex artiklar var av kvantitativ ansats (Hallgrimsdottir 2004, Heaston m.fl 2000, Li m.fl 2002, Merlevede m.fl 2004, Paris m.fl 2007, Redly m.fl 2003). Sju artiklar ansågs vara av hög kvalitet och uppfyllde 6 eller max 7 poäng av granskningsmallens frågor (Daggett 2002, Rodger 2006, Socorro m.fl 2001, Heaston m.fl 2000, Li m.fl 2002, Merlevede m.fl 2004, Redly m.fl 2003). Sex artiklar ansågs vara av medelgod kvalitet och uppfyllde 4-5 poäng av granskningsmallens frågor (Brysiewicz 2006b, Greow m.fl 2009, Shorter & Stayt 2009, Walsh m.fl 2008, Hallgrimsdottir 2004, Parris m.fl 2007) En artikel ansågs vara av låg kvalitet (Brysiewicz, 2006a).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Litteraturstudiens huvudresultat visade att närstående till patienter som avlidit oväntat inom akutsjukvården, ofta upplever att de inte blivit bemött av sjukvårdspersonalen på ett helt korrekt sätt. Resultatet visade att ett missnöje fanns i omhändertagandet och bemötandet från sjukvårdspersonalen. Flertalet av de närstående lämnade sjukhuset med obesvarade frågor och en känsla av att inte blivit sedd. De närstående önskade kontinuerlig information från sjukvårdspersonalen i samband med dödsfallet samt en rak och ärlig kommunikation. Att få se sin anhörig så fort som möjligt efter dödsfallet ansågs också som mycket viktigt samt att ett uppföljningsprogram fanns tillgänglig för de närstående. Sjuksköterskorna tyckte också att det

var psykiskt påfrestande att ta hand om närstående vid dessa tillfällen. Många sjuksköterskor kände sig inte tillräckligt kompetenta för att ta hand om människor i sorg och de önskade bättre riktlinjer för detta. Sjuksköterskorna upplevde att resurserna var för små för att kunna ge så god omvårdnad som möjligt till patient och dennes närstående.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Närståendes upplevelser och behov

I resultatet framkom det att närstående inte upplevde sig få tillräcklig bra bemötande av sjukvårdspersonalen. Närstående upplevde ett kallt bemötande samt en känsla av att inte bli sedd av personalen (Brysiewicz 2006b). I resultatet fanns även undersökningar som visade vilka behov de närstående hade i samband med att deras anhörig var kritiskt sjuk. Viktigt var då att få snabb information om patientens tillstånd och att få träffa honom/henne så fort som möjligt. Det var även viktigt var också att få tala med en läkare, samt att en läkare eller sjuksköterska möter upp vid ankomst till akuten. Att få skriftlig information om vad som händer efter dödsfallet upplevdes också som mycket viktigt för de närstående (Li 2002, Redly 2002).

De närstående värderade vänliga gester från sjukvårdspersonalen högt, till exempel att bli erbjuden något att dricka. Kommunikationen mellan de närstående och sjukvårdspersonalen skall vara öppen, rak och ärlig samt visa de närstående empati (Brysiewicz 2006a, Brysiewicz 2006b, Rodger 2006).

Resultatet visade på bristen av information. Närstående lämnades med obesvarade frågor. Frågorna handlade ofta om dödsorsak samt andra orsaker och omständigheter kring dödsfallet. Andra vanliga frågor som uppstod handlade om medicinska termer och om obduktions rapport (Brysiewicz 2006b, Merlevede m.fl 2004, Parris m.fl 2007).

Följderna av att mista en närstående i plötslig och oväntad död upplevdes som djupgående och långtidsverkande. Den överlevande parten behövde lång tid till att sörja, minst två år. De sörjande behövde mycket stöd av vänner och familj. Alla skall erbjudas professionell hjälp. Men många tyckte det var svårt att hitta bra hjälp efter att dödsfallet inträffat. Flera kände sig ensam i sitt sorgearbete och några önskade sig ett brev som beklagade sorgen ett år efter att dödsfallet inträffat (Brysiewicz 2006b, Daggett 2002, Rodger 2006). Närstående kände många gånger skuld och självanklagelser (Merlevede m.fl 2004, Daggett 2002).

Resultatet visade tydligt att ett uppföljningsprogram från sjukhusets sida hade stor positiv betydelse för de närstående. Samt att plötsliga och oväntade dödsfall ledde till mer psykologiska problem än om dödsfallet ansågs som väntat (Brysiewicz 2006a, Merlevede m.fl 2004, Rodger 2006, Walsh 2008).

4.2.2 Sjuksköterskans upplevelser

I resultatet framkom även vad sjuksköterskan upplevde i samband med vården av en patient som är kritiskt sjuk eller som just avlidit. Sjuksköterskorna var emotionellt berörda av att träffa och ta hand om döende patienter samt deras närstående. De uttryckte känslor av sorg och många upplevde kluvna känslor. Dock glömde sjuksköterskorna bort att de också måste få sörja.

När de sedan tilläts sig att sörja, vilket i sig inte var så vanligt så kände de sig oprofessionell i sin yrkesroll. Men trots detta dilemma kände sjuksköterskorna att de kunde hjälpa de närstående även om de själva visade känslor och kände sorg (Greow m.fl 2009, Shorter & Stayt 2009, Socorro m.fl 2001).

Många sjuksköterskor upplevde att de hade bristfälliga kunskaper i hur de skall ta hand om närstående i sorg. Några kände sig osäker när de talade med närstående om att patienten var döende. Bättre riktlinjer om hur de skall bemöta sörjande närstående önskades i ett flertal studier (Hallgrimsdottir 2004, Greow m.fl 2009, Socorro m.fl 2001).

Sjuksköterskorna tyckte även att det saknades resurser för att ta hand om närstående på ett för dem optimalt sett. De tyckte att vårdtyngden på avdelningen var för hög för att hinna ge de den döende patienten så god omvårdnad som möjligt. Vidare saknades ett anhörigrum på akuten och skriftlig information att ge till de sörjande närstående efter att dödsfallet inträffat (Heaston m.fl 2006, Socorro m.fl 2001).

Brysiewicz (2006a) var den enda studien som belyste uppföljning för personalen som en viktig del. Det kunde ske som professionell eller informell debriefing, viktigast var att det blev gjort.

4.2.3 Artiklarnas kvalitet

Majoritetern av de ingående artiklarna har beskrivit undersökningsgruppen, inklusionskriterier och exklusionskriterierna väl. Dessa var relevanta för föreliggande litteraturstudiens syfte och

frågeställningar. Bortfall har framgått i de flesta artiklarna. Trots att kvaliteten var låg för en av de kvalitativa artiklarna ansåg författaren att artikeln hade ett värde eftersom den svarar på föreliggande litteraturstudiens syfte och frågeställning.

4.3 Metoddiskussion

Metoden som valdes för att besvara syfte och frågeställningar var en litteraturstudie. Metoden lämpad sig väl för denna undersökning eftersom det skulle vara svårt för författaren att hitta tillräckligt många deltagare för att genomföra en undersökning i någon annan form. Deltagarna (de närstående) är också en känslig grupp människor och genom denna litteratur studie erhöles kunskap utan att de själv behövde medverka. Sjuksköterskorna kunde däremot ha intervjuats men då hade bara en sida av problemet kunnat belysas. Valet av databaser var lyckad för att söka artiklar i, vilket även visades genom ett stort utfall vid sökning i PubMed och Cinahl. Författaren hade däremot svårt att begränsa sökningarna till ett hanterbart antal träffar. Tendensen var att det blev för många träffar eller för få träffar. Sökningen i databaser skedde i två omgångar. Vid första omgången sökte författaren genom fritextsökning. Sökningen svarade inte i lika stor utsträckning mot syfte och frågeställning som önskat. Den andra omgången sökte författaren enbart på MeSH termer och då gav sökningen ett mer relevant utfall som svarade bättre mot syfte och frågeställningar. Att studien innehåller både kvalitativa och kvalitativa artiklar ses som en styrka. Att författare var ensam kan ses som en svaghet eftersom det inte funnits någon att diskutera resultatet med och risk finns att författaren missat intressanta infallsvinklar.

4.4 Allmän diskussion

Döden är en naturlig del av livet men ibland kommer döden tidigare än väntat. Lidande och kärlek är de djupaste av själens förmöjigheter och utgör därför de mest grundläggande hälso- och livsprocesserna (Eriksson 1987). Att tillgodose närståendes behov vid oväntade dödsfall är komplex och många aspekter måste beaktas. Ur ett professionellt omvårdnads perspektiv består sjuksköterskans uppgift i att eliminera onödigt lidande samt att lindra lidande där det är oundvikligt (Kirkevold 2000).

Sjuksköterskan ska vara en professionell ledare för omvårdnadsarbetet genom att bemöta patienter och närstående vänlig samt att använda en öppen och rak kommunikation.

Sjuksköterskan bör ha lång erfarenhet av liknande situationer och måste ha mycket tid både före och efter dödsfallet. Berörda personer måste få tillgång till en avskild och lugn plats där det finns tid för att sörja och reflektera. De närstående måste få tillfälle att se och beröra den avlidne så fort som det är möjligt. En doktor ska finnas på plats för att informera och svara på frågor. Vårdandet är ett naturligt mänskligt beteendemönster som måste aktiveras i en omsorgsfrämjande miljö. Vårdandet har ett holistisk fokus och omfattar både kroppsliga, själsliga och andliga aspekter som främjar hälsa (Eriksson 1987).

Det kan även innebära att sjuksköterskan praktiskt har tillgång till t.ex. broschyrer för att kunna ge skriftlig information till de närstående. Informationen skall innehålla namn på berörd personal som träffat patienten vid dödstillfället och telefonnummer till avdelningen där patienten avled. Samt information angående eventuella uppföljningsprogram och eller sjukhuspräst, kurator eller annan hjälp som sjukhuset har att erbjuda. De närstående skall också bli kontaktad av en sjuksköterska som varit med vid dödstillfället ca 10-12 veckor efter dödsfallet för att få chans att ställa eventuella frågor. Om personalen kunde ge detta vid varje enskilt dödsfall skulle frågorna som de närstående har troligen reduceras. De psykiska besvären kunde minska och risken för komplicerat sorgearbete kunde förebyggas och de närstående kunde må bättre.Handledning och stöd för sjuksköterskan kunde innebära att upplevelsen av dödsfallet blev mindre traumatiskt.

Anledningen till att det inte alltid går till så i verkligheten kan enligt författaren vara att sjuksköterskorna inte fått tillräcklig utbildning inom området. Men den största anledningen är troligtvis tidsbristen som finns på de flesta avdelningarna inom vården och kanske främst på akutmottagningarna i Sverige och övriga världen. Bristen på personal och i många fall även brist på utrymmen för det närstående och personalen att vistas ostört i är också en förklaring.

4.4.1 Slutsats

Målet är att sjuksköterskan skall vara en professionell ledare för omvårdnadsarbetet. Genom att utbyta kunskaper och upprätta bra riktlinjer ökar sjuksköterskans kompetens. Det leder till att sjuksköterskan får större insikt i närståendes behov vid plötsligt dödsfall och kan på så vis bemöta närstående i sorg på ett förhoppningsvis bättre sätt. Genom att bemöta patienter och närstående med respekt och empati ska sjuksköterskan sträva efter att minska lidandet för närstående i sorg. Författarens reflektion och förhoppning är att läsaren fått större kunskap och insikt i hur personalen kan uppfylla sörjande närståendes behov. Författaren kommer i sitt arbete som sjuksköterska vid akutmottagningen använda litteraturstudiens resultat till att

uppdatera rutiner för omhändertagandet av närstående. Dessutom verka för att sjuksköterskor som känner att de är i behov av stöd och handledning ska erhålla det. Förslag till vidare forskning inom ämnet är forskning kring sjuksköterskans uppföljning efter ett dödsfall. Erbjuds sjuksköterskan någon uppföljning från arbetsgivarens sida? Och hur mår sjuksköterskan efter ett dödsfall? och hur hanterar hon dessa situationer?

Referenser

- *Brysiewicz P. (2006a) A Model for Dealing with Sudden Death. *Advances in Nursing Science* **29** (3), E1-E11.
- *Brysiewicz P. (2006b) The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing* **17**, 224-231.
- Clements P.T., Garzon L. & Milliken T.F. (2006) Survivor's Guilt Following Sudden Traumatic Loss: Promoting Early Intervention in the Critical Care Setting. *Critical Care nursing Clinics of North America* **18**, 359-369.
- Cullberg J. (2006) *Kris och Utveckling: Ny omarbetad utgåva med tillägg av Tom Lundin om katastrofpsykiatri*. Natur & Kultur, Stockholm.
- *Daggett L.M. (2002) Living With Loss: Middle-Aged Men Face Spousal Bereavement. *Qualitative Health research* **12**(5), 625-639.
- Eriksson K. (1987) *Vårdandets idé*. Nordstedts Förlag, Stockholm.
- Eriksson U. & Sellström E. (2003) Att vårdas på sjukhus. Vad är patienterna missnöjda med? *Vård i Norden* **23**(2), 36-39.
- Eriksson M. & Svedlund M. (2007) Upplevelser hos äldre närstående i samband med partners dödsfall -en litteraturoversikt. *Vård i Norden* **27**(1), 43-46.
- Forsberg C. & Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur, Stockholm.
- *Gerow L., Conejo P., Alonzo A., Davis N., Rodgers S. & Domian E.W. (2010) Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death. *Journal of Nursing Scholarship* **42**(2), 122-129.
- *Hallgrimsdottir E.M. (2004) Caring for families in A & E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and Emergency Nursing* **12**, 114-120.
- *Heaston S., Beckstrand R.L., Bond A.E. & Palmer S.P. (2006) Emergency Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviour's in End-of-Life Care. *Journal of Emergency Nursing*. **32**(6), 477-485.
- Högberg G (1998) *Projekt för personalstöd i vårdens allra innersta kärna*. (Arbetslivsfondens, fallrapport nr 732).
- Kihlgren M., Johansson G., Engström B. & Ekman S-L. (2000) *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Studentlitteratur, Lund.

- Kirkevold M. (2000) *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Studentlitteratur, Lund.
- Kock-Redfors M. (2002) *Plötslig oväntad död: Att ta hand om anhöriga i akut kris*. Warne Förlag, Säverdalen.
- *Li S.P., Chan C.W.H. & Lee D.T.F. (2002) Helpfulness of nursing actions to sudden bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. **40**(2), 170-180.
- *Merlevede E., Spooen D., Henderick H., Portzky G., Buylaert W., Jannes C., Calle P., Van Staey M., De Rock C., Smeesters L., Michem N. & Heeringen K. (2004) Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*. **61**, 341-348.
- Miyashita M., Morita T., Sato K., Hira K., Shima Y. & Uchitomi Y. (2008) Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology* **17**, 612-620.
- *Parris R.J., Schlosenberg J., Stanley C., Maurice S. & Clarke S.F.J. (2007) Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service. *Emergency Medicine Journal* **24**, 339-342.
- *Redley B., LeVasseur S.A., Peters G. & Bethune E. (2003) Families' needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing* **43**(6), 606-615.
- *Rodger M., Sherwood P., O'Connor M. & Leslie G. (2006) Living beyond the unanticipated sudden death of a partner: a phenomenological study. *Omega* **54**(2), 107-133.
- *Shorter M. & Stayt C. (2009) Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* **66**(1), 159-167.
- *Socorro L.L., Tolson D. & Fleming V. (2001) Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for sudden bereaved families. *Journal of Advanced Nursing* **35**(4), 562-570.
- Socialstyrelsens kompetens beskrivning för legitimerad sjuksköterska SOSFS-2005-105-1.
Hämtad från
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf 30 november 2012.
- Socialstyrelsens föreskrifter och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011: 9. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9/sidor/2011-9grundforfattning.aspx> 21 oktober 2012.
- Socialstyrelsens termbank. Hämtad från

<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=645> 6 maj 2012.

Wagner J.M. (2004) Lived experience of critical ill patient's family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*, **13**(5), 416-420.

Worden J.W. (2006) *Sorgerådgivning och sorgeterapi. En bok för alla som möter och vill hjälpa sörjande*. Svenska institutet för sorgebearbetning.

*Walsh T., Foreman M., Curry P., O'Driscoll S. & McCormack M. (2008) Bereavement support in an acute hospital: an Irish model. *Death Studies* **32**, 768-786.

*Artiklarna ingår i litteraturstudien resultat.

Bilaga 1.

Översiktstabell författare/år, syfte och resultat.

Författare/år	Syfte	Resultat
Brysiewicz, P. (2006a).	Att beskriva familjernas upplevelser av att förlora en nära anhörig i en plötslig död.	Deltagarna upplevde ett kallt bemötande av sjukhuspersonalen. De hade en känsla av att de inte bli sedd som de önskade sig. Deltagarna upplevde att de inte fick ett avslut samt att de lämnats med obesvarade frågor. Många kände sig ensam i sitt sorgearbete. Det berodde ofta på att vänner och familj drog sig undan och inte delande sorgen med dem. Vikten av att sjukhuspersonalen är vänlig och visar att de bryr sig, samt visar vänliga gester, så som att bli erbjuden något att dricka värderades högt.
Brysiewicz, P. (2006b).	Syftet var att försöka ge sjukvårdspersonalen, på akutmottagningarna, riktlinjer för omhändertagandet av döda och döende patienter.	En modell för omhändertagandet av döende patienter arbetades fram. Modellen omfattade omhändertagandet före, under och efter dödsfallet. Före dödsfallet kan personalen förbereda sig mentalt och planera. Se till att information och material finns tillgänglig på avdelningen. Under dödsfallet, menas med tiden från att patienten kommer till akutmottagningen tills patienten förklaras död. Det är då viktigt att vara försiktig när dödsbudet lämnas till anhöriga. Kommunikationen skall vara öppen och rak samt visa de anhöriga empati. Den personen som meddelar att patienten har dött kommer alltid att finnas kvar i minnet hos de närstående. Tiden efter dödsfallet sträcker sig från 30 min efter dödsfallet till några dagar efter. Den tiden visar sig vara viktig för både personal och familjemedlemmar. Uppföljning behövs för personalen i form av professionell debriefing eller informell debriefing med arbetskamraterna. En informationsbroschyr med namn och titel på personalen som var med och tog hand om den döda patienten ska lämnas till familjen, så att möjlighet till återkoppling finns. Uppföljning från akutmottagningen till de sörjande familjemedlemmarna visade sig ha stor positiv betydelse för de närstående.
Daggett, L.M. (2002).	Syftet var att beskriva medelålders mäns erfarenheter av sorg, som mist sin livspartner.	Resultatet presenterades i tre huvudkategorier och tre underkategorier. 1, Reaktionen på förlusten (a) Sorgeritualer. En av deltagarna planterade tre stycken träd där hans fru och hennes vänner dog i en trafik olycka. (b) Sörja i sorgen. Nästan alla män hade känt aggressivitet över någonting, inte på den avlidne utan på läkaren, sjukhuset, gud etc. En annan vanlig känsla var skuld. (c) Fortsatta möten. Nästan alla deltagare hade någon gång upplevt händelser i eller utanför hemmet där de var övertygande över att deras fru visat sig för dem i form av andra ting eller händelser. Kategori 2, Leva med förlusten. (a) Att samla ihop bitarna. Männen var tvungna att gå vidare med jobb och dagliga sysslor. (b) Att söka hjälp. Alla upplevde det svårt att hitta bra hjälp. Vännerna lyssnade med tröttnade snart. De flesta hjälporganisationer var äldre änkor och änkemän som inte samma problem. De saknade män i samma ålder med liknande problem. c) Ta kontroll. Det var besvärligt att ha kontroll på omständigheterna och känslorna. Alla beskrev att de någon gång försökte ändra dagliga rutiner samt att ha strategier för hur de ska minska att sorgen blir för svår. Kategori 3, Återuppbyggnad. (a) Problemet att hitta en ny livspartner var stor. Alla hade levt i en lycklig relation innan dödsfallet, endast en av deltagarna hade en ny partner. (b) Sökandet av en mening. Alla försökte att på något vis hitta en större mening i varför just deras partner dött och en mening till att just dem blivit lämnad ensam. Kanske var det därför alla var så positivt inställd till att delta i studien. I hopp om att kunna hjälpa andra.
Greow, L., Conejo. P., Alonzo.A., Davis.N., Rodgers.S. & Domian.E.W. (2010).	Syftet var att beskriva upplevelsen kring döden av deras patient.	Sjuksköterskorna skapade en skyddsmekanism för att minska sorgearbetet och tillåta sig att ge god omvårdad. Deltagarna upplevde ett speciellt förhållande mellan den döende patienten och dem själva. Hur sjuksköterskan reagerade på dödsfallet berodde på vilken relation hon hade till patienten och dess familj. Erfarenheter av dödsfall tidigt i sjuksköterskans karriär präglar hur hon i framtiden hanterar dödsfall. Om sjuksköterskan inte fick den stöttning hon behövde vid de första dödsfallen blev även de andra traumatiska. Sjuksköterskas synsätt förändrades över tid ju mer erfarenhet hon fick av att vårda döende patienter. Ibland omformade det hela sjuksköterskans världsbild. Alla upplevde klivna känslor i samband med dödsfallet. Målet var att ge patienten och dess familj så god omvårdnad de kunde. Men de glömde lätt bort att de också måste sörja. När de sedan kände sorg, kände de sig oprofessionella i sin yrkesroll.

Bilaga 1.

Forts. Översiktstabell författare/år, syfte och resultat.

Författare/år	Syfte	Resultat
Hallgrimsdottir, E.M. (2004).	Att undersöka isländska och skotska sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av att ta hand om familjer till kritiskt sjuka eller plötsligt döda patienter.	De isländska deltagarnas åsikter var starkare än de skotska deltagarna i frågan; är det sjuksköterskans plikt att ta hand om anhöriga? Isländska sjuksköterskor upplevde även en högre arbetsbelastning än vad de Skotska gjorde. 63 % av deltagarna kände sig kompetent för att möta familjernas behov. De var ingen skillnad mellan länderna, men skillnader hittades i vilken utbildning deltagarna hade. De som hade en examen i omvårdnad upplevde sig ha större kompetens. På frågan om de upplevde sig ha kompetens i att möta familjers psykologiska behov blev svarade endast 27.9 % att så var fallet. Majoriteten av deltagarna från båda länderna önskade bättre riktlinjer om hur de skall bemöta sörjande familjernas behov.
Heaston,S., Beckstrand,R. L., Bond,A.E. & Palmer,S.P. (2006).	Var att undersöka vad sjuksköterskorna upplevde som de största hindren i samband med vård av döende patienter. Samt undersöka sjuksköterskans uppfattning av de mest stödjande handlingarna i samband med vård av döende patienter.	De största hindren upplevdes vara; För hög vårdtyngd på avdelningen för att hinna ge den döende patienten så god omvårdnad möjligt. Närstående upplevdes som ett hinder. När de närstående ringde upprepande telefonsamtal kände sjuksköterskorna frustration över att de tog tiden från patienten, samt anhöriga som ej accepterade att patienten var döende. De mest stödjande handlingarna var; Bra kommunikation mellan sjuksköterskan och doktorn. Att doktorn träffade familjemedlemmarna direkt efter dödsfallet. Att det finns ett rum för familjemedlemmarna att vistas ostört i.
Li,C.C., Chan, C.W.H. & Lee,D.T.F. (2002).	Att få vetskap om vilka omvårdnads åtgärder som sörjande familjer upplevde som hjälpsamma.	De högst rankade omvårdnadsåtgärderna var; 1; att få skriftligt information om vad som händer efter dödsfallet. 2; att få möjlighet att se den döde. 3; att religiösa ritualer efterföljs. 4; att få information om patientens tillstånd så fort som möjligt. 5; att få möjlighet att hålla/krama den döde. Sammanlagt 33 omvårdnads åtgärder rankades.
Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N. & Van Heeringen, K. (2004).	Syftet var att ta reda på vilka uppfattningar, behov och sorgereaktioner de anhöriga hade samt bedöma dem i förhållande till dödsorsak.	Nästan hälften av deltagarna 26 av 57 tyckte att sättet de fick dödsbeskedet på var lämpligt, speciellt om en doktor eller en familjemedlem gav beskedet. Däremot ogillade de att bli lämnad ensam efter att de fått beskedet. Två månader efter dödsfallet hade ett stort antal deltagare fortfarande obesvarade frågor kring dödsfallet. Frågor som - Vad var den exakta orsaken till dödsfallet? Kände han/hon smärta? Vad var hans/hennes sista ord? 60 % av deltagarna upplevde ångest. 60 % upplevde sömnproblem. Om dödsfallet ansågs som traumatisk hade deltagarna mer psykologiska problem än de dödsfall som ansågs som en naturlig död.

Bilaga 1

Forts. översiktstabell författare/år, syfte och resultat.

Författare/år	Syfte	Resultat
Parris, R.J., Schlosenberg, J., Stanley, C., Maurice, S. & Clarke, S.F.J. (2007).	Syftet var att undersöka vilka frågor som de närstående ville ha svar på i samband med dödsfallet.	75 % av frågorna handlade om orsaken till dödsfallet, förklara medicinska termer samt hjälpa de anhöriga att förstå obduktions rapporten. Näst vanligaste frågorna 19 % handlade om omständigheterna kring dödsfallet. T.ex. var patienten vid medvetande? Vilka behandlingar gjordes innan patienten dog? 7 % av frågorna handlade om rädslan av att deras barn kan ha anlag av samma sjukdom som föräldern just dött av, samt diskutera om barnen behöver genomgå någon undersökning på grund av detta. Samtalet tog i genomsnitt 40-60 min.
Redly, B., LeVasseur, S.A., Peters, P. & Bethune, P. (2003).	Att undersöka vilka upplevda behov anhöriga till kritiskt sjuka patienter har, som vårdats på en akutmottagning. Samt deras uppfattning av hur personalen uppfyller dessa behov.	Visade att frågeformuläret är ett giltigt och tillförlitligt verktyg för att mäta anhörigas behov. Anhöriga fick ranka olika påståenden inom fem grupper. Högst rankad totalt blev gruppen; menig, med påståendet - att få veta vad som kommer att hända härnäst. Nästa grupp blev; närhet med påståendet – att få träffa sin anhörig så fort som möjligt. Därefter gruppen; kommunikation med påståendet – att få prata med en doktor. Efter det kom gruppen; bekvämlighet med påståendet – Veta att patienten får bra vård och omsorg. Sist kom gruppen stöd med påståendet – att en doktor eller sjuksköterska möter upp vid ankomst till akutmottagningen
Rodger, M.L., Sherwood, P., O'Conner, M. & Leslie, G. (2006).	Syftet med studien var att beskriva och försöka förstå upplevelsen, hos en grupp av människor, som mist sin livspartner plötsligt och oväntat.	Studien visade att deltagarna aldrig förlikade sig helt med döden. Ett sätt att bevara den döde var att göra en "kapsel av minnen" som kunde plockas fram vid behov. Effekterna av plötslig och oväntad död av en partner var djupgående och långtidsverkande. Den överlevande partnern behövde lång tid att sörja, minimum två år. Deltagarna önskade utifrån deras egna erfarenheter i första hand en öppen och ärlig kommunikation, i samband med dödsfallet från all sjukvårdspersonal samt polis mm. Det var en självklarhet för deltagarna att ett uppföljningsprogram skulle finnas vid varje akutmottagning. För de akutmottagningar som planerar att starta ett uppföljningsprogram, rekommenderades det vara sjuksköterskebaserat. Samtliga deltagare hade positiva erfarenheter av sjuksköterskor de träffat i samband med dödsfallet. Ett brev som beklagade sorgen önskades ett år efter dödsfallet.
Shorter, M. & Stayt, .C. (2009).	Syftet var att undersöka intensivvårds sjuksköterskors erfarenheter av sorg och sorgearbete vid dödsfall av en patient.	Deltagarna uttryckte känslor av sorg för den avlidne patienten som de vårdat. Deltagarna upplevde dödsfallet mindre traumatisk om patienten fick en "god död" dvs. om dödsfallet var väntat och om patienten fått god omvårdnad. Förekomsten av professionell hjälp och samtal var inte vanligt, vanligare var att prata med kollegor i fikarummet. Flera av deltagarna beskrev en normalisering av döden." När man upplever döden så ofta som vi gör bli döden liksom en del av livet, och det är lätt att glömma bort att det inte är det för alla."

Bilaga 1

Forts. översiktstabell författare/år, syfte och resultat.

Författare/år	Syfte	Resultat
Socorro, L.L., Tolson, D. & Fleming, V. (2001).	Att utreda sjuksköterskornas erfarenheter, av att ta hand om familjer som just mist en nära anhörig på akutmottagningen	Alla sjuksköterskor var emotionellt berörda av att träffa och ta hand om familjerna. Ingen kände att de hade tillräcklig kunskap för att ta hand om anhöriga i sorg. Hur sjuksköterskorna kände och hur de uppförde sig när de tog hand om familjerna berodde mycket på vilken relation som uppstod mellan sjuksköterskan och familjen. Men oftast blev det till slut ett bra möte och sjuksköterskan kände att hon kunde hjälpa även om hon visade känslor. De gånger de inte kändes bra var när den avlidne inte visades respekt t.ex. om den avlidna inte var iordninggjord med rena kläder och renbäddad säng mm. när de anhöriga kom för att se sin anhörige. Alla deltagare uppmärksammade att resurserna var för små. De saknade ett anhörig rum på akuten samt någon skriftlig information att lämna till de anhöriga.
Walsh, T., Foreman, M., Curry, P., O'Driscoll, S. & McCormack, M. (2008).	Var att undersöka vad sörjande anhöriga tyckte om sjukhusets sorgerådgivnings program. (The Beaumont model)	65 % tyckte att det var bra att få ett välkomstbrev från sjukhusets sorgerådgivning 10-12 veckor efter dödsfallet. Mer än 60 % tyckte att sjukhusets informations broschyr var värdefull. 25 % kontaktade sorgerådgivningen. 90 % tyckte det var lätt att komma i kontakt med sorgerådgivningen. Rådgivning per telefon och Brev uppskattades också. De tre högst rankade aspekterna var; information och råd 49 %, att få prata med någon om deras känslor 26 %, dela erfarenheter med andra i samma situation 20 %. En signifikant koppling hittades mellan de som uppfattade dödsfallet som väntat, oväntat eller plötsligt. 30 % av de som uppfattade dödsfallet som oväntat kontaktade organisationen. 26 % av de som betraktade dödsfallet som plötsligt kontaktade organisationen. Endast 15 % av de som uppfattade dödsfallet som väntat kontaktade organisationen.

Bilaga 2.

Översiktstabell valda artiklar

Författare/år/land	Titel	Design/ datainsamlings- metod	Undersökningsgrupp/urval/bortfall	Dataanalys
Brysiewicz, P. (2006). Sydafrika.	The lived experience of losing a loved one to a sudden death in Kwa Zulu-Natal, South Africa.	Kvalitativ. En tolkande hermeneutisk fenomenologisk forskningsansats	Deltagarna bestod av fem familjemedlemmar som alla mist en nära anhörig i en plötslig död. Alla ingick i samma stödgrupp för sörjande i Durban Syd Afrika. Inget bortfall.	Hermeneutisk fenomenologisk metod.
Brysiewicz, P. (2006). Sydafrika.	A Model for Dealing With Sudden Death.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer.	Familjemedlemmar till patienter som avlidit hastigt och oväntat och ingick i den lokala anhöriggruppen intervjuades. Sjuksköterskor och läkare som jobbade på de utvalda akutmottagningarna intervjuades. Samt personal som jobbade på bårhuset. Studien pågick under fyra år. Bortfall ej beskrivit.	Innehållsanalys.
Daggett, L.M. (2002). USA.	Living with loss: Middle-aged Men Face Spousal Bereavement.	Kvalitativ Intervjustudie med fenomenologisk riktning.	Åtta medelålders män i åldrarna 41 till 54 år som hade erfarenhet av att deras partner avlidit ofrivilligt intervjuades via telefonsamtal. Inget bortfall.	Fenomenologisk metod.
Greow, L., Conejo. P., Alonzo.A., Davis.N., Rodgers.S. & Domian.E.W. (2009). USA.	Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer med fenomenologisk riktning.	11 sjuksköterskor som vårdat en patient som avlidit intervjuades. Sjuksköterskorna jobbade vid universitetet i Kansas och fick själva söka sig till studien. Sjuksköterskorna representerade olika specialiteter och var mellan 29-43 år gamla. Inget bortfall.	Fenomenologisk metod.

Bilaga 2.

Forts. Översiktstabell valda artiklar.

Författare/år/land	Titel	Design/ datainsamlings- metod	Undersökningsgrupp/urval /bortfall	Dataanalys
Hallgrimsdottir, E.M. (2004). Island.	Caring for families in A & E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences.	Kvantitativ ansats. Deskriptiv enkätundersökning.	Deltagarna bestod av 108 sjuksköterskor på tre akutmottagningar i Glasgow. 50 % svarade (n=54). Enkäten översattes och skickades till 9 Isländska intensivvårdssjuksköterskor och 95 sjuksköterskor som jobbade på de tre akutmottagningar på Island. 60 % svarade (n=57). Totalt antal deltagare (n=111). Bortfall=54	Beskrivande statistik och innehållsanalys.
Heaston, S., Beckstrand, R.L., Bond, A.E. & Palmer, S.P. (2000). USA.	Emergency Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviours in End-of-Life Care.	Kvantitativ ansats. Enkätundersökning.	Deltagarna hämtades från akutsjuksköterskeföreningen i USA. 300 kontaktades via mail. 59.9 % hade svarat med en fullständigt ifylld enkät. (n=169) Bortfall=131	Beskrivande statistik och innehållsanalys.
Li, C.C., Chan, C.W.H. & Lee, D.T.F. (2002). Kina	Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong.	Kvantitativ. Undersökande och beskrivande. Telefonintervjuer.	102 närstående till patienter som avlidit oväntat, på akutmottagningen i Hong Kong Kina kontaktades per telefon. 74 % accepterade att delta i studien (n=76). Bortfall=26	Mann-Whitney's U-test, Kruskal-Wallis' test,
Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N. & Van Heeringen, K. (2004). Belgien.	Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death.	Kvantitativ. Semi-strukturerade intervjuer och ett standardiserat frågeformulär.	Närstående till 53 patienter som avlidit hastigt och oväntat tillfrågades via intervjuer och frågeformulär. (n=74). Inget bortfall.	Beskrivande statistik.

Bilaga 2.

Forts. Översiktstabell valda artiklar.

Författare/år/land	Titel	Design/ datainsamlings- metod	Undersökningsgrupp/urval /bortfall	Dataanalys
Parris, R.J. , Schlosenberg, J., Stanley, C., Maurice, S. & Clarke, S.F.J. (2007) England.	Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service.	Kvantitativ Intervjustudie. Retrospektiv.	1179 närstående till patienter som avlidit oväntat på akutmottagningen kontaktades via brev. 41 % svarade varav 14 % accepterade ett möte. (n=160) Bortfall=480	Beskrivande statistik.
Redly,B., LeVasseur, S.A., Peters,P. & Bethune,.P. (2003). Australien	Family's needs in emergency departments: instrument development.	Kvantitativ ansats. Enkätundersökning.	Deltagarna var anhöriga till svårt sjuka patienter som vårdades på en akutmottagning i Melbourne, Australien. 84 anhöriga till kritiskt sjuka patienter uppfyllde kriterierna. 73 % svarade korrekt på enkäten (n=61) Bortfall=23	Beskrivande statistik.
Rodger, M.L., Sherwood, P., O'conner, M., Leslie, G. (2006). Australien.	Living beyond the unanticipated sudden death of a partner: Phenomenological study.	Kvalitativ. Intervjustudie med fenomenologisk inriktning.	15 deltagare intervjuades. 10 kvinnor och fem män, vars partner hade dött plötsligt och oväntat. Inget bortfall.	Amendo Giorgio's analys. Hermeneutisk fenomenologisk metod.
Shorter,M. & Stayt.L.C. (2009). England	Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit.	Kvalitativ. Intervjustudie med fenomenologisk riktning.	Åtta intensivvårdssjuksköterskor intervjuades. De jobbade på en intensivvårdsavdelning i England.	Heideggerian fenomenologiska metod. Utifrån Colaizzi's sjustegs konstruktion
Socorro,.L.L., Tolson,D. & Fleming, V. 2001. Spanien.	Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families.	Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer.	Sju sjuksköterskor som jobbade på en akutmottagning på Gran Canaria, Spanien intervjuades.	Fenomenologisk metod.
Walsh,T.,Foreman,M., Curry,P., O'driscoll,S. & Mc Cormack, M. (2008). Irland	Bereavement support in an acute hospital: an Irish model.	En blandad metodologisk, kvantitativ och kvalitativ ansats. Enkätundersökning	Närstående till patienter som avlidit vid Beaumont Hospital Dublin tillfrågades via enkätundersökning. De kontaktades ett år efter att dödsfallet hade inträffat. 839 tillfrågades varav 40% svarade korrekt på enkäten (n=335). Bortfall=504	Beskrivande statistik.

Bilaga 3

Mall för granskning av kvalitativa artiklar

Varje JA = 1 poäng

- Finns inklusionskriterierna beskrivna?
- Finns exklusionskriterierna beskrivna?
- Finns det beskrivet var undersökningen genomfördes?
- Finns det beskrivet var undersökningsgruppen kontaktades?
- Finns det beskrivet när undersökningsgruppen kontaktades?
- Finns det beskrivet hur undersökningsgruppen kontaktades?
- Finns det beskrivet vilken urvalsmetod som användes?

Max 7 poäng

6-7p = Hög

4-5p = Medel

1-3p = Låg

Mall för granskning av kvantitativa artiklar

Varje JA = 1 poäng

- Vilka är inklusionskriterierna? Finns de beskrivna?
- Vilka är exklusionskriterierna? Finns de beskrivna?
- Vilken urvalsmetod användes ? Finns de beskrivna?
- Är undersökningsgruppen representativ?
- Var genomfördes undersökningen? Finns det beskrivet?
- Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen? Finns det beskrivet?

Max 6 poäng

5-6p = Hög

3-4p = Medel

1-2p = Låg