

**SJUKSKÖTERSKANS ERFARENHETER OCH UPPLEVELSER AV
ATT MÖTA NÄRSTÅENDE EFTER PLÖTSLIGA DÖDSFALL INOM
AKUTSJUKVÅRDEN**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 20170611
Kurs: 47
Författare: Hanna Månsson
Författare: Sakina Degly

Handledare: Åke Grundberg
Examinator: Hanna Lachmann

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Inom akutsjukvården sker det dagligen en rad dödsfall och en del av dem kommer utan förvarning. Sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården ställs dagligen inför att hantera plötsliga och oväntade dödsfall. Med dödsfall kommer även närstående i sorg och som behöver stöd. Att ta hand om närstående ingår som en del av sjuksköterskans profession och att patienter dör oväntat leder ofta till känsloladdade situationer som sjuksköterskan kan ha svårigheter med att möta (Scott, 2013).

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskan beskrivna upplevelser och erfarenheter av att bemöta närstående i sorg efter ett oväntat dödsfall

Metod

En litteraturöversikt valdes som metod. Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed och Cumulative index to nursing and allied health literature (CINAHL). 16 artiklar inkluderades i en integrerad analys och sammanställdes i en matris (*bilaga A*).

Resultat

Tre teman identifierades, dessa var; *Känslomässiga reaktioner*, *Mötet med närstående* och *Stöd och kompetensutveckling*. Att möta närstående i sorg upplevs av många sjuksköterskor som svårt och krävande då de inte lyckas möta de närståendes behov. Att lyckas etablera en god relation till patientens närstående kan underlätta mötet och effektivisera omvårdnaden.

Slutsats

Vården står inför ett paradigmskifte där allt fler patienter vårdas inom primärvården och i hemmet. Detta tror vi kommer leda till att akutsjukvården i Sverige kommer att få motta allt fler svårt sjuka patienter. Därför anser vi att det är av värde att implementera mer utbildning i att möta närstående i sorg redan i grundutbildningen men även erbjuda fler möjligheter till stöd för sjuksköterskor på arbetsplatsen.

Nyckelord: Akutsjukvård, Död, Närstående, Omvårdnad, Sjuksköterska

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutsjukvård	1
Plötslig död.....	1
Konstaterande av dödsfall	2
Tragiska besked.....	2
Sorg	2
Närstående	4
Sjuksköterskans ansvar	4
Stöd till närstående efter dödsfall.....	5
Callista Roys adaptionsmodell	6
Mötet	6
Problemformulering	7
SYFTE	9
METOD	9
Val av Metod	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Databearbetning	11
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	12
RESULTAT	13
Känslomässiga reaktioner	13
Mötet med närstående	15
Stöd och kompetensutveckling.....	16
DISKUSSION	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion.....	20
Slutsats	22
REFERENSER	23

BILAGA A-B

INLEDNING

Under 2013 avled i genomsnitt 248 personer om dagen i Sverige, totalt nästan 90 000 människor (Statistiska centralbyrån, 2013). Av dessa avled 19 000 människor oväntat, ofta utan förvarning. I många fall sker dessa dödsfall på sjukhus inom akutsjukvården (Statistiska centralbyrån, 2013). Sjuksköterskan har ett ansvar att tala med och stötta närstående när döden är nära och när den inträffat. Både hos vårdpersonal och närstående finns en osäkerhet om att tala om döden. Samtalet kring sorgen och döden räknas som en stor svårighet i omvårdnaden av döende patienter (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Att inta en medveten hållning till död och lidande både som privatperson och som professionell sjuksköterska är enligt Lindqvist och Rasmussen (2014) viktigt för att kunna möta patienten och dess närstående. Med denna litteraturoversikt ämnas att belysa sjuksköterskans beskrivna upplevelser och erfarenheter av att bemöta närstående i sorg efter ett oväntat dödsfall.

BAKGRUND

Akutsjukvård

Enligt Socialstyrelsen (2011) riktar sig akutsjukvården till patienter som behöver vård snabbt, helst inom några timmar men som högst inom 24 timmar. Vidare definierar Socialstyrelsen (2011) att akutsjukvård är den vårdform som krävs vid en plötslig händelse, såsom en sjukdom eller en skada, som utvecklas snabbt och kräver skyndsam behandling inom öppen- eller slutenvården. Socialstyrelsens författningssamling (2008:17) beskriver akutsjukvård enligt följande: ”Specialiteten akutsjukvård omfattar utredning, diagnostik och behandling samt uppföljning av akuta sjukdomstillstånd och olycksfall i alla åldersgrupper. Akutsjukvård omfattar förmåga att under begränsad tid, och med begränsad bakgrundsinformation om patienten, tillämpa breda differentialdiagnostiska kunskaper och kunna prioritera och koordinera vårdinsatser utifrån patientens tillstånd och tillgängliga resurser.” (Socialstyrelsens författningssamling, 2008:17 s.6). Akutsjukvården är enheter med mycket patienter och ingen dag är den andra lik och förutsägbarheten under en arbetsdag är låg. Där de krävs att vårdpersonal kan arbeta under stress, vara flexibel på grund av snabba förändringar, kunna prioritera och möta varje patient och närstående som unika individer (Chuang, Tseng, Lin, Lin & Chen. 2016; Bacon, 2017).

Plötslig död

Sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården ställs nästan dagligen inför att hantera plötsliga och oväntade dödsfall (Merlevede et al., 2004). Kent och McDowell (2004) definierar en oväntad och plötslig död som att döden inträffat utan förvarningar eller tidigare sjukdom. Även olyckor, mord, självmord och akuta sjukdomar klassas som en oväntad eller plötslig död. I en rapport från Statens Offentliga Utredningar (1979:21) definieras en plötslig och oväntad död som ett dödsfall där personen tidigare var frisk och inte några tidigare sjukdomar eller som under det närmsta året innan dödsfallet varit med i en olycka som kunnat leda till dödsfallet.

Konstaterande av dödsfall

Enligt Socialstyrelsens författning (2005) och allmänna råd finns kriterier för bestämmande av människans död. I Socialstyrelsens författningssamling (2005) stadgas det i kapitel 3 §2 hur en människas död ska fastställas. Fastställandet ska göras av en läkare eller sjuksköterska med speciell delegering, en överlåtelse från annan vårdpersonal, genom indirekta och direkta kriterier i en klinisk undersökning. De indirekta kriterier som skall uppfyllas är ingen palpabel puls, inga hörbara hjärtljud vid auskultation, ingen spontanandning och ljusstela pupiller. Vid misstanke om total hjärninfarkt ska det under pågående respiratorbehandling konstatera dödsfallet genom direkta kriterier genom att genomföra minst två kliniska neurologiska undersökningar (Socialstyrelsens författningssamling, 2005 kapitel 4§1).

Tragiska besked

Att förmedla ett besked gällande dödsfall är bland de svåraste uppgifter som finns, både som medmänniska men även som yrkesperson (Lennéer Axelson, 2010; Popejoy, Brandt, Beck & Antal, 2009; Purves & Edwards, 2005). Ett dödsbesked bör ges på ett människovärdigt sätt och med det menas att det ingår att ta sig tid till de närstående och bemöta dess reaktioner och eventuella frågor (Lennéer Axelson, 2010; Purves & Edwards, 2005). Att ge ett tragiskt besked är svårt inom akutsjukvården då det är en svår miljö där det är begränsat med avskildhet, samt att vårdpersonal har svårt att få tid för att kunna skapa en relation med närstående (Caswell, Pollock, Harwood & Porock, 2015). Det är viktigt att som sjuksköterska alltid försöka sätta sig in i de närståendes situation och förstå att det är en händelse som kan förändra hela livssituationen och som kommer att etsa sig fast djupt in i medvetandet (Lennéer Axelson, 2010). Trots detta är en stor del närstående missnöjda med de sätt som ett dödsbesked förmedlas och då handlar missnöjet om att beskedet givits på ett opersonligt och nonchalant sätt, vilket leder till att närstående känner sig missnöjda och arga (Purves & Edwards, 2005; Lennéer Axelson, 2010). Lennéer Axelson (2010) menar även att grunden till fortsatt sorg bearbetning läggs redan i de inledande samtalen med de sörjande närstående.

Sorg

Sorg är en process som människan kan uppleva efter att ha förlorat en närstående. Att sörja är en större och mer sammansatt upplevelse än att bara vara ledsen (Eastman, 1990; Farm, 2014). Att förlora en närstående kan vara det mest smärtsamma en människa behöver erfara (Crunk, Burke, & Robinson, 2017; Farm, 2014). De allra flesta har enligt Farm (2014) ett behov av att sörja, dels för att förstå vad de varit med om men också för att kunna anpassa sig till sin nya livssituation. Crunk et al. (2017) och Bournival, Siegel och Akgün (2017) och Azoulay et al. (2005) och Buglass (2010) skriver att varje sorg är unik och de flesta människor som sörjer går igenom chock, sorgsenhet, oro, ångest, sömnlöshet ensamhet och i vissa fall posttraumatisk stressyndrom. Dessa känslor kan de närstående känna i flera månader eller till och med år efter en person som de har stått nära har gått bort (Crunk et al., 2017 & Bournival et al., 2017). Om de närstående inte tar sin tid att sörja kan de drabbas av ökad mottaglighet för sjukdomar såsom depression, brustet hjärta,

ökad risk för hjärtinfarkt och psykisk ohälsa (Valks, Mitchell, Inglis-Simons & Limpus, 2005).

Sorgeprocessens stadier

Även om sorgen upplevs olika för alla människor så går den att dela upp i fem olika steg som de flesta genomgår (Kübler-Ross & Kessler, 2005). Kübler-Ross och Kessler (2005) beskriver om vilka stadier närstående går igenom i sorgprocessen. Den första fasen är *Förnekelse*. Förnekelsen kan visa sig i form chock och att de närstående inte kan ta in att personen är död. Även om de närstående vet att personen är död så vill de inte tro det då de blir för mycket att ta in psykiskt. Den andra fasen är *Ilska*. Ilskan uppkommer nästan omedelbart och kommer efter att den närstående känner sig trygg och förstår att denne kommer att kunna överleva detta som har hänt. Ilskan är ett nödvändigt steg i läkningsprocessen. Det tredje steget är *Förhandling*. Att förhandla ger den närstående den tiden den behöver för att sörja samt att inse att denne kan ta ut sig från den katastrof som har uppkommit efter en närståendes död. Det är även i detta steg den sörjande inser att den närstående har gått bort. Det fjärde steget är *Depression*, det är viktigt att förstå att denna depression inte innebär psykisk ohälsa. Det är under detta steg den sörjande känner sin sorg och kan uttrycka det genom att vara ledsen. Det sista och femte steget i en sorgprocess är att *Acceptera*, det innebär att den sörjande accepterar att den närstående har gått bort och att detta är verkligheten, den sörjande kommer nu att lära sig att leva med detta. Att acceptera är en del av processen som den närstående upplever (Kübler-Ross och Kessler, 2005).

Krisens faser

Farm (2014) beskriver de fyra faserna i krishantering som de närstående kan gå igenom efter en plötslig död. Den första fasen är *Chockfasen*, där närstående inte riktigt vill ta in informationen de blivit tillgiven, de "stänger av" och befinner sig nästan som i en bubbla. Denna fas kan pågå i allt ifrån några timmar men ibland ända fram tills begravningen. Sedan kommer *Reaktionsfasen*, ofta med starka humörsvängningar. Känslor av tomhet blandas med ilska, tårar och ledsenhet. Denna fas varar i ungefär en månad, men stora variationer i tidsspannet förekommer. När närstående sedan börjar ta in vad som har hänt, sörjer och gradvis accepterar det som inträffat trots att de fortfarande är ledsna och arga har de nått fram till bearbetningsfasen. *Bearbetningsfasen* är en period som människor kan befina sig i några månader upp till ett år. Den sista fasen i sorgbearbetningen är *Nyorienteringsfasen*. Här börjar människor gå vidare och ser mer ljus på framtiden samtidigt som de blickar framåt (Farm, 2014). Bournival et al. (2017) och Farm (2014) beskriver att sorgen efter en närståendes bortgång bearbetas under cirka ett år, det så kallade sorgeåret, men att det även kan ta längre tid än så. Men det första året sägs vara det som är mest smärtsamt för närstående då det är både ett psykiskt och fysiskt lidande (Farm, 2014; Crunk et al., 2017).

Sjuksköterskans roll i sorgearbetet

Dödsfall kan både vara förväntade eller komma hastigt. Ett förväntat dödsfall kan ge tid till att mentalt ställa in sig och förbereda sig på vad som kommer skall, detta innebär dock inte att det går att förbereda sig fullt ut på hur de kommer att kännas (Lennér Axelson, 2010). Just hur dödsfallet och dödsbeskedet ges kan komma att ha en stor betydelse för hur närstående kommer att bearbeta sorgen (Brysiewicz, 2008; Purves & Edwards, 2005; Main, 2002; Buglass, 2010). Hur sorgprocessen kommer att upplevas och vad den innebär

för närstående är olika för varje människa och ingen sorg är den andra lik (Benkel, 2015; Raymond, Lee & Bloomer, 2016). Att få prata och berätta om sin sorg upplever många sörjande vara till stor hjälp (Benkel, 2015; Bournival et al., 2017). Enligt Bengtsson och Lundström (2015) är det viktigt, att om möjligt, att ha en god kommunikation och kunna ge information om till exempel vart närstående kan vända sig till för att prata om sin sorg exempelvis en kurator. Att stötta de närstående genom att de inte ska känna sig ensamma om sin sorg och ge positiva minnen från den avlidne patienten är viktigt då det kan vara i det senare sorgearbetet och minska risken för psykisk ohälsa (Bournival et al., 2017; Hallgrimsdottir, 2000; Bengtsson & Lundström, 2015). Det är av stor vikt att sjuksköterskan har kunskap om reaktioner och de olika faserna i sorgbearbetningen för att kunna möta och stötta närstående (Buglass, 2010).

Närstående

Närstående definieras enligt Socialstyrelsen (2016) som en person den enskilde anser sig ha en nära relation till. Begreppet närstående betyder i första hand familj eller nära anhörig och det kan vara make/maka, barn och föräldrar. I dagens samhälle är inte kärnfamiljen den enda normen utan det finns bland annat enpersonshushåll och samkönade förhållanden (Erlingsson & Brysiewicz, 2015; Socialstyrelsen, 2016). Begreppet familj kan ses ur ett modernt perspektiv att det är en grupp personer man själv, som person, har valt ska ingå i familjen (Erlingsson & Brysiewicz, 2015; Strömberg & Jaarsma, 2012). Det behöver inte vara biologiska närstående utan det kan även vara personer som känner sig nära till patienten. Det kan vara till exempel nära vän, god man eller barn som inte är ens biologiska. Det kan även finnas vissa fall där en nära släkting till den avlidne sedan länge inte haft någon kontakt med och då bör inte denna person ses som närstående (Socialstyrelsen, 2016).

Sjuksköterskans ansvar

Att möta människor i livets slutskede och dess närstående är i många fall en del av sjuksköterskans dagliga arbete. Patientlagen (SFS, 2014:821) lyfter vikten av att låta patientens närstående vara med och utforma vården och genomförandet av vården, såvida det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. De är därför av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonalen införskaffar sig kompetens som kan användas i bemötandet av närstående, även under sorgens tid. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) är under konstant utveckling vilket ställer krav på sjuksköterskans medvetenhet och att hålla sig uppdaterad med nya riktlinjer och lagar som tillkommer eller uppdateras.

I den nya kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) beskrivs de sex kärnkompetenserna som är *personcentrerad omvårdnad, säker vård, information, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap*. Omvårdnaden bör ske personcentrerat och utgå från vad patienten behöver så att värdighet och integritet bevaras. Patienten och närstående ska bli sedda och förstådd och ses som unika människor och att de har egna behov, resurser, värderingar och förväntningar. Omvårdnaden kan vara stöd, guidning och hjälp och detta ska göras med ett gott bemötande. Målet med all omvårdnad är att främja hälsa och välbefinnande, de ska också förebygga ohälsa och lindra lidande samt sträva efter ett fridfullt och värdigt avslut

av livet för patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskan ska även ha ett etiskt förhållningssätt och detta uppnås genom att kommunicera och bemöta både patienter och närstående med respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Stöd till närstående efter dödsfall

Att plötsligt förlora en person som står nära är en traumatisk och chockerande upplevelse (Brysiewicz, 2008; Li, Chan & Lee, 2002). Att ta hand om närstående är en del av sjuksköterskans profession och att patienter dör oväntat leder ofta till känsloladdade situationer som sjuksköterskan har svårt att möta (Valks et al., 2005). Kommunikation mellan vårdpersonal och närstående har rapporterats som ineffektiv vilket leder till ångest och missnöje, en del närstående känner att de får begränsat med information angående patientens situation i livets slutskede (Raymond et al., 2016; Caswell et al., 2015). När döden inträffar utan förvarning så hinner inte de närstående förbereda sig på händelsen och sorgearbetet (Eastham, 1990). Detta kan medföra att sorgearbetet blir mer komplicerat för de närstående och att det blir svårare att acceptera patientens död (Kent & McDowell, 2004; Li et al., 2002; Valks et al., 2005).

Närstående som plötsligt har förlorat någon kan behöva mer stöd än närstående till sjuka patienter som dör efter en tids sjukdom (Purves & Edwards, 2005). De behov närstående oftast har direkt efter ett dödsbesked är tröst, uppmuntran och att det finns någon som är vid deras sida som kan svara på frågor och berätta om händelseförloppet kring dödsfallet (Scott, 2013; Outwater, Tarimo, Miller & Campbell, 2012). Det är även viktigt att sjuksköterskan poängterar att patienten har fått den bästa möjliga vård (Li et al., 2002; Hallgrimsdottir, 2000). Det kan även vara viktigt för de närstående att få se och spendera tid med den avlidne och ta farväl i lugn och ro (Purves & Edwards, 2005). Sjuksköterskan kan ge möjlighet till de närstående att vara med i omvårdnadsarbetet till exempel genom att tvätta kroppen och ge munvård (Kent & McDowell, 2004).

Main (2002) menar att sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården anser att närstående inte förstår varför patienten försämras och inte blir bättre, samt att sjuksköterskorna tycker att det är svårt att förklara för närstående varför patienten blir sämre. Vidare konstaterar Main (2002) att närstående som befinner sig i förnekelsefasen och förnekar det som har hänt är tidskrävande då sjuksköterskorna måste ge informationen flera gånger och hoppas att närstående ska ta till sig informationen. Att vårda patienter är en självklarhet för alla som jobbar inom vården men det var inte lika självklart att stötta närstående (Main, 2002). Sjuksköterskorna beskrev att de i första hand tog hand om patienten, men när patienten avled gav sjuksköterskorna stöd till närstående i form av att erbjuda något att äta och ge dem en kram (Main, 2002). Närstående kunde se sig själva som patienter samt att de vill att sjuksköterskan skulle finnas hos dem som stöd och beklaga sorgen för det som har hänt (Outwater et al., 2012).

Österlind et al. (2016) hävdar att sjuksköterskestudenter bör få tid och stöd till att koppla ihop sina teoretiska kunskaper om döden med sina praktiska erfarenheter, för att på så vis se döden som en naturlig del av livet. Om sjuksköterskan redan som student får dessa verktyg kan mötet med närstående vid dödsfall bli mer avslappnat (Österlind et al., 2016).

Callista Roys adaptionsmodell

Callista Roy är en sjuksköterska som var verksam i USA. Roy utvecklade år 1964 en adaptionsmodell vidare kallat RAM (Roys adaptionsmodell) som sedan dess reviderats och blivit uppmärksammas världen över (Roy, 2009). RAM summeras som att människan aktivt måste anpassa sig till sina livsomständigheter för att kunna bevara sin integritet och för att utvecklas. Det innebär att man bör förlika sig med de rådande omständigheterna eller bemästra situationen för att hitta en balans i tillvaron (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). RAM beskriver människan som en självorganiserande helhet, att alla delar och mindre system av människan fungerar tillsammans som en helhet. Det är den helheten som kommer visas i de olika sätt en människa handlar på och det är de sjuksköterskan möter. Vidare beskriver RAM att miljön är en arena för utmaningar och att det är i miljön som adaptationen sker. Människan samspelar med miljön och ställs där inför en rad förändringar och utmaningar. Roy beskriver att livet förändras och för att kunna uppleva hälsa så måste vi klara av att utvecklas i den takt som förändringen sker. Hälsa är också en viktig komponent som Roy beskriver i sin adaptionsmodell. I RAM ses hälsa som det tillstånd och den process det innebär att vara och bli integrerad och hel. Hälsa är en fråga om anpassning till rådande livsomständigheter och finns svårigheter till att anpassa sig och hantera en föränderlig miljö kan hälsan vara hotad (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Mötet

Inom vården sker det dagligen en rad olika möten individer emellan. Något som är gemensamt för alla möten är att de är unika, utspelar sig på olika vis och där de krävs en förståelse och respekt för den andra personen (Fossum, 2013). Hur sjuksköterskan bemöter patienten och närstående är en viktig del när de kommer till dess upplevelse av vården (Fossum, 2013).

Vi har valt att använda oss av begreppet mötet då det är där själva bemötandet sker och då de samspelar med varandra. Fossum (2013) skriver att begreppen mötet och bemötandet är komplexa begrepp som är både svårt att definiera och svårt att översätta till andra språk, vilket gör att det gör att det är svårt att finna vetenskapliga artiklar och evidens för vad som är det mest optimala bemötandet (Fossum, 2013).

Bemötande

Begreppet bemötande är vad varje individ själv känner är just gott eller dåligt bemötande. Bemötande är det som sker i relation mellan vårdare och patient i själva mötet (Fossum, 2013). Begreppet är väldigt abstrakt och innehåller många olika egenskaper, både positiva och negativa. När patienter och anhöriga får svara på enkäter eller delta i intervjustudier om hur de har uppfattat vården, så är det ofta just bemötandet som har brustit (Fossum, 2013; Brysiewicz, 2008).

I Statens offentliga utredningar (1997:51) rapport definieras bemötande som samhällets övergripande synsätt uttryckt i lagar och förordningar men även som en ömsesidig relation personer har till varandra. Ett gott bemötande är en viktig del i mötet med andra människor (Fossum, 2013). Fossum (2013) konstaterar att bemötandet inte bara handlar om vad vi säger utan även om vårt kroppsspråk och ögonkontakt i mötet med patienter och

närstående. Bemötandet handlar om vänlighet och engagemang men kan även påverkas av sjuksköterskans värderingar och människosyn. För att kunna ge det optimala bemötandet så behövs det respekt, trygghet, säkerhet och värme (Fossum, 2013).

Att bemöta en person vars närstående plötsligt och oväntat gått bort kan vara bland det svåraste och mest utmanande vårdpersonal behöver hantera (Purves & Edwards, 2005). Då dessa närstående även har kunnat bevittna hur denna persons skador har blivit livshotande, hur patienten har försämrats och även återupplivas efter att ha skadats i olyckor (Purves & Edwards, 2005). Att få veta att en person har dött kan göra att närstående blir chockade och okontaktbara (Scott, 2013). Hälso- och sjukvårdspersonalen bör därför visa professionell förståelse och omtanke (Jangland, Larsson & Gunningberg, 2010). Det är svårt att förstå en annan människas situation och att då istället bemöta människan där den är just nu genom att finnas till, att vara där och att som sjuksköterska visa empati och förståelse för situationen för de närstående ses som viktigt (Jangland et al., 2010).

En del närstående kan anse att ett dåligt bemötande kännetecknas av att vårdpersonalen inte svarar på frågor om patientens tillstånd eller inte är ärliga mot dem genom att de undanhåller viktigt information eller att de inte får tillräckligt med information (Brysiewicz, 2008; Zani, Marcon, Tonete & de Lima Parada, 2014). Även Fossum (2013) beskriver att patienter kan vara missnöjda över bemötandet i vården då personalen känns okunnig eller inte engagerade i patientens vård.

Tillit

Dinc och Gastmans (2012) beskriver att tillit är någonting som växer fram genom livet och upplevelsen av tillit är med i alla möten. Tillit finns i det omedvetna och växer fram i en miljö av värme, respekt, acceptans, förtroende och pålitlighet. Inom vården är tillit en förutsättning för att vårdtagaren och dess närstående ska anförtro sig till vårdgivaren. Tillit är en av grundförutsättningarna för god kommunikation mellan patient och vårdgivare och det är vårdgivarens uppgift att aktivt arbeta för att skapa tilltro till vården (Bäärnhielm, 2013). För att en person ska känna tillit till vårdpersonalen så krävs det att vårdpersonalen är öppen, engagerar sig i vårdtagaren samt inbringar förtroende och pålitlighet. Tillit skapas även genom att inbringa hopp och meningsfullhet inför vårdtagaren även om situationen känns svår (Dinc & Gastmans, 2012).

Problemformulering

Dödsfall kan vara förväntade eller komma oväntat. Inom akutsjukvården i Sverige sker årligen ett tusental oväntade dödsfall utan förvarning (Statistiska centralbyrån, 2013). Just hur dödsfallet sker kan komma att påverka samt ha stor betydelse för hur den avlidnes närstående kommer att kunna bearbeta sorgen (Benkel, 2015). Att få prata och berätta om sin sorg upplever många sörjande vara till stor hjälp i sitt sorgearbete (Benkel, 2015; Bournival et al., 2017). Enligt Bengtsson och Lundström (2015) är det viktigt att sjuksköterskor ger information och har en god kommunikation med de närstående efter ett dödsfall. Lennéer Axelson (2010) beskriver att en stor del närstående är missnöjda med de sätt som dödsbeskedet förmedlas och hur de blivit bemötta av vårdpersonalen.

Sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården ställs mer eller mindre dagligen inför att

ta hand om oväntade och plötsliga dödsfall, och därmed att bemöta och ge stöd till den avlidnes närstående (Merlevede et al., 2004). Enligt Scott (2013) finner flertalet sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården svårigheter i att bemöta närstående som mist en familjemedlem. Samtidigt konstaterar Golsäter et al. (2016) att sjuksköterskor önskar att de fanns riktlinjer för hur bemötandet av närstående ska ske. För att på ett professionellt sätt möta närstående efter ett oväntat dödsbesked anser vi att sjuksköterskan bör erbjudas möjlighet till att införskaffa sig kompetens i att bemöta dem i sin sorg.

SYFTE

Att belysa sjuksköterskans beskrivna upplevelser och erfarenheter av att bemöta närstående i sorg efter ett oväntat dödsfall.

METOD

Val av Metod

Inledningsvis diskuterade vi vilket aktuellt omvårdnadsområde som skulle undersökas. Diskussionen resulterade i att undersöka och belysa sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att möta närstående efter plötsliga dödsfall inom akutsjukvården. Metoden som valdes för att besvara studiens syfte var en litteraturöversikt. Detta för att det i enlighet med Axelsson (2012) är lämpligt när fördjupad kunskap eftersträvas. En litteraturöversikt syftar även till att skapa en översikt över det aktuella kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterade område eller över ett problemområde som är aktuellt för sjuksköterskan (Friberg, 2012). Då detta arbete syftar till att få fördjupad kunskap och översikt över sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter ansågs en litteraturöversikt vara en lämplig metod då både kvantitativa och kvalitativa studier kan inkluderas i resultatet (Rosén, 2012).

Urval

För att få fram relevant litteratur och undvika att slumpen eller godtycklighet har inverkan på resultatet bör urvalskriterier fastställas (Rosén, 2012). Urvalskriterier består av inklusion- och exklusionskriterier, dessa beskrivs nedan.

Inklusionskriterierna som valdes var att artiklarna skulle handla om sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården samt om oväntade dödsfall av personer som tidigare varit friska. Artiklarna skulle vara vetenskapliga skrivna på engelska, då de enligt Friberg (2012) ses som vetenskapens officiella språk. De skulle vara vetenskapligt granskade, även kallat peer reviewed samt redovisa etiskt godkända studier vilket Polit och Beck (2017) är det en förutsättning för att resultatet ska vara trovärdigt. Vi har också granskat att deltagarna i varje inkluderad artikel har fått information om vad syftet är med studien samt att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Vi valde även att till en början att exkludera artiklar äldre än tio år, då en litteraturöversikt enligt Axelsson (2012) ska bestå av den senaste forskningen. Då de senare uppstod svårigheter att finna tillräckligt med artiklar med hög kvalitet utökades sökningen till artiklar publicerade för maximalt femton år sedan. Vi eftersträvade att exkludera artiklar ur studien som inte uppnådde hög kvalitet enligt Sophiahemmets kvalitetsgranskning (*bilaga B*). Men på grund av begränsad tillgänglig forskning inom området valdes att inkludera en artikel som bedömts med låg kvalitet. Artiklar som beskrev sjuksköterskans upplevelse av att möta närstående efter ett väntat och långdraget sjukdomsförlopp, samt artiklar som inte omfattade akutsjukvården exkluderades.

Vid sökning av vetenskapliga artiklar hävdar Friberg (2012) att man bör söka artiklar i olika relevanta databaser för att få en omfattande sökning. Författarna sammanställde en lista med sökord som passade studiens syfte för att kunna göra en korrekt sökning. Sökorden som författarna använder sig av har avgörande betydelse för vilka resultat sökningen ger. För att veta vilka sökord vi skulle använda oss av för att finna artiklar använde vi oss av svensk MeSH (2017) och nyckelord från vetenskapliga artiklar som överensstämde med studien.

Datainsamling

En informationssökning är enligt Karlsson (2012) ett av de första stegen i arbetet med att skriva en uppsats. Sökningarna genomfördes under april år 2017 i databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public Medline (Pubmed). Detta är två databaser som innehåller vetenskapliga artiklar med inriktning omvårdnad och medicin (Karlsson, 2012). I dessa databaser kan man ta hjälp av olika ämnesord i sin sökning för att få fram relevanta sökresultat. I CINAHL kallas ämnesorden för CINAHL headings medan de i Pubmed benämns som Medical Subjects Headings även kallat MeSH-termer (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Booleska sökoperatörer så som AND, OR och NOT är ord som kombinerar söktermer. De är till hjälp för att separera eller förena söktermer för att på så sätt bredda eller begränsa sökningen. I de gjorda sökningarna kombinerades de olika söktermerna med AND för att avgränsa sökningarna till området (Willman et al., 2016).

Sökningarna i Pubmed genomfördes med hjälp av MeSH-termer. Dessa var; Intensive care, death och bereavement. Vi genomförde också sökningar i CINAHL med hjälp av CINAHL headings; Family, Death, Sudden, bereavement, meeting, nursing care, sudden bereavement, acute, critical care, bereaved, relatives, nursing, intensive care. Sökningarna kompletterades med termer, dessa var; Nurs*, significant others, ICU, nurs* experience, emergency nurs* för att bredda sökningen. Sökningarna redovisas i nedanstående tabell;

Tabell 1. Sökresultat över databaser

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal Inkluderade artiklar
CINAHL 2017-04-19	Nurs* AND Family AND Death, sudden	53	24	12	5
CINAHL 2017-04-19	Nurs* AND Bereaved AND Family AND Death, sudden	8	8	8	0
CINAHL 2017-04-22	Nursing care AND Meeting AND Family	81	7	1	0
CINAHL 2017-04-22	Nursing care AND Meeting AND Family AND Death	11	1	1	0
CINAHL 2017-04-22	Nurs* AND Sudden bereavement AND Acute	2	1	1	1
CINAHL 2017-04-23	Critical care AND bereavement AND Nurs*	36	26	20	2
CINAHL 2017-04-23	Bereaved AND Relatives AND Nursing	48	16	8	1
CINAHL 2017-04-24	Intensive care AND Nurs* experience	193	50	15	2
PubMed 2017-04-24	Intensive care AND Significant others	532	31	7	1
PubMed 2017-04-25	Death AND Bereavement AND ICU	107	41	11	1
CINAHL 2017-04-25	Emergency Nurs* AND Family	379	37	16	1
Manuella sökningar					2
TOTALT:		1450	242	100	16

Manuella sökningar

Manuell sökning tillämpades även i datainsamlingen genom sökning i referenslitteratur till de artiklar som inkluderats i studien. Willman et al. (2016) menar att man genom manuell sökning får en överblick över området som ska studeras. Med hjälp av manuell sökning inkluderades två artiklar av Bloomer och O'Connor (2012) samt Kisorio och Langley (2015).

Databearbetning

Nästa steg i processen var att se över det aktuella forskningsläget inom valt omvårdnadsområde. Detta gjordes genom att vi både tillsammans och självständigt sökte efter relevanta artiklar i de ovan nämnda databaserna. Det första steget var att läsa

artiklarnas rubrik samt syfte för att se om de svarade på denna studies syfte. Bedömdes så vara fallet lästes abstrakten. Om intresset för artikeln kvarstod efter att ha läst abstraktet lästes hela studien i sin helhet. Artiklarna skrevs sedan ut i ett varsitt exemplar till var och en av oss. De artiklar som hade begränsad digital tillgång beställdes till Sophiahemmet Högskolas bibliotek för läsning. De utvalda studierna granskades även enligt Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering (*bilaga B*) modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stolt och Bahtsevani (2011) samt sammanställdes i en matris (*bilaga A*).

Dataanalys

Artiklarna lästes sedan ett flertal gånger enskilt och för att analysera artiklarna användes Forsberg och Wengström (2016) och Polit och Beck (2017) metod färgkodning. Färgkodning användes för att urskilja och finna likheter och skillnader mellan de valda artiklarna. Vi diskuterade sedan de lästa studierna och en sällning av artiklar som inte ansågs vara relevanta exkluderades. Efter detta kvarstod 16 artiklar som senare valdes att redovisas i studiens resultat. Dessa 16 sammanställdes och lästes gemensamt. De delar som vi enskilt färgmarkerat presenterades och jämfördes tills konsensus om studiernas styrkor uppnått. Artiklarna skrevs ut på nytt i ett gemensamt exemplar för att gemensamt färgmarkera intressanta delar med olika färger. Efter färgkodningen av artiklarnas resultatdel, som sågs vara av värde och kunde tillföra något till resultatet, kom vi till denna litteraturöversikt fram till olika huvudteman och subteman. Dessa teman fastställdes efter att den första bearbetningen av artiklarna gjorts och presenteras som: *Känslomässiga reaktioner*, *Mötet med närstående* och *Stöd och kompetensutveckling*.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik finns till för att värna om människan och dess värde, rättigheter, självbestämmande och frihet. Det finns också till för att skydda de personer som medverkar i studier. En etisk princip är att minimera skadan och maximera fördelarna. Forskning utförd på människor ska generera fördelar för forskningsdeltagare, för andra individer eller samhället i stort (Polit & Beck 2014). Vid en litteraturöversikt är det viktigt att göra rättvisa bedömningar och korrekta översättningar från engelska till svenska på de artiklar som används för att undvika feltolkningar och förvrängningar (Kjellström, 2012).

I detta arbete har vi strävat efter att inte låta egna erfarenheter, åsikter eller värderingar avspeglas i den tolkning vi har gjort av de inkluderade artiklarna. Vi har undersökt om de deltagare som deltagit i studierna har fått information om vad studien innebär och om de är medvetna om att de när som helst kan avbryta sin medverkan, utan att behöva ge någon anledning till varför. Vi har också strävat efter att granska artiklarna på ett källkritiskt och rättvist sätt. Artiklar som inte genomgått granskning och fått godkännande av en etisk kommitté har exkluderats från vårt resultat.

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturöversikt grundar sig på 16 vetenskapliga artiklar. Resultatet presenteras i tre teman: *Känslomässiga reaktioner*, *Mötet med närstående* och *Stöd och kompetensutveckling*. Under dessa huvudteman har vi valt att använda subteman för att förtydliga resultatet. Dessa huvudteman och subteman identifierades och framkom under analysarbetet av samtliga inkluderade artiklar.

Känslomässiga reaktioner

Känslomässiga reaktioner hos sjuksköterskan

Att en patient dör plötsligt och oväntat är något som sjuksköterskor har en rädsla inför och något som kan ses som väldigt traumatiskt (Rejnö, Danielson & von Post, 2012). Hallgrimsdottir (2004) beskriver i sin studie att hela 68,5 procent av de 111 sjuksköterskor som deltog kände ångest över att ta hand om närstående i sorg. En sjuksköterska i Bailey, Marphy och Porock (2011) studie liknade en patients plötsliga bortgång som att genomgå en känslomässig misshandel och oavsett om de gjort allt det kunnat för patienten så kunde de vakna upp mitt i natten och fundera över händelsen. Flera studier (Mak, Lim Chiang & Chui, 2013; Hinderer, 2012) belyser att sjuksköterskorna beskrev att det kändes som att de själva genomgick en förlust och ett eget sorgearbete, då deras personliga erfarenheter av att närstående hade dött påverkade hur de reagerade vid plötsliga dödsfall. En del av sjuksköterskorna (Mak et al., 2013) blev känslös när de delade sina erfarenheter av att ta hand om döende patienter, då en del patienters dödsprocess liknade deras egna familjemedlemmars bortgång. Sjuksköterskor i Stayt (2009) och Shorter & Stayt (2009) studier beskrev att de blev mer emotionellt påverkade om de haft en relation med patienten och dess närstående än om det var en patient som de inte vårdat som gått bort. Mak et al. (2013) beskrev att sjuksköterskan också kunde drabbas av somatiska besvär så som sömnsvårigheter till följd av att ta hand om döende patienter och dess närstående.

I Hinderer (2012) studie beskrev sjuksköterskorna att de kunde känna ångest efter en patients bortgång. Ångesten kunde uppkomma om patienten led, om närstående inte förstod innebörden av att patienten var i livets slutskede och själva patientens död. Att patienten led i livets slutskede och som sjuksköterska inte kunna ge tillräckligt god omvårdnad eller att patienten kämpade för att inte dö, gjorde att sjuksköterskorna hade svårare att hantera sina känslor när patienten sedan avled (Hinderer, 2012). Även själva döden var jobbig för sjuksköterskorna men de beskrev att det blir lättare med tiden att acceptera döden då det är en del av livet (Hinderer, 2012). En av sjuksköterskorna beskrev att hon avskyr döden och hoppades på att ingen patient ska dö på hennes skift (Hinderer, 2012). Övriga och plötsliga dödsfall upplevdes särskilt hemska och jobbiga om patienten som dog var ung och om de närstående reagerade starkt (Kisorio & Langley, 2015; Mak et al. 2013). Sjuksköterskans hantering av en patients död påverkades av hur de närstående reagerade och hanterade dödsfallet (Hinderer, 2012; Mak et al. 2013).

I Mak et al. (2013) studie beskrev sjuksköterskorna en känsla av missnöje. De kände sig otillräckliga i patientens omvårdnad och i att ge stöd till den döende patienten och dess närstående (Mak et al., 2013). Vidare beskrev de att de ibland upplevt att de missat chansen att visa sitt stöd för patienten innan de avled (Mak et al., 2013). Flera sjuksköterskor lyfte i Mak et al. (2013) studie att ett stort problemområde är att det är brist på beredskap när patienterna dör. En av de 15 deltagande sjuksköterskorna i Mak et al.

(2013) studie kände sig bunden till sina andra uppgifter och kände därför att hon inte hinner ta hand om den döende patienten och dess närstående, vilket även Rejnö, Danielson & von Post (2012) studie bekräftar.

En del sjuksköterskor var rädda för att göra fel i slutskedet av patientens liv och valde därför att inte bli känslomässigt involverade i patienten. Rädslan kunde även handla om deras egna tankar om döden och att de inte visste hur de skulle hantera sina egna känslor (Mak et al. 2013; Bailey et al., 2011 och Söderström et al., 2003). Bailey et al. (2011) studie belyser att sjuksköterskorna oroade sig för att komma för nära närstående men att det upplevdes problematiskt att ta avstånd från den avlidne patienten och dess närstående. En nära relation med patient eller närstående är viktigt då det bidrar till en god omvårdnad samt att sjuksköterskan lär sig hur de ska hantera liknande situationer i framtiden (Rejnö, Danielson & von Post, 2012; Shorter & Stayt, 2009). En del sjuksköterskor berättade att deras egna känslor efter en patients bortgång kommer senare, oftast efter att de har lämnat sitt arbete för dagen (Hinderer, 2012).

Hinderer (2012) och Shorter & Stayt (2009) studier beskriver att sjuksköterskorna distanserar sig känslomässigt och att de blir hårdhudade när det kommer till döden. Detta gör att det kan fortsätta sitt vardagliga liv. Sjuksköterskor som inte kunde hantera det känslomässiga arbetet i samband med ett dödsfall utvecklade oftast ett avstånds beteende när de behövde ta hand om en döende patient och dess närstående (Bailey et al. 2011). Söderström, Benzein & Saveman (2003) menar att det är viktigt att som sjuksköterska våga visa känslor men att de inte får bli för känslomässigt involverad i en patients vård då det senare kan leda till stress, ohälsa och sjukskrivning (Bailey et al., 2011). Sjuksköterskorna lyfte även fram positiva erfarenheter av att vårda patienter i livets slutskede och deras närstående då de känner att de får en psykisk, fysisk och andlig kontakt med de vederbörande (Bailey et al. 2011). Vidare beskriver sjuksköterskorna att det inte bara är den känslomässiga närheten som är viktigt utan även den fysiska närheten såsom att lägga en hand på patienten eller på de närståendes axel (Bailey et al. 2011).

Känslomässiga reaktioner hos närstående

Enligt Mak et al. (2013) och Engström och Söderberg (2005) anser sjuksköterskor att närstående oftast tar ut sin ilska och aggression på dem och att de ibland ifrågasätter deras kompetens och omvårdnad. I Rejnö, Danielson & von Post (2012) studie beskriver sjuksköterskorna att de närstående ofta vill veta hur allting har skett och vad sjukvårdspersonalen har gjort för den döende. Om de närstående inte förstod att vårdpersonalen har gjort allt de kunnat kunde de känna sig missnöjda och tappa förtroendet för vårdpersonalen. Men när närstående väl förstod att den döende patienten hade för svåra skador för att överleva så blev det lättare för dem att acceptera dödsfallet (Rejnö, Danielson & von Post, 2012). Kisorio och Langley (2015) bekräftar att de närstående som var i förnekelse var de som är svårast att trösta då de ofta reagerar med ilska.

De 1319 sjuksköterskorna som deltog i Takman och Severinsson (2005) studie skriver att närstående har individuella känslor och behov som måste uppmärksammas och tillgodoses av sjuksköterskorna. Vidare beskriver dem att de inte bara är sorgebearbetning med hjälp av en kurator eller psykolog som behövs i arbetet med att stödja de närstående. Att hjälpa till med rent praktiska saker såsom var de ska sova och parkera bilen kan också vara till stor hjälp för de närstående i deras sorgebearbetning (Takman & Severinsson, 2005).

Engström och Söderberg (2005) beskriver att sjuksköterskorna tycker att det är viktigt att närstående finns på sjukhuset då de ger dem en annan bild av patienten och att det då blir lättare att utföra en personcentrerad omvårdnad. Att involvera närstående i patientens vård ansågs vara viktigt för att de närstående skulle känna sig viktiga och inte känna lika mycket skuld om de inte var med vid själva dödsögonblicket (Rejnö, Danielson & von Post, 2012).

Tio sjuksköterskor i Rejnö, Danielson & von Post (2012) studie beskrev att de närstående ibland kan behöva mer omvårdnad än vad den döende patienten behöver. Detta för att de lätt åsidosatte sina egna behov för att vara med den döende patienten.

Mötet med närstående

Etablera en relation

Stayt (2009), Bloomer och O'Connor (2012) och Söderström et al. (2003) beskriver att sjuksköterskor ser det som väldigt viktigt att bygga upp ett förtroende mellan de själva och de närstående till patienterna som de vårdar eller har vårdat. Förtroende är enligt Söderström et al. (2003) en nödvändighet för att kunna utföra god vård vilket även Stayt (2009) och Rejnö, Berg & Danielson (2012) bekräftar. En god relation gör det även möjligt att stödja närstående i känslomässigt ansträngda situationer genom att vara nära och trösta (Engström & Söderberg, 2005). Stayt (2009) beskriver vidare att det sågs som viktigt för sjuksköterskorna att patientens närstående även litade på dem för att kunna utföra sin vårdande roll fullt ut. Bloomer och O'Connor (2012) beskriver att de närstående ofta räknar med att få känslomässigt stöd av sjuksköterskorna eftersom att de under omvårdnaden av patienten ofta byggt upp en relation med dem. När patienten dör under tider då inte kuratorer och psykologer finns på plats för att ge känslomässigt stöd får ofta sjuksköterskan axla den rollen (Bloomer & O'Connor., 2012).

När relationen mellan sjuksköterskor och närstående inte fungerar leder det till att omvårdnaden blir mer tidskrävande (Söderström et al. 2003). En annan svårighet som Söderström et al. (2003) uppmärksammade var när de närstående var besvikna på hälso- och sjukvården och sjuksköterskan fick möta detta. De närstående blev då svåra att nå och sjuksköterskorna fick arbeta extra mycket för att återfå respekt och återskapa förtroende för vårdpersonalen (Söderström et al., 2003).

Betydelse av information

Sjuksköterskorna ser informationsgivning som en viktig del i omhändertagandet av närstående inom akutsjukvården och att det är nödvändigt för att bygga upp en relation med dem (Stayt, 2009; Söderström et al. 2003). Hallgrimsdottir (2004) bekräftar Stayt (2009) och Söderström et al. (2003) och menar att de flesta sjuksköterskor ser informationsgivning till närstående som en utav deras arbetsuppgifter men menar också att det inte är alla sjuksköterskor som ser det som en del i deras arbetsuppgift. Enligt Söderström et al. (2003) ansåg alla de tio sjuksköterskor som deltog i studien att det kan vara svårt att balansera den information som ska ges, de vill vara ärliga mot de närstående men de vill även lämna dem med en känsla av hopp. Van der Klink et al. (2010) använde sig av närstående i deras studie för att undersöka vad de tyckte om informationen de fått efter att dess närstående gått bort inom akutsjukvården. En del av de närstående såg

sjuksköterskan som den främsta informationsgivaren inom sjukvården och var nöjda med den information de fått. De ansåg att sjuksköterskorna som de fått informationen av var tydliga, professionella och skickliga (van der Klink et al. 2010).

Tyvärr brister kommunikationen ibland och närstående kritiserar sjukvårdspersonalen för att inte ge tillräckligt med information. Kritiken bestod också av att de fick olika information från olika personer i vårdteamet (Engström & Söderberg 2005; van der Klink et al. 2010).

Stöd och kompetensutveckling

Stöd till närstående

Att ta hand om närstående kan ofta vara väldigt svårt, ibland svårare än att ta hand om patienten (Rejnö, Berg & Danielson, 2012). De 19 sjuksköterskor som deltog i studien upplevde att patienten ofta hamnar i bakgrunden när de finns närstående på plats som behöver stöd och att det krävs självförtroende i mötet för att visa de närstående sin kompetens (Rejnö, Berg & Danielson, 2012).

De 111 sjuksköterskorna som deltog i Hallgrimsdottir (2004) studie hävdar att patienterna såg det som viktigt att veta att deras närstående blev väl omhändertagna, detta stöds även av Kurian et al. (2014) studie som beskriver att majoriteten av de 110 tillfrågade sjuksköterskorna anser att det ingår rollen att ge stöd åt närstående i deras sorg. En form av att stödja närstående ansågs vara i form av sjuksköterskans närvaro. Att stanna med patienten längre perioder var inte alltid genomförbart men de ansåg att det var nödvändigt att skapa sig tid till att vara närvarande för de närstående när de besökte patienten. Detta för att få de närstående att förstå att patienten blev väl omhändertagen (Kisorio & Langley, 2015).

Enligt Engström och Söderberg (2005) studie ser de 24 sjuksköterskorna det som viktigt att redan när närstående kommer till sjukhuset första gången se till så att de är förberedda inför den nuvarande situationen. De beskrev det som att det viktigaste var att närma sig de närstående och visa dem att de brydde sig och att få de närstående att känna att de var viktiga (Engström & Söderberg, 2005).

Bloomer och O'Connor (2012) och Kisorio och Langley (2015) menar att svårigheterna i att stödja närstående delvis beror på tidsbristen. Bloomer och O'Connor (2012) beskriver vidare att pressen både från insidan och utsidan från intensivvårdsavdelningen påverkar dem till att inte kunna ge den vård de önskar ge till patienterna och dess närstående. Sjuksköterskorna beskrev även att de var en konstant utmaning att balansera tiden de närstående behövde med sjukhusets behov av att tömma sängen och rummet för nya patienter (Bloomer & O'Connor, 2012). Kisorio och Langley (2015) menar att sjuksköterskorna önskar att de kunde ge så mycket stöd till de närstående som de behöver men att deras andra uppgifter som måste göras begränsar dem. Bloomer och O'Connor (2012) beskriver att sjuksköterskorna uttryckte det som viktigt att ge tid och låta de närstående ta farväl av patienten i lugn och ro men att de sällan var möjligt på grund av sjukhusets resurser och sjuksköterskans tidsbrist.

Stöd till sjuksköterskor

Trots att de 12 deltagande sjuksköterskorna behöver handskas med att ta hand om kritiskt sjuka och döende patienter dagligen samt ställas in för känslomässiga situationer, visade de en passion och ett starkt åtagande inför sitt jobb (Bloomer & O'Connor, 2012). Bloomer och O'Connor (2012) beskriver vidare att en del deltagare i studien gärna hade deltagit i formella debriefingträffar som anordnats av sjukhuset. Detta för att på bättre sätt kunna bearbeta sina känslor. En del av deltagarna trodde inte att de var möjligt om inte träffarna skedde direkt efter patientens bortgång. Skedde träffarna senare menade deltagarna att alla som varit med och vårdat patienten och berörts av dess bortgång inte fick möjlighet att delta (Bloomer & O'Connor, 2012). Kisorio och Langley (2015) menar att de 24 intervjuade sjuksköterskorna beskriver att de finner svårigheter att ta hand om patienter och närstående i livets slutskede och när döden inträffat. De menar även att svårigheterna kan minskas om sjuksköterskorna kan få stöd under döendet och efter det att döden inträffat, men att stödet de behöver inte finns (Kisorio & Langley, 2015). Hallgrimsdottir (2004) studie bekräftar också att sjuksköterskorna kände ett behov av att få känslomässigt stöd.

Alla de 24 sjuksköterskorna i Engströms och Söderbergs (2005) studie skulle uppskatta en uppföljning av de närstående efter sjukhusbesöket. Enligt sjuksköterskorna skulle uppföljningen kunna hjälpa dem att bli bättre i sin omvårdnad då de kunde få reda på hur närstående upplevde sin tid på akutmottagningen. De 51 närstående som var med i i van der Klink et al. (2010) studie skulle även uppskatta någon form av uppföljning för att ha möjlighet att diskutera de frågor som uppkommit efter patientens död.

Sjuksköterskans kompetens

Enligt Söderström et al. (2003) känner de flesta av de 24 tillfrågade sjuksköterskorna att omvårdnaden av närstående kan förbättras. Idealet hade varit att ha ett systematiskt sätt att arbeta med närstående. Sjuksköterskorna efterfrågade mer utbildning och verktyg för att bedöma och närma sig närstående samt professionellt stöd (Söderström et al. 2003). En del av de 12 sjuksköterskorna uppvisade brist på självförtroende i att lämna över dåliga besked till närstående och kände sig ofta otillräckligt utbildade i detta (Stayt, 2009). Walker och Deacon (2015) bekräftar även i sin studie att de tio sjuksköterskorna har svårigheter med att lämna ut svåra besked.

Kisorio och Langley (2015) kom fram till att alla de 24 inkluderade sjuksköterskorna i studien kände att de behövde mer erfarenhet för att ta hand om döende patienter och deras närstående. Att tränas i att ta hand om patienter och dess närstående i sorg kom upp som förslag samt att få utbildning i att hantera svårigheterna i döendeprocessen (Kisorio & Langley, 2015; Walker & Deacon, 2015). Engström och Söderberg (2005) och Kurian et al. (2014) bekräftar även sjuksköterskornas vilja att ha någon form av forum där de kan mötas och diskutera erfarenheter i att möta närstående, mål för omvårdnaden, dela erfarenheter och etiska dilemman.

Hallgrimsdottir (2004) hävdar dock att hela 61,3 procent av de 111 sjuksköterskor som deltog i studien kände sig bekväma med hur de skulle möta de närståendes behov. Men på frågan om de kände att de hade tillräckligt med utbildning för att möta de närståendes psykosociala behov var det knappt 30 procent som kände att de hade det.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Huvudfynden i detta arbete var att övervägande delen av de totalt 1769 sjuksköterskorna som var med i de 16 inkluderade studierna ser det som krävande att ta hand om närstående och att de skulle vilja ha mer utbildning för detta. Resultatet visade också hur viktig roll sjuksköterskan har i att ge information på ett korrekt sätt och att det är viktigt att etablera en relation med de närstående för att bemötandet och omvårdnaden ska ges på bästa tänkbara sätt.

Som tidigare nämnt i arbetet under rubriken *Sorg*, beskrev Farm (2014) och Crunk et al., (2017) att förlusten av en närstående är bland de värsta en människa kan uppleva. Efter förlusten går människan igenom en rad olika stadier och faser i sin väg i att bearbeta det som hänt och adaptera till den livsomställning som väntas. I vårt resultat kom det fram att även sjuksköterskorna kan uppleva en patients bortgång som en traumatisk händelse. Det framkom även att sjuksköterskorna själva genomgick en förlust och ett sorgearbete vid en patients plötsliga död. Som närstående till en patient som gått bort är ett sorgearbete något som förväntas och något som man erbjuds att få hjälp med att hantera i form av kurator- eller psykolog kontakt. Sjuksköterskor däremot får bristfälligt med stöd och något som framkom av arbetets resultat var att de känner att de förväntas kunna hantera och bearbeta detta själva. Majoriteten av sjuksköterskorna i de 16 artiklar som vårt resultat baseras på efterfrågar mer personligt och professionellt stöd i att hantera dessa svåra situationer. Vi tror att sjuksköterskan med åren får mer erfarenhet och lyckas skapa strategier i att bearbeta en patients bortgång men att det trots detta kan vara negativt för sjuksköterskan att aldrig få prata av sig om de han eller hon upplevt. Vi tror också att om sjuksköterskan inte får prata av sig om det som hänt skulle kunna leda till mer sjukskrivningar. Därför anser vi att arbetsgivaren ska erbjuda sin vårdpersonal enskilda stödsamtal och gemensamma gruppträffar för att bibehålla vårdpersonalens hälsa.

Sjuksköterskan har till uppgift att underlätta samspelet mellan människan och dess omgivning. Detta enligt Callista Roys adaptationsteori för att bidra till maximal mänsklig utveckling och största möjliga välbefinnande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Att förlora en närstående leder som tidigare nämnt till stor sorg. Men för att komma vidare krävs att närstående så småningom anpassar sig till de rådande livsomständigheterna för att kunna gå vidare och återfå en balans i livet. För sjuksköterskan handlar det om att trots en besvärlig situation försöka få de närstående att acceptera tillvaron och på så sätt nå adaptation (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Sjuksköterskan bör dock, enligt Roy (2009), vara medveten om att fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande inte är möjligt för alla. Sjuksköterskan inom akutsjukvården kommer inte ha möjlighet till att följa de närstående igenom hela deras sorgprocess då akutsjukvården är en vårdform med hög omsättning av patienter och där de närstående inte kommer vara kvar länge. Vi anser dock att det är viktigt att sjuksköterskan, oavsett arbetsplats, har kunskap i sorgprocessens stadier för att på ett optimalt sätt kunna bemöta närstående och ge dem den omvårdnad som de kräver. I vårt resultat beskriver Rejnö, Danielsson och von Post (2012) att de närstående ofta kan behöva mer stöd och omvårdnad än vad den döende patienten behöver, vilket även bekräftas av Outwater et al., (2012) i vår bakgrund. Detta stödjer därmed vår tro om att sjuksköterskan inom akutsjukvården bör ha kunskap i sorgbearbetningen och dess olika stadier för att på så vis kunna ge den bästa tänkbara omvårdnaden.

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) går att läsa att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. För att på ett så optimalt sätt som möjligt kunna kommunicera med närstående krävs det att sjuksköterskan skapar en relation med de närstående. Att lyckas bygga upp en relation med både patienten och dess närstående är något som är viktigt men också något som kräver energi och tar tid. Tid som oftast är svår att finna inom akutsjukvården där tempot är högt. I vår bakgrund beskrivs tillit som något som är viktigt i mötet och att det är en grundförutsättning för att patienten och dess närstående som anförtro sig till vårdgivaren. Detta bekräftas i vårt resultat som också visar att sjuksköterskorna ser detta som viktigt för att lyckas bygga upp en fungerande och förtroendefull relation. Att tidsbristen i vården påverkar omvårdnaden till patienten och dess närstående är något som bör ses som oacceptabelt och något som bör åtgärdas. Vi anser även att tidsbrist är farligt då patientsäkerheten kan hotas. Att bygga upp en relation till de närstående kan effektivisera omvårdnaden och vi tror att det i det långa loppet kan ge mer tid till sjuksköterskan att arbeta med att stärka patientsäkerheten, andra arbetsuppgifter eller till återhämtning och bearbetning av det som precis skett. Att få mer tid över till annat tror vi kommer ge sjuksköterskan bättre förutsättningar för att klara av det vardagliga arbetet och till att bibehålla sin hälsa.

Ett annat resultat som presenteras i denna litteraturöversikt är att sjuksköterskan har en viktig roll när det kommer till att ge information. I detta arbete har artiklar skrivna från olika delar av världen inkluderats. Något som nästan alla artiklar har gemensamt är att de tar upp vikten av information och hur viktigt det är att informationen ges på rätt sätt, anpassat till individen. Studierna som inkluderats i detta arbete har utgått från sjuksköterskans perspektiv och därför har det inte framkommit hur närstående uppfattat informationen de fått från sjuksköterskorna, vilket skulle kunna vara av värde att studera vidare. I Sverige kan patienter och närstående vända sig till patientnämnden om vården som givits inte varit tillfredsställande eller om informationen som förmedlats har varit bristfällig. Trots att informationen till patient och närstående ses som en betydelsefull del av i vårt resultat så visar siffror tagna från Sverige att det är ett stort problemområde inom sjukvården. Under år 2016 inkom 1300 fall till patientnämnden som gällde kommunikationen mellan vårdgivare och patient (Patientnämnden, 2017). Cirka 350 av dessa fall rörde akutsjukvården, vilket stödjer att informationsgivning är något som akutsjukvården bör sträva efter att förbättra. Att information given från sjuksköterskan skulle ses som så pass viktigt som det visat sig i de inkluderade studierna var något som vi personligen inte räknat med varför detta fynd kom att bli extra intressant för oss.

Något som vi även anser är intressant är att det endast var i en artikel (Bailey et al, 2011) som sjuksköterskorna lyfte fram positiva erfarenheter av att vårda patienter och dess närstående i livets slutskede. Således kan vi med försiktighet konstatera att sjuksköterskor överlag ser detta som något krävande och svårt. Vad detta beror på kan vi endast spekulera över men vi tror att det har att göra med bristen på kunskap som sjuksköterskorna känner avseende detta område. Om det läggs en stabil grund redan i grundutbildningen i hur sjuksköterskan på bästa sätt kan möta närstående i sorg hade kanske dessa siffror och därmed denna studies resultat sett annorlunda ut.

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskans beskrivna upplevelser och erfarenheter av att bemöta närstående i sorg efter ett oväntat dödsfall. Studien valdes att genomföras som en litteraturöversikt där 16 vetenskapliga artiklar inkluderades. Av dessa var 14 artiklar kvalitativa och två artiklar kvantitativa studier, som alla besvarade studiens syfte. Att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier var ett medvetet val då det bidrar till att valt problemområdet ses från flera synvinklar, vilket ger en bredare helhetsbild och en större förståelse (Willman et al. 2016). Vi bedömde att de kvantitativa artiklarna behövdes för att få en objektiv syn på ämnet medan de kvalitativa studierna lyfte den subjektiva synen i vårt ämne. Vi valde en litteraturöversikt med anledning av studiens syfte och för att få en så bred bild av ämnet som möjligt. Hade det istället gjorts en kvalitativ eller kvantitativ studie med intervjuer eller enkäter inom akutsjukvården i Stockholm hade vi fått ett mer begränsat resultat som inte speglar sjuksköterskan i allmänhet.

En kvalitativ studie hade kunnat vara av intresse för att svara på detta arbetes syfte då det hade kunnat ge oss en större förståelse för sjuksköterskan i Stockholms erfarenheter och upplevelser av att möta närstående i sorg. Vi hade även med hjälp av en kvalitativ intervjustudie själva kunnat välja de frågor som ska ställas och därmed kunna få fram annan information än den information som framkommit i denna litteraturöversikt. Vi anser dock att de studierna som vi inkluderat har tagit upp de områden som vi ansåg var värt att studera, vilket var sjuksköterskans och de närståendes känslor, hur de ser på deras utbildning i ämnet och om de ansåg sig få tillräckligt med stöd i svåra situationer. Vi tror således att vårt resultat som vi fått fram i denna litteraturöversikt hade varit likvärdigt med det resultat som vi hade kunnat få om vi istället gjort en kvalitativ intervjustudie.

För att få en djupare förståelse av sjuksköterskors upplevelser av att möta närstående efter oväntade dödsfall valdes till en början att endast inkludera studier som gjorts på den grundutbildade sjuksköterskan. Men då forskningen för valt område var begränsad utökades ramarna att även inkludera några få studier gjorda med sjuksköterskor med specialistutbildning inom intensivvård. Detta då vi ansåg att oavsett vidareutbildning så möter sjuksköterskor närstående och att även deras känslor besvarar detta arbetets syfte. Vi valde även att inkludera alla studier som berörde syftet oavsett orsak till dödsfall, vilket därmed kom att innefatta studier genomförda på akutmottagningar, akutavdelningar och intensivvårdsavdelningar. Enligt Purves och Edwards (2005) artikel hävdar de att forskningsresultat av plötsliga dödsfall och omvårdnad av närstående som sker inom intensivvård kan jämföras med dödsfall som sker i en akutmottagning, det gör att vi anser att resultatet på dessa studier överensstämmer med syftet.

Som tidigare nämnt granskades artiklarna enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag. I början av arbetsprocessen eftersträvades det att enbart inkludera artiklar som höll hög kvalitet. Men på grund av begränsad forskning erhöll vissa artiklar medelmåttig eller sämre kvalitet men trots detta värderades artiklarnas resultat som relevanta då de svarade mot denna litteraturöversikts syfte. Att vi använt oss av både medelmåttig eller sämre kvalitet kan ha påverkat vårt resultat och kan innebära att det inte är lika tillförlitligt som om vi enbart hade använt oss av hög kvalitet. Men som tidigare nämnt är forskningen begränsad i detta ämne vilket gjorde det svårt för oss att finna artiklar med hög kvalitet. Vi har strävat efter att hitta relevanta och aktuella primärkällor

genom hela processen samt att vi har redovisat alla inkluderade artiklar i en matris, vilket även ökar trovärdigheten för vårt arbete enligt Forsberg och Wengström (2016). Under arbetets gång fick texten ”vila”. Polit och Beck (2017) beskriver att ett arbete behöver vila för att det ger författaren utrymme att lägga sina värderingar åt sidan samt för att upptäcka brister i arbetet. Arbetet fick vila under en längre etapp samt varje vecka i två dagar. Det fördelaktiga med detta är att arbetet då ses med nya ögon. Det som är viktigt att tänka på och som Forsberg och Wengström (2013) poängterar är att författarna alltid bör reflektera över sina tidigare förförståelser och tolkningar i det valda ämnet. Med detta menas att författarna gör ett eget val av artiklar utifrån vad författarna själva tycker är relevant och viktigt vilket gör att analysen inte blir helt objektiv eftersom att författarnas egen tolkning och förståelse kan ha vävts in i analysen av artiklarna. Att vår egen tolkning kan ha vävts in i analysen skulle kunna påverka studiens trovärdighet. Trovärdigheten i denna studie anser vi dock vara hög då vi valt att använda oss av en specifik analysmetod, färgkodning, samt att vi under arbetets gång haft detta i åtanke.

Enligt Forsberg och Wengström (2013) är bibliotekariernas hjälp värdefull i arbetet med att söka artiklar. I efterhand insåg vi att hjälp från en bibliotekarie hade varit fördelaktigt. Detta för att få hjälp med fler sökord och att finna fler artiklar med hög kvalitet som överensstämmer med syftet. Det skulle kunna ha varit till stor hjälp och effektiviserat vårt arbete ytterligare. Om vi skulle ha tagit hjälp av en bibliotekarie skulle vårt resultat kunnat se annorlunda ut då vi möjligtvis hade inkluderat fler artiklar och dessutom fler artiklar av hög kvalitet. Detta hade kunnat stärka vårt arbete och gett det mer tillförlitlighet.

De artiklar som har använts för resultatdelen i vårt arbete är alla skrivna på engelska, vilket även var ett inklusionskriterie under urvalet. Vi båda har svenska som modersmål och är därför medvetna om att resultatet kan ha tolkats och beskrivits fel trots användning av lexikon vid översättning. Vi har i enstaka fall använt oss av fri översättning varför översättningsfel inte kan uteslutas. Detta gjordes på grund av att engelska ord och meningsbyggnader inte alltid går att översätta till det svenska språket.

En svaghet i detta arbete är att ingen av oss tidigare skrivit en uppsats på den här nivån. Att inte ha erfarenhet av att skriva en uppsats på den här nivån har gjort att en del frågor och funderingar kring dess utformning dykt upp. Vi har också haft en tidspress på oss som kan ses som även det kan ses som en svaghet. Tidsbristen har gjort att alla delar inte fått lika mycket tid då vi haft en del hållpunkter att följa. Detta kan ha lett till att för lite tid lades på exempelvis sökning i databaser vilket också ha haft en påverkan på vårt resultat.

En styrka i detta arbete är att vi haft ett nära samarbete och suttit tillsammans fysiskt under arbetets gång. Arbetet har skrivits i ett gemensamt dokument där vi har diskuterat och reflekterat över de olika delarna enskilt för att sedan ta upp det tillsammans. En annan styrka är som tidigare nämnt att arbetet har fått vila i vissa perioder vilket gör att arbete ses med nya ögon och brister i arbete upptäcks och förtydligas. Vi anser att denna metod, en litteraturöversikt, var optimal för att besvara vårt syfte samt för att belysa nuvarande forskning. För att öka trovärdigheten för denna litteraturöversikt har både kvantitativa och kvalitativa studier använts för att få en överblick över ämnet men även för att få ta del av personliga tankar i de olika intervjuerna som har genomförts. Alla artiklar som är inkluderade i resultatdelen i detta arbete är peer reviewed och har blivit godkända av en etisk kommitté vilket vi anser öka arbetets tillförlitlighet.

Slutsats

Sammanfattningsvis kan vi efter att ha genomfört denna litteraturoversikt konstatera att mötet mellan sjuksköterskan och närstående är en viktig del i sjuksköterskans arbete men också något som sjuksköterskan ser som svårt och ansträngande. Att mer utbildning krävs för att stärka sjuksköterskan i att möta närstående i sorg har bekräftats i detta arbete. Om sjuksköterskan redan som student får de verktyg som krävs för att möta närstående i sorg tror vi att mötet kan komma att bli mer avslappnat. Sjuksköterskan kan ha stöd i att låta Callista Roys adaptionsmodell genomsyra arbetet med både patienter och dess närstående för att se hela människan på ett holistiskt sätt och för att få stöd i att guida de närstående till att acceptera deras situation och således adaptera till sin nya tillvaro (Roy, 2009).

Vi tror inte att problemet med plötsliga och oväntade dödsfall kommer att försvinna, antagligen kommer det att bli fler dödsfall inom akutsjukvården då befolkningen ständigt ökar och pressen på sjuk- och hälsoverksamheter överlag är stor. Dessutom står vården inför ett paradigmskifte där allt fler patienter vårdas inom primärvården och inom hemmet. Detta tror vi kommer leda till att akutsjukvården i Sverige kommer att få motta allt fler svårt sjuka patienter. Därför anser vi att det är av värde att implementera mer utbildning i att möta närstående i redan grundutbildningen men även erbjuda fler möjligheter till stöd för sjuksköterskor på arbetsplatsen.

Fortsatta studier

Under databassökningen till detta arbete upptäcktes det att begränsad forskning är gjord på sjuksköterskans upplevelser av att möta närstående. Samtidigt finns det en stor mängd forskning över närståendes upplevelser av bemötandet av vårdpersonal och deras behov. Det skulle därför vara av intresse att mer forskning med sjuksköterskans perspektiv genomförs. Att ta reda på varför sjuksköterskor anser att det råder brist i utbildningen i att möta närstående är också något som skulle vara av intresse att studera vidare.

Klinisk tillämpbarhet

Förhoppningen med denna litteraturoversikt är att den ska bidra till ökad kunskap i sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter i att möta närstående i sorg. Arbetet kommer att kunna nås via DIVA som är en portal för forskningspublikationer och studentuppsatser samt spridas på våra tidigare och kommande verksamhetsförlagda utbildningsplatser. Studien kan vara av intresse för sjuksköterskor och arbetsgivare verksamma inom akutsjukvård som möter närstående för att på så vis öka kunskapen och förbättra bemötandet mellan vårdpersonal och närstående samt för att stärka sjuksköterskeprofessionen.

REFERENSER

*= Artiklar inkluderande i resultat

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M., & Höglund- Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., & ... Larché, J. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal Of Respiratory & Critical Care Medicine*, 171(9), 987-994. doi: 10.1164/rccm.200409-1295OC

Bacon, C. T. (2017). Nurses' Experiences With Patients Who Die From Failure to Rescue After Surgery. *Journal Of Nursing Scholarship*, 49(3), 303-311. doi:10.1111/jnu.12294

*Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3364-3372. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x

Bengtsson, M., & Lundström, U. (2015). *Palliativ vård*. Malmö: Gleerups.

Benkel, I. (2015). *Att möta den som sörjer- Flera perspektiv på sorg efter dödsfall*. Gävle: Meyer Information& Förlag AB.

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

*Bloomer, M.J., & O'Connor, M. (2012). Providing end-of-life care in the intensive care unit. Issues that impact on nurse professionalism. *Singapore Nursing Journal*, 39(3), 25-30.

Bournival, N., Siegel, M. D., & Akgün, K. M. (2017). Not "Out of Sight, Out of Mind": Interventions to Relieve Suffering for Bereaved Families After an ICU Death. *Critical Care Medicine*, 45(1), 134-136. doi: 10.1097/CCM.0000000000002119

Brysiewicz, P. (2008). The lives experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 224-231. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01972.x

Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, 24(41), 44-47.

Bäärnhielm, S. (2013). Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum. (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande I vården* (ss. 313-334). Lund: Studentlitteratur.

Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-14. doi:10.1186/s12904-015-0032-0

- Chuang, C.H., Tseng, P.C., Lin, C.Y., Lin, K.H., & Chen, Y.Y. (2016) Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50). doi: 10.1097/MD.00000000000005629
- Crunk, A. E., Burke, L. A., & Robinson, E. M. (2017). Complicated Grief: An Evolving Theoretical Landscape. *Journal Of Counseling & Development*, 95(2), 226-233. doi:10.1002/jcad.12134
- Dinç, L., & Gastmans, C. (2012). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nursing Inquiry*, 19(3), 223-237. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00582.x
- Eastham, K. (1990). Dealing with bereavement in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 6, 185–191. doi: 10.1016/0266-612X(90)90020-8
- *Engström, Å., & Söderberg, S. (2005). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1651-1659. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2015). Swedish and South African Nursing Students' Descriptions of Family. *Journal Of Nursing Scholarship*, 47(3), 228-236. doi:10.1111/jnu.12133
- Farm, M. (2014). *Sorg*. Hämtad 30 november, 2016 från: <http://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/psykisk-ohalsa/sorg>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum. (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande I vården* (ss. 25-49). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Golsäter, M., Henricson, M., Enskär, K., & Knutsson, S. (2016). Are children as relatives our responsibility? – How nurses perceive their role in caring for children as relatives of seriously ill patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 25, 33-39. doi: 10.1016/j.ejon.2016.09.005
- Hallgrimsdottir, E.M. (2000). Accidentand emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 611-619. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00406.x
- *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. doi: 10.1016/j.aen.2004.01.004
- *Hinderer, K. (2012). Reactions to Patient Death- The Lived Experience of Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(4), 252-259. doi: 10.1097/DCC.0b013e318256e0f1

- Jangland, E., Larsson, J., Gunningberg, L. (2010). Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00860.x
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 96-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kent, H., & McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. *Nursing Standard*, 19(6), 38-42.
- *Kisorio, L.C., & Langley, G.C. (2015). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30-38. doi: 10.1016/j.iccn.2015.11.002
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Simon och Schuster.
- *Kurian, M.J., Daniel, S., James, A., James, C., Joseph, L., Malecha, A-T., ... Mick, J-M. Intensive Care Registered Nurses Role in Bereavement Support. (2014). *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1), 31-39. doi: 10.1097/NJH.0000000000000018
- Lennér Axelson, B. (2010). *Förluster- Om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Li, S., Chan, C., & Lee, D. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 170-180. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02359.x
- Lindqvist, O., & Rasmussen, H, B. (2014). Omvårdnad vid livets slutskede. I Edberg, A-K., & Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder- hälsa och ohälsa*. (ss. 758-796). Lund: Studentlitteratur.
- Main, J. (2002). Management of relatives of patients who are dying. *Journal Of Clinical Nursing*, 11(6), 794-801. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00672.x
- *Mak, Y.W., Lim Chiang, V.C., & Chui, W.T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(9), 423-429. doi: 10.12968/ijpn.2013.19.9.423
- Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C.,... Van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*. 61(3), 341-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2004.01.024
- Outwater, A. H., Tarimo, E. M., Miller, J. E., & Campbell, J. C. (2012). Meanings of Care by Bereaved Relatives of Homicide Victims in Dar es Salaam, Tanzania: Implications for

Nursing. *Journal Of Transcultural Nursing*, 23(4), 397-405.
doi:10.1177/1043659612451602

Patientnämnden. (2017). *Patientnämnden summerar 2016*. Hämtad från
<http://www.sll.se/Global/Verksamhet/H%C3%A4lsa%20och%20v%C3%A5rd/Patientn%C3%A4mnden%20Stockholm/Patientnamnden-summerar2016.pdf>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Popejoy, L., Brandt, L., Beck, M., & Antal, L. (2009). Intensive care unit nurse perceptions of caring for the dying: every voice matters. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 11(3), 179-186. Hämtad från <https://shop.lww.com/>

Purves, Y., & Edwards, S. (2005). Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency Nurse*, 13(7), 28-34.

Raymond, A., Lee, S. F., Bloomer, M. J. (2016). Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.13503.

*Rejnö, Å., Berg, L., & Danielson, E. (2012). Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death. *Nursing Ethics*, 19(5), 642-653. doi: 10.1177/0969733011412099

*Rejnö, Å., Danielsson, E., & von Post, I. (2012). The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 123-130. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01011.x

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 429-446). Lund: Studentlitteratur.

Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson.

Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. *Emergency Nurse*, 21(8), 36-39. doi:10.7748/en2013.12.21.8.36.e1237

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad den 5 maj, 2016 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad den 26 november, 2016 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K5

*Shorter, M., & Stayt, L.C. (2009). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x

Socialstyrelsen. (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18284/2011-3-36.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Termbank: Närståendebegreppet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 26 november, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/donationsutredning/narstaendebegreppet>

Socialstyrelsens författningssamling. (2005). *Kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9833/2005-10-10_2005_10.pdf

Socialstyrelsens författningssamling. (2008:17). *Tilläggspecialiteter, Akutsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Documents/stmal-akutsjuk.pdf>

Statens Offentliga Utredningar. (1979:21). *I livets slutskede: plötslig och oväntad död-anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner*. Stockholm: SOU. Hämtad 28 november, 2016, från http://weburn.kb.se/metadata/448/SOU_140448.htm

Statens Offentliga Utredningar. (1997:51). *Brister i Omsorg- en fråga om bemötande av äldre*. Stockholm: SOU Hämtad den 28 november, 2016 från <http://www.regeringen.se/49b6ca/contentassets/5600080938be45da82287d90ad66d1cd/del-1-brister-i-omsorg>

Statistiska Centralbyrån. (2013). *Dödsfallen fler under vintermånaderna*. Hämtad 27 november, 2016, från <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Artiklar/Dodsfallen-fler-under-vintermanaderna/>

*Stayt, L.C. (2008). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1267-1275. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x

Strömberg, A., Jaarsma, T. (2012). Så stärker vi närstående. I A. Hertting & I M. Kristenson. (Red.), *Hälsofrämjande möten: Från barnhälsovård till palliativ vård* (ss. 207-215). Lund: Studentlitteratur.

Svensk MeSH. Hämtad 15 maj 2017 från <https://mesh.kib.ki.se/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm. Från http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm. Hämtad den 20 april, 2016 från http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

*Söderström, I.M., Benzein, E., & Saveman, B.I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scand J Caring Sci*, 17, 185-192. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x

*Takman, C. & Severinsson, E. (2005). A description of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, (22), 228-238. Doi: 10.1016/j.iccn.2005.10.003

Valks, K., Mitchell, M., Inglis-Simons, C., & Limpus, A. (2005). Dealing with death: an audit of family bereavement programs in Australian intensive care units. *Australian Critical Care*, 18(4), 146-151. Hämtad från <http://www.australiancriticalcare.com>

*van der Klink, M.A., Heijboer, L., Hofhuis, J.G.M., Hoving, A., Rommes, J.H., Westerman, M.J., Spronk, P.E. (2010). Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 215-225. doi: 10.1016/j.iccn.2010.05.004

*Walker, W. & Deacon, K. (2015). Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care setting, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (33), 39-47. doi:10.1016/j.iccn.2015.12.005

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* Lund: Studentlitteratur.

Zani, A., Marcon, S., Tonete, V., & de Lima Parada, C. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13 (2), 135-145. Hämtad från: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4036/html_118

Österlind, J., Prahl, C., Westin, L., Strang, S., Bergh, I., Henoch, I., ..., Ek, K. (2016). Nursing students' perceptions of caring for dying people, after one year in nursing school. *Nurse Education Today*, 41, 12-16. doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.016

BILAGA A

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bailey, C., Murphy, R., Porock, D. 2011 Storbritannien	Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work	Undersöka hur sjuksköterskor, som jobbar inom akutsjukvården, hanterar den känslomässiga påverkan av att se döden och akuta dödsfall	En kvalitativ metod som använde sig av 12 månaders observation på en stor akutmottagning och semi-strukturerade intervjuer med sjuksköterskor och närstående.	28 (-)	Resultatet visade att sjuksköterskor som jobbar inom akutsjukvården utvecklar expertis i vård i livets slutskede genom tre olika steg. Första steget är att hitta sig själv i relationen med patienten, det andra steget är att arbeta med att hantera sina känslor och det sista steget är att utveckla emotionell intelligens	(K) I
Bloomer, M-J., O'connor, M. 2012 Australien	Providing end-of-life care in the intensive care-unit: Issues that impact on nurse professionalism	Att beskriva hur sjuksköterskan inom akutsjukvården tar hand om närstående som går igenom en närståendes döendefas eller som nyligen har dött.	En explorativ kvalitativ studie. Studien inkluderade sjuksköterskor från två olika akutmottagningar som sedan intervjuades.	12 (-)	Alla deltagare kände en stor drivkraft för att se till att patienten fick en så bra död som möjligt. Sjuksköterskorna beskrev att ta hand om och stödja närstående var en stor del av deras roll i arbetet, men också en av de mest krävande delarna av arbetet.	(K) III

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Engström, Å., Söderberg, S. 2005 Sverige	Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses	Syftet var att beskriva sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvårdens erfarenheter av nära närstående i intensivvården.	Kvalitativ studie. Data insamlades genom fokusgruppintervjuer där 24 sjuksköterskor intervjuades under våren 2004.	24 (-)	Resultatet visade att närvaron av närståendes sågs som en självklarhet och att de kunde vara frustrerande om den kritiskt sjuka inte hade några närstående. Informationen som de närstående gav gjorde de möjligt för sjuksköterskorna att arbeta personcentrerat med patienten. sjuksköterskorna saknade forum för reflektion och diskussion.	(K) II
Hallgrimsdottir, E-M. 2004 Island	Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences.	Syftet var att svara på tre frågor; 1.Vad är sjuksköterskor som jobbar inom akutsjukvårdens åsikt och erfarenhet av att ta hand om närstående när patientens tillstånd är kritiskt. 2.Hur tycker sjuksköterskorna att dom är förberedda att ta hand om närstående? 3.Hur involverar sjuksköterskorna närstående i vården och hur utvärderar de vården	Studien genomfördes som en kvantitativ studie med deskriptiv design. En enkät skickades ut till 108 sjuksköterskor på tre akutsjukvårdsenheter i Glasgow.	111 (54)	Resultatet visar att flertalet av de sjuksköterskor som deltog i studien kände att de hade tillräckligt med utbildning för att möta närståendes psykosociala behov. Flertalet av de som deltog kände sig också känslomässigt ömma av att ta hand om närstående och de skulle själva vilja ha känslomässigt stöd.	CCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hinderer, K-A. 2012 USA	Reaction to Patient Death The Lived Experience of Critical Care Nurses	Undersöka sjuksköterskor, som arbetar inom intensivvården, erfarenheter med döende patienter	En kvalitativ intervjustudie som användes med en fenomenologisk studie	6 (-)	Resultatet presenteras i fyra teman. Deltagarna beskrev hur de hanterade patienters död, vilka strategier den använde sig av och hur de känslomässigt distanserade sig från patienter och närstående.	(K) II
Kisorio, L-C., Langley, G-C. 2015 Sydafrika	Intensive care nurses' experiences of end-of-life care	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av ta hand om patienter i livets slutskede inom intensivvårdsavdelningar.	En kvalitativ studie med explorativ deskriptiv design. 24 sjuksköterskor som arbetade på intensivvårdsavdelningar i över 6 månader i på tre sjukhus i Johannesburg intervjuades i form av grupp intervjuer.	24 (-)	Resultatet presenteras i 5 huvudrubriker. 1.Svårigheter vi möter 2.Diskussioner och beslutsfattning 3.Stöd för patienter 4.Stöd för närstående 5.Stöd för sjuksköterskor	(K) II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kurian, M-J., Daniel, S., James, A., James, C., Joseph, L., Malecha, A-T., McCorquodale Martin, E., Mick, J-M. 2014 USA	Intensive care registered nurses' role in bereavement support	Att undersöka intensivvårds sjuksköterskors handlingar och inställning till omvårdnad vid sorg, deras roll som stöd och deras intressen och utbildning inom sorg.	En klinisk kontrollerad studie. Studien inkluderade legitimerade sjuksköterskor som arbetar heltid på fyra olika intensivvårdsavdelningar.	110 (-)	Resultatet av studien visade att majoriteten av sjuksköterskorna var överens om att de är sjuksköterskans roll att ta hand om sörjande närstående. Fyrtiosex procent av de som svarade indikerade att de inte hade någon ordentlig utbildning eller praktisk erfarenhet vid omvårdad av sörjande närstående.	(CCT) I
Mak, Y.W., Chiang, V.C.L., & Chui, W.T. 2013 Hong Kong	Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting	Undersöka erfarenheter och uppfattningar hos sjuksköterskor som vårdar döende patienter och deras närstående inom akutsjukvård	En kvalitativ intervjustudie för att förstå sjuksköterskors upplevelser och uppfattningar. Sjuksköterskor som har erfarenhet i vården av döende patienter deras närstående samt prata cantonese och jobba heltid. Datainsamlingen skedde under 4 månader på tre sjukhus.	15 (-)	Resultatet redovisas i fyra underkategorier. dessa är brist på beredskap inför patientens död, tankar rörande sin egen roll vid vård av döende patient, tankar om döden och personalens personliga erfarenheter av dödsfall hos närstående och strategier för att hantera vårdandet av döende patienter.	(K) II

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Rejnö, Å., Berg, L., Danielsson, E. 2012 Sverige	Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death	Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av medlemmar i storketeam som arbetar på storkeavdelningar etiska problem och hur teamet hanterar situationen av att ta hand om patienter som ställs inför döden av en plötslig stroke.	Studien genomfördes som en kvalitativ studie där grupp intervjuer valdes som metod för att samla data. Intervjuerna ägde rum på fyra samarbetande sjukhus i västra Sverige där 19 teammedlemmar från storketeamet deltog.	19 (-)	Resultatet presenterar i tre olika teman. 1. Att ge information när förhållandena är ostabila. 2. Att bestämma vårdnivå när situationen ändras. 3. Att ge stöd när osäkerhet råder. Teamet beskriver också att patienten lätt hamnar i bakgrunden och fokus flyttas till de närstående. de ansåg också att de bättre kunde stötta närstående om de fanns ett förtroende i deras relation med vårdpersonalen.	(K) II
Rejnö, Å., Danielsson, E., & von Post, I. 2012 Sverige	The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses	Beskriva hur sjuksköterskor upplever patientens död och döende, när patienten drabbats av akut stroke och när livet inte kan räddas.	En kvalitativ studie med hermeneutiks design. Legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet från akut och rehabilitering inom storkevård och som var intresserade av att delta i studien. Datainsamlingen skedde i form av intervjuer med sjuksköterskor från tre olika sjukhus i Sverige.	10 (-)	Resultatet visade att plötslig död sätter sjuksköterskorna i krävande situationer, så som Etiska dilemman och värdekonflikter. De närstående kan ofta vara i större behov av sjuksköterskans omvårdnad än den döende patienten då de enkelt glömmer sina egna behov.	(K) II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Shorter, M., Stayt, L-C. 2009 Storbritannien	Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit	Att beskriva sjuksköterskors, som arbetar inom intensivvården, erfarenheter av att sörja och deras coping strategier efter en patient har dött.	En kvalitativ intervjustudie som använde sig av en Heideggerian design.	8 (-)	Resultatet visade att om patienter dör en "bra död" har fått bra omvårdnad var mindre traumatiskt och att det var skillnad om personen hade dött plötsligt eller att sjuksköterskor hade fått en relation till patienten och dess närstående. Resultatet visade även att sjuksköterskorna inte fick något stöd efter att någon hade avlidit men att de använde sig av kollegor för att prata om det som har hänt. Deltagarna berättade även att de normaliserar döden och att de distanserar sig känslomässigt ifrån döende patienter.	(K) II
Stayt, L-C. 2008 Storbritannien	Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care	Att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att ta hand om närstående till kritiskt sjuka inom intensivvården.	En kvalitativ studie med en Heideggerisk design användes för studien. Legitimerade sjuksköterskor som arbetar på intensivvårdsavdelningen för vuxna intervjuades till studien under hösten 2005.	n=12 (0)	Resultatet består av följande teman. Dessa var Innebörden av död, etablera förtroende, Information givning, empati, intimitet och Egenvård.	(K) I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Söderström, I-M, Benzein, E., Saveman, B-I. 2003 Sverige	Nurses experiences of interactions with family members in intensive care units.	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att interagera med närstående inom intensivvårdsavdelningen.	Studien är en kvalitativ studie där 10 erfarna legitimerade sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna skedde individuellt i ett tyst rum avskilt från intensivvårdsavdelningen under sjuksköterskornas arbetstid.	10 (-)	Alla sjuksköterskor beskrev en del gemensamma upplevelser. De ansåg att ta hand om närstående som en nödvändig del av deras jobb, men ansåg att en av de mest krävande delarna av deras arbete var att skapa en förtroendefull relation med de närstående.	(K) II
Takman, C., Severinsson, E. 2005 Norge	A description of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden	Syftet med studien var att beskriva hur vårdpersonal (sjuksköterskor och psykologer) inom intensivvården uppfattade patientens respektives behov när deras partner var kritisk sjuk.	Kvantitativ studie med enkäter som skickades ut till under våren 2002 till 21 intensivvårdsavdelningar i Sverige och Norge.	1319 (1222)	Resultatet visas i 4 kategorier. Dessa beskriver att det är viktigt för vårdgivarna att förstå patientens respektives individuella behov och reaktioner. De ansåg också att det var viktigt att förbereda respektive på konsekvenserna av patientens situation. De respektive kan också ha behov av att sjukhuset ordnar med praktiska och stödjande-kontakter.	(K) II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Van der Klink, M-A., Heijboer, L., Hofhuis, J G-M., Hovingh, A., Rommes, J-H., Westerman, M-J., Spronk, P-E. 2010 Nederländerna	Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit	Att beskriva egenskaper hos av sorg för att ta reda på om de krävs uppföljning av sorgarbetet och fastställa om informationen och omvårdnaden inom intensivvårdsavdelningen var tillräcklig för närstående till de avlidna patienterna.	En explorativ tvärsnittstudie med telefonintervjuer av närstående. Studien inkluderade personer som haft en närstående som avlidit under juni 2008-juni 2009 på intensivvårdsavdelningen. De skulle ha varit involverade i bortgången samt kunna holländska språket.	51 (-)	Resultatet visade att de flesta som deltog var nöjda med den vård och information de fått. De flesta klagomål handlade om kommunikation-Problem. Den största delen av de som deltog förstod döendeprocessen. En betydande del av deltagarna har fått sömn problem efter dess närståendes bortgång. En del hade behövt följas upp i sin sorgprocess.	(K) I
Walker, W., Deacon, K. 2015 Storbritannien	Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study	Undersöka omvårdnadsåtgärder för en personcentrerad omvårdnad efter en smärtsam förlust inom akut- och intensivvården	En deskriptiv explorativ studie med fokuserade gruppintervjuer, följt av personliga intervjuer. Studien inkluderade sjuksköterskor som arbetar på arbetsplatser där oväntade och plötsliga dödsfall sker. Datainsamlingen skedde på ett sjukhus.	10 (-)	Resultatet presenteras i fem teman. Deltagarna beskrev att de vill ha riktlinjer för att stödja närstående efter en smärtsam förlust. De kom även fram till hur viktigt det är att arbeta personcentrerat.	(K) II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.