

Ä
RES
EX
A
T
ÖR
E
li

N
OR
N
NER
S
NER
At tiv

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2016-05-18
Kurs: Ht14

Författare:
Anna Grauers Åberg

Handledare:
Marie Halminen

Examinator:
Carina Lundh Hagelin



Varje år dör det cirka 90 500 människor i Sverige, cirka 19 000 av dessa dör plötsligt. En stor del avlider på sjukhuset och många gånger mycket oväntat. Det är vårdpersonalens uppgift att finnas och stötta de närstående. Sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård kommer nästan dagligen i kontakt med närstående som förlorat en anhörig och förväntas kunna hantera de närståendes sorg på ett professionellt sätt. En del närstående har genomgått en förberedelse tid medan andra får uppleva en mer oväntad och plötsligt bortgång av sina anhöriga.

Syftet med litteraturöversikten var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta och ta hand om de närstående efter ett plötsligt dödsfall inom akutsjukvård.

Metoden har genomförts som en litteraturöversikt med deskriptiv design det vill säga att resultatet bygger på ett redan publicerat forskningsresultat som författaren har sammanställt till en genomarbetad text i resultatdelen. Litteraturöversikten bygger på 14 vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes i vetenskapliga godkända databaser och alla artiklar som inkluderades höll god kvalitet enligt riktlinjer från Sophiahemmets kvalitetsgranskning och alla inkluderade artiklar var relevanta till litteraturöversiktens syfte.

Resultatet grundar sig på tre huvudkategorier som arbetades fram under dataanalysen. *Huvudkategorierna var sjuksköterskans perspektiv, faktorer som påverkar möte med närstående och vårdrelationens betydelse i mötet med närstående.* Sjuksköterskans tydligaste arbetsuppgift var att stödja och se och tillmötesgå de närståendes behov. För att kunna göra det krävdes en god vårdrelation. Artiklarna gav exempel på vad sjuksköterskorna ansågs vara en del av svårigheten i att möta närstående som förlorat en anhörig plötsligt. Artiklarna lyfter framförallt fram sjuksköterskornas egna känslor och erfarenheter men även verksamheterna och då både bra respektive dåliga orsaker. Sjuksköterskorna upplevde även en bristfällighet i deras grundutbildning och att de saknade kunskap och riktlinjer från verksamheten inom området.

Diskussionen visar att i situationer där närstående förlora sin anhörig plötsligt och oväntat många gånger upplevs som en svårighet av sjuksköterskorna. I vissa fall upplever sjuksköterskorna känslomässiga svårigheter och obehag som leder till att de upplever en känsla av att de inte räcker till för de närstående och deras behov och förväntningar. Det leder till att sjuksköterskorna är osäkra på om de tillgodoser de närstående tillräckligt i dessa situationer. Tidigare studier visar att sjuksköterskor upplever att grundutbildningen är bristfällig, utbildningen erbjuder inte tillräckligt med kunskap om vården av närstående. För att förhindra deras negativa tankemönster och osäkerhet vid omvårdnaden av närstående som plötsligt har förlorat en anhörig, behövs mer kunskap och att den teoretiska kunskapen får utrymme i praktiken.

Slutsatsen är att akutsjuksköterskan skulle stärka sin yrkesprofession i omhändertagandet av närstående som plötsligt har förlorat en anhörig genom mer kunskap och då med både teoretiskt och praktiskt undervisning, bättre struktur och tydligare riktlinjer ute i verksamheten.



Plötslig död, närstående, akutsjukvård, sjuksköterska och upplevelser.



Every year approximately 90,500 people die in Sweden, about 19 000 of these die suddenly. A large portion dies in the hospital and many times the death comes unexpected. It is the health professionals task to find and support the relatives. Nurses working with emergency care, almost daily come in contact with relatives who have lost a loved one and they are expected to manage the related parties grief in a professional manner. Some of the people have undergone a preparation time, while others may experience a more unexpected and sudden death of their relatives.

The aim of this literature overview was to examine nurses' experiences to meet and take care of the relatives after a sudden death in emergency care.

The method has been implemented as a literature review with descriptive design that is to say that the result is based on an already published research, which the author has compiled into an elaborated text in the results section. The literature review is based on fourteen scientific articles. Articles were searched in approved scientific databases and all the articles included was of good quality according to the guidelines from Sophiahemmetts quality control and all the included articles were relevant to the literature review purpose.

The result is based on three main categories that were developed during the data analysis. *The main categories were the nurse's perspective, factors influencing the meeting with the relatives and the effect of care relationship when meeting with the relatives.* The nurse's obvious task was to support and see and meet the needs of the related parties. To do so required a good care relationship. The articles gave examples of what the nurses were considered to be part of and the difficulty in the meeting with the relatives who have suddenly lost a loved one. Articles highlights the nurses own feelings and experiences, but also the organization behind the nurses, both the good and bad sides. The nurses also noticed a deficiency in their education and that they lacked the knowledge and guidance of activities in the area.

The discussion shows that in situations where relatives lose their loved one suddenly and unexpectedly, often perceived as a difficulty by nurses. In some cases nurses are experiencing emotional difficulties and discomfort that causes that they feel that they are not enough for the family and their needs and expectations. Which means that the nurses are unsure whether they satisfy the related enough in these situations. From previous studies it is seen that nurses' experiences is that the training and knowledge of the subject is, and inadequate grounds. In order to prevent their negative thought patterns and their uncertainty in the care of relatives who unexpectedly lost a loved one, it will need more knowledge and theoretical knowledge given space in practice.

Conclusion of the literature is that emergency nurse would strengthen their working profession in the care of relatives who have suddenly lost a loved one through more knowledge and then with both theoretical and practical teaching, better structure and clearer guidelines.



Sudden death, relatives, emergency care, nurse and experiences.

N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	8
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	12
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	14
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	22
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	22
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	25
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	31
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	32
N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	33

B1 **h6hkkk**
B g2 **h** **t**

N

Enligt socialstyrelsen (2014) dör det cirka 90 500 personer i Sverige varje år och cirka 19 000 av dessa dör oväntat. Den vanligaste dödsorsaken vid plötslig och oväntad död är hjärtinfarkt. År 2013 drabbades 28 000 människor av hjärtinfarkt och cirka 7 700 av de som drabbades dog av sin infarkt. Andra orsaker till plötsliga dödsfall är olycksfall, arbetsplatsolyckor, trafikolyckor, självmord och plötslig spädbarnsdöd. När en närstående förlorar en anhörig upplever de den här händelsen som någonting traumatiskt och chockartat och att deras livssituation förändras dramatiskt.

Sjuksköterskor på akutmottagningen är dagligen utsatta för att möta närstående som oväntat och plötsligt har förlorat en anhörig. De närstående upplever den här situationen många gånger som en traumatisk händelse. Det innebär att de närstående behöver stöd och hjälp från vårdpersonalen som arbetar på akutmottagningen. Det är oerhört viktigt för sjuksköterskan att ha förkunskap och förståelse om hur de närstående upplever den här situationen. Att ta reda på hur sjuksköterskor upplever att möta de närstående när det oförutsägbara händer kan belysa både vilka kunskaper som finns och saknas samt eventuella behov av stöd som efterfrågas.

R

R

Strömberg (2012), Stubberud (2013), Wikström (2012) samt Wood och Garner (2013) hävdar att personalen inom ambulanssjukvård, akutmottagning och intensivvårds möter alla typer av människor med många olika akuta åkommor men även avlidna patienter därför har alla de här tre instanserna en avgörande betydelse i de mötet och omhändertagandet av de avlidnas närstående.

Ambulanssjukvård

Prehospital vård är den vård som bedrivs utanför sjukvårdsinrättningen exempelvis ambulanssjukvård eller akutsjukvård som bedrivs på olycksplatser. Nyström och Herlitz (2010) beskriver att ambulanssjukvården ställer höga krav på personalen eftersom de träffar patienten och deras närstående först i vårdkedjan. Socialstyrelsen (2009) beskriver ambulansen som ett fordon som är avsett och utrustat för akutsjukvård för att kunna transportera sjuka och skadade patienter till lämplig sjukhusinstans. Vidare menar Nyström och Herlitz (2010) att ambulanssjukvård är sjukvård som utförs under den tiden som vårdbehovet uppkom oftast i anslutning till patientens hem och tills det att patienten befinner sig på en sjukvårdsinrättning oftast då akutmottagningar, psykmottagningar eller förlossningsmottagningar. Ambulanssjukvården har under de senaste åren genomgått en enorm utveckling. Idag är ambulanssjukvården mer avancerad och kräver därför mer kompetens av personalen. I ambulansen arbetar ett vårdteam som består av två personer, en av dem måste idag vara sjuksköterska med specialistutbildning, som kan innebära vidareutbildning inom akutsjukvård, prehospital vård, intensivvård eller anestesivård. Idag är ambulanserna så utrustade att intensivvård kan bedrivas vilket innebär att patienter kan transporteras till andra vårdinstanser och samtidigt kan bevara samma vårdnivå under transporten (Nyström & Herlitz, 2010).

Akutmottagning

Strömberg (2012), Wood och Garner (2013) beskriver att akutmottagningen är en central enhet i sjukvården och till en akutmottagning kommer människor som har en akut skada eller sjukdom. Wikström (2012) menar att akutmottagningar i Sverige oftast delas in i olika kliniker exempelvis medicin, infektion, kirurgi, ortopedi men även barn och öron, näsa och hals.

Genom akutmottagningen sker enligt Strömberg (2012), Wood och Garner (2013) ett samverkansarbete med de flesta andra sjukvårdsenheter som andra sjukhus, andra avdelningar, ambulans, vårdcentraler, laboratorium, SOS alarm, röntgen, psykiatriska boenden, kriminalvården och andra enheter. Många av patienterna som är inläggande på sjukhusen har haft en kontakt med akutmottagningen (Wikström, 2012). Antalet besök varierar kraftigt på mottagningen. I en rapport från Socialstyrelsen (2013) framkom det att drygt 2.4 miljoner människor sökte vård under 2013 på akutmottagningar runt om i Sverige. Tidpunkten med flest patienter är generellt högre på eftermiddagen och under kvällen, för att senare avta framåt morgontimmarna. Helgerna innebär oftast fler patienter, liksom skolavslutningar, första halkan eller vid löneutbetalning. På akutmottagningen arbetar många olika personalkategorier såsom sekreterare, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare (Wikström, 2012). Idealet för akutens vårdpersonal är att skapa en miljö av respekt och trygghet, där den akut sjuka patienten kan ge uttryck för sin rädsla och ångest. Det är vårdpersonalen som måste ta initiativ och uppmuntra till kommunikation för att få det utbyte av känslor och information som krävs för att kunna ge bästa möjliga akutvård (Kelly, 2005).

Intensivvårdsavdelning

Stubberud (2013) beskriver att patienter som är svårt sjuka och som oftast har haft en tidigare kontakt via ambulansen eller akutmottagningen också ibland hamnar på intensivvårdsavdelningen (IVA). Rashid (2006) menar att som sjuksköterska på intensivvårdsavdelningen ofta har omvårdnadsansvaret för en patient och det är på grund av att patienterna är så svårt sjuka och att de har ett stort medicinskt och omvårdnadsmissigt behov. Vidare menar Stubberud (2013) att inom intensivvården sker ett samarbete mellan olika professioner och arbetet sker i team. Soini och Stiernström (2012) beskriver att patienter som blir inlagda på IVA har genomgått stora operationer, trafikolyckor, hjärtstopp, många med sviktande lungfunktion till exempel i samband med en infektion, och mycket mer. Vid trauma möter personalen från IVA upp redan på akutmottagningen och är med från start, de följer med till röntgen och sedan vidare till IVA med patienten. På en intensivvårdsavdelning används avancerad teknisk utrustning som hjälp vid behandling och övervakning eller livsuppehållande behandling med exempelvis respirator, hjärtstödande behandling eller dialys (Soini och Stiernström, 2012). Enligt Rashid (2006) har närstående en viktig roll i patientens tillfrisknande i samband med intensivvård.



Muntlin och Kurland (2010) och Wikström (2012) benämner att sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning oftast är grundutbildade som allmänsjuksköterskor. Muntlin och Kurland (2010) belyser att ett flertal av sjuksköterskorna inom akutsjukvården börjar bli specialistutbildade och då inom olika områden som akutsjukvård, prehospital ambulanssjukvård, anestesi- och intensivvård ibland även utbildade som distriktssjuksköterskor.

Vidare menar Wikström (2012) att en sjuksköterska på en akutmottagning måste kunna arbeta under stress, vara flexibla och kunna se och ta sig an nya utmaningar varje dag samt att prioritera och möta varje patient och deras närstående som unika personer.

Enligt Benner (2001) och Bremer (2010) är en av sjukvårdens viktigaste uppgifter att rädda liv. Bremer (2010) beskriver att arbetsuppgifterna för en sjuksköterska som arbetar på en akutmottagning skiljer sig från andra mottagningar och avdelningar på ett sjukhus. En sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård måste enligt Bremer (2010) kunna möta det oväntade och oförutsägbara. Akutsjuksköterskan ska kunna ge avancerad, omvårdnad baserad på evidens oavsett allvarlighetsgrad till den akut sjuka patienten på ett professionellt sätt. En akutsjuksköterska måste kunna identifiera potentiellt livshotande tillstånd på icke diagnostiserade patienter och ibland självständigt påbörja en medicinsk utredning och inleda farmakologisk behandling. Vidare menar Bremer (2010) att patienter inkommer till akutmottagningar oplanerade och med olika symtom. Det vill säga att förändringar kan ske snabbt. Det behövs specialistkompetens för triagering, sortering och prioritering, för att kunna säkerställa en god och säker vård för patienter och närstående. Det är sjuksköterskorna på akutmottagningen som prioriterar patienterna utifrån en triagemodell och det är patienterna med störst vårdbehov som prioriteras högst (SBU, 2010). Det är Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763, 2§) som ligger som stöd för triagemodellen.

Arbetet på en akutmottagning sker i team menar Bremer (2010) och där kompetensen är olika men att alla behövs för att kunna tillgodose patienterna och deras närståendes behov samtidigt som akutsjukvården ska sträva efter att bevara patientens och närståendes integritet och värdighet, utan att den medicinska säkerheten påverkas. Benner (2001) betonar att en akutmottagning är en sjukvårdsinstans där de medicinska insatserna kan vara livsavgörande för patienten. Bremer (2010) hävdar att många av patienterna som kommer till akutmottagningen upplever situationen som omtumlande och ofta traumatisk, en oväntad händelse eller sjukdom är oftast grunden till deras besök. Tyvärr är det också så att en del av patienterna är så pass dåliga att de avlider och efter sig lämnar de sina närstående i stor sorg och saknad. De närstående är en del av patienternas vårdprocess och därför också en del av omhändertagandet.



Purves och Edwards (2005) samt Nyström och Herlitz (2010) beskriver att när en patient plötslig avlider på en akutmottagning innebär det för de flesta närstående att de har fått en första kontakt med sjukvården via ambulanspersonal. En av de svåraste och mest utmanande arbetsuppgifter som en sjuksköterska utsätts för och samtidigt måste kunna hantera enligt Purves och Edwards (2005) är när det oförutsägbara händer och en närstående plötsligt mister en anhörig. Vidare fastslår Purves och Edwards (2005) att forskningsresultatet vad det gäller närståendes upplevelse av den första kontakt med ambulanssjukvården även är överförbar för dödsfall som sker på en akutmottagning. Därför betonar Purves och Edwards (2005) att ambulanssjuksköterskor och akutsjuksköterskor gemensamt har en viktig roll och uppgift i mötet med de närstående. Det första omhändertagandet av de närstående har en betydelse för de närståendes återhämtningsprocess.

Main (2002) menar att det finns vårdpersonal som arbetar inom akutsjukvården som menar att närstående inte förstår varför situationen för deras anhörig har försämrats. Hedrenius och Johansson (2013) beskriver att många som arbetar inom akutsjukvården upplever det här som svårt att förklara. Main (2002) menar att många närstående befinner sig i förnekelsestadiet när något oväntat och traumatiskt inträffar vilket också påverkar deras. Vidare påvisar Main (2002) att sammantaget av personalen som arbetar inom akutsjukvård verkade anse att de närstående på något sätt skapar sina egna problem genom sin bristande insikt och förståelse på grund av den förnekelse de befinner sig i. Att vårda en patient är enligt Main (2002) en självklarhet för alla som arbetar inom vården. Men att vården av närstående inte alltid var lika självklar. Main (2002) hävdar att tidigare forskning visar att vårdpersonal många gånger inte känner något ansvar för de närstående utan att omhändertagandet av närstående först inträffar efter det att patienten har avlidit och då formuleras det i termer som att bjuda på kaffe och ge de närstående en kram.

A t t f d d

Behovet av att sjukvårdspersonalen bjuder in de närstående i omvårdnaden av den anhörige i den mån det är möjligt, tillsammans med att personalen ses som ett sammansvetsat team betonas av SOU (2001:6). Det innebär för SOU (2001:6) att låta den närstående få känna sig delaktig men även för att den närstående ska känna en trygghet. Vidare innebär det enligt SOU (2001:6) att det är viktigt som sjukvårdspersonal ha insikt om att närstående behöver avlastning. De närstående behöver stödjas i att ta hänsyn till sina egna livsnödvändiga behov för att orka och framförallt för att minska deras skuld känslor. De är i en utsatt situation med risk för ohälsa. Det är viktigt att ge närstående emotionellt stöd. Många närstående är för blyga för att be om hjälp (SOU, 2001:6).

De närstående kan ha egna frågor och svårigheter som behöver identifieras och mötas. Närstående kan vara i en väldigt sårbar situation och kan vara i behov av stort stöd och bekräftelse. Det är viktigt att vårdpersonal har god självkänedom och är trygg i sin yrkesroll. Det är viktigt med ett empatiskt och professionellt förhållningssätt (SOU, 2001:6). Sjukvårdspersonal ska enligt SOU (2001:6) försöka förstå sina egna tankar och känslor och kroppsliga reaktioner och kunna särskilja om vad som handlar om de närstående och vad som handlar om deras egna känslor. SOU (2001:6) menar att akutvårdspersonalen ska kunna uttrycka och hantera känslor, kunna behålla lugnet och förmedla det till en upprörd närstående. Att ge god omvårdnad till den avlidna patienten stärker de närståendes upplevelser av att personalen gjort det bästa för den anhörige under sjukdomstiden (SOU, 2001:6).

A h ö r i g

Socialstyrelsen (2016) definierar år 2004 ordet anhörig som en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna medan begreppet närstående definieras som en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

Whitaker, Forssell och Jegermalm (2010) beskriver att vara anhörig kan betyda flera saker inom vården, ofta går orden anhörig och anhörigvårdare hand i hand. Ordet anhörig beskriver Whitaker et al. (2010) som att det ofta kopplas samman med stöd och att ge hjälp när det handlar om vård i olika perspektiv.

En anhörig är oftast enligt Whitaker et al. (2010) en person som hjälper en annan person i sin närhet, exempelvis en familjemedlem eller släkting, oftast med blodsband eller juridisk bindning. Närstående är en annan benämning på anhörig då även bekantskapskretsen är inräknad.

Enligt författarens uppfattning verkar det finnas en viss förvirring angående begreppens innebörd inom akutsjukvården i Sverige. Därför har författaren valt att använda sig av begreppet närstående för att det i dagens samhälle känns mer aktuellt. Enligt Whitaker et al. (2010) är det sällan blodsband som står patienterna närmast utan det kan vara partner, granne eller arbetskamrater, oavsett valt begrepp handlar det om att möta patienten och de som står närmast på ett professionellt sätt.

Familjecentrerad omvårdnad är enligt Wright och Leahey (1998) ett begrepp som många gånger enbart förknippas med vården kring barn och förälder men som även gäller begreppet närstående och är ett förhållningssätt till medicinsk vård där optimal hälsa uppnås då patientens familjemedlemmar har en aktiv roll i att ge känslomässigt, socialt och utvecklande stöd vilket helt överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som definierar att begreppet familjecentrerad omvårdnad bygger på principer som respekt, integritet och autonomi.

■ s p a r t i e l l

Östlinder (2004) och Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) beskriver att alla människor någon gång kommer vara närstående och bli berörda av att någon avlider som i sin tur innebär olika konsekvenser för de närstående. Många gånger upplevs det som en traumatisk händelse. Östlinder (2004) menar att närstående till någon som är svårt sjuk och som avlider upplever utsatthet, maktlöshet, stigmatisering och sorg. Bremer (2010) belyser att tidigare forskning är bristfällig vad det gällde de närståendes erfarenheter och upplevelser av att mista någon plötsligt. Forskningen har riktat in sig på närståendes behov, vad de har för riskfaktorer och hur deras framtid förändras. Bremer (2010) påvisar även att det finns tidigare forskning som lyfter fram att de närstående känner stress vid dessa situationer och att det yttrar sig genom skuld och sorg. Vidare beskriver Bremer (2010) att tidigare forskningsfokus även riktar in sig på de närståendes fördelar och nackdelar med att de är delaktiga vid livshotade sjukdomstillstånd och dödsfall men att det saknades forskning om vilken roll de närstående har i vården och avslutet med patienten. För att akutvårdspersonalen ska kunna möta de närståendes behov menar Bremer (2010) att akutvårdspersonalen bör ha kunskap om hur de närstående upplever situationen av att mista en anhörig.

Många av de närstående får också vara med att uppleva och bevittna ett dödsfall. Purves och Edwards (2005) belyser att tidigare forskning visar hur de närstående fick den här tragiska informationen om att en anhörig plötsligt har förlorat livet och hur det kan påverka de närståendes sorgearbete. Vidare lyfter Purves och Edwards (2005) att akutvårdspersonalen ofta är de som har den första kontaktpunkten mellan de närstående och hälso- och sjukvården. Därför menar Purves och Edwards (2005) att informationen om de närståendes anhöriga och omhändertagandet av de närstående kan spela en värdefull roll i deras återhämtningsprocess. För att det ska kunna vara möjligt är det viktigt att sjukvårdspersonal kan förstå och möta de närståendes behov (Purves & Edwards, 2005).

Purves och Edwards (2005) hävdar att tidigare forskning menar att närstående till de som förlorat någon plötsligt inte genomgår någon förberedande sorgeprocess vilket innebär att de behöver mer stöd och rådgivning än närstående till en person som förlorat någon efter långvarig sjukdom. Vidare menar Purves och Edwards (2005) att forskning visat att en stor grupp patienter och deras närstående faller genom akutvårdens skyddsnät utan att vårdpersonalen inser att de behöver hjälp. Därför fastslår Purves och Edwards (2005) att de närstående till patienter som plötsligt har avlidit tas på allvar och att de blir sedda inom akutsjukvården. Behoven hos de närstående samt deras behov av att ha en vårdkontakt med en sjuksköterska eller en läkare efter det att de har fått uppleva att deras anhöriga plötsligt har avlidit har studerats ingående under de senaste åren (Purves & Edwards, 2005).

Forskarna fastslår att de närstående förväntar sig stöd, information och kommunikation om deras anhörigas sista sjukdomsbild och konsekvenser av eventuell sjukdom, behandling och vård av personalen inom akutsjukvård (Dahlberg et al., 2003). Det här stärks av den nya Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari i år 2015 med syfte att stärka och tydliggöra patientens och närståendes ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet i vården (Patientlag, SFS 2014:821).

Det som har framkommit som en genomgående observation av Purves och Edwards (2005) är att de närstående inte bara känner oro för att de har mist en anhörig under dessa omständigheter utan att de närstående lägger stor vikt och fokus på vården, det vill säga hur deras anhörig togs om hand och hur vården utfördes.

Det innebar enligt Dahlberg et al. (2003) att när oväntade saker sker blir ofta situationen kaotisk och många gånger upplever närstående att det varken finns tid eller resurser för deras behov i det akuta skedet. För att kunna möta de närståendes behov menade Dahlberg et al. (2003) att sjukvårdspersonalen utgår från ett perspektiv där de närståendes behov ska vara den centrerade utgångspunkten i deras omvårdnad. För att kunna möta de närstående i det här påvisar Dahlberg et al. (2003) att sjukvårdspersonalen måste försöka förstå de närståendes livsvärld och att de har kunskap om hur närstående bör mötas i den här situationen. Vidare hävdar Dahlberg et al. (2003) att de tre begreppen för att vårdpersonalen ska kunna förstå de närståendes livsvärld är öppenhet, ärlighet och respekt.

Purves och Edwards (2005) menar att resultatet av de närståendes erfarenheter av hur vårdpersonalen bemöter dem efter att deras anhörig plötsligt har avlidit har en kraftfull effekt på deras sorgeprocess. Vidare belyser Purves och Edwards (2005) att det finns mycket studier om att tillgodose behoven hos den plötsligt sörjande närstående med förutsättning att deras anhörig avlider på en sjukhusavdelning, men att det finns betydligt färre studier som är anpassade för både den prehospitala sjukvården och akutsjukvården som bedrivs på en akutmottagning. Patienternas och deras närståendes upplevelser och åsikter om hur vården ska bedrivas och utföras var viktig för att kunna ge säker och trygg vård (Bremer, 2010).

Kris

Om ett händelseförlopp leder till döden menar Fyhr (2003) och Hedrenius och Johansson (2013) att det ofta utlöser en traumatisk kris hos de närstående. Med traumatisk kris menas en reaktion på ett hårt slag i livet enligt Fyhr (2003) och att sorg är ett typiskt exempel på en traumatisk kris. Sorgearbetet under en kris är inte bara en normal känslprocessen utan är också nödvändig vid en kris för att kunna gå vidare i livet betonar Fyhr (2003).

Enligt Cullberg (2003) kan kris definieras på följande sätt; ett tillstånd som utlöses när en individ möter hinder för viktiga livsmål och som under en period är oöverstigliga att lösa genom att använda vanliga problemlösningsmetoder.

Eide och Eide (2005) menar att personalens uppgift är att bidra till att patienten och de närstående klarar av situationen och krisen så bra som möjligt. Att bistå till att en närstående klarar av krisen och minska deras vårdlidande är en utmaning för sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter anser Eide och Eide (2005).

Människans sorg

SOU (2001:6) beskriver att den engelske psykiatern Colin Murray Parkes betonar att sorgen är en process och inte ett tillstånd, med det menas att det sker hela tiden en förändring och utveckling i sorgen. SOU (2001:6) betonar att varje människas sorg är unik men det finns gemensamma drag i alla sorgprocesser. Vidare lyfter SOU (2001:6) att det finns många olika faktorer som påverkar sorgprocessen, till exempel vilken anhörig som de närstående har förlorat och på vilket sätt, förberedelsestiden, den närståendes egen livshistoria samt personlighet. SOU (2001:6) beskriver att sorgen delas in i tre faser; sorg, sorgereaktion och sorgearbete. Akut sorg brukar komma direkt efter förlusten men kan även komma innan eller lång tid efter. Sorgen yttrar sig på olika sätt till exempel genom psykiska besvär, skuld känslor, oförmåga till närhet med andra samt rastlöshet. Den amerikanske professorn William Worden (SOU, 2001:6) definierar sorg och sorgearbete enligt följande; att inse och acceptera förlusten, att acceptera den smärta som det här innebär, att inordna sig i den nya tillvaron som förlusten av den avlidne innebär samt att känslomässigt återvinna den avlidne utan att gå miste om vad den nya tillvaron har att bjuda på (SOU, 2001:6).

Buglass (2010) beskriver att det är viktigt att sjuksköterskor har en god kunskap om reaktionerna och svaren på hur sorg kan uttrycka sig så att de känner att de är i en position där de kan stödja patienter, familjemedlemmar och närstående under sorgprocessen. Vidare menar Buglass (2010) att sorg är en naturlig mänsklig reaktion på separation och förlust i synnerhet förlusten av en nära anhörig. Buglass (2010) påvisar även att sorg beskriver en individs personliga reaktion på en förlust och har känslomässiga, fysiska, beteendemässiga, kognitiva, sociala och andliga dimensioner. Sorg leda till en form av depression, som vanligen försvinner spontant med tiden. Den person som är sörjande kan uppleva ångest, sömnlöshet, tröghet, hyperaktivitet eller en känsla av hjälplöshet. Sorg kan påverkas av personlighet, kultur, religion, vilken typ av relation med den avlidne personen och det sätt på vilket han eller hon dog (Buglass, 2010).

■ ■ ■

Wilhelmsson (2001) hävdar att information ger trygghet. Vidare beskriver Wilhelmsson (2001) att kommunikation kan minska patienternas, men även de närståendes, rädsla och stressupplevelser med rätt information. Att vårdpersonalen är ärlig då de informerade de närstående om situationen är en förutsättning enligt Wilhelmsson (2001).

Purves och Edwards (2005) lyfter även fram vikten av information till de närstående i situationer där de förlorat en anhörig plötsligt. Att omedelbart kunna underrätta de närstående om omständigheterna kring dödsfallet av deras anhöriga är enligt Purves och Edwards (2005) ett behov som de närstående har för att sorgprocessen ska kunna bli mer tillfredsställande än vad de närstående som inte får informationen omgående upplever.

Bremer (2010) belyser att kulturella aspekter påverkar hur närstående upplever situationen av att plötsligt förlora en anhörig samt hur det är att vara närstående till någon som plötsligt avlider. Bakomliggande orsaker kan enligt Purves och Edwards (2005) vara att de närståendes behov kan ändras, till exempel på grund av att en allmän förändring i familjedynamiken pågår men även på grund av de kulturella skillnaderna i att uttrycka sorg. Bremer (2010) framhäver vikten av att Sverige är ett mångkulturellt samhälle som innebär att det finns många olika variationer mellan olika etniska grupper vilket påverkar hur upplevelserna är och hur de blir när någon avlider plötsligt. Bremer (2010) lyfter även fram kommunikationsaspekten som en viktig del i hur närstående tolkas och omhändertags.

En

En grundläggande frågeställning i anknytning till teoriutveckling är syftet med omvårdnadsteori betonar Kirkevold (2000). Kirkevold (2000) påvisar att teorins främsta syfte är att skapa riktlinjer för den kliniska omvårdnaden, vilket alltid är utgångspunkten när någon söker, vad som är en godtagbar teori. Målet med teorin är att hjälpa sjuksköterskan att ordna eller tolka omvårdnadssituationer, samt att indikera aspekter på situationen som sjuksköterskan speciellt bör fokusera på, metoder som bör tillämpas samt handlingsstrategier (Kirkevold, 2000).

Den teoretiska referensramen presenteras utifrån Dahlbergs (2014) tre begrepp livsvärld, vårdlidande och delaktighet. Anledningen till att de båda begreppen vårdlidande och delaktighet beskrivs i arbetet beror på att, för att sjuksköterskan ska kunna möta närstående som precis har förlorat någon bör sjuksköterskan känna till de närståendes behov och vilka faktorer som kan orsaka lidande och vad som kan lindra deras lidande. Under vårdlidande beskrivs aspekter som kan ge lidande för de närstående och detsamma gäller för delaktighet där fokus istället ligger på att uppmärksamma de närstående som unika individer med specifika behov. För att en sjuksköterska ska kunna identifiera de här behoven och att sjuksköterskan kan tillmötesgå dessa behov krävs det att patienten och närstående blir delaktiga i vårdandet.

Livsvärld som referensram passar in i arbetet för att den ringar in sjuksköterskans upplevda känslor av att vårda de närstående, det vill säga vad påverkar och hur påverkas livsvärld i sådana situationer. Samt för att kunna vårda närstående som förlorat en anhörig plötsligt måste sjuksköterskan vara medveten om den förändring som sker i de närståendes livsvärld.

Livsvärld

Livsvärldsteorin bygger på den fenomenologiska filosofin och vidare menar Dahlberg (2014) att livsvärldsperspektivet innebär att människors vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Vidare betonar Dahlberg (2014) att livsvärldsperspektiv också innebär att se, förstå och beskriva, samt analysera världen, eller delar av den, så som den upplevs av människan. Det innebär att om livsvärldens ontologi (läran om vad som existerar), epistemologi (läran om kunskap) och metodologi (läran om en speciell metod inom en specifik vetenskap) bildar stomme för vårdandet, så blir inriktningen på patienternas och de närståendes perspektiv naturligt enligt Dahlberg (2014). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) har teorin om livsvärld varken fokus på enbart världen eller enbart subjektet, utan relationen där emellan. Med livsvärld som ansats i vårdandet påvisar Dahlberg och Segesten (2010) att det krävs ett förhållningssätt där patientens levda och komplexa verklighet bekräftas.

Genom livsvärldsteorin betonas människans upplevelser och erfarenheter. Att förstå vårdvetenskap och vårdande i termer av ett livsvärldsmöte innebär nödvändigtvis inte enligt Dahlberg (2014) att jämföra medicinsk kunskap mot den vetenskapliga kunskapen. Med det menas att exempelvis ett blodprovresultat inte bara ses objektivt och som ett siffervärde utan måste dessutom först och främst förstås som något som upplevs av patienten, som något som på ett eller annat sätt påverkar patientens livs-, hälso- och/eller vårdssituation.

Dahlberg och Segesten (2014) menar att forskare fastslår att i vårdandet konkretiserar livsvärldsansatsen det etiska patientperspektivet som kännetecknar vårdvetenskap genom att det innebär ett fokuserande av hur patienterna upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande eller sin vård. Vidare betonar Dahlberg (2014) och Dahlberg och Segesten (2010) att ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv innebär en öppenhet och följsamhet för patienternas, närståendes och vårdpersonalens värld. Här blir det etiska kravet tydligt. Ibland befinner sig vårdpersonal i situationer där de vårdar patienter som inte är medvetna exempelvis på grund av sjukdom och skada och som därför inte har tillgång till en livsvärld på samma sätt som när den är vid medvetande, vilket ökar de närståendes betydelse för vården (Dahlberg & Segesten, 2010). Som en följd av betoningen på livsvärlden påvisar Dahlberg (2014) att det är viktigt att vårdpersonalen inte möter patienter och närstående som en homogen grupp som alla har samma form av problem och behov (Dahlberg, 2014; Dahlberg & Segesten, 2010).

Vårdlidande

Wiklund (2010) beskriver att begreppet lidande är någonting som berör människans alla aspekter. Wiklund (2010) menar att människan påverkas både kroppsligt och själsligt men att människans lidande även påverkas i relationer till andra medmänniskor. Alla människor berörs någon gång i livet av lidande, det behöver inte alltid handla om lidande i kombination med sjukdom utan det finns andra aspekter som kan påverka att människan upplever lidande (Wiklund, 2010). Sjuksköterskans uppgift inom sjukvården är att lindra lidandet för både patienten och för de närstående menar Wiklund (2010). Vårdlidande innebär enligt Dahlberg (2002) att den lidande människan i sjukvården blir åsidosatt. Vidare påvisar Dahlberg (2002) att om det här inte uppmärksammas blir följden att patienten och deras närstående fråntas rätten om sin egen delaktighet av sin egen hälsoprocess och sitt vårdande. Vårdlidande skapar otrygghet och beror många gånger på bristande kommunikation och information, svårigheter att förstå personalens agerande, obegripligheter i vårdmiljön. Som patient blir hon eller han förolämpad och förödmjukad när närstående inte blir sedd eller hörd (Dahlberg, 2002).

Enligt Kasén, Nordman, Eriksson och Lindholm (2008) beskriver sjuksköterskor att vårdlidandet framkommer av omstrukturering av organisationen. En annan faktor som sjuksköterskorna tar upp som en bidragande orsak till vårdlidande är att patienterna och deras närstående inte är delaktiga i vården vilket leder till att deras önskemål och behov inte kan tillmötesgå. Brister i organisationen samt ogenomtänkta handlingar och bristande etiska förhållningssätt vid bemötandet av patienten och deras närstående skapar en grund för vårdlidande (Kasén et al, 2008). Vidare betonar sjuksköterskorna från Kasén et al. (2008) studie att för att kunna förhindra vårdlidande på den kulturella nivån är medvetandegörandet av och reflektion över den rådande kulturen och människobilden ett första steg. Några sjuksköterskor reflekterade även över sitt sätt att tänka och att tala till patienterna och deras närstående (Kasén et al, 2008).

Delaktighet

För att kunna känna sig delaktig i den vård som ges fastslår forskare att det centrala är att patienten blir sedd som en unik person och inte bara som en patient med en sjukdom eller skada (Dahlberg, 2014; Dahlberg & Segesten, 2010). Här blir vårdarens förmåga att skapa en relation och att ge patienten och de närstående trygghet vilket är viktigt för att ett optimalt vårdförlopp, lindra lidandet och för att välbefinnandet optimeras. Inom vården betonar Dahlberg (2014) att patienten och deras närstående måste betraktas som en enhet i vårdsituationen. Vårdpersonalen har ett ansvar att informera närstående om patientens tillstånd samt om vad som kan hända i obehagliga situationer och reaktioner som annars kan inträffa (Dahlberg, 2014). Det är viktigt att vårdpersonalen bjuder in den närstående i omvårdnaden kring patienten och tillsammans bli ett fungerande team. I vården kring patienten måste vårdpersonalen ge utrymme att visa känslor. Många närstående vill vara delaktiga och känna sig meningsfulla i omvårdnaden kring patienten, vårdare måste dock även ha insikt i att de närstående behöver avlastning (Dahlberg, 2014).

h

Det kan vara svårt för akutsjuksköterskan att bemöta närstående vid plötsliga och oväntade dödsfall. Hur närstående reagerar på ett plötsligt dödsfall är individuellt och skiljer sig från person till person men för nästan alla upplevs det som en traumatisk situation. För att nå ett så bra omhändertagande och bemötande som möjligt är det viktigt att förstå akutsjuksköterskans upplevelse av att möta de närstående. Akutsjuksköterskan behöver förstå de närståendes behov men även bakgrunden till varför så många som arbetar inom akutsjukvården känner som de gör inför den här situationen. För en akutsjuksköterska är det en självklarhet att behandla och vårda en patient. Men att kunna bemöta närståendes känslor vid akuta dödsfall är svårare. Idag finns det omfattande forskning som fokuserar på de närståendes upplevelser och perspektiv på att mista en anhörig i samband med plötsligt dödsfall både vad det beträffar i hemmet och under vårdavdelningsvistelsen men betydligt färre forskning om hur sjuksköterskor inom akutsjukvården upplever den här händelsen. Av den här anledningen är det viktigt att belysa sjuksköterskornas upplevelser av att möta och ta hand om de närstående till dessa patienter.

h

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta och ta hand om de närstående efter ett plötsligt dödsfall inom akutsjukvård.

h

1. Hur upplever sjuksköterskor mötet med närstående efter ett plötsligt dödsfall?
2. Hur påverkar sjuksköterskornas egen sårbarhet och lindade av att möta närstående?
3. Hur påverkar sjuksköterskans syn på de närståendes livsvärld i mötet med de närstående som plötsligt har förlorat en anhörig?

IV

Abg

För att besvara studiens syfte har studien genomförts som en litteraturöversikt. Det innebar att litteraturöversikten sammanställde det aktuella kunskapsläget inom en specifik frågeställning som på det viset enligt Rosén (2012) bidrar till en grund för den evidensbaserade vården. Litteraturöversikten har analyserats genom en induktiv ansats vilket innebar att slutsatser drogs av erfarenheter. Induktiv ansats var lämplig eftersom studien bygger på tidigare forskningsresultat som har samlats in och analyserats för att den sedan kom fram till en slutsats.

Litteraturöversikten genomfördes med en deskriptiv design det vill säga att resultatet bygger på ett redan publicerat forskningsresultat som författaren sammanställde till en genomarbetad text i resultatdelen. Genom en specifik studiedesign blev arbetsprocessen mer metodisk vilket enligt Polit och Beck (2012) leder till att resultatet blir mer kontrollerbart och reproducerbart. Vidare hävdar Polit och Beck (2012) att resultaten från artiklarna som används i en litteraturöversikt skapar ny kunskap som kan lyftas ut och användas i den kliniska verksamheten. Omfattningen av artiklar som svarade mot det valda syftet hade också betydelse för valet av design. Fördelen med att använda en specifik studiedesign enligt Polit och Beck (2012) var att författaren kunde undvika systemfel genom arbetsprocessen samtidigt som det var av stor vikt att visa hur forskningsresultaten hade samlats in. Metoden genomfördes med Polit och Becks (2012) flödesschema som följdes i nio steg.

Steg 1. Syftet formuleras.

Steg 2. Organiserande av sökning så som val av databaser och nyckelord.

Steg 3. Sökningen genomförs, identifiering av primärkällor.

Steg 4. Lämplighet och relevans av artiklarna bedöms.

Steg 5. Inläsning av valda artiklar.

Steg 6. Organisera artiklarna efter informationen.

Steg 7. Kritisk granskning av artiklarna (Kvalitetsgranskning).

Steg 8. Integrera informationen och sammanställning av artiklarna.

Steg 9. Sammanställande av resultat och studien skrivs

IJ

Inklusionskriterier till litteraturöversikten var att artiklarna skulle handla om sjuksköterskor som arbetade med någon form av akutsjukvård det vill säga prehospitalvård, akutsjukvård, intensivsjukvård och om deras upplevelser av att ta hand om närstående under ett akut och oväntat dödsfall. Artiklarna skulle vara peer reviewed det vill säga vetenskapligt granskade och studierna skulle ha ett etiskt godkännande samt vara skrivna på engelska. Artiklarna fick till en början inte ha ett publikationssår som sträckte sig längre tillbaka än tio år, publikationsåret höjdes med fem år då det blev svårt efter att abstrakten hade lästs att hitta tillräckligt med material som överensstämde med syftet. Olsson och Sörensen (2011); Polit och Beck (2012) samt Whitemore och Knafl (2005) hävdar att det var möjligt att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar i en litteraturöversikt, vilket kom att inkluderas i sammanställningen av litteraturöversikten.

Kvantitativa artiklar använder sig av en metod som grundar sig i observationer som till exempel experiment, frågeformulär och enkäter medan kvalitativa artiklar inte använder sig av siffror och tal utan istället använder sig av en metod där resultatet grundar sig på verbala formuleringar (Polit & Beck, 2012; Whitemore & Knafl, 2005). De artiklar som exkluderas ur studien var de som inte uppfyllde inklusionskriterierna ovan eller som inte klarade Sophiahemmet's kvalitetsgranskning Nivå I-II (Bilaga 1) eller där artiklarnas titel eller abstrakt inte svarade upp mot studiens syfte. Enligt Polit och Beck (2012) ska artiklarna som valdes ut till litteraturoversikten värderas och redovisas i en tabell. Utvalda artiklar sammanställdes i en matris, se bilaga 2.



Utifrån identifierat problemområde formulerades syfte, frågeställningar och sökord. Därefter började arbetet med en sökstrategi i olika databaser för att hitta passande sökord för ämnet. Sökningarna gav många träffar men viss svårighet i att hitta relevanta artiklar som svarade upp mot studiens syfte och då framförallt på grund av att många artiklar var genomförda utifrån den prehospitla vården och intensivvården.

Genom en granskning av Purves och Edwards (2005) artikel hävdades det att forskningsresultat av dödsfall som sker inom prehospitavård och intensivvård är överförbara med dödsfall som sker på en akutmottagning. Där av genomfördes en ny sökning med ett högre publikationsår och fler sökord för att få ett bredare material. Artiklarna genomgick en inläsningsprocess som fortlöpte tills tillräckligt med material var insamlat. Artiklarna kvalitetsgranskades, sammanställdes och analyserades och enligt Forsberg och Wennerström (2013) bör författaren till en litteraturoversikt organisera artiklarnas resultat utifrån mönster och teman för att det insamlade materialet skulle bli mer hanterbart. Därefter kunde författaren använda sig av de framkomna temana eller kategorierna när den sammanställda texten presenterades i resultatdelen i litteraturoversikten.

Artiklarnas bevisvärde bedömdes med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet (bilaga 1). Litteraturoversiktens syfte styrde hur sökorden valdes ut. Sökningarna genomfördes i databaserna MedLine (PubMed) och The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), båda de här databaserna är enligt Polit och Beck (2012) accepterade som stora omvårdnadsdatabaser. I databasen PubMed benämndes ämnesorden som MeSH termer (Medical Subject Headings) och i databasen Cinahl benämndes ämnesorden som Headings (Polit och Beck, 2012). För sökningen i Cinahl användes headings nurs*, bereaved, relatives, sudden death, families, nursing care, close relatives, nurse attitudes, nurses experiences, caring och emergency nursing, se Tabell 1 och 3. I databasen PubMed användes följande MeSH-termer; nurs*, bereaved, sudden death, relatives och emergency department, se Tabell 2 och 4. I båda databaserna gjordes först en sökning på respektive ämnesord som sedan kombinerades ihop med det booleska sökoperatörsordet AND. Olsson och Sörensen (2011) belyser att författaren kan använda sig av osystematiska sökningar från referenslistor för att hitta ytterligare litteratur som stämmer in på det valda ämnet. Det genererade i en artikel till för att binda ihop syftet med den valda teoretiska referensramen.

Tabell 1: Artikelsökning i databasen Cinahl. Sökningen genomfördes 18 november 2015.
Filters: Published in the last 10 years; English.

Id	Search term	Number of articles	Number of articles in English	Number of articles published in the last 10 years	Number of articles with author information
1	Nurs*	301410			
2	Bereaved	1257			
3	Relatives	46996			
4	Sudden death	5543			
5	Families	95158			
6	Nurs* AND Bereaved AND Relatives	45	18	10	2 Bailey, Murphy, Porock (2011) Scott (2013).
7	Nurs* AND Bereaved AND sudden death	10	9	6	1 Lawrence (2010).
8	Nursing care AND families AND sudden death	47	21	11	2 Mak, Chiang & Chui (2013). Valks, Mitchell, Inglis-Simons & Limpus (2005).
9	close relatives AND nurse attitudes	18	12	5	1 Engström, Å & Söderberg, S (2005).
10	Relatives AND "Nurses experiences" AND families	12	5	4	2 Shorter & Stayt (2009), Stayt (2006).

Tabell 1. För utförligare beskrivning av artiklarna se bilaga 2.

Tabell 2: Artikelsökning i databasen PubMed. Sökningen genomfördes 18 november 2015.
Filters: Published in the last 10 years; English.

Id	Search term	Number of articles	Number of articles in English	Number of articles published in the last 10 years	Number of articles with author information
1	Nurs*	227026			
2	Bereaved	1500			
3	Sudden death	17011			
4	Nurs* AND bereaved AND sudden death	18	12	7	2 Brysiewicz (2006). Roehrs, Masterson, Alles, Witt, & Rutt (2008).

Tabell 2. För utförligare beskrivning av artiklarna se bilaga 2.

Tabell 3: Artikelsökning i databasen Cinahl. Sökningen genomfördes 27 november 2015. Filters: Published in the last 15 years; English.

Sl	Titel	Antal	År	Land	Referens
1	Caring AND families AND emergency nursing	83	29	13	2 Hallgrimsdottir, E.M (2000). Hallgrimsdottir, E.M (2004).

Tabell 3. För utförligare beskrivning av artiklarna se bilaga 2.

Tabell 4: Artikelsökning i database PubMed. Sökningen genomfördes 27 november 2015. Filters: Published in the last 15 years; English.

Sl	Titel	Antal	År	Land	Referens
1	bereaved AND Relatives AND emergency department	28	12	4	1 LeBrocq, Charles, Chan & Buchanan (2003)
Osystematisk sökning		5	5	4	1 Thorup(2011)

Tabell 4. För utförligare beskrivning av artiklarna se bilaga 2.



Dataanalysen genomfördes i tre steg genom att artiklarnas lämplighet och relevans granskades. I det första steget valdes de artiklar vars titel överensstämde med syftet till studien. I andra steget genomlästes abstrakten och de artiklar som då fortfarande svarade upp mot syftet behölls, resterande plockades bort. I tredje och sista steget lästes artiklarna i sin helhet och kvalitetsgranskades för att slutligen exkluderas eller inkluderas i litteraturöversikten. Kvalitetsgranskningen gjordes med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet (bilaga I).

Ämnet till studien gav relativt omfattande material. Genom att dataanalysen genomfördes i de tre steg som nämndes ovan blev det lättare att välja ut relevanta artiklar som stämde överens med syftet till litteraturöversikten. Urvalet av artiklarna redovisades i en artikelmatris (bilaga II). I artikelmatrisen redovisades författarna, årtal, land, titel, tidskrift, typ av studie, syftet, deltagare/bortfall, metod/datainsamling/analys, resultat samt vilken kvalitetstyp studien fick enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag. Som nästa steg genomfördes innehållsanalysen som enligt Krippendorff (2012) har blivit ett effektivt alternativ till den allmänna forskning det vill säga att det är en metod för att spåra nya idéer och är enligt Krippendorff (2012) en metod för att undersöka enskilda mänskliga sinnen. Krippendorff (2012) gör heller ingen större skillnad mellan kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys. I båda fallen använder författaren ett bestämt system för kodning och följer liknande regler för validitet och reliabilitet. Det innebär att de artiklar som bedömdes vara av hög eller medelhög kvalitet analyserades vidare det vill säga att de lästes igenom ett flertal gånger innan de sammanställdes till resultatet. Författaren till litteraturöversikten översatte även artiklarna från engelska till svenska.

Forsberg och Wengström (2013) samt Polit och Beck (2012) beskriver att en färgkodning av artiklarna kan hjälpa författaren till litteraturöversikten att urskilja och koda ut de meningsbärande enheterna ur artiklarna. Färgkodningen från artiklarnas resultatdelar bildade en mängd mindre områden som anordnades till underrubriker som därefter strukturerades under större och bredare områden som gav huvudkategorierna. Ett område kunde användas som en huvudkategori för att lyfta fram den teoretiska referensram som valts för litteraturöversikten. Det här tillvägagångssättet benämner Graneheim och Lundman (2004) samt Krippendorff (2012) som en manifest innehållsanalys (det synliga, uttryckliga innehållet), vilket ansågs vara lämpligt att använda för att systematiskt och objektivt kunna hantera redan nedskrivet material. Tabell 5 nedan visar exempel på hur kategorierna skapades.

Tabell 5: Exempel på genomförd innehållsanalys.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
ö X k " w v d k n f c u hand om anhöriga, vi ska ju v c " j c p f " q o " r	Sjuksköterskor utbildas inte i att ta hand om närstående/anhöriga.	Brist på utbildning.	Erfarenheter och utbildning.
Beträffande vården är det ö x @ p v g v k f ö " r Skulle gärna få någon form för besked, tycker jag hänger i luften	I vården är det väntetid på besked.	Brist på information skapar ovisshet och otrygghet.	Vårdlidande.

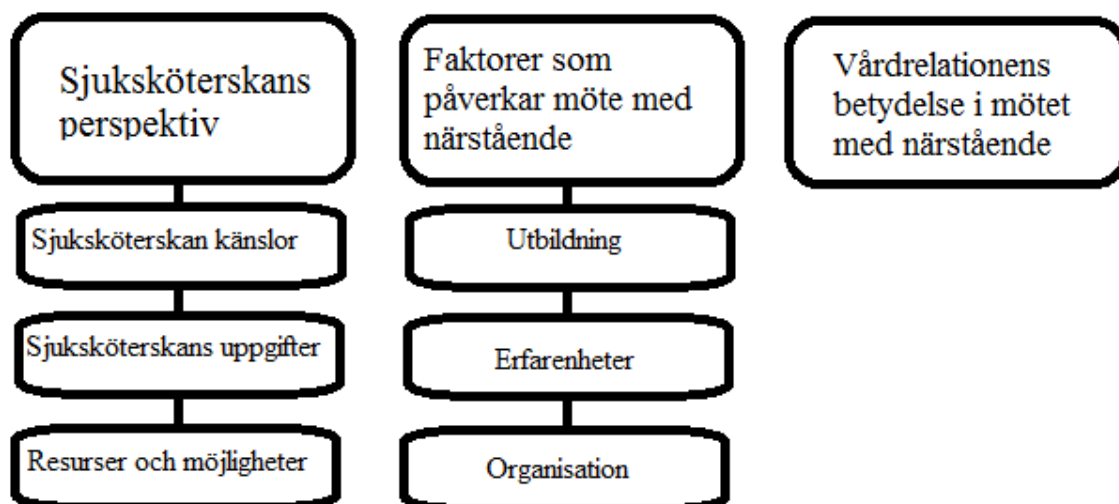


Forskning är viktigt för sjukvårdens utveckling, men forskningen måste bedrivas på ett korrekt sätt. Därför har CODEX (2010) uppsatta forskningsetiska koder som dels hjälper till att forskningen inriktas på väsentliga frågor och att den håller hög kvalitet det här har författaren följt under arbetes gång.

Även Polit och Beck (2012) hävdar att läsaren av artiklar ska kontrollera om de studier som ingår i artikeln följt de forskningsetiska koder som finns. Artiklar som inkluderades i den här litteraturöversikten var godkända av en etisk kommitté samt hade ett tydligt etiskt förhållningssätt. Om misstanke fanns att det här ändå inte uppfylldes exkluderades artikeln. Forsberg och Wengström (2013) belyser vikten av att författaren till en litteraturöversikt inte får förvränga eller misstolka resultatet av studien i sin resultatdel och vikten av att all data ska presenteras i litteraturöversikten även data som inte överensstämmer med författarens uppfattning, hypotes eller antagande. Författaren får inte heller välja att plocka bort artiklar på grund av att de inte har ett resultat som författaren själv önskar.



Resultatet av litteraturöversikten grundar sig på 14 vetenskapliga artiklar och presenteras under tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier som framkom och identifierades under analysarbetet av artiklarna. Första huvudkategorin som framkom var sjuksköterskans perspektiv med underkategorierna sjuksköterskan känslor, sjuksköterskans uppgifter samt resurser och möjligheter. Andra huvudkategorin var faktorer som påverkar möte med närstående med underkategorierna utbildning, erfarenheter och organisation. Tredje huvudkategorin var vårdrelationens betydelse i mötet med närstående.



H k i w t " 3 0 " J w x w t f g m u c r v g g n i v q k t x k g g " t w " p o f g g f t " m c v g i q t k g t " u " q o " r t g u g p v g t c u " u q o



Studierna som presenteras i resultatet visade alla på att sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård tyckte det var svårt att ta hand om och att hantera döden och döendet i allmänhet och hur de möter och tar hand om närstående som plötsligt förlorar en anhörig i synnerhet.

Sjuksköterskans känslor

Engström och Söderberg (2007), Roehrs, Masterson, Alles, Witt och Rutt (2008) och Stayt (2009) belyste att sjuksköterskor kände osäkerhet i sitt möte med närstående.

Sjuksköterskorna upplevde att de inte vet hur de skulle förhålla sig till de närstående och hur de skulle besvara deras frågor. Många gånger uppgav sjuksköterskorna att de kände sig oförberedda i mötet med de närstående vilket ledde till att sjuksköterskorna kände sig obekväma i den här typen av situationer med de närstående (Shorter & Stayt, 2010).

Roehrs et al. (2008) beskriver att sjuksköterskor även kände hjälplöshet mot de närstående efter att de hade fått information om att de hade förlorat en anhörig. Vidare beskriver Brysiewicz och Uys (2006) och Stayt (2009) att sjuksköterskor beskrev att mötet med de närstående efter ett plötsligt dödsfall många gånger kändes som ett trauma. En del av sjuksköterskorna beskrev situationen som att de själva fick genomgå en förlust och ett sorgearbete. Mak, Lim Chiang och Chui (2013) menade att sjuksköterskors personliga erfarenheter av döden av sina egna familjemedlemmar påverkade innebörden av deras reaktion vid plötsliga dödsfall. Sjuksköterskorna indikerade att en del av patienternas döendeprocesser var jämförbara med de av sina egna familjemedlemmar. Några av sjuksköterskorna grät och delade sina erfarenheter av att ta hand om döende patienter.

I Bailey, Marphy och Porock (2011) studie gick det att läsa om en sjuksköterska som beskrev händelsen av ett plötsligt dödsfall som någonting som borrhade sig in i kroppen och som upplevdes som en känslomässig misshandel.

Sjuksköterskan beskrev att de gör det de kan, men att de ändå kommer gråta för dessa människor och fundera över dem och vakna upp mitt i natten och känna otillräcklighet för de här människorna. Mak et al. (2013) beskrev att sjuksköterskorna upplevde känslomässiga reaktioner och somatiska besvär såsom sömnsvårigheter till följd av att ta hand om döende patienter och deras närstående.

Brist på beredskap för patienternas död var ett problemområde som flera sjuksköterskor lyfte fram i Mak et al. (2013) studie. Plötsliga och oväntade dödsfall upplevdes av sjuksköterskorna som någonting hemsk, särskilt dödsfall vid en ung ålder. Men även familjens intensiva reaktion på patientens död var många gånger svåra för sjuksköterskorna att hantera enligt Mak et al. (2013). Shorter och Stayt (2010) belyste att situationer där patienter avled plötsligt många gånger upplevdes som stressande för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna nämnde att de kände mycket sorg och en känsla av otillräcklighet i mötet med de närstående. Vidare beskriver Mak et al. (2013) att de emotionella och somatiska effekterna som några av sjuksköterskorna rapporterade var en känsla av missnöje med att de kände otillräcklighet i deras omvårdnad och stöd för den döende patienten och deras närstående. De upplevde även att de missade chansen att visa sitt stöd till sina patienter innan de avled, vilket ökade sjuksköterskornas egna prestationskrav i relationen till de närstående. Många gånger önskade sjuksköterskorna att de kunde säga eller göra någonting som kunde hjälpa de närstående men att de inte visste hur de skulle kunna möta deras behov (Mak et al., 2013; Roehrs et al., 2008).

Sjuksköterskorna belyste även i Bailey et al. (2011) studie att de oroade sig också för att kom o c " f g " p @ t u v ° g p f g " ö h ¾ t " p @ t c ö 0 " F g v " w r r n g x f g u avlidna patienter och deras närstående på grund av den känslomässiga effekten av döden. Sjuksköterskor kände stor rädsla för att göra fel i det sista ögonblicket av patientens liv, och därmed valde sjuksköterskorna att inte bli känslomässigt involverade (Mak et al., 2013). Vidare hävdade Bailey et al. (2011) att det var viktigt för sjuksköterskor att utveckla förmågan att hantera gränserna för intimitet och distans. Sjuksköterskor från studien som inte kunde hantera det känslomässiga arbete i samband med dödsfall utvecklade ofta ett avstånds beteende som en coping mekanism när de konfronterades med en döende patient eller deras närstående i ett försök att undvika sin egen sorg. Det här kunde leda till stress, ohälsa och svårigheter att fortsätta arbeta. Sjuksköterskorna sökte stöd från kollegor, bad om och tog ledigt samt att delta i roliga aktiviteter var några exempel på copingstrategier som användes (Bailey et al., 2011; Brysiewicz & Uys, 2006 & Mak et al., 2013). Mak et al. (2013) belyste att sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning är sämre förberedda på dödsfall än sjuksköterskor på vårdavdelningar med den anledningen att fokus ligger på att bota patienterna och därefter skicka hem dem, men om patienten istället avlider brister det i personalens kompetens. Mak et al. (2013) menar att resultatet av att det inte finns känslomässigt stöd kan vara en orsak till utbrändhet och oro hos vårdpersonalen.

Bailey et al. (2011) belyste att sjuksköterskor även lyfte fram positiva erfarenheter av slutet av att vårda patienter och närstående vid dödsfall. De menade att det inte bara handlade om den känslomässiga närheten utan de beskrev även betydelsen av den fysisk närhet som de upplevde med antingen patienten eller deras närstående. Många av sjuksköterskorna upplevde det här "intima" som något positivt i relationen till patienterna och deras närstående.

Vidare betonade Bailey et al. (2011) att sjuksköterskorna beskrev det som ett engagemang av att finnas där för de närstående, sjuksköterskorna hade en kontakt med patienten och närstående både psykiskt och fysiskt men även andligt. Sjuksköterskorna menade även att de själva behövde släppa på integriteten för att uppfylla närståendes förväntningar om förståelse och acceptans.

Sjuksköterskan uppgifter

Sjuksköterskorna i Mak et al. (2013) studie lyfte även att tidsbristen var en avgörande aspekt för att kunna ge den omvårdnad som krävdes i olika situationer, till exempel för barn eller människor från andra kulturer med olika behov för döden och sorgprocessen. Trots det här menade Hallgrimsdottir (2004) och Mak et al. (2013) att både sjuksköterskor inom den prehospitalvården och akutmottagningsvården ansåg att behovet av att finnas för de närstående och att hjälpa dem att starta sin sorgprocess var en av de viktigaste delarna av deras arbete. Däremot hävdade Mak et al (2013) att sjukvården såg ett dödsfall som ett misslyckande, speciellt i de situationer där dödsfallen var oväntade och plötsliga. Mak et al. (2013) menade att sjuksköterskor många gånger tog ett personligt ansvar för de oväntade dödsfallen. De flesta av sjuksköterskorna från Mak et al. (2013) studie rapporterade att familjer kunde projektera sin ilska på sjuksköterskor och att de även kunde bli fysiskt våldsamma. Sjuksköterskor beskrev hur de hade fått skulden av familjer, även om sjuksköterskorna egentligen förstod att ilskan inte riktigt var riktad mot dem. Stayt (2009) lyfte att många sjuksköterskor även upplevde att de många gånger fick genomföra samtal och ge information till de närstående som egentligen var läkarens ansvar och uppgift.

Resurser och möjligheter

Stayt (2009) belyste att sjuksköterskor ibland upplevde en svårighet i att utföra sitt arbete både under den akuta vårdfasen och i omvårdnaden av de närstående efter dödsfallet när chockade närstående varit närvarande under den pågående akuta vårdfasen av deras anhöriga. Engström och Söderberg (2007) lyfte att sjuksköterskorna kunde uppleva aggressivitet mot de närstående på grund av de närståendes misstrohet under det akuta skedet av deras anhöriga. Stayt (2009) menade att sjuksköterskorna upplevde att de fick lägga ner mer resurser och tid på de närstående trots att patienten egentligen behövde fullständiga insatser. Det här innebar enligt Stayt (2009) att sjuksköterskorna upplevde en oärlighet i sitt möte med de närstående. Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap för att kunna hjälpa de närstående och att de hade en rädsla av att förvärra situationen och sorgearbetet för de närstående (Roehrs et al., 2008).

Frågor

För att kunna skapa ett tryggare och bättre möte med de närstående efter ett plötsligt dödsfall och där även sjuksköterskorna känner sig mer bekväma framgår det i flera studier att deltagarna beskriver att kunskap i form av utbildning och erfarenheter skapar en bättre vård för de närstående (Roehrs et al., 2008). Hallgrimsdottir (2004) studie tyder på att närstående har förutsägbara behov när något oförutsett händer deras anhöriga. Behoven var försäkran, de hade frågor som förväntades besvaras ärligt, närhet vilket innebar att vara fysiskt och känslomässigt nära patienten och närstående. De närstående önskade information d.v.s. att veta vad som görs för patienten och varför det sker. De ville ha information om eventuella förändringar i patientens tillstånd och utveckling.

Vidare belyste Hallgrimsdottir (2004) att de närstående önskade bekvämligheter som omfattar lugn och ro samt stöd som kunde vara känslomässigt. Hallgrimsdottir (2004) belyser att det finns fyra former av stöd emotionell, instrumental, informativ och bedömningsstöd. Emotionellt stöd innebar omtanke, empati, kärlek och tillit. Instrumentalt stöd innebar stöd genom materiella varor och tjänster. Informativt stöd var enligt Hallgrimsdottir (2004) information om problemlösning som behövs för svåra situationer. Bedömningsstöd innebär kommunikationen som är relevant för självinsikt som ökar förståelsen för familjens utveckling under den kritiska fasen (Hallgrimsdottir, 2004).

Erfarenheter

Det framkom i Roehrs et al. (2008) studie att sjuksköterskor som själva hade genomlidit en förlust lättare förstod de närståendes känslor, behov och situation. Engström och Söderberg (2007) belyste hur sjuksköterskors upplevelse av att möta närståendes ilska, frustration, sorg och kris styrdes och påverkades av tidigare erfarenheter. Lawrence (2010) menade att sorgeprocessen hos föräldrar som hade förlorat ett barn kunde vara extra svåra för akutpersonalen att hantera på grund av sina egna känslor av hjälplöshet, otillräcklig utbildning och deras brist på befintliga relationer med föräldrar. Även att lämna svår och viktig information till de närstående påverkades av tidigare erfarenheter och enligt Stayt (2009) upplevde många sjuksköterskor svårigheter i att lämna tragiska besked till närstående men att de såg det som en viktig del i sitt arbete. Bailey et al. (2011) belyser hur sjuksköterskorna själva efterfrågade kunskap om patienten och närstående. De menade att för att kunna möta patienter och närstående så behövde sjuksköterskan veta deras individuella behov, sjuksköterskan måste lära känna individen.

Genom att erkänna emotionell intelligens hävdade Bailey et al. (2011) från sina studier att sjuksköterskor kunde utveckla emotionell intelligens för att lösa problem, underlätta inlärning och hantera förändringar. Det fanns viktiga komponenter som underlättade emotionell intelligens såsom självkänedom, social medvetenhet och relationshantering. De komponenter som Bailey et al. (2011) beskrev gjorde det möjligt för sjuksköterskan att känna igen andra och reglera sina egna känslor med hjälp av sin intuition för att vägleda sina beslut. Självkänedom var ett centralt begrepp för sjuksköterskor och det var viktigt att de kunde utveckla en emotionell intelligens i deras vård av döende och sörjande närstående. Det gjorde det möjligt för sjuksköterskan att återspegla på tidigare erfarenheter och identifiera styrkor och svagheter som de sedan kunde använda i praktiken (Bailey et al., 2011).

Utbildning

Stayt (2009) beskriver att deltagarna upplevde att genom utbildning kunde de på ett professionellt sätt möta och bemöta närståendes sorg och behov bättre när de visste hur de kunde hjälpa de närstående, vad som hjälper och vad som inte hjälper och vilken dialog sjuksköterskor bör ha med närstående som plötsligt har förlorat en anhörig.

Bailey et al. (2011) hävdade att det fanns ett behov av att gå längre kunskapsmässigt än enbart fokus på teknisk kompetens. Det krävs att sjuksköterskor engagerar sig i de närstående och använder sig av tillförlitlig humanistisk vårdpraxis. Bailey et al. (2011) tolkning från akutmottagningar där komplexiteten i att leverera vård formades kring utvecklingen av sjuksköterskan, patienten och närståendes relationer.

I Bailey et al. och Hallgrimsdottir (2004) studier ifrågasätter de om sjuksköterskors grundutbildningsprogram förbereder sjuksköterskor tillräckligt och på ett lämpligt sätt till att vara "självmedvetna" och att ge psykologiskt stöd i samband med sitt arbete. Som Bailey et al. (2011) antydde måste sjuksköterskor inse och konfrontera sina egna reaktioner på döden innan de kan hjälpa sina patienter och deras närstående att göra det. Att kunna hantera det här på ett säkert och stödjande sätt kommer enligt Bailey et al. (2011) inte bara underlätta kunskapsmässigt för sjuksköterskorna utan det kommer även i slutändan leda till en bättre upplevelse för patientens närstående. En svår aspekt som sjuksköterskor ställdes inför var när de skulle lämna dåliga nyheter till närstående, här fanns det en tydlig brist på utbildning inom det här området. Hallgrimsdottir (2000) belyser att sjuksköterskors känslor och upplevelser av att vårda familjer där en anhörig är kritiskt sjuk och avlider upplevdes obehagligt av sjuksköterskorna. Stayt (2009) fann att deltagarna kände en brist på förtroende för att lämna nyheten om att patienten har avlidit till de närstående och att orsaken till det var att de kände att de hade otillräcklig utbildning. Vissa ansåg även att det var läkarens ansvar för att lämna den här sortens information och inte sjuksköterskornas uppgift. Dessutom nämnde både Stayt (2009) och Hallgrimsdottir (2000) att ett stort antal sjuksköterskor uppgav att de inte kände att de fått lämplig utbildning för att ta itu med de sörjande och deras behov. Det kunde påverka sjuksköterskors förtroende och kunde vara en bidragande faktor till varför informationen om döden och följande omvårdnad av närstående kunde ses som den svåraste delen av att hantera de närstående av vårdpersonalen.

Valks, Mitchell, Inglis-Simons och Limpus (2005) ansåg att ett komplement i läroplanen för den grundläggande utbildningen för sjuksköterskors upplevelser var av stor betydelse. Valks et al. (2005) menar att det tillsammans med kompletterande utbildningar från verksamheten och tydliga riktlinjer och rutiner gav ett högre och ett ökat prioriteringsfokus på familjecentrerad vård vid dödsfall. Vidare belyste Mak et al. (2013) att utbildningsprogram för vård av sorg kunde öka sjuksköterskors egen kontroll över sina känslor och interna konflikter organisationsmässigt.

Organisation

Roehrs et al. (2008) hävdade att stödet från kollegor var av stor betydelse för sjuksköterskorna och att de tillsammans kunde hantera situationen på ett bättre och lugnare sätt. Roehrs et al. (2008) ansåg att ett bakomliggande problem för den höga oron och osäkerheten hos sjuksköterskorna påverkades av tidsbristen för att möta de närstående.

Brysiewicz och Uys (2006) samt Scott (2013) menade att många akutsjuksköterskor tyckte att det var svårt att stödja sörjande närstående och föredrog att vara inblandade i de kliniska aspekterna av återupplivning än att bevittna den känslomässiga och sörjande reaktionen från närstående. Men de bör inte underskatta de positiva effekterna som de närstående upplevde av sjuksköterskornas känslomässiga stöd.

Vidare hävdade både Brysiewicz och Uys (2006) samt Scott (2013) i sina studier att kliniska ledare måste se till att lokala strategier och riktlinjer införskaffas för vård av plötsligt sörjande närstående, bland annat hur människor från olika kulturer och med olika religioner föredrar hur deras nära och kära ska tas om hand efter döden, möta de närståendes behov i deras sorgearbete för att förhindra vårdlidande.

För att kunna undvika att utsätta patienterna för den här typen av vårdlidande måste sjuksköterskorna enligt Thorup, Rundqvist, Roberts och Delmar (2011) kunna avstå från att påverkas av sina egna känslor och behov i mötet med patienter och närstående. Kliniska ledare bör också enligt Brysiewicz och Uys (2006) samt Scott (2013) se till att personalen erbjuds vägledning om hur de kan stödja plötsligt sörjande närstående.

Lawrence (2010) belyser att många akutsjuksköterskor ansåg att debriefing var en värdefull övning som hjälpte dem att förstå sina känslor efter att ett barn plötsligt har avlidit. Om organisationen inte ger utrymme för debriefing, kunde vårdpersonalen som deltog i vården kring barnet och deras föräldrar känna att de har misslyckats med sina insatser och löper därför stor risk att utveckla emotionell avskildhet, ökad stress, utbrändhet och även posttraumatiska stresstörningar (Lawrence, 2010).

Valks et al. (2005) och LeBrocq, Charles, Chan och Buchanan (2003) lyfte fram att grundläggande sorg strategier, såsom att visa den avlidne och kommunicera med familjer användes på de flesta enheter men att mindre än en tredjedel följde upp eventuella pågående sorgprocesser via telefonsamtal. De närstående bör också få namn och kontaktuppgifter till verksamheten och till vårdpersonalen som vårdade deras anhöriga och de bör även få reda på att de kan ringa för mer information eller för att ställa frågor i framtiden (Brysiewicz & Uys, 2006). Enligt Valks et al. (2005) visade studiens utvärdering på att hälften av de svarande angav att de övervägde att införa, eller att de var intresserade av att tillhandahålla en sorgeservice i deras verksamhetsorganisation. Det tyder på att det fanns en hög nivå av intresse inom området för familjecentrerad vård och att vårdorganisationen hade ett fortsatt ansvar för de närstående efter ett dödsfall av deras anhöriga.

Hallgrimsdottir (2004) påpekade att budgetnedskärningar i hälso- och sjukvårdssystemet och brist i sjuksköterskeutbildningen i vården av familjer fram till de senaste åren har begränsats i vilken utsträckning familjecentreradvård kan ges. Vidare hävdade Hallgrimsdottir (2004) att strukturella hinder som fanns inom hälso- och sjukvården hindrade samarbetet och samordningen av vård över inställningar och konstaterar att förändringar i sjukhusjänster i riktning mot specialisering hade lett till ökad fragmentering av tjänsterna.

Mini äddå

Brysiewicz och Uys (2006) beskriver att bakomliggande orsak till att en människa plötsligt hamnar som patient på en akutmottagning var ofta på grund av en olycka, allvarlig sjukdom eller skada och hade flera olika effekter på de närstående. Brysiewicz och Uys (2006) undersökning visade att närstående hade ett behov av uppföljning en tid efter dödsfallet. Bakomliggande orsak till de närståendes behov av uppföljning, var att frågor om hur döden inträffade hade återkommit de hade svårt att ta in den informationen under händelseförloppet. När information, råd och stöd efter det akuta skedet inte erbjöds kunde de närstående känna sig försummade. Information saknades från sjuksköterskorna om hur de närstående själva kunde söka kontakt och stöd vid hemkomsten, som till exempel ett telefonnummer att ringa för stödjande samtal (Brysiewicz & Uys, 2006).

Hallgrimsdottir (2004) menade att på grund av den plötsliga kritiska sjukdom eller skada och den osäkerhet efter en sådan incident gick det inte att undvika den stressande

upplevelse som de närstående drabbas av.

Därför menade Hallgrimsdottir (2004) att det behövdes en särskild behandling för de närstående för att stärka familjenheten som kommer att hjälpa familjen att uppnå en effektiv funktionsnivå och ge de närstående den nödvändiga styrkan för att stödja varandra.

Thorup et al. (2011) lyfte även att sjuksköterskans egna erfarenheter påverkade vårdrelationen med patienten och närstående. Med det menade Thorup et al. (2011) att sjuksköterskans erfarenheter kunde både vara fördelaktiga och ofördelaktiga. Om vårdssituationen liknade sjuksköterskans erfarenheter kunde det användas både på ett positivt och ett negativt sätt. Vid negativa erfarenheter kunde sjuksköterskan välja att konfrontera sina känslor eller undvika konfrontationen vilket då istället kunde leda till att sjuksköterskan inte kunde ta del av det som patienten och de närstående gick igenom och på det viset skapades ett vårdlidande. Ett vårdlidande kunde enligt Thorup et al. (2011) även uppstå om sjuksköterskan saknade mod och kompetens. Sjuksköterskan behövde ha mod i att våga möta patienterna och deras närstående, sjuksköterskan måste våga möta sårbarhet och lidande, sjuksköterskan måste även kunna lita på sin kunskap och förmåga att utföra god och säker vård. Hade sjuksköterskan inte den här kompetensen hävdade Thorup et al. (2011) att det fanns en ökad risk för en otrygg vårdrelation och att vårdlidande uppstod.

N

M

Studien valdes att genomföras som en systematisk litteraturöversikt där 11 stycken artiklar var kvalitativa och en kvantitativ samt två stycken som var både kvalitativ och kvantitativ utförda men alla 14 har överensstämmt med studiens syfte. Litteraturöversikt valdes i första hand med anledning av studiens syfte som var att belysa sjuksköterskors upplevelse av att möta och ta hand om de närstående efter ett plötsligt dödsfall inom akutsjukvård. Syftet var att undersöka individers upplevelser och då är det enligt Polit och Beck (2012) att föredra att använda sig av en kvalitativ metod istället för en kvantitativ metod där syftet är att undersöka fenomen genom mätbara variabler eller där exakta beräkningar genomförs. Friberg (2012) menar att kvalitativ metod är ett hjälpmedel för att få en djupare förståelse över någons upplevda erfarenheter och känslor samt att få kunskap om deras levda upplevelse. En kvalitativ metod stärker därför validiteten för studien enligt Friberg (2012). För att få en djupare förståelse av sjuksköterskors upplevelse av att omvårda närstående valdes både grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med vidareutbildning eftersom bristen på forskning av sjuksköterskors upplevelser av att omvårda närstående inom akutsjukvård här har varit stor. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta och ta hand om de närstående efter ett plötsligt dödsfall inom akutsjukvård. Med frågeställningarna: Hur upplever sjuksköterskor mötet med närstående efter ett plötsligt dödsfall? Hur påverkar sjuksköterskornas egen sårbarhet och lindade samt deras syn på de närståendes livsvärld i mötet med de närstående som plötsligt har förlorat en anhörig? Eftersom alla närstående möter vårdpersonal i någon form valde författaren att inkludera alla studier som berörde syftet oavsett informanternas orsak till dödsfall, vilket innefattar studier genomförda både inom akutsjukvård och studier genomförda på akutavdelningar. Det här grundar sig i en noggrann litteratursökning och en granskning av Purves och Edwards (2005) artikel där de hävdar att forskningsresultat av plötsliga dödsfall och omvårdnad av närstående som sker inom prehospitalvård och intensivvård kan jämföras med dödsfall som sker på en akutmottagning.

Det gör att författaren till den här studien anser att resultatet är överförbart, men det är ändå alltid enligt Graneheim och Lundman (2004) läsarens eget val att besluta om resultatet kan överföras till andra patienter och sammanhang. Genom att en väl fungerade sökmetod med relevanta sökord har använts så har ett omfattande forskningsmaterial hittats. Grundsökningen gav många träffar men med viss svårighet att hitta relevanta artiklar som överensstämde med studiens syfte. Men efter granskningen av Purves och Edwards (2005) artikel genomfördes en ny sökning med fler sökord vilket gav 14 artiklar som var användbara för fortsatt analys. Från flera olika studier fanns det patientexempel från flera olika vårdssituationer och vårdformer, exempelvis prehospitalvård, sluten och öppen somatisk sjukvård, psykiatrisk sjukvård det innebär att resultatet från den här studien går att överföra till flera vårdinstanser.

Bremer (2010) bekräftar också att tidigare forskning är undermåligt utforskat vad det gällde de närståendes erfarenheter och upplevelser av att mista någon plötsligt. Bremer (2010) menar istället att forskningen har riktat in sig på närståendes behov, vad de har för riskfaktorer och hur deras framtid förändras. Det går även att se en tydlig bristfällighet inom forskningen utifrån ett akutvårdsperspektiv. Att utöka tidsramen med fem år och därmed få fler artiklar ansågs ge resultatet en ökad validitet då fler artiklar inom ett bredare akutvårdsområde kunde bekräfta och stärka överförbara forskningsresultat som visats i de redan funna artiklarna. Validitet innebär enligt Friberg (2012) och Polit och Beck (2012) att det som studerats har avsetts att studera och det är studiens validitet som påverkar trovärdigheten i studien. Genom att granska hur studierna varit utförda och hur slutsatserna är genomförda stärks validiteten i den här uppsatsen. De kvalitativa studierna är genomförda med intervjuer där ansatsen har varit öppna frågor vilket är en vanlig och beprövad metod för kvalitativa studier enligt Friberg (2012). Validiteten i arbetet är god då syftet blivit väl besvarat. En röd tråd kan utläsas från studiens syfte och vidare genom den teoretiska referensramen som sammanväver hela arbetet.

Valet att genomföra studien som en litteraturöversikt föll sig naturligt för författaren. Efter en tids övervägande om att genomföra det som en intervjustudie. Men författaren ansåg att en intervjustudie fordrar mer tid då det bakomliggande arbetet för en intervjustudie är mer omfattande. Samtidigt som författaren ansåg att en litteraturöversikt skulle kunna ge en bredare bredd av problemformuleringen och då inte så specifikt verksamhetsinriktad som författaren ansåg att intervjustudien kunde ha blivit. Styrkan i en intervjustudie hade varit att författaren skulle kunnat koncentrera informanterna till att ha varit yrkesverksamma enbart på en akutmottagning. Intervjuerna hade enligt författaren även valt att placeras på egen verksamhets ort vilket hade givit ett underlag för ett fortsatt implementeringsområde. Valet föll sig då på att genomföra studien utifrån vetenskapliga artiklar. Dels för att få ett brett perspektiv på sjuksköterskors upplevelse av att finnas för de närstående och dels för frågeställningen med utgångspunkt i den teoretiska referensramen, utifrån mötet i vårdrelationen och sjuksköterskornas syn och förhållningssätt till de närståendes livsvärld. Men även för att få en helhet i hur den här upplevelsen och kunskapsbehovet har sett ut tidigare och då i förhållande till den valda tidsramen. Författaren ansåg att det skulle bli svårigheter att hitta relevanta självbiografier som svarade mot studiens syfte. En intervjustudie med samma syfte hade enligt författaren varit genomförbar och då även eventuellt kunnat ge svar på mer specifika frågor och höjt validiteten och reliabiliteten i arbetet.

Vid sökning av vetenskapliga artiklar hävdar Friberg (2012) att författaren till studien bör söka artiklarna i flera olika relevanta databaser för att få en heltäckande sökning. Sökningarna genomfördes i databaserna Cinahl och Medline vilket är två accepterad databaser där omvårdnad ingår enligt Polit och Beck (2012).

Författaren behöver sammanställa en lista med sökord som passar med studiens syfte för att kunna genomföra en korrekt sökning enligt Polit och Beck (2012). Sökord som författaren använder har avgörande betydelse för vilket resultat sökning kan tänkas få. För att lära känna ämnesområdet och för att kunna identifiera lämpliga sökord använde författaren uppslagsverk och forskningsöversikter. Författaren tog även hjälp av databasernas egen ämnesordlista för att få hjälp att beskriva ämnesorden som även översätts till engelska sökord som också kan påverka resultatet av artiklar. Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade under de senaste tio åren och det här för att få en så aktuell forskning som möjligt. På grund av begränsat antal artiklar fick författaren höja publikationsåren med fem år för att behålla värdet på studiens syfte. Författarna till de äldre artiklarna är erkända vårdvetenskapliga forskare och flera av dem finns som referenser i dagens forskning vilket innebär att deras resultat fortfarande kan ses som aktuella. Likaså har författaren försökt hitta relevanta och aktuella primärkällor genom hela processen.

Artiklarna kvalitetsgranskades och majoriteten av de artiklar som författaren valde ut till resultatet till studien erhöll hög grad av kvalitet enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet. Två av artiklarna erhöll dock medelkvalitet på grund av att den ena hade lågt antal deltagande och den andra ett syfte som handlade om kärlek och när det möter lidande. Trots det här värderades artikelns resultat som relevant och svarade mot syftet och framförallt frågeställningen om sjuksköterskornas egen sårbarhet och lindade samt deras syn på de närståendes livsvärld.

Då författaren har genomfört studien enskilt har högläsning till engagerade kollegor av artiklarnas resultatdelar varit mycket givande. Högläsning ger möjlighet för författaren att minska risken för misstolkningar vilket i sin tur leder till att texterna blir mer tillgängliga för läsaren. Eftersom artiklarna är skrivna på engelska har författaren använt sig av ett lexikon vid översättning eftersom det är det viktigt att undvika språkfel. Givetvis kan författaren inte helt utesluta översättningsfel trots hjälpmedel, då innebörden av engelska ord och meningsbyggnader inte alltid går att översätta till svenska.

Graneheim och Lundman (2004) menar att då meningsbärande enheter plockades ut från de utvalda artiklarna finns det en risk att innehållet feltolkas på grund av exempelvis metaforer. Polit och Beck (2012) bekräftar även att en analys period behöver ha etapper då värderingar åt sidan och ge möjlighet till att upptäcka brister i arbetet. Författaren har haft

Analysen av artiklarna gjordes av författaren och är inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) och Krippendorffs (2012) innehållsanalys, vilket var lämpligt att använda för att systematiskt och objektivt kunna hantera redan nedskrivet material. Författaren använde sig av Forsberg och Wengströms (2013) samt Polit och Becks (2012) metod att genom färgkodning av artiklarna urskilja och koda ut de meningsbärande

enheterna ur artiklarna.

Färgkodningen från artiklarnas resultatdelar bildade därefter huvudkategorier som arbetades ihop med den teoretiska referensram som valts för litteraturöversikten. Enligt Forsberg och Wengström (2013) bör författaren alltid reflektera över sina tidigare förståelser och tolkningsförmågor i det valda ämnet. Med det menar Forsberg och Wengström (2013) att författaren gör ett eget val av artiklar utifrån vad författaren själv tycker är viktigast vilket till viss del sker subjektivt. Genom det här blir analysen aldrig helt objektiv eftersom författaren då har möjlighet att väva in sin egen tolkning och förförståelse. Det här är någonting som kan påverka studiens reliabilitet negativt. Reliabiliteten förklaras som ett mått på metodens tillförlitlighet och säkerhet samt ett mått för att ta reda på om resultatet är slumpmässigt eller inte. Med det menar Forsberg och Wengström (2013) att författarna omedvetet kan ha valt ut den information från materialet som utifrån förförståelsen ansågs viktigast. Reliabiliteten anses vara hög då en specifik analysmetod använts, lexikon har använts för att undvika fel översättningar och förförståelsen har i största möjliga mån undvikits.

Samtliga artiklar som ligger till grund för resultatdelen i studien är skrivna på engelska vilket även var ett av inklusionskriterierna under urvalsprocessen. Alla artiklar som finns med i resultatet har genomgått en granskning av en etisk kommitté och enligt Polit och Beck (2012) är det en förutsättning för att resultatet ska vara trovärdigt. Forskningsetiska ställningstagande som författaren till studien har värderat högt är att deltagarna i de olika studierna har fått rätt information om vad syftet med studien är och att de när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande.

R

Direkt efter ett plötsligt dödsfall uppvisar de närstående en rad olika reaktioner. Det handlar om allt från chocktillstånd och förtvivlan till lättnad och insikt att döden inte var så obehaglig. I den här fasen är det viktigt att ge de närstående tid att få bearbeta det som just hänt, att få utlopp för alla känslor och känslan av saknad. I den här situationen önskar alla närstående ett möte utan tidspress. Att få sitta ner och få prata med någon i det vårdteam som haft det närmaste ansvaret för den avlidna upplevdes av de närstående som någonting viktigt i sorgeprocessen, vilket leder till att livsvärlden inte påverkas mer negativt än nödvändigt (Arlebrink, 2005).

Möjligheten till det bästa omhändertagandet för de närstående vid ett plötsligt dödsfall skiftar kraftigt. Sjukhusen har ofta personalbrist, överläggningar och tidspress att kämpa mot. Inom den traditionella sjukvården finns därför inte utrymme för vare sig den omedelbara eller långsiktiga hjälpen för de närstående i deras sorgearbete (Arlebrink, 2005).

Information om sambanden mellan sjuksköterskors upplevda livsvärld och den vård de ger saknas i litteraturen idag. Däremot finns det en växande litteratur om relationerna mellan sjuksköterskors missnöje/tillfredsställelse och deras roller och ansvar. Sjuksköterskorna var missnöjda på grund av att de ansåg att kvalitén på vården blev sämre på grund av bristen på tid vilket stärks i Roehrs et al. (2008) studie. Som sjuksköterska med snart genomförd specialistutbildning inom akutsjukvård var författaren till den här litteraturöversikten intresserad av att ta reda på vilket sätt sjuksköterskor bör möta närstående som plötsligt har förlorat någon som står dem nära.

Författarens vision till litteraturöversiktens var att finna ett underlag som gör akutsjuksköterskor mer bekväma och professionella i mötet med de närstående som hamnat i kris efter plötsligt dödsfall av anhörig. Resultatet visar att den pedagogiska förberedelsen från grundutbildningen har stor betydelse för sjuksköterskor som kommer i kontakt med dödsfall och sorgprocesser.

Sjuksköterskorna måste få utbildning i hur de ska kunna hantera sina egna känslor i vården med döende patienter och deras familjer för att i högre grad förstå deras livsvärld. Organisations stöd lyfter både Roehrs et al. (2008) och Scott (2013) i sina studier som någonting som är nödvändigt för att minska sjuksköterskors uppfattningar av otillräcklighet i sin professionella roll som sjuksköterska inom akutsjukvård. Resultatet har visat olika områden som är intressanta att diskutera utifrån, för att höja kompetensen samt olika sätt att arbeta med utbildning av sjuksköterskor i mötet med närstående.

Sjuksköterskans perspektiv

Brysiewicz och Uys (2006), Purves och Edwards (2005) beskriver att sjuksköterskan kan stärka de närstående genom att lyssna, se och att vara närvarande och empatisk i mötet med de närstående i den svåra situationen. Vidare menar Purves och Edwards (2005) även att sjuksköterskorna måste ha förståelse för att vårdbehovet kan behövas minst lika mycket för de närstående som är med och delar patientens dödsögonblick. Tillsammans menar Brysiewicz och Uys (2006) samt Purves och Edwards (2005) att det finns en tydlighet i att sjuksköterskan inte bör lämna de närstående i den akuta sorgprocessen då de närstående ofta befinner sig i en chockfas. Om den närstående är helt ensam bör sjuksköterskan definitivt inte lämna hen ensam.

Att vara personal till de anhöriga och stödja deras familjer anser författaren ställer särskilt stora krav på personlig mognad och kunskaper hos sjuksköterskan det framgår även i Stayt (2009) och Valks et al. (2005) studier. Centrala kunskaper är symtomkontroll och psykosocialt förhållningssätt. För sjuksköterskor som framförallt arbetar inom akutsjukvård, där inställningen är att rädda liv kan det kännas som ett misslyckande när kurativ vård inte längre är möjlig för patienten. Hallgrimsdottir (2000), Lawrence (2010) och Roehrs et al. (2008) lyfter att sjuksköterskan känner skuld, förtvivlan, hjälplöshet och sorg är naturligt inte minst när det handlar om döende barn, personer i personalens egen eller dess föräldrars ålder eller när döden kommer plötsligt och oväntat.

Hallgrimsdottir (2004) påpekade tydligt i sin studie att budgetnedskärningar inom hälso- och sjukvårdssystemet och att det idag är hög personalomsättning på de flesta akutmottagningarna runt om i landet och att många sjuksköterskor dessutom är nyexaminerade och har därför inte haft möjlighet till egen förberedelse eller bearbetning av sorg och död. Det tror författaren skapar oro, ångest och rädsla som leder till att det är tufft och svårt att delta i vården när en patient avlider oväntat vilket stärks från Scotts (2013) studie.

Brysiewicz (2006) menade att den här situationen upplever många sjuksköterskor inom akutsjukvården som ett problem framförallt i mötet med patienternas närstående. Om de närstående dessutom har en egen svår syn på döden menade Thorup et al. (2011) kan leda till ett vårdlidande och enligt författaren till den här litteraturöversikten kan det vara då som sjuksköterskorna upplever att de närstående kan ställa orealistiska krav på insatser av sjuksköterskan och då kan det upplevas som ohanterligt.

SOU (2000:6) betonar att sjuksköterskan måste kunna arbeta utifrån ett professionellt förhållningssätt som innebär att vårdpersonal måste kunna känna empati både för patienten och de närstående. Vidare menar SOU (2000:6) att empati innebär för en sjuksköterska att hon eller han kan sätta sig i en annans människas livsvärld men ändå att hon eller han kan förhålla sig mellan de närståendes och sin egen livssituation och på det visset kunna läsa av och växla mellan närhet och distans.

Lawrence (2010) lyfter att vårdpersonal som arbetar med döende patienter löper en ökad risk för utbrändhet och som arbetar för mycket, för länge inom samma område och med allt för starkt känslöengagemang. Faktorer som påverkar det här är många gånger vårdorganisationen hit hör vårdfilosofi, arbetsledarstil, personalens kompetens, personalbemanning, personalens ålder, civilstånd och anställningstid men även den enskilda individens styrkor och svagheter.

Författaren menar att sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård många gånger ser varje vårdsituation som givande och berikande för den egna personliga utvecklingen vilket även lyfts fram i Roehrs et al. (2008) studie. För många utgör det en stor händelse och en starkt profession att få vara med när en människa avslutar sitt liv. Att vistas i dödens närhet kan vara betungande. Författaren tror att det kan medföra för såväl sjuksköterskan som de närstående att livet får nya dimensioner och det bekräftar Mak et al (2013) i deras studie där mötet med närstående ger både emotionella och somatiska effekter hos sjuksköterskorna. Författaren tror att det kan innebära att varje enskild individ prioriterar sina åtaganden och sitt umgänge på ett annat sätt än tidigare. De involverade tar vara på stunden, gläds åt små företeelser och lever mera intensivt än tidigare. En förutsättning för att sjuksköterskan ska uppleva arbetet som meningsfullt är att den känner trygghet som bland annat grundar sig i kompetens (Bailey et al, 2011; Hallgrimsdottir, 2004; Stayt, 2009 & Valks et al., 2005).

Några av sjuksköterskorna från Mak et al. (2013) studie uppgav att de var mer motiverade att planera för sin egen och sina familjemedlemmars död. De var också inspirerade till att behandla sina egna familjemedlemmar bättre. Det här resultatet överensstämmer med en annan tidigare studie som genomför av Socialstyrelsen i Sverige där det rapporterades att sjuksköterskors liv förändrats efter att de tagit hand om döende patienter. De hade börjat njuta mer av livet och de hade en enkel inställning till både livet och döden, liksom att ta mer hand om sig själva och sina familjemedlemmar. Om verksamheten utvecklar en tydlig struktur i omhändertagandet av närstående som plötsligt har förlorat en anhörig anser författaren att det är att föredra om det kan innebära att sjuksköterskor känner sig mer bekväma och professionella i vården och mötet av de närstående det här stärks av Scott (2013); Stayt (2009) och Valks et al. (2005).

Faktorer som påverkar mötet med närstående vid dödsfall

Vårdpersonalen bör vara medveten om att de närstående är en stor del av patienternas livsvärld. Inom vården möter sjuksköterskor allt oftare människor från olika kulturer, därför blir det allt viktigare att sjuksköterskan kan hantera möten med främmande människor. Det är viktigt att sjuksköterskan kan göra sig förstådda och kunna tolka andra individer på ett så bra sätt som möjligt. Anledningen till de ökande interkulturella kontakterna är många, rörligheten över världen blir allt större, allt fler människor flyttar och flyktingar blir vanligare inom både arbetsliv och privatliv.

Valks et al. (2005) lyfter i deras studie vikten av språk och kommunikation och hur det gör det möjligt för sjuksköterskan att möta andra människor.

Att förstå en annan individ är sällan lätt, men genom att omforma tankar till handlingar och vice versa kan sjuksköterskan skapa en förståelse. Det krävs en bra kommunikation för att förstå den andres språk och handling. Den bästa förutsättningen för att förstå varandra bygger på att sjuksköterskan har en liknande kulturell bakgrund, men det är sällan så. Därför har många människor med utländsk bakgrund, trots bra kunskaper i svenska språket, problem med att finna sig till rätta i Sverige. Bremer (2010) betonar att vid sjukdom kan det lätt uppstå missförstånd eftersom människor använder olika begrepp och sätt att hantera en sjukdom.

Kommunikationens betydelse tydliggörs i Patientlagen (SFS 2014:821) som lyfter att den som har ansvaret för vården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information för att bli delaktiga. För att lyckas med informationen är det bra att ha kunskap och erfarenhet om kommunikation. Det är sjuksköterskans uppgift att kunna avgöra vilken information som närstående behöver för att inte livsvärlden ska påverkas mer än nödvändigt.

Författaren har uppfattningen av att närstående inte tycker de blir uppmärksammade vilket bekräftades i Nyström, Dahlberg och Carlsson (2002) studie. Dahlberg och Segesten (2010) menar att de närstående ofta är passiva och inväntar att vårdpersonalen ska ta kontakt, exempelvis kan det räcka med att skapa ögonkontakt för att de närstående ska känna sig mer uppmärksammande och därmed delaktiga. Avsatt tid och energi till att lyssna in patienterna och deras närstående leder till att sjuksköterskan kan få en helhets bild av de närståendes livsvärld. Författaren till den här litteraturöversikten uppfattar att de närstående tycker det är viktigt att veta att de vid problem kan vända sig till ett telefonnummer för att få hjälp dygnet runt och att det finns känd personal till hands. Vi kan stötta till en viss gräns, men bör vid allvarliga kriser erbjuda professionell hjälp, som präster eller kuratorer. Författaren tycker att all vårdpersonal men i synnerhet att den ansvariga sjuksköterskan ska ha för vana att erbjuda de här alternativen och att låta erbjudandet stå kvar. Författaren till den här litteraturöversikten har genom resultatet kunna se att vår egen inställning till döden har stor betydelse för om vi är beredda att samtala med andra om deras förhållande till lidande och död. Dahlberg (2014) och Dahlberg och Segesten (2010) lyfter verkligen fram vikten av att sjuksköterskorna måste ge utrymme för att visa sina egna känslor. Många saknar personlig erfarenhet av svår sjukdom och död eller har en bild av lidande och död som något skrämmande. Då tror författaren att det är det svårt för sjuksköterskorna att förmedla sina känslor och trygghet till de närstående.

För att kunna vårda döende och stödja närstående på bästa sätt betonade Hallgrimsdottir (2000), SOU (2001:6) och Thorup et al. (2011) att sjuksköterskan måste ha bearbetat sina egna känslor så att de vågar prata om döden. Det är viktigt att acceptera att det inte alltid finns svar på alla frågor eller lösningar på alla problem. Det kan vara psykiskt pressande att vårda svårt sjuka och döende människor. Därför måste sjuksköterskorna få stöd på olika sätt, till exempel genom fortlöpande samtal på arbetsplatsen. Det bästa stödet får sjuksköterskorna ofta av arbetskolegor vilket Roehrs et al. (2008) belyser i sin studie. Därför anser författaren att det är viktigt att all vårdpersonal är öppen och lyhörd för varandra.

Hallgrimsdottir (2000) belyser att många sjuksköterskor blir känslomässigt engagerade vid ett plötsligt dödsfall. Författaren till den här litteraturöversikten tycker sig se ett samband med vad Hallgrimsdottir (2000) belyser i sin studie om hur patienter och närståendes lidande kan förvärras genom ett oprofessionellt bemötande och hur Hallgrimsdottir (2000) menar att om sjuksköterskan inte har erfarenheter eller förståelse för sitt eget lidande, kan det innebära att sjuksköterskan lidande överförs på de närstående. Därför anser författaren att det också måste finnas möjlighet för sjuksköterskan att få tala med någon utanför arbetsgruppen och att få handledning, enskilt eller i grupp, speciellt för den som dagligen vårdar svårt sjuka och döende människor. Exempel på sådant som kan behöva bearbetas är det egna förhållandet till döden och till kollegorna och de inbördes relationerna liksom vårdteamets praktiska rutiner.

Varje verksamhetsorganisation måste tillgodose riktlinjer, behov av handledning och utrymme för debriefing (Hallgrimsdottir, 2004; Lawrence, 2010; Roehrs et al., 2008 & Scott, 2013). Vårdlidande är egentligen ett begrepp som enligt författaren inte borde existera inom vården. Att någon människa ska behöva uppleva vårdlidande 2016 är inte acceptabelt, genom tidigare forskning påverkas vårdlidandet omedvetet av vårdpersonalen. Men om vårdlidandet påverkas av bristande kunskap om individernas livsvärld och vår egen brist på reflektion vilket slutsatsen blir från flera studier som lyfts i den här studien så anser författaren att hela organisationen för hälso- sjukvård behöver genomföra åtgärder för att eliminera risken för vårdlidande.

Kasén et al. (2008) har även tagit fram sjuksköterskornas syn på hur vårdlidandet kan förhindras och lyfter då att framförallt hur organisationen, vårdkulturen och vårdrelationen kan förändras för att minska uppkomsten av vårdlidande. Framförallt reflekterar sjuksköterskorna i Kaséns et al. (2008) studie över hur de kan förhindra vårdlidandet inom vårdkulturen och vårdrelationen. Tankar som författaren till den här litteraturöversikten får utifrån Kaséns et al. (2008) resultat är att sjuksköterskan har ett ansvar i att lyfta fram både patientens och de närståendes önskemål och funderingar till ansvarig läkare och på så vis påverka vårdrelationen positivt och minska vårdlidandet. Organisationsmässigt anser författaren att vårdmiljön bör anpassas för patienterna och deras närstående, det behövs finnas utrymme för avskildhet och framförallt i de situationer där patienterna avlider plötsligt.

Mak et al. (2013) beskriver även att lidandet får både emotionella och somatiska effekter hos sjuksköterskorna. Enligt flera studier (Le Brocq et al., 2003; Scott, 2013; Stayt, 2009 & Valks et al., 2005) framkommer det att erfarenhet och utbildning påverkar akutvårdspersonalen på ett positivt sätt, de kan lättare hantera den känslomässiga biten i de här situationerna. Författaren tror att om sjukvården möter patienter och närstående på ett respektfullt sätt kan dödsfallet mötas med acceptans och värdighet istället för att ses enbart som ett misslyckat försök till att rädda liv.

Trots att sjuksköterskor dagligen är utsatta för att få hantera både väntade och oväntade dödsfall visar resultatet på att det är få kliniker som erbjuder utbildning och känslomässigt stöd till sjukvårdspersonalen. Det här kan även författaren relatera till utifrån sin egen verksamhet. Författaren är helt enig med Scott (2013) och Stayt (2009) att utbildning, riktlinjer och rutiner är viktiga delar för att ge sjuksköterskans förutsättningar för att kunna arbeta professionellt i mötet och vården av närstående i samband men att de har förlorat en anhörig plötsligt och oväntat.

Vårdrelationens betydelse i mötet med de närstående

I patientens livsvärld ingår alltid de närstående. Många önskar att de anhöriga ska få större möjlighet att vara med längre i vårdkedjan. Från tidigare forskning går det att se att resultatet från Dahlbergs (2002) studie visade en generell bild av vårdlidande och beskrev det som att människan blev förnekad som individ. Det innebär konkret att patienten och deras närstående blir åsidosatta och fräntas möjligheten att delta aktivt i sin vårdprocess. Med tanke på resultatet från Dahlberg studie tycker författaren till den här studien att det går att se ett samband med hur sjuksköterskornas engagemang och förståelse för den enskilda människans livsvärld och hur det i sin tur påverkar deras gemensamma upplevelse av vårdrelationen. Thorkildsen, Eriksson och Råholm (2012) menade även att vårdpersonalen måste kunna förstå patientens och deras närståendes livsvärld för att kunna erbjuda och skapa en säker och god vårdrelation.

Thorup et al. (2011) hävdar att det finns perioder under en patients vårdtid då sjukvårdspersonalens egna tankar och känslor tar över vårdfokus vilket kan skapa vårdlidande för patienten och deras närstående.

I flera studier kunde författaren till den här studien läsa att tidsbristen för att finnas och vårda de närstående var faktorer som sjuksköterskorna upplevde som någonting negativt. För författaren skapar det här en svaghet inom vården, det kan enligt författaren vara grunden till att många närstående upplever osäkerhet, otrygghet, maktlöshet och lidande för de närstående och ofta återspeglas det till sjuksköterskan i form av hjälplöshet.

För att kunna minska vårdlidandet för de närstående anser författaren att informationen till de närstående är viktigt oavsett hur allvarlig situationen ser ut för patienten. Patienterna och de närstående förväntar sig tydlig information. Författaren menar att ett professionellt och engagerat möte med de närstående har betydelse både för sjuksköterskorna och för de närståendes psykiska hälsa.

När en anhörig avlider utsätts de närstående för oro, osäkerhet, sorg och depression och då förväntar sig de närstående empati och sympati från sjuksköterskan. Patientens och närståendes behov måste ha en central plats i vården när en patient avlider plötsligt (Scott, 2013 & Valks et al., 2005).

Som sjuksköterska anser författaren att det är av stor vikt att sjuksköterskor har kunskap om att de närstående hamnar i chock när någon anhörig dör oväntat. Det leder till att kunskap om att uppföljningssamtal under den akuta fasen bör ske så de närstående kan få möjligheten att reda ut oklarheter kring dödsfallet. Författaren tror att det kan minska risken att de närstående upplever vårdlidande.

Thorup et al. (2011) menar att om det inte finns någon trygghet i vårdrelation mellan sjuksköterskan, patienten och närstående, det vill säga att vården inte möter patienten och närståendes sårbarhet och behov vilket ökar deras lidande och minskar deras delaktighet i vårdrelationen. Om sjuksköterskan kan stödja, vägleda och bistå de närstående till att känna delaktighet så att informationen och situationen blir hanterbar så anser författaren att det kan hjälpa de närstående att hämta styrka istället för att uppleva vårdlidande.

Författaren delar Valks et al. (2005) uppfattning om att ta hand om den döende patienten är en integrerad del av omvårdnad inom akutsjukvård och att patientens död ofta är plötslig och oväntad. Det här leder ofta till känsloladdade situationer och livsförändrade omständigheter för familjemedlemmarna. Författaren anser att det är en enorm utmaning för all personal inom akutsjukvård att kunna stödja dessa familjer. Många sjuksköterskor uttrycker frustration och otillräcklighet i den vård de kan ge till familjer som plötsligt förlorar en anhörig.

Nuvarande omvårdnadsforskning av Gjengedal et al. (2013) stödjer uppfattningen att tidigt insättande av resurser hjälper den normala sorgeprocessen, men att det inte finns några särskilda åtgärder som har utvärderats tillräckligt. Depression, ökad mottaglighet för sjukdomar, hjärtsjukdomar, ökad risk för plötslig hjärtdöd och social dysfunktion har erkänts som en del av de skadliga effekterna av olöst sorg. Det är viktigt att notera att sorgearbetet inte erbjuder omfattande sorgerådgivning, utan att målet är att tillhandahålla en organisation som stödjer en normal sorgeprocess. Olika kliniska organisationer ger olika utmaningar för sjuksköterskor som tar hand om döende patienter och deras familjer.

Författaren till den här litteraturöversikten kunde se att det finns gemensamma teman som dyker upp från litteraturen kring sorg och stöd för sorgeprocessen. Dessa kan omfatta tillhandahållande av psykosocialt stöd, möjligheter att diskutera de händelser som ledde till döden och erbjudandet och hänvisningar till pågående stödtjänster. Efterlevandestöd kan utvecklas och åstadkommas genom ett telefon samtal, brev eller kort. Dessutom kan remisser till sjukhusets stödtjänster utnyttjas mer frikostigt. Författaren väljer även att lyfta fram vikten av uppföljning av efterlevnadssamtal där ett stöd kan utformas som passar den närstående. Här ska det finnas en kontaktperson som har avsatt tid för att ge information och stöd för att minska lidandet för de närstående och främja deras psykiska hälsa.



I grundutbildningen får sjuksköterskor läsa om kristeorier och hur de ska möta patienter och närstående i allmänhet men det glöms bort att de flesta patienter och närstående som kommer i kontakt med sjukvården gör det genom oväntade händelser och av tragiska orsaker. Att vårda närstående som förlorat en anhörig plötsligt upplevs idag av en hög majoritet sjuksköterskor som någonting ohanterligt och sårbart. Beror det på att det finns en bristfällighet i grundutbildningen? Och vad kan vi göra för att påverka sjuksköterskornas upplevelse och stärka professionen? Med mer kunskap, bättre struktur och tydligare riktlinjer på arbetsplatsen skulle akutsjuksköterskorna stärka sin roll i omhändertagandet av närstående vid akuta dödsfall. Tolkningen av den här litteraturöversikten får stöd från flera studier där sjuksköterskors upplevelse av att vårda närstående som plötsligt förlorat en anhörig lyfts fram och huruvida livsvärlden, vårdrelationen och vårdlidande har sin grund i omedvetna handlingar och bristande kunskap. Det viktigt är att sjuksköterskor får utbildning i döden och sorgeprocessen, för att kunna ändra sjuksköterskornas negativa och otrygga upplevelser av att vårda närstående i sorg. Utbildning bör baseras på forskning där behoven har undersökts hos de närstående som plötsligt förlorar en anhörig, och bör omfatta kommunikationsfärdigheter i att informera om "dåliga nyheter". Utbildningen skulle kunna ge en förståelse om sorgeprocessen och hjälpa akutvårdspersonalen med sina egna känslor och obehag i sådana situationer. Ett sätt att kunna utforma det här som en del i utbildningen är att väva in de närstående i patientfallen som idag både genomför teoretisk och praktiskt.

Som författare till den här litteraturöversikten är min upplevelse att akutvårdspersonalen är så fokuserade på uppgiften att rädda liv att de inte ser eller lägger märket till om det finns med närstående till patienten. Litteraturöversikten var viktig att genomföra för att lyfta fram betydelsen av vilka orsaker som gör att sjuksköterskor idag känner som de gör i det vårdande mötet med närstående som plötsligt har förlorat en anhörig, vad som påverkar deras upplevelse och hur deras egna känslor och syn på närståendes livsvärld påverkar den här situationen.

Studien ger en bild av hur faktorer som utbildning, riktlinjer och utveckling i verksamheten kan leda till en stärkt yrkesprofession. Studien kan även lyfta intresset av att försöka minska risken för sjuksköterskor drabbas utbrändhet och därmed även i förebyggande syfte sätta in resurser för att förhindra sjukskrivningar på grund av ohälsa vilket är gynnsamt för verksamheten. Förhoppningen är att kunna sprida kunskap och kompetens om hur akutsjuksköterskor ska kunna räcka till för de närstående.

N

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

Benner, P. (2001). Death as a human passage: Compassionate care for persons dying in critical care units. *American Journal of Critical Care*, 10(5), 355-9.

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

Bremer, A. (2010). Mötet med närstående. I B. O. Suserud., & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (1. Uppl., ss. 150-160). Stockholm: Liber.

*Bryśiewicz, P., & Uys L.R. (2006). A Model for Dealing With Sudden Death. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 1-11.

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

CODEX. (2010). *Regler och riktlinjer för forskning*. <http://www.codex.vr.se/regler.shtml> sökdatum 2015-12-26.

Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande- det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 63(22), 4-8. doi: 10.1177/010740830202200101

Dahlberg, K., & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eide, H., & Eide, T. (2005). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

*Engström, Å., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1651-1659. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x

Forsberg, C., & Wennerström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. Uppl. ss. 137-143). Lund: Studentlitteratur AB.

Fyhr, G. (2003). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur och kultur.

WognHenriksen, K. (2013). Vulnerability in health care: reflections on encounters in every day practice. *Nursing philosophy*, 2013(14), 127-138. doi: 10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing reasearch: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

*Hallgrimsdottir, E. M. (2004). Caring for families in A&E departments: Scottish and Norwegian experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12(14), 1420-1426. doi:10.1016/j.aen.2004.01.004

Wong, P., & Johnson, J. (2000). Family experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 611-619. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00406.x

Hedrenius, S. & Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser att stärka människors motståndskraft*. Stockholm: Natur och kultur.

Kasén, A., Nordman, T., Eriksson, K., & Lindholm, T. (2008). Då patienten lider av vården - Vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*, 88, 4-8. doi: 10.1177/010740830802800202

Kelly, A-E. (2005). Relationships in emergency care, communication and impact. *Top Emergency Medicine*, 27, 192-197.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kock-Redfors, M. (2002). *Plötslig oväntad död: Att ta hand om anhöriga i akut kris*. Sävedalen: Warne Förlag.

Krippendorff, K. (2012). *Content Analysis: An Introduction to It's Methodology*. 3 Rev ed. Thousand Oaks, Calif: Sage.

*Lawrence, N. (2010). Care of bereaved parents after sudden infant death. *Emergency Nurse*, 18(3), 22-25.

*LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T., & Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 85-90. doi:10.1016/S0965-2302(02)00210-2

Main, J. (2002). Management of relatives of patients who are dying. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 794-801. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00672.x

*Mak, Y.W., Lim Chiang, V.C., & Chui, W.T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(9), 423-431.

Muntlin, Å., & Kurland, L. (2010). Mötet med närstående. I B. O. Suserud., & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (1. Uppl., ss. 109-114). Stockholm: Liber.

Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003). Non-ó caring encounters at an emergency care unit - óa life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 761-769.

Nyström, M., & Herlitz, J. (2010). Mötet mellan två kunskapsområden. I B. O. Suserud., & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (1. Uppl., ss. 150-160). Stockholm: Liber.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Purves, Y., & Edwards, S. (2005). Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emerg Nurs*, 13, 235-242.

Rashid, M. (2006). A decade of adult intensive care unit design: a study of the physical design features of the best-practice examples. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(4), 282.

*Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 37, 631-639. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. M. I Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ sökdatum: 2016-02-23.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014821/ sökdatum: 2016-03-23

, U j q t v g t . " O O . " (" U v c { v " N O E O " * 4 2 3 2 + " E t k v k e c n " e intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 66(1), 159-167. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x

Socialstyrelsen. (2016). <http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=273> sökdatum: 2016-02-11.

Socialstyrelsen. (2014). *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-8-1> sökdatum: 2015-11-24.

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar: rapport december 2013*. (Artikelnummer 2013-12-2). Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19259/2013-12-2.pdf> sökdatum: 2016-02-15.

Socialstyrelsen. (2009). SOSFS 2009:10 *Ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10> sökdatum: 2016-02-18.

Soini, K., & Stiernström, H. (2012). Organisation av en intensivvårdavdelning. I A. Larsson., & S. Rubertsson. (Red.), *Intensivvård*. (s. 18-26). Stockholm: Liber.

SOU. (2001:6). *Döden angår oss alla övändig vård vid livets slut*. Stockholm: Liber.

Statens beredning för värdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU.

*Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of advanced nursing*, 18, 1267-1275. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x

Strömberg, J. (2012). *Akutsjukvård*. Stockholm: Sanoma Utbildning.

Stubberud, D. G. (2013). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. T. Gulbransen., & D G. Stubberud (Red.), *Intensivvård Avancerad omvårdnad och behandling*. (3. Uppl., ss. 19-22). Lund: Studentlitteratur AB.

*Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M-B. (2012). The substance of love when encountering suffering: an interpretative research synthesis with an abductive approach. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27, 449-459. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01038.x.

*Thorup, C. B., Rundqvist, E., Roberts, C., & Delmar, C. (2011). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26, 427-435. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x

*Valks, K., Mitchell, M. L., Inglis-Simons, C., & Limpus, A. (2005). Dealing with death: an audit of family bereavement programs in Australian intensive care units [elektronisk version]. *Australian critical care*. 18(4), 146, 148-5.

Whitaker, A., Forssell, E., & Jegermalm, M. (2010). *Anhöringskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.

Wiklund, L. (2010). Lidande öen del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder öPerspektiv och förhållningssätt* (s. 295-325). Lund: Studentlitteratur AB.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Wilhelmsson, O. (2001). *Omvårdnad*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Wood, I., & Garner, M. (2013). *Inledande omhändertagande av akut sjuka personer: en bok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wright, LM., & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. 1 ed, Lund: Studentlitteratur AB.

Östlinder, G. (2004). Närståendes behov i vård och omsorg. I G. Östlinder (Red.), *Närståendes behov: Omvårdnad som akademiskt ämne* (ss. 7-11). Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

*= Resultatartiklar

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

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

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

1 . Sjuksköterskors upplevelse av att möta närstående efter plötsligt dödsfall inom akutsjukvård

F A L	F R	F U L	S	D	M D A	R	K
Bailey, C., Murphy, R & Porock, D. (2011). Storbritannien.	Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work <i>Journal of Clinical Nursing</i>	K	Att utforska hur akutsjuksköterskor hanterar den känslomässiga påverkan av att möta död och akuta dödsfall samt att presentera en modell för att utveckla expertis i vård vid livets slut.	23 stycken. 10 akuvårdspersonal, varav 5 sjuksköterskor. 13 anhöriga eller patienter. Observation utfördes på en stor akutmottagningen under 12 månader. Genomförde också 28 djupintervjuer med räddningspersonal, patienter med livshotande sjukdomar och deras anhöriga.	Observationer och semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna transkriberades, kodades i Nvivo7 och analyserades tillsammans med data från observationerna.	Sjuksköterskor utvecklar expertis i vård vid livets slut genom tre steg. 1, genom att hitta sig själv i sjuksköterske-patientrelationen. 2, genom att arbeta med att hantera sina känslor. 3, utveckling av sin emotionella intelligens.	Hög
Brysiewicz, P., & Uys L.R. (2006). Sydafrika.	A Model for Dealing With Sudden Death. <i>Advances in Nursing Science.</i>	K	Var att ge hälso-och sjukvårdspersonal som arbetar inom akutsjukvården riktlinjer för att säkerställa terapeutisk hantering av döda eller döende patienter samt nära anhöriga till patienter som plötsligt avlider och kollegor som ställs inför plötsliga dödsfall på arbetet.	Sjuksköterskor, läkare och anhöriga, som arbetar i olika nivåer på akutmottagningar.	Individuella intervjuer. Latent innehållsanalys.	Analys av data resulterade i information som rör utvecklingsarbete kring hantering av plötslig död, checklistor för förberedelser, checklista för utvärdering och informationsgivning till anhöriga.	Hög

F Å L	F R	F u r	S	P	M e t o d	R	K
Engström, Å., Söderberg, S. (2007). Sverige.	Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	K	Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av de närstående närvaro inom intensivvård.	24 intensivvårds sjuusköterskor under våren 2004.	Datainsamlingen genomfördes genom intervjuer och fokusgrupper. Kvalitativ tematisk innehållsanalys.	Resultatet visade att närståendes närvar togs för givet av iva sjuksköterskor och det var frustrerande om patienter inte hade någon närstående. Information från närstående gjorde det möjligt för iva sjuksköterskor att skapa individuell vård för patienterna. Sjuksköterskorna stöttade de närstående genom information, finnas för de och vara nära och skapa goda relationer med de närstående. De närstående var viktiga inom iva vården. Iva sjuusköterskorna saknade utrymme för reflektion och diskussion om den vård som de bedrev.	Hög
Hallgrimsdottir, E-M. (2004). Island.	Caring for families in A & E departments: Scottish and Icelandic p w t u g u ø and experiences. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	K och R	Syftet med studien var att kartlägga sjuksköterskor åsikter och erfarenheter av att ta hand om familjer när patientens tillstånd är kritiskt och familjen hamnar i sorg.	111 sjuksköterskor inom akutsjukvård och prehospital vård från Skottland och Island.	Både en kvantitativ och kvalitativ metod har använts. Data samlades in med hjälp utav ett frågeformulär, innehållande 49 slutna frågor och 15 öppna. De slutna frågorna analyserades med hjälp utav ett statistiskt datorprogram. De öppna frågorna ordnades i teman och kategorier.	Resultat visar att deltagarna uppfattade sig ha ansvaret för patienternas familjer. De viktigaste var att ta hand om familjerna och att utbildning i att ta hand om familjer saknades. Presenterades i kategorier: Statistisk data Åsikt och erfarenhet Uppfattning av förberedelser Medverkan och utvärdering	Hög

F Å R	F E	F u h	S	D	M e t o d	R	K
Hallgrímsdóttir, E-M. (2000). Island.	Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	K och R	Ta reda på vad är akutsjuksköterskors uppfattning om att ta hand om familjer? Hur bra upplever akutsjuksköterskor att de är förberedda för att ta hand om familjer till svårt sjuka patienter och plötsligt sörjande familjer?	Forskaren valde ett icke sannolikhetsurval. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och arbeta på någon av de förutbestämda akutmottagningarna i Glasgow. 54 st sjuksköterskor intervjuades.	Både en kvantitativ och kvalitativ metod har använts. En beskrivande studiedesign användes och data samlades in genom användningen av ett frågeformulär. Frågeformuläret innehöll både slutna och öppna frågor och analyserades med hjälp av ett statistiskt datorprogram.	I resultatet framkom det att sjuksköterskor tycker det är svårt att möta närstående men att de tycker att det är en viktig del i deras arbete. Deltagarna kände igen sig i de närståendes behov och tyckte det var viktigt att tillgodose dessa behov.	Hög
Lawrence, N. (2010). Storbritannien.	Care of bereaved parents after sudden infant death. Emergency Nurse	K	Artikeln syftar till att diskutera riktlinjer för att ge efterlevandestöd till föräldrar som förlorat sitt barn på en akutmottagning.	Forskaren själv utförde observationer av akutpersonalen i samband med när föräldrar förlorar sina barn.	Resultatet bygger på observationen där Lawrence presenterar riktlinjer för akutvårdspersonal i vården av sörjande föräldrar som plötsligt har förlorat sitt barn.	Resultatet visar att akutpersonalen upplever svårigheter i att möta föräldrar som förlorat sitt barn på grund av sina egna känslor av hjälplöshet, otillräcklig utbildning och deras brist på befintliga relationer med föräldrar. De här problemen kan lösas med kunskaper, färdigheter och specifik vägledning som den här typen av vård kräver.	Hög
LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T., & Buchanan, M. (2003). Australien.	Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. Accident and Emergency Nursing.	K	Syftet var att förbättra vården för alla dem som arbetar med ett dödsfall på en akutmottagning, både för familjerna och personalen.	Två av Melbournes storstads universitetssjukhus, Brev skickades ut till närstående till patienter vilka hade dött på en akutmottagning. Totalt skickades 203 brev ut varav 21 svarade.	Genomförde ett program för krishantering vid dödsfall. Påverkade faktorer identifierades och litteratur bevis söktes. Ett multidisciplinärt team fördes samman för att bilda en	Resultatet visar ett svar på personalen missnöje om deras förmåga att ta hand om sörjande familjer och hur det påverkar personalen.	Hög

F Å R	T E M	F o r h v u d	S j u k s k ö t e r s k o r	D e l t o g	M e t o d	R e s u l t a t	K a t e g o r
Mak, Y.W., Chiang, V.C.L., & Chui, W.T. (2013). Hong Kong.	Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. International Journal of Palliative Nursing.	K	Att undersöka erfarenheter och upplevelser hos sjuksköterskor som vårdar döende patienter och deras familjer inom akutsjukvården.	15 sjuksköterskor deltog från tre akuta medicin avdelningar på ett sjukhus i Hong Kong.	Datainsamling via individuella intervjuer. Manifest innehållsanalys.	Resultatet visas i fyra kategorier. Brist på beredskap inför patienters död, tankar rörande sin egen roll vid vård av en döende patient, tankar om döden och personalens personliga erfarenheter av dödsfall hos nära anhöriga och strategier för att hantera vårdandet av döende patienter.	Hög
Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). USA.	Caring for families coping with perinatal loss. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.	K	Att beskriva stödbehov för sjuksköterskor som vårdar familjer som förlorat ett barn.	10 st sjuksköterskor som arbetar på ett västerländskt sjukhus förlossningsenhet.	Intervjuer. Kvalitativ/Deskriptiv innehållsanalys.	Sjuksköterskornas kände sig inte riktigt trygga i sin yrkesroll i mötet med närstående efter dödsfall.	Medel

Å Å Å	F F F	F F F	S	D	M D A	R	K
Scott, T. (2013). England.	Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. Emergency Nurse.	Kvalitativ studie.	Artikels syfte är att lyfta fram frågor om att ge information till sörjande närstående.	Inga deltagare. Scott beskriver en teori om fem övningar som de testar i verkligheten.	Innehåller övningar som vårdpersonal kan vidta för att identifiera sina personliga styrkor och yrkeskompetens i omvårdnaden av sörjande närstående.	Resultatet visar att många akut-sjuksköterskor tycker det är svårt att stödja sörjande närstående. Kliniska ledare måste införskaffa lokala strategier riktlinjer för vård av sörjande närstående och erbjuda vägledning.	Hög
Shorter, M., & Stayt, LC. (2009). Storbritannien.	Critical care p w t u g u ø experiences of grief in an adult intensive care unit. <i>Journal of Advanced Nursing.</i>	Kvalitativ studie.	Intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av sorg och deras anpassningsmekanismer när en patient dör.	8 stycken intensivvårdssjuksköterskor.	Studien har antagit en fenomenologisk ansats, intervju med intensivvårdssjuksköterskor. Datainsamlingen skedde 2007/8. Intervjuerna transkriberades ordagrant och teman som genererades genom Colaizzi ramverk.	Deltagarna rapporterade känslor av sorg för patienterna som de hade vårdat. De beskrev hur en patients död var mer påfrestande om de hade utvecklat "meningsfull engagemang" med patienten och de närstående. De förnekade åtkomst av formellt stöd, informella samtal med kollegor var mycket värdefulla.	Hög

F Å R	T E M	F o r m	S Ä M N	P O P U L Ä N	M E T O D	R E S U L T	K A T E G O R I
Stayt, L.C. (2009). Storbritannien.	Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	Kvalitativ studie.	Att utforska det känslomässiga arbetet för sjuksköterskor i vården av anhöriga till kritiskt sjuka på en intensivvårdsavdelning.	12 st sjuksköterskor. På intensivvårdsavdelning.	Intervjuer fenomenologisk/ innehållsanalys.	Resultatet visade följande teman: betydelsen av döden, att skapa förtroende, att ge empati, intimitet och självbevarande. Emotionellt arbete utgör en viktig del av den sjuksköterskors arbete. Betydelsen av död, dåliga nyheter och relationer är källor till emotionell stress för sjuksköterskor.	Hög
Thorup, C. B., Rundqvist E., Roberts, C., & Delmar, C. (2011). Skandinavien.	Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. <i>Scandinavian Journal of Caring Science.</i>	Kvalitativ studie.	Att utforska sjuksköterskans egna erfarenheter av hur deras egen sårbarhet och lidande påverkar deras etiska förhållningssätt och deras kapacitet att utföra professionell vård när de blir konfronterade av patienternas sårbarhet och lidande.	34 (12) erfarna sjuksköterskor från Sverige, Finland och Danmark.	En kvalitativ intervjustudie baserad på 23 intervjuer av erfarna sjuksköterskor från Skandinavien	Mod tycks vara ett tydligt gemensamt fenomen inom det etiska förhållningssättet. Mod manifesterar sig själv som möjligheten och viljan att hjälpa patienten och familjen att möta sin sårbarhet och sitt lidande.	Hög

F Å L	T E	F o r m	S y n	D a t a	M e t o d	R e s u l t a t	K l ä r n g
<p>Valks, K., Mitchell, M.L., Inglis-Simons., C & Limpus, A. (2005). Australien.</p>	<p>Dealing with death: an audit of family bereavement programs in Australian intensive care units. Australian Critical Care.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Att beskriva hur sjuksköterskan hanterar sitt arbete med sorg inom allmän- och intensivvårdsavdelningar i Australien med hjälp av enkäter.</p>	<p>117 intensivvårds sjuksköterskor tillfrågade. 99 svarande (84.6%)</p>	<p>Enkätundersökning. Data från enkäterna analyserades i Statistical Packages för Social Sciences (11.5) Deskriptiv statistik användes för att sammanfatta resultatet.</p>	<p>I stort sett alla av de deltagande enheterna erbjuder någon form av sorghantering och grundläggande strategier för kontakten med kritiskt sjuka patienter och deras familjer, att informera om dödsfall, visningar av den avlidna och ö f g d t k g h personalen.</p>	<p>Hög</p>