



PLÖTSLIG DÖD PÅ AKUTMOTTAGNINGEN

SUDDEN DEATH IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Examinationsdatum: 2013-02-25

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: 38

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Sofie Haglund
Emma Helin

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

På akutmottagningar är arbetsbelastningen hög med ett stort antal patienter som söker vård för tillstånd med varierande allvarlighetsgrad. Prioritera och bedöma patienter är en essentiell del av akutsjukvården. Utöver detta spelar sjuksköterskor en betydande roll i omvårdnadsarbetet med såväl patienter som närstående. När en patient plötsligt avlidit på akutmottagningen ska dess närstående informeras och tas om hand. En av de svåraste uppgifterna som kan behöva utföras är att delta när ett dödsbesked ska lämnas till närstående. Det kan vara särskilt påfrestande då dödfallet inträffat plötsligt vilket kan vara emotionellt krävande för samtliga involverade. Om tankar och känslor som uppstår inte bearbetas kan det leda till att det övriga arbetet och privatlivet påverkas negativt. Det finns olika typer av stöd som bör tillämpas i olika situationer för att stötta sjuksköterskor i arbetet med närstående. Forskning visar att det för sjuksköterskor är oerhört betydelsefullt med stöd i nämnda situationer, trots detta tillgodoses inte det behov som finns.

Syfte

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning.

Metod

En kvalitativ intervjustudie genomfördes. Sex sjuksköterskor med erfarenhet av akutsjukvård mellan sju månader och 20 år intervjuades. Samtliga arbetade på akutmottagningar i Stockholmsområdet när studien genomfördes. En semistrukturerad intervjumetod tillämpades och intervjuerna spelades in med hjälp av en ljudupptagare. Intervjuerna transkriberades för att sedan analyseras med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Inför mötet med närstående hade sjuksköterskorna olika strategier för att förbereda sig, bland annat genom att åsidosätta de egna känslorna för att kunna fokusera på de närstående och deras känslor. Det finns olika sätt att organisera arbetet med de närstående på akutmottagningarna, ett system som beskrevs var närståendemottagare, ett annat vara att avsätta en person för uppgiften. Sjuksköterskorna beskrev hur krävande arbetet med de närstående kan vara och att deras privatliv kunde påverkas av att de inte fick utlopp för de känslor och tankar som kunde uppstå. De betonade vikten av att de fick stöd och hjälp innan, under och efter mötet för att det skulle bli tillfredsställande för samtliga. Stödet från kollegor framställdes som mest betydelsefullt och mer utbildning önskades.

Slutsats

Det emotionella stödet anses vara viktigast och inkluderar samtal med kollegor, chefer, kuratorer och familj. Det praktiska stödet tycks inte vara lika värdefullt i det akuta skedet men utbildning gällande möten med närstående i kris är en essentiell del för det långsiktiga arbetet. Sjuksköterskor på akutmottagningar är i behov av mer strukturerat arbete kring stödfunktioner för att förebygga att de känslor och tankar som kan uppstå ska ha en negativ inverkan på arbetet och även för att värna om det personliga välmåendet. Beroende på bland annat arbetslivserfarenhet, personliga egenskaper och tidigare upplevelser finns ett varierande behov av stöd vilket bör uppmärksammas för att främja en positiv utveckling på arbetsplatsen.

Nyckelord

Plötslig död, akutmottagning, sjuksköterska, stöd, närstående, möte.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

INLEDNING

1

BAKGRUND

1

Akutsjukvård och akutmottagning

1

Sjuksköterskor på akutmottagningen

1

Plötslig och oväntad död

2

Lämma dödsbesked

3

Närstående

4

Kris

4

Att mötas

6

Att stödja

7

SYFTE

7

METOD

8

Metodval

8

Urvalskriterier

8

Undersökningsgrupp

8

Datainsamlingsmetod

8

Genomförande

9

Bearbetning av material

10

Forskningsetiska överväganden

11

RESULTAT

11

Mötet med närstående

12

Svårigheter

14

Stöd

16

DISKUSSION

19

Metoddiskussion

19

Resultatdiskussion

21

Slutsats

22

Förslag till vidare studier

23

REFERENSER

24

BILAGA I-II

INLEDNING

På en akutmottagning är det hög patientomsättning, högt tempo och möten med patienter är ofta korta och intensiva. Det krävs att hälso- och sjukvårdspersonal kan fatta snabba beslut och prioritera vilka åtgärder som ska sättas in först och till vilken patient (Heaston, Beckstrand, Bond & Palmer, 2006; Socialstyrelsen, 2011). En av de viktigaste delarna inom akutsjukvård är att prioritera och bedöma patienters tillstånd. Arbetet på en akutmottagning varierar mellan att ta emot patienter med mindre krämpor till dramatiska och traumatiska skador (Socialstyrelsen, 2011). Denna arbetsmiljö som är vardag för personalen kan för gemene man anses vara kaotisk (Wikström, 2006).

Inom akutsjukvården möter sjuksköterskor patienter som plötsligt avlidit mer frekvent än inom någon annan del av sjukvården (Adamowski, Dickinson, Weitzman, Roessler, & Carter-Snell, 1993). De flesta dödsfall som inträffar på en akutmottagning sker snabbt, traumatiskt och oväntat (Beckstrand, Smith, Heaston & Bond, 2008). En uppgift som sjuksköterskor kan ha är att delta i att lämna ett dödsbesked, eller att själv lämna ett dödsbesked till närstående. De har då i uppgift att vårda patienter och att stötta närstående i kris (Clements, Garzon & Milliken, 2006). Att lämna dödsbesked och att ta hand om de närstående är en tidkrävande process som inte alltid får utrymme i arbetet på en akutmottagning (Vanezis & McGee, 1999). Detta är en svår situation som involverar starka känslor och reaktioner för såväl sjuksköterskor som närstående (Gerow, Conejo, Alonzo, Davis, Rodgers & Domian, 2010).

Sjuksköterskor ska vara professionella och fungera som ett stöd, det finns inte utrymme att uttrycka personliga känslor i mötet med de närstående. Det finns ett behov av stöd även till sjuksköterskorna. Detta för att mötena ska bli så bra som möjligt för båda parter och för sjuksköterskorna i sin yrkesroll och som privatpersoner (Brunelli, 2005; Gerow et al., 2010). Det är en relativt vanlig uppgift för sjuksköterskor på akutmottagningar att vara delaktiga i att lämna dödsbesked trots detta saknas det stöd och vägledning (Adamowski et al., 1993).

BAKGRUND

Akutsjukvård och akutmottagning

Socialstyrelsen (2011, s. 10) definierar akut skada eller sjukdom som ”plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada”. Akut omhändertagande omfattar patienter som behöver omgående behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar åtgärder som ska ske inom högst ett dygn. Det finns 74 sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige. Patienter som är i behov av akut vård söker sig oftast till en akutmottagning, dit de vanligtvis kommer på egen hand eller via ambulans, där sjukvården redan påbörjats. Under år 2010 var det uppskattningsvis 2,5 miljoner människor som sökte akut vård i Sverige (Socialstyrelsen, 2011). Sveriges akutmottagningar har en hög patientomsättning med långa väntetider som följd, vilket kan vara orsaken till att patienter många gånger har en negativ erfarenhet av akutsjukvården. Upplevelsen av att få hjälp snabbare på akutmottagningen än andra vårdinstanser är anledningen till att många söker akut vård (Elmqvist, 2011).

Sjuksköterskor på akutmottagningen

På akutmottagningar arbetar sjuksköterskor med både grund- och specialistutbildning, exempelvis akut- och olycksfallsvård, anestesi och intensivvård. Sjuksköterskor ska, likt andra inom hälso- och sjukvården, utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS, 2010:659). På en akutmottagning påträffas patienter med varierande skador och sjukdomar av olika allvarlighetsgrad, patientomsättningen och arbetsuppgifterna varierar

kraftigt och kräver därmed att hälso- och sjukvårdspersonalen kan anpassa sig därefter (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef & Maes, 2011). Sjuksköterskor på akutmottagningar förväntas kunna göra snabba och korrekta bedömningar av olika tillstånd. Dessa beslut grundas på teoretiska kunskaper och på erfarenheter. Det kan vara utmanande att utveckla en god relation, ett ömsesidigt förtroende och en helhetsbild av patienten i och med de korta mötena med både patient och närstående (Wikström, 2006).

Sjuksköterskor har en ledarskapsfunktion i vård- och omsorgsarbetet. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskriver att sjuksköterskor bland annat ska ”ha förmåga att utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens” (Socialstyrelsen, 2005a, s. 13). Wikström (2006) menar att detta gäller för samtliga sjuksköterskor på samtliga arbetsplatser, men det kan tänkas vara särskilt utmanande på en akutmottagning. De som arbetar inom hälso- och sjukvård måste veta vilka uppgifter och vilket ansvar de har. Även en medvetenhet bör finnas om att ett antal patienter kommer att avlida trots att de fått adekvat vård och omsorg. Det går inte att förutse vad som kommer att ske vilket gör att de som arbetar på en akutmottagning alltid måste vara förberedda (Beckstrand et al., 2008). Att vårda döende patienter och dess närstående är mycket stressfyllt och svårt, särskilt då sjuksköterskor alltid arbetar närmast patienten (Beckstrand & Kirchhoff, 2005).

På grund av arbetssituationen och arbetsmiljön som sjuksköterskor på akutmottagningar handskas med dagligen finns en större prevalens av psykisk ohälsa hos dessa i jämförelse med sjuksköterskor på andra arbetsplatser. Att dagligen utsättas för stress, traumatiska händelser, sjukdomar, hot och våld utgör en risk för psykisk ohälsa vilket också kan medföra att de inte är kapabla att utföra sitt arbete på den nivå och med den kvalitet som krävs (Stathopoulou et al., 2011; Adriaenssens, De Gucht och Maes, 2012).

Sjuksköterskors upplevelse av att möta närstående

När ett dödsbesked ska lämnas till de närstående är det många gånger en mycket påfrestande och svår situation för samtliga involverade. Sjuksköterskor anser ofta själva att de ska vara professionella och stötta de närstående i dessa situationer, men de kan också bli påverkade (Gerow et al., 2010). Det är särskilt utmanande då akutmottagningen är en arbetsplats med hög patientomsättning, stress och ständigt skiftande arbetsuppgifter som kan göra det svårt att ta hand om och stötta de närstående på ett bra sätt (Adriaenssens et al., 2011). Sjuksköterskor kan behöva undertrycka sina egna känslor då uppgiften är att stötta de närstående och hantera deras känslor (Brunelli, 2005). Att stötta och vårda patienter och närstående är en del av arbetet på en akutmottagning, detta innebär inte att sjuksköterskor är immuna mot sorg, stress eller förlust. De känslor som upplevs i samband med ett plötsligt dödsfall och under tiden som spenderas med de närstående behöver tas om hand på något vis (Flam, 1999). Det är viktigt att upplysa sjuksköterskor om på vilket sätt de kan påverkas av att en patient plötsligt avlider för att de på bästa möjliga sätt ska kunna hantera sina tankar och känslor (LeBrocq et al., 2003; Vanezis & McGee, 1999). Ytterligare en svårighet som de kan ställas inför i dessa sammanhang kan vara då patienten och de närstående kommer från en främmande kultur där de har olika ritualer och förhållningssätt som bör tas hänsyn till (LeBrocq et al., 2003).

Plötslig och oväntad död

Plötslig död innebär en naturlig eller onaturlig död som är oväntad och i vissa fall kunde ha förhindrats (Redley, Beanland & Botti, 2003). Den vanligaste dödsorsaken i Sverige är hjärt-kärlsjukdomar och den näst vanligaste är tumörsjukdomar (Socialstyrelsen, 2010). Cirka 20

procent av alla dödsfall sker plötsligt. Begreppet plötslig död omfattar olycksfall, akut sjukdom, mord och suicid. När en person plötsligt och oväntat avlidit kan de närstående uppleva att en värdefull del av dem har förlorats utan förvarning (Tye, 1993; Vanezis & McGee, 1999). Om de närstående inte har förstått allvaret med en sjukdom så kan ett dödsfall upplevas som plötsligt och oväntat (Carlander, 2010).

Dödsförklaring

En människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort, detta benämns som total hjärninfarkt. Det är en läkare som i enighet med vetenskap och beprövad erfarenhet som fastställer att döden har inträtt, vilket ska göras om blodcirkulation och andning har upphört och stilleståndet har varat under så lång tid att läkaren kan avgöra att en total hjärninfarkt inträffat (SFS, 1987:269). Dödsfallet bekräftas med direkta eller indirekta kriterier. Indirekta kriterier innebär att läkaren gör en klinisk undersökning av patienten då det finns kännetecken som tyder på att ett varaktigt hjärt- och andningsstillestånd har lett till total hjärninfarkt. Det är fyra kriterier som ska uppfyllas (Socialstyrelsen, 2005b).

Lämna dödsbesked

Det är verksamhetschefens ansvar att se till att dödsbeskedet lämnas till de närstående, oavsett var dödsfallet har skett. Personen som lämnar dödsbeskedet ska utses med hänsyn till vad som är bäst för de närstående och deras situation. Denna person kan vara exempelvis läkare, sjuksköterska eller präst. Läkaren som fastställt döden bör se till att det är en lämplig person som kontaktar de närstående (Socialstyrelsen, 1996).

När dödsbeskedet ska lämnas till de närstående bör de tas till ett avskilt rum som är lugnt och ligger nära akutmottagningen. De ska ha möjlighet att känna att de inte är fullständigt separerade från patienten (Vanezis & McGee, 1999). Det är av stor betydelse att personen som lämnar dödsbeskedet har en bra attityd, kan kommunicera på ett rakt och enkelt sätt samt att denne har goda kunskaper om den avlidne och kan svara på den närståendes frågor (Jurkovich, Pierce, Pananen & Rivara, 2000).

Gerow et al. (2010) beskriver att om det är en positiv upplevelse när någon för första gången deltar när ett dödsbesked lämnas till närstående så kommer det att vara till nytta i framtida möten och liknande situationer. Om det däremot blir en negativ första upplevelse så kan det ha en negativ inverkan i både yrkes- och privatliv. Stathopoulou, Karanikola, Panagiotopoulou och Papathanassoglou (2011) menar att det bör uppmärksammas hur psykiskt påfrestande arbetet kan vara för sjuksköterskor på akutmottagningar och att verktyg bör tas fram som kan hjälpa dem i arbetet.

Vid dödsfall där misstanke om brott finns är det oftast polisen som lämnar dödsbeskedet till de närstående. Om livräddande åtgärder har påbörjats i ambulans eller av personal på sjukhus är det sjukvården som i samråd med polisen lämnar dödsbeskedet (Carlander, 2010). Det är fördelaktigt om en person inom hälso- och sjukvården lämnar dödsbeskedet då de kan svara på de medicinska frågor som de närstående vanligtvis vill ha svar på (Merlevede et al., 2004). Det är av stor vikt att hälso- och sjukvården ser till att dödsbeskedet når de närstående snabbt. Det ska undvikas att information om dödsfall rapporteras av media eller annan källa innan de närstående har fått korrekt information på rätt sätt (Carlander, 2010). Dödsorsak bör meddelas till de närstående om de så önskar. Om det inte är möjligt att ge denna information vid dödsbeskedet ska uppgifter om personen som kan göra detta ges (Socialstyrelsen, 1996).

Närstående

Definition

Närstående är ett begrepp som alltmer börjat ersätta begreppet anhöriga och inkluderar personer som patienten själv anser som nära relation. Närstående associeras ofta med nära släkt och familj, men kan även innefatta exempelvis vänner eller utvidgad familj (Svensk sjuksköterskeförening, 2004). Patient och närstående kan vara relaterade till varandra biologiskt, lagligt eller känslomässigt. Hur mycket närstående får vara med och medverka i hälso- och sjukvården bestäms av patienten, förutsatt att kompetens och mognad för detta finns (institute for patient- and family- centered care, 2010).

Närståendestöd

Vanezis och McGee (1999) beskriver att när de närstående ska ta sig till en akutmottagning för att få besked om att deras närstående har avlidit bör de ha sällskap av en vän eller familjemedlem som kan stötta dem. De kan komplettera det stöd som hälso- och sjukvårdspersonalen ger. Hallgrimsdottir (2000) menar att information, stöd och trygghet var vad de närstående ansåg vara viktigast. Merlevede et al. (2004) anser att det är fördelaktigt att kontakta andra yrkeskategorier för att stötta de närstående. Exempelvis kan en psykolog tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal stötta och hjälpa dem under och efter samtalet om dödsfallet. Matsakis, Campbell och Fahy belyser (enligt Clements et al., 2006, s. 366) att det är bra att ha information om olika föreningar, grupper och kyrkor som kan stötta de närstående i deras sorgearbete efter att de lämnat sjukhuset.

Det finns föreningar i Sverige som ger stöd till närstående i kris. Ett exempel på en sådan förening är Vi som mist någon mitt i livet, (VIMIL), som syftar till att stötta personer som förlorat en närstående (Vi som mist någon mitt i livet, u.å.). Svenska Kyrkan erbjuder sorgegrupper för vuxna och barn som förlorat någon närstående. Det finns olika grupper med olika fokus, en del vänder sig till personer som förlorat sin livskamrat, andra till de som förlorat ett barn eller förälder (Svenska Kyrkan, 2012).

Kris

Begreppet kris härstammar från grekiskans *krisis* och betyder ”avgörande vändning, plötslig förändring, ödesdiger rubbning” (Cullberg & Lundin, 2006, s. 15). En psykisk kris innebär en upplevelse av självförkastelse, en övergivenhet och kaos. Carlander (2010) menar att ett svårt och oönskat besked kan leda till kris. Cullberg och Lundin (2006) beskriver att kris och krishantering delas upp i fyra faser; chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Det är inte nödvändigt att gå igenom alla stadier, det är något som skiljer sig från individ och tillfälle.

Chockfasen är den första tiden i krisen då individen har svårigheter att ta in verkligheten. Denna fas kan vara mellan ett par sekunder till dygn. Författarna menar att det är viktigt att som vårdpersonal känna till när en patient eller närstående är i chockfasen då de sällan minns vad som sagts eller skett, och det är därför olämpligt att ge information under denna fas (Cullberg & Lundin, 2006). Vanezis och McGee (1999) beskriver att information som ges under chockfasen kan missuppfattas av mottagaren men det är viktigt att informationen når dem i ett senare skede. Värdefull information som de närstående skulle vilja ha kan gå förlorad om det ges under denna fas. Chockfasen och reaktionsfasen utgör tillsammans den akuta krisen. Reaktionsfasen startar när den drabbade börjar förstå och ta in vad som har hänt.

Cullberg och Lundin (2006) skriver att alla individer reagerar och hanterar kriser på olika sätt, vilket kan göra det svårt att uppfatta när någon befinner sig i kris. En patient eller närstående bör inte lämnas ensam när denna befinner sig i chockfasen. Merlevede et al. (2004) beskriver att närstående inte vill bli lämnade ensamma efter att de mottagit ett dödsbesked, de vill ha någon hos sig som kan informera och stötta dem. Cullberg och Lundin (2006) menar att kroppskontakt är något som kan ge en tryggande känsla för den drabbade.

När ett besked om ett plötsligt dödsfall lämnas så är reaktionen alltid olika. Försvarsmekanismer som kan uttryckas när personen är i kris kan exempelvis vara förnekelse av händelsen, isolering av känslor eller bortträngning av det som hänt. Även aggressivt beteende, alkoholmissbruk eller självförkastelse kan uppstå. Vid bemötandet av en person i kris nämns vikten av att ge den drabbade stöd för att kunna uttrycka sina känslor. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är införstådd med att uppgiften inte är att ge tillbaka vad den drabbade förlorat utan istället vara ett stöd för närstående (Cullberg & Lundin, 2006).

Närstående i kris efter plötsligt dödsfall

Tye (1993) menar att sorgprocessen för de närstående som mottagit besked om ett plötsligt dödsfall ofta startar på akutmottagningen. Ett plötsligt och oväntat dödsfall är en oerhört stressfylld och påfrestande situation för de efterlevande. Walters och Tupin beskriver (enligt Clements et al., 2006 s. 362) att när de närstående för första gången möter vårdpersonalen speglar detta hur sorgprocessen kommer fortlöpa. Clements et al. (2006) och Vanezis och McGee (1999) anser att ett gott bemötande främjar en positiv process och det motsatta kan vara skadligt. Det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda kunskaper om hur de närstående ska bemötas och hur sorgprocesser kan utvecklas. Genom att informera de närstående om hur utvecklingen kan ske så kan de även hjälpa dem att vara förberedda inför framtiden. Skuld och dåligt samvete är något som ofta uttrycks hos de närstående. Det är av stor vikt att de får utrymme att uttrycka känslorna för att på så sätt kunna gå vidare i sorgprocessen. Clements, DeRanieri, Vigil och Benasutti (2004) och Elmqvist (2011) belyser att det är betydelsefullt att de närstående får både muntligt och skriftligt information då de kan ha svårt att förstå informationen som givits.

När en patient plötsligt avlidit finns det en risk att de närstående hamnar i en psykologisk kris, särskilt då de inte haft möjlighet att förbereda sig (Clements et al., 2004; Li, Chan & Lee, 2002). Det är viktigt att ge de närstående noggranna uppgifter om förloppet om de så önskar och tala om att hälso- och sjukvårdspersonalen gjorde vad de kunde för att förhindra dödsfallet. Genom att berätta att patienten inte lämnades ensam så kan de skuld-känslor som ofta uttrycks av de närstående minimeras. Det uppges vara av stor betydelse för de närstående att närvara när patienten avlider (Vanezis & McGee, 1999). Det är viktigt att ge de närstående korrekt och ärlig information om eventuella förändringar i patientens tillstånd. Att ge närhet och kunna besvara frågor är ytterligare behov som de närstående har (Hallgrimsdottir, 2004).

Elmqvist (2011) och Henderson och Knapp menar (enligt Beckstrand et al., 2008, s. 298) att flera av de närstående som varit med under återupplivning i akutrummet ansåg att det underlättade deras sorgprocess och att återfå den förlorade kontrollen över situationen. Chapple och Ziebland (2010) beskriver att det finns delade meningar om huruvida den avlidne ska visas för de närstående efter ett traumatiskt dödsfall. För att förhindra att de närstående ska leva med obehag och besvärliga minnen bör den avlidne inte visas, men för att underlätta sorgprocessen för de närstående och för att de verkligen ska förstå vad som hänt så kan visning av den avlidne vara fördelaktigt.

Att mötas

I hälso- och sjukvården sker ett flertal möten varje dag som samtliga skiljer sig från varandra. Förmågan att förstå andra människor är grunden för ett givande möte. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal och patienten förstår varandra för att mötet ska bli effektivt, vilket också kräver att hälso- och sjukvårdspersonalen har en god kommunikativ förmåga (Fossum, 2007).

Bemötande

Fossum (2007) beskriver att bemötande innefattar hur ett samtal genomförs. Ett gott bemötande involverar det verbala och det kroppsliga språket. Leske menar (enligt Hallgrimsdottir, 2004, s. 114) att den osäkerhet och stress som närstående kan uppleva vid plötslig sjukdom eller skada kräver särskilt anpassat bemötande för att kunna stärka och stötta dem, så att de i sin tur kan stötta varandra och patienten. LeBrocq, Charles, Chan och Buchanan (2003) menar att brist på kunskap om hur de närstående ska bemötas när de befinner sig i en kris kan leda till att de inte får den hjälp och stöd de behöver för att ta sig igenom sorgen och förlusten på ett tillfredsställande sätt.

Fossum (2007) menar att det kan vara betydelsefullt att hälso- och sjukvårdspersonal, patient och närstående har ögonkontakt under samtal och att personalen presenterar sig på ett bra sätt. Patienten har rätt att få en presentation av hälso- och sjukvårdspersonalen och vilken yrkeskategori de tillhör. Bemötandet kan handla om huruvida kroppskontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal, patient och närstående ska förekomma samt om hjälpsamhet, respektfullhet och tonfall. Försättningsvis belyses att patient och närstående ska bli bemötta på ett professionellt sätt inom hälso- och sjukvården då bemötandet är viktigt för hur patient och närstående uppfattar hälso- och sjukvårdens kvalitet. Elmqvist (2011) beskriver att om sjuksköterskor tar sig tid att sitta ned hos patienter eller närstående så visar det att de tar sig tid att lyssna på och prata med dem. Socialstyrelsen (2008) skriver att okunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal har visat sig göra att patienter känner sig dåligt bemötta.

Kommunikation

Kommunikation kan vara verbal eller icke-verbal och är en viktig del av hälso- och sjukvården där lyssnandet är grundläggande. Det handlar om en kunskapsöverföring som är essentiell för en fungerande vård och omsorg (Fossum, 2007). Sjuksköterskor ska kunna kommunicera med såväl patienter, närstående och kollegor på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Genom denna kommunikationsförmåga ska de bland annat kunna ge stöd, vägledning och undervisning (Socialstyrelsen, 2005a). Bristfällig kommunikation mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal är en av de komponenter som utgör de största orsakerna till att patientsäkerheten brister (Socialstyrelsen, 2004).

Röst och tonfall påverkar hur ett samtal upplevs och hur information tas emot. Om hälso- och sjukvårdspersonal upplevs som stressade i samtal med patient eller närstående kan det leda till att det hindrar dem från att uttrycka sina frågor och känslor. Medicinska uttryck är något som bör undvikas inför patienter då missförstånd kan uppstå. Det är viktigt att kommunicera så att mottagaren förstår. Ett hinder för detta kan vara att en person som är involverad i samtalet har en inhemsk dialekt eller en utländsk brytning. För att säkerställa att patient och närstående har förstått given information bör den ges både skriftligt och muntligt (Fossum, 2007). De närstående behöver få tydlig och ärlig information om vad som har hänt på ett språk och ett sätt som de behärskar (LeBrocq et al., 2003). För att minimera risken för missförstånd bör den som lämnar dödsbeskedet kommunicera rakt och tydligt. Förskönande omformuleringar så

som *finns inte längre med oss* och *har lämnat oss* ska undvikas, istället bör *dött* eller *avlidit* användas (Vanezis & McGee, 1999).

Att stödja

Merlevede et al. (2004) menar att en av de svåraste uppgifter som sjuksköterskor på akutmottagningar kan få göra är att delta när ett besked om ett plötsligt dödsfall ska lämnas till närstående. Det kan vara särskilt svårt då de inte har någon relation till vare sig patient eller närstående eftersom att kontakten varit kort och intensiv. Adamowski et al. (1993), Flam (1999) och Gerow et al. (2010) beskriver att det är en relativt vanlig uppgift för sjuksköterskor på akutmottagningar att vara delaktiga i att lämna dödsbesked, trots detta saknas det stöd och vägledning för att dessa möten ska bli så bra som möjligt.

Debriefing är något som ibland används för att ge en möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att samtala efter att något traumatiskt eller svårt har inträffat. Socialstyrelsen (u.å.) definierar debriefing som en form av bearbetning som syftar till att minska stressreaktioner till följd av svåra situationer och för att främja återhämtningsprocessen. Debriefing kan vara ett bra sätt att samla hälso- och sjukvårdspersonal som har varit involverade i något svårt eller traumatiskt patientfall så som ett plötsligt dödsfall. Det finns då utrymme att gå igenom och diskutera praktiska och känslomässiga aspekter som kan relateras till dödsfallet. Debriefing ger en möjlighet att bearbeta känslor och svårigheter, samt om det finns någon som behöver ytterligare hjälp och stöd kan gruppen uppmärksamma det (Adriaenssens et al., 2012). Då kollegor ofta utgör både ett emotionellt och ett praktiskt stöd för varandra så är debriefing ett värdefullt sätt att samla kollegor under en viss förutbestämd tid för att kunna ventilera och prata ut, för att sedan gå vidare med arbetet (Flam, 1999).

En stödperson som är fysiskt och känslomässigt närvarande och som kan stötta sjuksköterskor i arbetet är något som Gerow et al. (2010) beskriver som värdefullt när ett dödsbesked ska lämnas till närstående. Det beskrivs som betydelsefullt att få stöd inför möten med närstående för att sjuksköterskorna ska kunna förstå situationen och därigenom kunna utföra sin arbetsuppgift på bästa sätt. Vidare beskrevs att de bland annat ville veta hur de skulle bete sig och vad de skulle säga till de närstående. Adriaenssens et al. (2012) menar att stödet från kollegor och ledning är viktigt för att kunna hantera olika situationer på arbetsplatsen och för att utbrändhet och fysisk och psykisk ohälsa ska förebyggas. Brunelli (2005) och Stathopoulou et al. (2011) belyser att sjuksköterskor ofta får stöd av sina kollegor men att stöd från ledningen saknas. Beckstand och Kirchhoff (2005) och Hallgrimsdottir (2004) anser att en stor andel sjuksköterskor upplever att de inte har den utbildning och de redskap som behövs när de ska möta närstående till patienter som plötsligt avlidit. För att kunna utföra arbetet efter omhändertagandet av de närstående menar de att det emotionella stödet är det viktigaste. Vidare beskriver Hallgrimsdottir (2000) att sjuksköterskor är i behov av en tydlig ansvarsfördelning när de ska möta närstående, följt av skriftlig information gällande etiska, religiösa och juridiska frågor.

SYFTE

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning.

METOD

Metodval

En kvalitativ forskningsmetod valdes då författarna sökte ny kunskap och förståelse för vilket stöd sjuksköterskor upplever sig behöva i mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning. Genom att utföra en kvalitativ intervjustudie fick författarna möjlighet att ta del av erfarenheter och upplevelser utifrån deras perspektiv. Kvale och Brinkmann (2009) menar att den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att förstå den intervjuandes livsvärld och kunskaper om det aktuella ämnet frambringas genom den relation och det samtal som intervjuaren och intervjupersonen har.

Urvalskriterier

Författarna valde att intervjua legitimerade sjuksköterskor, med en utbildningsnivå på minst grundnivå och som arbetar på en akutmottagning. För att uppfylla syftet med studien angavs som ett kriterium att de skulle ha mött närstående till en patient som plötsligt avlidit på en akutmottagning minst en gång under sin yrkeskarriär som legitimerad sjuksköterska. De skulle tala och förstå svenska för att det är språket som författarna behärskar. Valet att söka personer att intervjua i Stockholmsområdet gjordes på grund av dess geografiska närhet.

Undersökningsgrupp

Författarna intervjuade sex personer vilket överensstämmer med vad Kvale och Brinkmann (2009) anger som ett lämpligt antal, de anser att fem till 25 intervjuer är passande för kvalitativa intervjuer. Sjuksköterskornas erfarenhet av akutsjukvård var mellan sju månader och 20 år.

Datainsamlingsmetod

Förberedelser

Inför intervjuerna samlade författarna kunskap om det aktuella området och om kvalitativa forskningsmetoder i vetenskapliga artiklar och i relevant litteratur. Detta för att kunna ställa frågor som är relevanta för studiens syfte istället för att fokusera på kunskap som kunnat inhämtas i förhand. Författarna strävade efter att få ett omfattande resultat med nya kunskaper och var även därför måna om att förbereda sig. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det är av stor vikt att intervjuerna har goda kunskaper om det berörda ämnet för att kunna följa upp med följdfrågor. De beskriver även att kvaliteten på materialet från intervjuerna beror på vilka färdigheter och kunskaper intervjuerna besitter. Helgesson (2006) påpekar också att kvaliteten på resultatet är beroende av att intervjuerna har planerat sin studie väl och att genomförandet och dataanalysen är väl utförda.

Intervjuguide

En intervjuguide formulerades (Bilaga I) och denna vägdes mot syftet så att frågorna skulle vara relevanta för studien. Intervjuguiden innehöll fem frågeområden med tillhörande följdfrågor för att möjliggöra en öppen dialog. Frågorna formulerades i deskriptiv form vilket Kvale och Brinkmann (2009) menar är fördelaktigt för att personen som intervjuas ska ges möjlighet att framföra och beskriva sina erfarenheter. Författarna arbetade med att få frågorna enkla och raka i enlighet med Trost (2010) som menar att det då genererar innehållsrika svar. Frågeområdena memorerades för att få ett flyt i intervjuerna, vilket Trost (2010) menar är fördelaktigt för att få en givande intervju. En semistrukturerad intervjumetod tillämpades som tillät sjuksköterskorna att tala fritt men med viss ledning av intervjuaren för att behålla fokus på syftet och för att inte få överväldigande mycket material att arbeta med. Trost (2010)

menar att det är mer fördelaktigt att få något för lite material än för mycket. Författarna strävade efter att följa upp den intervjuades svar med följdfrågor, i stället för att strikt följa ett förutbestämt frågeformulär.

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes med en sjuksköterska för att testa intervjuguiden och kontrollera att frågorna var relevanta i förhållande till studiens syfte. Författarna fick då en chans att testa intervjuteknik, ge varandra feedback och bekanta sig med ljudupptagaren för att få ett bra flyt i kommande intervjuer. Intervjuguiden behölls utan korrigeringsåtgärder då författarna bedömde att frågorna var relevanta för studiens syfte. Pilotintervjun inkluderades inte i resultatet då urvalskriterierna inte uppfylldes. Trost (2010) anser att en pilotintervju kan inkluderas i resultatet i studien om den är väl genomförd, har relevant innehåll i förhållande till syftet och är utförd med någon som motsvarar urvalskriterierna.

Ljudupptagare

En ljudupptagare användes under samtliga intervjuer. Detta för att ha möjlighet att fokusera på att ställa frågor och lyssna på intervjuarens svar och för att kunna lyssna igenom intervjuerna under bearbetningen av materialet. Genom att använda ljudupptagaren behövdes det inte föras detaljerade anteckningar, vilket Trost (2010) beskriver som ett hinder för att intervjun ska fortlöpa smidigt. Användandet av ljudupptagare främjade författarnas lärande och utvecklande inom kvalitativa forskningsmetoder och därför togs beslutet att spela in intervjuerna.

Genomförande

Första kontakten

Författarna sökte kontakt med fem akutkliniker i Stockholmsområdet. Första kontakten med verksamhetschefen för respektive klinik var genom ett brev (Bilaga II). Arbetets syfte presenterades kort och författarnas och handledarens uppgifter angavs. När verksamhetschefen godkände att studien fick utföras på kliniken returnerades ett brev till författarna med verksamhetschefens signatur. Kontakten mellan sjuksköterskorna och författarna erhöles genom telefonkontakt, elektronisk post (e-post) och short message service (SMS) efter att chefsjuksköterskan på respektive klinik hade uppmärksammat dem om att en förfrågan om att delta i en studie för ett självständigt arbete fanns.

Intervjuprocessen

Fem intervjuer genomfördes på den klinik som sjuksköterskan arbetade på, under deras arbetspass efter deras önskemål. En intervju utfördes på Sophiahemmet Högskola. Det avsattes 60 minuter för varje intervju för att tidsbrist inte skulle vara ett störningsmoment. Intervjuerna varade mellan 17 och 45 minuter. Innan intervjuerna startade gavs en muntlig presentation om studien och dess syfte. Ena författaren ställde intervjufrågorna och den andra ansvarade för ljudupptagaren, förde anteckningar och ställde eventuella följdfrågor i slutet av intervjun. Vid varannan intervju bytte författarna roller så att båda fick utföra de olika uppgifterna. Trost (2010) menar att det kan vara fördelaktigt att vara två intervjuare då de kan stötta och komplettera varandra. Sjuksköterskorna valde tid och plats för intervjun, vilket Trost (2010) menar ger personen som intervjuas möjlighet att välja en plats där denne känner sig trygg. Vidare beskrivs att platsen för intervjun bör också vara lugn och ostörd.

Bearbetning av material

Transkribering

Transkribering av data gjordes direkt efter intervjuerna för att inte förlora känslan och stämningen som fanns under intervjun. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och i talspråk även emotionella aspekter så som skratt och hummanden inkluderades i transkriberingen. Detta i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) som menar att om emotionella uttryck skrivs ut så underlättar det för läsaren att förstå innebörden av vad som sagts. Författarna till föreliggande studie valde att inte inkludera pauser eller betoningar då det inte ansågs vara relevant för att kunna bearbeta och analysera texten. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det inte finns några standardregler för hur en intervju ska transkriberas, författarna får välja detta grundat på utskriftens ändamål. Författarna valde att transkribera de två första intervjuerna tillsammans och sedan dela upp de resterande för att kunna utföra transkriberingen så lika som möjligt. Författarna läste varandras transkriberingar innan arbetet sammanställdes. Kvale och Brinkmann (2009) understryker vikten av att en tydlig beskrivning finns om hur transkriberingen ska utföras då de utförs av olika personer.

Analys

En kvalitativ innehållsanalys valdes som metod och utgick från Granheim och Lundmans modell (2004). Författarna inledde analysprocessen med att ta ut delar av analysenheten, vilket är hela intervjuerna, och samlade de meningsenheter som överensstämde med frågor ur intervjuguiden. Sedan kondenserades texten, det vill säga att texten förkortades för att göra den mer lätthanterlig, särskilt då de emotionella uttrycken som inkluderades i transkriberingarna gör texten svårare att arbeta med. När texten bearbetades hade författarna i åtanke att alltid behålla det centrala i innehållet. För att sedan förtydliga och strukturera innehållet fick meningsenheterna olika koder som beskrev vad texten handlade om. När koderna var fastställda skapades kategorier som innehöll olika koder med liknande innebörd. Till sist utformades teman som sammanfattade vad kategorierna handlade om. Analysen innefattade slutligen 51 koder, åtta kategorier och tre teman.

Tabell 1. Exempel på analysprocessens olika steg

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori	Tema
Så önsketänkande är att att vi fick en utbildning en hel dag minst som alla fick gå...	Önsketänkande är att vi fick en utbildning, minst en hel dag som alla får delta i.	Önskar utbildning	Utbildning	Stöd
Ja det är kollegorna man kan få stöd och jag tror att du som personal också behöver gå ut och hämta andan litegrann och säga det att nu behöver jag gå iväg en liten stund...	Det är från mina kollegor jag kan få stöd och jag tror att du som personal också behöver gå ut och hämta andan litegrann.	Hämta andan	Kollegor	
... men det efterfrågas ju mer spegling och feedback och så.	...det efterfrågas mer spegling och feedback.	Spegling	Debriefing	

Trovärdighet

Författarna har gemensamt utfört intervju- och analysprocessen, med undantag av transkribering av fyra intervjuer. Intervju- och analysprocessen har beskrivits. Även citat som var representativa för innehållet i resultatet användes från den transkriberade texten. Dessa val gjordes för att stärka trovärdigheten och överförbarheten i enighet med vad Granheim och Lundman (2004) menar stärker studiens trovärdighet och överförbarhet. Urvalskriterierna valdes för att stämma överrens med studiens syfte, för att nå samma urvalsgrupp och intervjuguiden utformades och testades för att uppnå en hög giltighet. Trost (2010) beskriver vikten av att undersöka det som är relevant för studiens syfte, bedöma hur relevant frågeställningen är samt se över kvaliteten på insamlad data.

Forskningsetiska överväganden

Helgesson (2006) menar att forskningsetiska överväganden är en central del av forskningen och detta har författarna gjort i samband med alla olika faser under arbetets gång. För att söka tillstånd om att få utföra studien på de valda klinikerna kontaktades verksamhetscheferna för respektive klinik genom ett brev (Bilaga II) för skriftligt godkännande. I enlighet med Helgesson (2006) erhöll sjuksköterskorna information om studien och dess syfte innan ett muntligt informerat samtycke lämnades. Även information gavs om att det informerade samtycket kunde tas tillbaka när som helst utan att de behöver uppge en orsak till varför. Medverkandet i studien var frivilligt. Helgesson (2006) understryker vikten av att värna om individens autonomi och integritet. Vidare beskrivs betydelsen av att se till de negativa konsekvenser som forskningen kan innebära för personerna som deltar i studien. Under intervjuerna kan ämnen diskuteras som frambringar minnen och starka känslor hos sjuksköterskorna vilket kan resultera i att de påverkas negativt både psykologiskt och socialt.

Författarna har hela tiden haft i åtanke att inte tolka eller vinkla resultatet för att passa studiens syfte vilket Helgesson (2006) menar är förfälskning. Författarna transkriberar intervjuerna ordagrant för att undvika att förvränga vad som sagt. Det inspelade materialet och transkriberingen har enbart författarna tagit del av och raderades efter godkänd studie. Sjuksköterskorna informerades om konfidentialiteten. Trost (2010) beskriver konfidentialitet som att det som sagts under intervjuerna inte ska föras vidare och ingen annan än de som deltagit under intervjun ska veta vem som sagt vad.

RESULTAT

Resultatet presenteras i tre teman: Mötet med närstående, Svårigheter och Stöd. Innehållet under varje tema struktureras med underrubriker som består av åtta kategorier som redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Redovisning av kategorier och teman

Kategori	Tema
Förberedelser inför mötet med närstående Omhändertagande av närstående Att stötta närstående	Mötet med närstående
Svåra möten Svårast i mötet med närstående	Svårigheter
Emotionellt stöd Praktiskt stöd Skillnad i behov av stöd	Stöd

Mötet med närstående

Förberedelser inför att möta närstående

För att förbereda sig inför att möta de närstående till patienter som plötsligt avlidit på akutmottagningen så menade sjuksköterskorna att de försöker nollställa sig själva, sina tankar och känslor. Det beskrevs som att stänga av sina egna känslor för att inte gå in i sorgen som de närstående har. Den egna sorgen får komma till uttryck vid ett annat tillfälle, då det är viktigt att bibehålla den professionella och stöttande rollen. Det menade att det är viktigt att ta hand om känslorna så att de inte stängs inne.

Det är viktigt att du håller din egen sorg utanför även ifall du själv tycker det är fruktansvärt sorgligt. Det får du ta en annan dag men inte där med dem. Man kopplar bort sina egna känslor, önskingar och behov. Dem får vi ta hand om när någon annan stans men att vi tar hand om dem när någon annan stans.

Det beskrevs som betydelsefullt att arbeta med sig själv för att klara av att arbeta på en arbetsplats där det ofta möter svårt sjuka patienter och närstående i sorg. Det är av stor vikt att sjuksköterskorna tidigare har berört och reflekterat över saker som döden, rädslor, sorg och andra livsfrågor.

Så oavsett var man arbeta som syrra nästan så tror jag att det är jätteviktigt att arbeta med sig själv och sin egen rädsla för döden, för att bli skadad, för att bli sjuk och sina egna mönster kring kulturer, kring människor i största allmänhet. Jag tror att det är jätteviktigt att man arbetar med sin egen skräck för att sina egna närstående ska dö och att man själv ska dö. Att man måste liksom vara där och grotta runt lite.

Sjuksköterskorna uttryckte att konfrontera och att arbeta med sina fördomar är ytterligare en viktig del av den egna förberedelsen. De menade att alla människor har fördomar men att dessa inte får komma i vägen för hur vården och omsorgen av både patienter och närstående är. Det är en tidskrävande process att arbeta med men desto tidigare det arbetet börjar desto bättre.

Omhändertagande av närstående

Den första kontakten med de närstående kunde vara på sjukhuset då de anlät tillsammans med patienten, eller så kunde det vara via telefon om de närstående inte visste att patienten hade kommit till sjukhuset, eller i värsta fall inte visste att patienten var avliden. Det är oftast den läkare som konstaterat dödsfallet som har den första kontakten med de närstående. Om identiteten inte är känd på den avlidne eller om misstanke om brott finns så är det i allra flesta fall polisen som fastställer identiteten och efterforskar närstående. Det uppmärksammades att det kan bli problematiskt att möta de närstående om det inom familjen finns olika uppfattningar om vem som är närstående.

Det är i de allra flesta fall en läkare som lämnar dödsbeskedet till de närstående. Sjuksköterskans roll är att delta i samtalet och att sedan stanna kvar med de närstående efter att läkaren har informerat och svarat på eventuella frågor. Det förekommer att läkaren inte anpassar sig till de närstående och den situation som de befinner sig i när de ska lämna dödsbeskedet vilket kan leda till att de närstående inte har förstått den givna informationen.

Oftast så är det så att när läkaren har sagt det den känner att den behöver göra så går den ut därifrån och då är det du kvar med de närstående. Tyvärr händer det ganska ofta att läkaren inte är tydlig nog. Det kan det vara så att när läkaren går ut så tittar de närstående på dig och har inte förstått vad läkaren sa. Då får sjuksköterskan berätta.

Ett system för att ta hand om närstående som kommer till akutmottagningen benämndes som närståendemottagare. Närståendemottagare beskrevs vara en sjuksköterska eller en undersköterska som har till uppgift att ta hand om närstående till patienter som kommer till akutmottagningen och är svårt sjuka. De ska stötta de närstående och informera om vad som händer på akutrummet.

Om en instabil patient kommer in på akuten så blir det en larmpatient och då har vi en närståendemottagare som tar emot de närstående. Den här personen är länken mellan de närstående och akutrummet. De får ofta en väldigt god relation med dem.

Sjuksköterskorna underströk vikten av att närståendemottagaren själv känner att den klarar av det just den dagen, både känslomässigt och praktiskt. De menade att alla kan ha en dålig dag eller privata problem som kan göra det olämpligt att vara är närståendemottagare.

De kliniker som inte arbetade med närståendemottagare beskrev hur de i möjligaste mån avsätter en person som har i uppgift att ta hand om och stötta de närstående. De strävar efter att de närstående ska vara med inne på akutrummet istället för att ta dem till en avskild plats. Samtliga sjuksköterskor uppgav att det alltid finns möjlighet att hjälpa de närstående med kuratorskontakt under sjukhusvistelsen och även en tid efter dödsfallet.

Det finns två kuratorer på akuten som arbetar under kontorstider, och under dessa tider kan man få hjälp med närstående av dem. När de inte finns på akuten så mailar man dem så ringer de upp de närstående någon dag efteråt för att kolla hur de mår.

Det ansågs vara viktigt att de närstående får se den avlidne och även att barn får göra det. De menade att det kan vara bra inför bearbetningen av dödsfallet och för att faktiskt förstå att patienten är avlidne. Sjuksköterskorna påpekade att de ibland följer med in i rummet där den avlidne är och även tar i kroppen för att visa att det inte är något farligt. Dessutom finns då en chans för de närstående att ställa frågor som ofta uppstår i samband med visning av den avlidne.

När det gäller visningar av döda så brukar jag vara med inne i rummet initialt så att man ska känna att det inte är farligt eller att det är läskigt. Det är även viktigt att våga ta i den döda kroppen.

Stötta närstående

Det framkom att sjuksköterskorna upplever att de närstående tycker att det är lättare att prata med sjuksköterskor än med läkare. De menade att det kan bero på att läkaren inte alltid tar sig tid att sitta ned och prata med de närstående på ett språk som de förstår eller att de upplever att de behöver ställa mer komplicerade medicinska frågor. Det kan vara fördelaktigt att sjuksköterskan stannar kvar efter att läkaren har sagt sitt. Dessutom kan de närstående inte

alltid ta emot information i nära anslutning till dödsbeskedet, vid dessa tillfällen är det bra att det finns en sjuksköterska hos dem som kan upprepa informationen vid ett senare tillfälle.

Det ansågs vara viktigt att de närstående har stöd när de mottagit ett besked om ett plötsligt dödsfall. De närstående är inte alltid i behov av att sjuksköterskan ska säga så mycket, det som beskrivs som mest betydelsefullt är att vara närvarande och att lyssna. Det belyses också hur viktigt det är att våga sätta sig ned hos de närstående, ha kroppskontakt och att se dem i ögonen.

Det handlar ju ganska mycket om att agera som medmänniska.

Svårigheter

Svåra möten

Det framkom under intervjuerna att det finns särskilda situationer där sjuksköterskorna upplever att de är i större behov av hjälp och stöd. Barn som avlider, patienter som begått suicid och att möta dess närstående beskrivs som svårast i arbetet på en akutmottagning.

Traumatiska dödsfall så som suicid det känns så onödigt, det kan vara unga personer som har hängt sig eller så. Sådana dödsfall som sticker ut, då vill man gärna reflektera med sina kollegor, gå undan lite och få stöd av dem.

Samtliga sjuksköterskor upplevde att det är svårare att ta hand om patienter som avlidit och deras närstående om den avlidne är någon de kan identifiera sig med. Det kan vara på grund av att de är i samma ålder, har en familjemedlem som är i samma ålder eller att familjekonstellationen är lik dess egen. De menade att de lättare kan sätta sig in i de närståendes situation och därmed bli mer känslomässigt involverade.

Däremot så tror jag att jag skulle behöva gå och hämta energi om det skulle vara så att det handlar om personer i min ålder. För jag tror att jag skulle kunna identifiera mig på ett helt annat sätt om de har samma livssituation.

Om sjuksköterskorna själva hade varit med om att en närstående plötsligt avlidit så kunde det göra mötet med de närstående mer känslomässigt påfrestande men också stärka dem i och med att de har en djupare förståelse för vad de närstående behöver i en sådan situation. Det lyftes även att det kan vara svårt att möta patienter och närstående om sjuksköterska, närstående och patient har en relation sedan tidigare.

Det kan vara jobbigare när en patient avlider som man känner och man känner de närstående. Då blir det som att behöva ta farväl av två personer istället för en.

Svårast i mötet med närstående

Sjuksköterskorna understök vikten av att vara ärlig gällande information till de närstående. Något som återkom under intervjuerna var att vid mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på akutmottagningen upplevdes det som svårt att avväga vilken information de närstående ska få.

Jag tycker nästan att det svåraste är om jag sitter med närstående och jag vet att patienten har dött och jag kan inte säga det till dem. Och om jag också vet

att den läkare som kommer och förmedlar buskapet inte är den bästa, det är faktisk det jag tycker är svårast. Jag känner mig så oärlig fast jag vet att jag inte är det.

Upplevelsen av att inte veta vad som ska sägas och känslan av att inte räcka till för de närstående upplevdes vara svårt. När en patient plötsligt avlidit är sorgen enormt svår att trösta. Sjuksköterskorna kände sig maktlösa då de inte kunde hjälpa de närstående så mycket som de skulle vilja. De uttryckte att det ibland är svårt att visa sig stark inför dem.

Man blir ledsen, det är väldigt laddat. Så det är svårt ibland att försöka vara stark, och samtidigt trösta. Det är svårt att känna att jag inte kanske inte ser stark ut och när man ska vara stark.

Det beskrevs att det kan vara svårt att veta på vilket sätt de närstående ska tas om hand då alla människor är olika. När ett dödsbesked har lämnats kan sjuksköterskorna mötas av närstående som är oerhört utåtagerande eller totalt tillslutna. Det är viktigt att låta de närstående uttrycka sina känslor på det sätt som de vill, och på ett sätt som fungerar bra för dem vid det tillfället.

Det här att arbeta som sjuksköterska är väldigt mycket att möta människor där de är, inte där vi önskar att de skulle vara.

Skillnader beskrevs i hur känslomässigt involverade sjuksköterskorna kunde bli när ett dödsbesked skulle lämnas beroende på hur delaktiga de varit i vården av patienten vid dödstillfället. Om sjuksköterskan har varit tillsammans med de närstående under tiden som patienten vårdats på akutrummet så är det vanligt att de närstående berättar om hur patienten är som person vilket kan göra det svårare att distansera sig från de närståendes sorg.

När du som närståendemottagare lyssnar på när de berättar om patienten blir den allt mer levande, då kan man bli mer berörd och absolut få tårar. Det ser jag inte som något negativt. Att det kommer en tår eller att man blir känslomässigt berörd sker mer i mötet med de närstående än med patienten, det blir en person som kommer fram mer då.

Det framkom under intervjuerna att sjuksköterskorna ville ha struktur kring vem som tar hand om de närstående. De menade att det är viktigt för att personalen inte ska behöva leta efter en person som ska ta hand om de närstående, för att det inte ska komma felaktig information på ett felaktigt sätt och för att den som är bäst lämpad för uppgiften ska utföra den. De närstående behöver ha en specifik person som stöttar dem och som visar att deras behov också är viktiga.

Ytterligare en svårighet i mötet med närstående som framkom var att inte veta vem som kommer till akutmottagningen. Svårigheter kring kulturella skillnader var något som beskrevs. Om en patient eller närstående kommer från en kultur eller en religion som sjuksköterskorna inte var bekanta med kunde det upplevas som svårt att ge patienten och de närstående optimal vård och omsorg. Sjuksköterskorna upplevde inte detta som något stort hinder utan beskrev betydelsen av att tillgodose de närståendes behov och respektera olika kulturer. En av sjuksköterskorna uppgav att de hade en pärm med information om olika kulturer och religioner som de kan vända sig till.

Stöd

Skillnader i behov av stöd

Det framkom under intervjuerna att alla har olika behov av stöd, beroende på vilken situation de befinner sig i. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns ett större behov av stöd som nyexaminerad sjuksköterska i det avseende att förstå att det inte alltid finns svar på alla frågor och att de närståendes sorg inte alltid kan lindras. Det är av stor vikt att lära sig att hantera de egna känslorna.

Som nyexaminerad sjuksköterska kan man känna att man måste vara så duktig och kunna allt men egentligen måste man kunna blotta sig själv och vara ärlig med att man inte kan svara på allt.

Det beskrevs att som nyexaminerad sjuksköterska tillfredställdes inte alltid det behov av stöd som fanns inför möten med närstående till patienter som plötsligt avlidit. Sjuksköterskorna menade att samhället då inte hade samma kunskap om hur viktigt det är med stöd. Under tiden som nyexaminerad ansåg en sjuksköterska att något stöd inte var nödvändigt men samtidigt beskrevs arbetet som tungt och känslomässigt påfrestande.

Det framkom att när en äldre patient plötsligt avlider kan det vara lättare att möta de närstående för att döden kan vara befriande för både patienten och de närstående, att det är livets gång. För att klara av att arbeta på en akutmottagning måste det finnas en medvetenhet om att det är de svårt sjuka patienterna och deras närstående som kommer att söka vård där.

Det låter lite krasst men sen är det så att det är livets gång. Det är hit dödsfallen kommer, de dåliga och svårt sjuka patienterna som avlider här. Det blir ju ett jobb och profession, inte att jag är okänslig utan det måste finnas en rimlighet om vad man möter och hur man upplever det själv, annars skulle man aldrig orka.

Samtliga sjuksköterskor ansåg att alla behöver någon form av stöd i olika situationer, beroende på hur man är som person och vilka erfarenheter man har. De som hade möjlighet att prata om situationer som varit särskilt jobbiga med personer i sin omgivning upplevde sig ha mindre behov av stöd på arbetsplatsen. Det uppmärksammades att sjuksköterskor inte har möjlighet att prata om allt som rör en särskild patient och dess närstående på grund av tystnadsplikt. De sjuksköterskor som har arbetat inom akutsjukvården i många år och har upplevt mycket ansåg inte att de hade lika stort behov av stöd. De som arbetar på akutmottaningar vänjer sig vid arbetet de dagligen utför, men att det fortfarande finns extraordinära tillfällen då stöd är värdefullt.

Under intervjuerna framkom olika anledningar till varför sjuksköterskor inte alltid får det stöd som behövs. Bland annat beskrevs det att det inte alltid avsätts tid för att ta del av de stödfunktioner som finns och som behövs.

Jag tror att vi alla behöver stöd. Sen tror jag tyvärr att man lär sig att arbeta på ett sätt där man kanske inte alltid har tid för stöd, och det är ju inte bra.

Ytterligare något som hindrade sjuksköterskorna från att få det stöd de behövde var att de inte alltid vågade be om hjälp. De menade att det skulle vara lättare att ta emot stöd och hjälp om någon utifrån, exempelvis chefsjuksköterskan erbjöd det utan att sjuksköterskan själv behövde

fråga. Det belystes även hur viktigt det är att våga be om hjälp själv och att få möjlighet att avvara några minuter av sin arbetstid för att få en paus. Sjuksköterskorna beskrev hur märkligt det kan vara när de ena stunden tar hand om en patient som plötsligt avlidit och när det är avklarat så ska de vidare och vårda nästa patient, utan att kunna reflektera och känna efter hur de mår.

Idag hade jag ett hjärtstopp och gick och tog mitt morgonkaffe två timmar för sent, det är inte bra i längden men man måste också lära sig att kunna be om hjälp.

Det poängterades att alla är bra på olika saker, sjuksköterskor som har arbetat i många år kan vara bra på det medicinska medan nyexaminerade sjuksköterskor kan vara sämre på just den delen men bättre på att samtala och stötta de närstående. Att inte enbart se till hur många års erfarenhet någon har, utan istället se till människors personliga egenskaper var något som belystes. Nyexaminerade sjuksköterskor kan behöva mycket hjälp och stöd inför de medicinska delarna av arbetet medan de erfarna sjuksköterskorna kan vara i större behov av stöd inför möten med närstående till patienter som plötsligt avlidit.

Praktiskt stöd

Sjuksköterskorna framhöll vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen utbildas i hur närstående tas om hand och hur de på bästa sätt kan möta närstående till patienter som plötsligt avlidit på akutmottagningen. Olika önskemål framkom om vad utbildningen bör innehålla. Bland annat att inrikta sig på den emotionella aspekten genom att samtala om olika känslomässiga reaktioner som kan uppstå hos sjuksköterskan själv och hos de närstående samt hur dessa bäst tas om hand. Det uttrycktes att det är nödvändigt med mer forskning anknutet till de närståendes krisreaktioner, sorgearbete och hur behoven kan mötas på ett tillfredsställande sätt. Det lyfte att det saknas stöd och utbildning på detta område och ett önskemål fanns om att deras chefer och arbetsgivare erbjöd detta.

Så önsketänkande är att vi fick en utbildning, en hel dag minst där alla som ville vara närståendemottagare fick gå. Det vore bra att få sitta och prata rent mentalt och rent känslomässigt, psykologiskt om vad det är som händer med dig när du möter närstående och vad skulle göra att vi blir ännu bättre.

Det var av betydelse för sjuksköterskorna att den person som är närståendemottagare eller på annat vis är utvald att ta hand om de närstående har någon form av utbildning och intresse för området. På en del kliniker hade kuratorerna en stor roll i utbildning och stöttning av personal, andra saknade detta stöd och önskade att kuratorerna kunde dela sin kunskap om att samtala med och möta närstående som plötsligt förlorat någon.

Det skulle vara skönt med någon utbildning, eller att veta hur kuratorer gör när de tar kontakt med närstående, vad de frågar och vad de tycker, självklart skulle jag absolut vilja kunna ha det.

Ytterligare stöd som sjuksköterskorna upplevde att de hade var i form av pärmar och broschyrer med olika typer av innehåll. Dessa riktades till hälso- och sjukvårdspersonalen och till de närstående. Det uttrycktes att pärmar och broschyrer kan vara till god hjälp särskilt om det är ett för sjuksköterskan påfrestande möte med de närstående, vilket kan leda till att information av betydelse glöms bort. Kontaktinformation till kuratorer, läkare, föreningar med mera kan vara bra för de närstående att ha när de kommit hem från sjukhuset, börjat bearbeta

dödsfallet och är mer mottagliga för information. Sjuksköterskorna menade att mycket av den information som de närstående får kommer de inte att minnas när de börjar komma ur den värsta chocken, och då är det fördelaktigt att ha givit informationen på flera sätt. Informationen bör ges både skriftligt om muntligt.

Allt det där praktiska kan jag också få hjälp av andra och genom pärmar där det står exakt hur man gör vid alla sådana här olika tillfällen. Så får man hjärnsläpp så kan man gå till pärmen.

Sjuksköterskorna menade att vid vissa tillfällen kan det vara problematisk med pärmar och broschyrer. Om de förlitar sig för mycket på att pärmar ska ge dem all information och att broschyrerna ska vara det stöd som erbjuds de närstående så går det stöd som en människa kan ge en annan förlorat. De närstående kan aldrig få samma hjälp och stöd av en broschyr som från en människa som finns där och lyssnar. Det beskrevs att möta närstående handlar till stor del om hur sjuksköterskan själv är som person, hur denne själv värderar vad de närstående behöver för stöd och på vilket sätt de behöver stöd.

Man har inga verktyg egentligen som sjuksköterska mer än att jag kan ge lappen om kurator kontakt, men jag har inga modeller eller arbetssätt att arbeta utifrån, utan det handlar mer om ett personligt förhållningssätt.

Kyrkan, präster och olika organisationer beskrivs som värdefulla för att hjälpa de närstående när de lämnar sjukhuset eller när hälso- och sjukvårdspersonalen inte räcker till.

Emotionellt stöd

Samtliga sjuksköterskor upplevde att det emotionella stödet var det viktigaste och att kollegorna var de som främst utgjorde det emotionella stödet. De valde i första hand att samtala med sina kollegor då någonting känns jobbigt eller svårt när de ska möta närstående till patienter som plötsligt avlidit. Det emotionella stödet ansågs många gånger vara ett tillräckligt gott stöd.

Som tur är finns ju fikarummet där det är otroligt högt i tak utan närstående och patienter. Bara att ta en kaffe snabbt och prata av sig.

Att ta hand om närstående på akutmottagningen kan vara mycket intensivt och krävande, därför är det av stor vikt att ha kollegor som kan avlasta om det finns ett behov av att lämna de närstående för en stund. Ett förslag som framkom var att ha två personer vid omhändertagandet av de närstående.

Sen så kan man ju behöva gå ifrån närståenderummet ibland, det kan ju bli väldigt intensivt med närstående, och då kan det vara skönt att ha någon kollega som kan avlasta lite så jag kan få lite andrum och hämta lite luft. För det är väldigt tungt att sitta med någon som sörjer, tycker jag i alla fall. Jag behöver mer bli avlastad rent emotionellt.

Ibland befinner sig sjuksköterskor i situationer då känslor och tankar kan vara svåra att hantera. Sjuksköterskorna beskriver att de då i första hand kontaktar kuratorerna som finns på akutmottagningen för att finna stöd. Om de inte har tid finns det möjlighet att gå till någon av cheferna. Det krävs inte alltid så mycket tid för att kunna hantera en svår situation, ibland är det endast det mest akuta som behöver tas om hand. För att få det önskade stödet krävs det att

sjuusköterskorna själva vet när de är i behov av stöd och att de vet var de ska vända sig. Det är dessvärre inte alltid är möjligt att få de stöd som behövs när det behövs.

Men brister man så brister man och finns det ingen så får man gå in på toa och gråta färdigt helt enkelt.

Det framkommer att debriefing är viktigt vid arbetet på en akutmottagning. Det finns ett behov av mer debriefing, men somliga anser att det endast behövs vid större händelser. Det finns flera sätt att organisera en debriefing. Samtalen kan ledas av exempelvis kuratorer, läkare, sjuusköterskor eller en koordinator. Debriefing används inte i lika stor utsträckning som för några år sedan då akutmottagningarna blir allt mer pressade då antalet patienter ökar.

Vi har inte alltid debriefing, ofta tar man upp att man gör de alldeles för lite.

Sjuusköterskorna ansåg att de inte har debriefing lika ofta som de skulle vilja, utan bara då det har inträffat något särskilt traumatiskt eller när någon i personalen uppmärksammar att det skulle behövas. Även prehospital sjukvård kan vara delaktig i en debriefing.

...det efterfrågas ju mer spegling och feedback.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet att genomföra en kvalitativ intervjustudie ansåg författarna var lämpligt för att besvara syftet. Sjuusköterskornas upplevelser, känslor och åsikter kring ämnet var vad som avsågs att studera. Trost (2010) menar att den valda metoden lämpar sig väl för att studera ämnen utifrån människors olika perspektiv och söka förstå deras sätt att se på sin tillvaro. Hade en forskningsöversikt eller en kvantitativ enkätstudie genomförts hade möjligheten att ställa följdfrågor och tydliggöra eventuella oklarheter gått förlorad samt att de beskrivningar som givits hade sannolikt inte kunnat formuleras lika väl. Detta stärks av Kvale och Brinkmann (2009) som beskriver att det bör tas ställning till vilken metod som lämpar sig bäst för att kunna besvara det som avses att studera. Intervjuer lämpar sig väl om syftet exempelvis är att beskriva människors upplevelser eller syn på livet, om syftet däremot är att studera människors samspel och beteende skulle observationer tillsammans med informella samtal generera bättre resultat.

Urvalskriterierna utformades så att intervjuerna på bästa sätt skulle generera innehållsrika svar som var relevanta för syftet. Författarna diskuterade huruvida sjuusköterskor som inte hade mött närstående till patienter som plötsligt avlidit kunde inkluderas då de också kunde ha en uppfattning om vilket stöd de skulle kunna tänka sig behöva. Ett gemensamt beslut om att enbart inkludera de som mött närstående gjordes till slut för att få ändamålsenliga svar. Då avsikten inte var att göra jämförelser mellan män och kvinnor, åldrar, arbetslivserfarenhet eller skillnader i utbildningsnivå inkluderades inte dessa i urvalskriterierna.

Författarna anser att studiens syfte besvarades och att intervjuerna frambringade riklig och givande information. Det hade varit eftersträvänsvärt med fler intervjuer med personer från olika akutkliniker i Sverige för att få en djupare insikt i ämnet och ett rikare innehåll. Trost (2010) menar att i kvalitativa studier finns en önskan om stor variation men att urvalet ändå ska vara heterogent. För att uppnå detta kan det krävas ett större antal deltagare i studien men

samtidigt inte för många så att ett överväldigande resultat framkommer. För att kunna utföra en sådan mer omfattande studie anser författarna skulle kräva mer tid.

En medvetenhet finns kring det faktum att en del vetenskapliga artiklar som använts publicerades för många år sedan. Inom det område som studerats fann inte författarna den mängd uppdaterad forskning som eftersträvades, men det bedömdes att artiklarnas innehåll var relevant för studiens syfte och även applicerbart på hälso- och sjukvården som bedrevs vid tidpunkten för studien. Den forskning som låg till grund för de resultat som framkom från artiklarna var inte utförd i Sverige vilket hade varit önskvärt då det hade kunnat relateras bättre till den svenska hälso- och sjukvården där föreliggande studie genomfördes.

En semistrukturerad intervjumetod ansågs vara lämplig att använda då det tillät sjuksköterskorna att tala om och utveckla sådant som de fann intressant och värdefullt. Kvale och Brinkmann (2009) menar att metoden ger intervjuarna möjlighet att ta del av intervjupersonens upplevelser och erfarenheter ur deras perspektiv. Detta gjorde även att de gav uttömmande svar. Författarna upplevde ibland att om sjuksköterskorna var engagerade i arbetet kring närstående på akutmottagningen så kunde tid gå åt till samtal om sådant som inte var relevant för studiens syfte. Författarna var också mycket intresserade av ämnet och på grund av bristande erfarenhet av att intervjua fanns svårigheter att styra tillbaka samtalet.

Genomförandet av pilotintervjun gav möjlighet att öva på intervjutekniken och användandet av ljudupptagaren innan de intervjuer som skulle inkluderas i studien genomfördes, vilket var fördelaktigt då författarna hade bristande kunskaper av att intervjua. Dessutom fanns tillfälle att kontrollera intervjuguiden och göra eventuella justeringar innan den skulle användas. För att kunna testa intervjuguiden ordentligt valdes en sjuksköterska som troligtvis skulle kunna ge en rättvis bild av hur väl intervjuguiden besvarar syftet. Pilotintervjun som genomfördes inkluderades inte i resultatet då urvalskriterierna inte uppfylldes, vilket överensstämmer med Trost (2010) som menar att pilotintervjun endast bör inkluderas i dessa fall.

Tiden för intervjuerna minskade successivt ju fler intervjuer som genomfördes vilket troligtvis berodde på att författarna blev säkrare i sin roll vilket resulterade i att samtalen fortlöpte smidigare. Trost (2010) menar att en van intervjuare har lättare att ställa konkreta frågor och därigenom erhålla uttömmande svar. Det fanns möjlighet att ge varandra konstruktiv kritik efter varje intervju vilket också gjorde att följande intervju kunde förbättras. Trost (2010) betonar att det kan vara fördelaktigt med två intervjupersoner då de kan komplettera varandra. Dessutom förekom en del upprepningar och då bedömdes det att vidare utveckling inte var nödvändig.

Författarna upplevde att det var fördelaktigt att använda ljudupptagare under intervjuerna för att fokus kunde hållas på vad som sades och för att ljudinspelningarna och transkriberingarna underlättade analysprocessen. Det upplevdes inte att sjuksköterskorna blev hämmade av att bli inspelade. Trost (2010) beskriver hur personen som blir intervjuad kan känna sig obekvämt och bli hämmad när intervjun spelas in men att det är givande för lärandet för de som intervjuar.

Sjuksköterskorna hade inte fått fullständig information av chefsjuksköterskan om vad studiens syfte var. Detta hade möjligtvis kunnat motverkas genom att de hade fått ta del av den information som verksamhetscheferna och chefsjuksköterskorna fick. Om kontakten hade förmedlats med sjuksköterskorna utan chefsjuksköterskan som mellanhand hade informationen om syftet för studien varit tydligare för dem och de hade haft möjlighet att

förbereda sig ytterligare. Detta upplevdes inte vara något problem och inte heller hindra intervjuerna från att fortlöpa och generera innehållsrika svar som besvarade syftet.

Transkriberingarna av intervjuerna var tidskrävande men underlättade analysprocessen. Önskvärt hade varit om samtliga transkriberingar utförts var för sig och sedan jämförts med varandra för att säkerhetsställa att de utförts på samma sätt. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det hade stärkt reliabiliteten. Intervjuerna genomfördes senare än den tid som planerats och för att spara tid beslutades det att de två första intervjuerna skulle transkriberas tillsammans och sedan dela upp de resterande.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att när sjuksköterskor ska möta närstående till patienter som plötsligt avlidit på akutmottagningen var samtliga i behov av någon form av stöd, det kunde vara praktiskt stöd, emotionellt stöd eller en kombination av de båda. Det fanns varierande behov av stöd i olika situationer beroende på bland annat arbetslivserfarenhet, personlighet, tidigare erfarenheter och socialt nätverk. Den emotionella aspekten var viktigast för samtliga sjuksköterskor och utgjordes främst av kollegor på arbetsplatsen. Gerow et al. (2010) beskriver också vikten av att sjuksköterskor får både praktiskt och emotionellt stöd i mötet med närstående. De lyfter även stödets betydelse för att sjuksköterskor ska kunna möta de närstående på ett sätt som är gynnsamt för samtliga involverade.

För att kunna utföra arbetet tillsammans med de närstående fanns inte utrymme för sjuksköterskorna att uttrycka de känslor och tankar som kunde uppstå under och efter ett sådant möte. De beskriver betydelsen av att dessa känslor och tankar bearbetas vid ett annat tillfälle så att det inte påverkar arbetet med de närstående eller andra patienter. Flam (1999) beskriver också betydelsen av att tankar och känslor behöver bearbetas och betonar att de känslor som uppstår när en patient plötsligt avlidit är särskilt viktiga att ta hand om för att sjuksköterskornas arbete inte ska påverkas negativt. Var och när det fanns utrymme att uttrycka dessa känslor varierade på olika kliniker och olika system för hur personalen togs om hand påträffades. Debriefing var ett system som fungerade i varierande grad och användes i olika omfattning, men samtliga sjuksköterskor ansåg att mer debriefing var nödvändig. Detta kan sättas i relation till vad Flam (1999) skriver om att debriefing är ett värdefullt sätt för kollegor att under en bestämd tid diskutera en händelse tillsammans för att sedan kunna lämna det och återgå till arbetet.

I resultatet framkom att utbildning saknas för sjuksköterskor på akutmottagningarna som möter närstående till patienter som plötsligt avlidit. Detta stärks av Flam (1999) och Gerow et al. (2010) som beskriver att det inte finns tillräckligt med utbildning och vägledning för sjuksköterskor så att de på bästa möjliga sätt ska kunna hantera sådana situationer. Utbildning är nödvändig för samtliga inom hälso- och sjukvården men möjligtvis extra viktigt för de sjuksköterskor som ska möta närstående till patienter som plötsligt avlidit då det kan vara särskilt utmanande. Det framkom att utbildning önskas i hur närstående till en patient som plötsligt avlidit bör bemötas, hur de kan förväntas reagera och hur sjuksköterskorna själva kan påverkas av att möta och ta hand om de närstående. Clements et al. (2006) och Vanezis och McGee (1999) menar att det är av stor vikt att sjuksköterskor besitter den kunskapen för att kunna hjälpa de närstående på ett för båda optimalt sätt. Genom att informera de närstående om hur sorgeprocessen kan komma att utvecklas så kan det hjälpa dem att vara mer förberedda inför framtiden.

Det redogjordes för olika sätt att arbeta med närstående då de kommer till akutmottagningen när en patient är akut sjuk. Gemensamt för samtliga kliniker var att de hade ett system för hur de närstående skulle tas om hand. En del beskrevs som mer organiserade än andra. Ett system kallades närståendemottagare och framställdes som väl fungerande. Ett annat sätt att arbeta på var att avsätta en personal som hade i uppgift att ta hand om de närstående, detta system beskrevs som tillfredsställande i varierande grad. De som inte arbetade med närståendemottagare strävade efter att de närstående skulle vara med på akutrummet när patienten behandlas, vilket kan ha en positiv inverkan på de närståendes sorgeprocess (Henderson och Knapp, refererat i Beckstrand et al., 2008). Anledningen till varför metoderna inte var lika välfungerande ansågs bero på att de inte var lika väl strukturerade på de olika klinikerna. Den bristande strukturen tycktes vara en följd av att sjukhusledningen och chefsjuksköterskorna inte organiserade arbetet och utvärderade resultatet. Hallgrimdottir (2000) och Wikström (2006) beskriver att sjuksköterskor behöver en tydlig arbets- och ansvarsfördelning för att kunna utföra arbetet med de närstående på ett betryggande sätt.

Det språk som används av hälso- och sjukvårdspersonal när de samtalar med närstående kan ibland vara för avancerat och synnerligen när ett dödsbesked ska lämnas. Det framkom att sjuksköterskorna upplevde det besvärligt när de skulle delta vid överlämnandet av ett dödsbesked när den ansvarige läkaren inte hade förmåga att anpassa sitt språk och mängden information till de närstående och dess situation. LeBrocq et al. (2003) anser att de närstående ska få tydlig information på ett språk som de behärskar. Vanezis och McGee (1999) menar att det kan leda till missförstånd och att de närstående inte uppfattat den givna informationen om de inte får informationen på ett sätt som de förstår. Det förekommer att de närstående inte alltid har begripit att läkaren lämnade ett dödsbesked, vilket gör att sjuksköterskan blir den som får förklara det. När sjuksköterskorna behövde lämna ett dödsbesked kunde det upplevas som mycket svårt och det var något som de inte kände sig särskilt bekväma med. Fossum (2007) beskriver hur användandet av medicinska uttryck kan göra att mottagaren inte förstår vad som sagts och att om hälso- och sjukvårdspersonalen upplevs som stressade i samtal med närstående kan utgöra ett hinder för de närstående att uttrycka känslor och frågor. I resultatet framkommer det också att de närstående inte alltid vet hur de ska formulera sina frågor och låta uttrycka sina känslor i mötet med läkare.

Slutsats

När ett dödsbesked ska lämnas till närstående är sjuksköterskorna en betydelsefull del av arbetet med dem. Det är viktigt att de får det stöd som de är i behov av för att mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på akutmottagningen ska fungera på ett tillfredsställande sätt. Att möta de närstående kan väcka många tankar och känslor även hos sjuksköterskorna vilket kan resultera i att kvaliteten på arbetet påverkas negativt. Det framkom i studien att ett behov av stöd fanns inför, under och efter mötet för att optimera kvaliteten på arbetet samt för att värna om sjuksköterskornas välmående. Resultatet visar att det emotionella stödet var mest värdefullt där kollegorna värderades högst och ett behov av utbildning fanns. Även olika typer av praktiskt stöd var av betydelse och utbildning inom varierande områden efterfrågades.

Sjuksköterskor deltar ofta i mötet med närstående när ett dödsbesked ska lämnas. Det är därför av stor vikt att det uppmärksammas vilket stöd sjuksköterskorna är i behov av och att undersöka hur de olika formerna av stöd ska kunna införlivas i arbetet på akutmottagningarna.

Klinisk tillämpbarhet

Författarna anser att studiens resultat är tillämpbart i andra verksamheter utöver

akutsjukvården. Dödsfall sker inom alla verksamheter i hälso- och sjukvården och även då finns närstående som ska tas om hand. Oavsett om dödsfallet är plötsligt eller väntat kan både sjuksköterskor och närstående bli påverkade. Ett behov av stöd finns oberoende av orsak för att kunna hjälpa de närstående på bästa möjliga sätt och även för sjuksköterskornas välbefinnande.

Förslag till vidare studier

Få svenska studier påträffades som berörde vilket stöd sjuksköterskor behöver i mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit, därför anser författarna att fler svenska studier bör genomföras. Hälso- och sjukvården är konstruerad på olika sätt i världen och för att kunna få resultat som är tillämpbara på den svenska sjukvården krävs fler sådana studier.

Det hade även varit intressant att utföra studier med fler intervjupersoner vilket hade kunnat generera ett mer omfattande resultat. Genom att sammanställa de arbetssätt som finns på olika akutkliniker skulle konkreta förslag på stöd som kan användas inom akutsjukvården kunna skapas. En jämförelse skulle kunna utföras mellan skillnader i behov av stöd mellan män och kvinnor, samt mellan nyexaminerade sjuksköterskor och de med flera års erfarenhet.

REFERENSER

Adamowski, K., Dickinson, G., Weitzman, B., Roessler, C., & Carter-Snell, C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors [Elektronisk version]. *Canadian medical association journal*, 149(10), 1445-51.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses [Elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1317-28.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey [Elektronisk version]. *International journal of nursing studies*, 49(11) 1411-22.

Beckstrand, RL & Kirchhoff, KT. (2005). Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors [Elektronisk version]. *American journal of critical care*, 14(5), 395-403.

Beckstrand, RL., Smith, MD., Heaston, S & Bond, AE. (2008). Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care [Elektronisk version]. *Journal of emergency nursing*, 34(4), 290-300.

Brunelli, T. (2005). A concept analysis: the grieving process for nurses [Elektronisk version]. *Nursing forum*, 40(4), 123-8.

Carlander, J. (2010). Att lämna svåra besked. Stockholm: Gothia förlag.

Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK [Elektronisk version]. *BMJ*, E-publicerad 30 April 2010. doi: 10.1136/bmj.c2032.

Clements, PT., DeRanieri, JT., Vigil, GJ., & Benasutti, KM. (2004). Life after death: grief therapy after the sudden traumatic death of a family member [Elektronisk version]. *Perspectives in psychiatry care*, 40(4), 149-54.

Clements, PT., Garzon, L., & Milliken, TF. (2006). Survivors' guilt following sudden traumatic loss: promoting early intervention in the critical care setting [Elektronisk version]. *Critical care nursing clinic of North America*, 18(3), 359-69.

Cullberg, J., & Lundin, T. (2006). Kris och utveckling samt Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner. (5:e uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Elmqvist, C. (2011). *Akut omhändertagande: i mötet mellan patienter, närstående och olika professioner på skadeplats och på akutmottagning*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap).

Flam, R. (1999). Helping the bereaved at the emergency department: a study at the Brussels University Hospital [Elektronisk version]. *International journal of trauma nursing*, 5(3), 95-8.

Fossum, B. (2007). Kommunikation: samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur.

Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, EW. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death [Elektronisk version]. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 122-9.

Granheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness [Elektronisk version]. *Nurse education today*, 24(2), 105-12.

Hallgrimsdottir, EM. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 611-9.

Hallgrimsdottir, EM. (2004). Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences [Elektronisk version]. *Accident and emergency nursing*, 12(2), 114-20.

Heaston, S., Beckstrand RL., Bond, AE., & Palmer, SP. (2006). Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care [Elektronisk version]. *Journal of emergency nursing*, 32(6), 477-85.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Institute for patient- and family- centered care. (2010).
Hämtad från: <http://www.ipfcc.org/faq.html>

Jurkovich, GJ., Pierce, B., Pananen, L., & Rivara, FP. (2000). Giving bad news: the family perspective [Elektronisk version]. *The journal of trauma*, 48(5), 870-3.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2., [omarb.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T., & Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department [Elektronisk version]. *Accident and emergency nursing*, 11(2), 85-90.

Li, SP., Chan, CW., & Lee, DT. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong [Elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*, 40(2), 170-80.

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 [Elektronisk version]. *Resuscitation*, 16(3), 341-8.

Redley, B., Beanland, C., & Botti, M. (2003). Accompanying critically ill relatives in emergency departments [Elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*, 44(1), 88-98.

SFS 1987:269. Lag om kriterier för bestämmande av människans död. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Ordlista för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest/ordlista>

Socialstyrelsen. (1996). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1996-29>

Socialstyrelsen. (2004). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete - en översikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10339/2004-110-1_20041101.pdf

Socialstyrelsen. (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2005b). *Kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-10/Documents/2005_10.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Patientsäkerhet Tema nr 2 - Kommunikation i vården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-9>

Socialstyrelsen. (2010). *Dödsorsaker 2010: Causes of death 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18394/2011-7-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar: Slutrapport mars 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18284/2011-3-36.pdf>

Stathopoulou, H., Karanikola, MN., Panagiotopoulou, F., & Papathanassoglou, ED. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece [Elektronisk version]. *Journal of emergency nursing*, 37(4), 314-20.

Svensk sjuksköterskeförening (2004). *Närståendes behov: Omvårdnad som akademiskt ämne III*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
Hämtad från: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Omv%c3%a5rdnad%20som%20akademiskt%20%c3%a4mne%20III%20N%c3%a4rst%c3%a5endes%20behov.pdf>

Svenska kyrkan. (2012). *Stöd för dig i sorg*. Uppsala: Svenska kyrkan
Hämtad från: <http://www.svenskakyrkan.se/default.aspx?id=658056>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Tye, C. (1993). Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department [Elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*, 18(6), 948-56.

Vanezis, M., & McGee, A. (1999). Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved [Elektronisk version]. *British Journal of Nursing*, 8(14), 932-7.

Vi som mist någon mitt i livet. (u.å.). Hämtad från: <http://www.vimil.se>

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. (1., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

INTERVJUGUIDE

SYFTE

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning.

Hur går det till när närstående till en patient som plötsligt avlidit på akutmottagningen ska underrättas om dödsfallet?

- Vem är det som lämnar dödsbeskedet till de närstående?
- Vilket ansvar har sjuksköterskan respektive läkare?

Kan du berätta hur du som sjuksköterska går tillväga när du möter närstående till patienter som plötsligt avlidit på akutmottagningen?

- Hur beslutas det vem som ska samtala med närstående?
- Kan du berätta om det finns särskilda riktlinjer på kliniken inför dessa möten eller särskilda saker som måste tas upp?
- Hur långa brukar mötena vara? Har ni någon tidsgräns? Positivt eller negativt?
- Kan du berätta vad du upplever som svårast i dessa situationer?
- Kan du beskriva om det finns något som du känner dig osäker på inför dessa möten?
- Kan du berätta vad du skulle behöva för att känna dig säkrare?
- Berätta om hur din upplevelse av dessa möten skiljer sig från när du var nyexaminerad/ny på arbetsplatsen från nu?

Hur förbereder du dig inför mötet med de närstående?

- Beskriv om det finns något som skulle kunna underlätta förberedelserna inför dessa möten?
- Kan du berätta hur du blir påverkad av de närståendes reaktioner efter att de mottagit dödsbeskedet? Hur hanterar du detta?

Upplever du att du har någon form av stöd i dessa situationer?

- Kan du beskriva om det finns något som skulle kunna underlätta arbetet under mötet med de närstående?
- Är det praktiska eller det känslomässiga stödet viktigast för dig?
- Exempel på praktiskt stöd?
- Exempel på känslomässigt stöd?
- Kan du beskriva när andra yrkeskategorier ska kontaktas? Finns det beskrivet när och hur dessa ska kontaktas?

Kan du beskriva hur uppföljning av vårdpersonalen sker efter att en patient plötsligt avlidit på akutmottagningen?

- Kan du beskriva fördelarna med att en uppföljning sker?
- På vilket sätt skulle uppföljningen kunna förbättras?

Har du något mer du skulle vilja tillägga eller dela med dig av?

Adressat
Verksamhet Stockholm, datum
Adress
Postnummer ORT

Hej

Vi heter Sofie Haglund och Emma Helin och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans möte med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med mellan sex och åtta sjuksköterskor som väljs utifrån följande kriterier; sjuksköterskeutbildning på minst grundnivå, att de arbetar på en akutmottagning och att de har mött närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning. De ska även vara svensktalande.

Beskrivning av problemområdet

Vi är intresserade av akutsjukvård och särskilt av hur sjuksköterskan går tillväga vid mötet med närstående till patienter som avlidit. Tidigare forskning har studerats som berör det aktuella området men där upplevelser och känslor kring dessa möten beskrivs. Forskningen visar även att sjuksköterskor anser att de saknar viss vägledning, stöd och hjälp för att hantera dessa situationer på ett tillfredsställande sätt. Vi vill vidareutveckla detta och önskar kunna konkretisera vilket stöd sjuksköterskorna kan tänkas behöva i dessa situationer.

Syftet med det självständiga arbetet

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning.

Det självständiga arbetets design och metod för datainsamling

Vår datainsamling består huvudsakligen av intervjuerna vi utför med sjuksköterskorna. Intervjuerna kommer att utföras av oss båda. En ställer frågor medan den andre antecknar eventuella följdfrågor som ställs i slutet av intervjun. Intervjun kommer att spela in med ljudupptag. Materialet kommer att transkriberas.

Etiska överväganden

Data som identifierar deltagarna i studien kommer inte att publiceras eller ses av obehöriga. Vi önskar ett muntligt informerat samtycke av de personer som intervjuas. Samtycket får tas tillbaka när som helst under studien, utan att sjuksköterskan behöver tala om varför.

Med vänlig hälsning

Sofie Haglund och Emma Helin
Sophiahemmet Högskola

Sofie Haglund

Emma Helin

Telefonnummer Sofie Haglund: 070 XXX XX XX

E-postadress: Sofie.Haglund@student.sophiahemmethogskola.se

Handledare:

Telefonnummer: 08 XXX XX XX

Till verksamhetschef
NN
XXkliniken, Xsjukhuset

Vi heter Sofie Haglund och Emma Helin och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans möte med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning (var god se sida två för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet på XXkliniken, X Sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs vid akutkliniken, är vi tacksamma för Din underskrift av bilagan på sida tre som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid akutkliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Sofie Haglund och Emma Helin

Sophiahemmet Högskola

Studentens namnteckning

Studentens namnteckning

Students namnförtydligande

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students telefonnummer

Students E-postadress

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer

SAMMANFATTNING AV ARBETETS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL

En beskrivning av stödet sjuksköterskor behöver i mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning

Problemområdet

Vi är intresserade av akutsjukvård och särskilt av hur sjuksköterskor går tillväga vid mötet med närstående till patienter som avlidit. Tidigare forskning har studerats som berör det aktuella området men där upplevelser och känslor kring dessa möten beskrivs. Forskningen visar även att sjuksköterskor anser att de saknar viss vägledning, stöd och hjälp för att hantera dessa situationer på ett tillfredsställande sätt. Vi vill vidareutveckla detta och önskar kunna konkretisera vilket stöd sjuksköterskorna kan tänkas behöva i dessa situationer.

Syftet

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med närstående till patienter som plötsligt avlidit på en akutmottagning.

Arbetets design och metod för datainsamling

Vår datainsamling består huvudsakligen av intervjuerna vi utför med sjuksköterskorna. Intervjuerna kommer att utföras av oss båda. En ställer frågor medan den andre antecknar eventuella följdfrågor som ställs i slutet av intervjun. Intervjun kommer att spela in med ljudupptag. Materialet kommer att transkriberas.

Tidslängd för arbetet

Arbetet påbörjas 12XXXX (vecka X) och avslutas 12XXXX (vecka X). Vi önskar utföra intervjuerna mellan vecka X och vecka X.

Vi kan erbjuda plats för intervjuerna på Sophiahemmet Högskola, men önskas en annan plats så anpassar vi oss efter det.