

Anhörigas erfarenheter av att befinna sig på sjukhus
när en närstående genomgår
återupplivningsförsök efter ett hjärtstopp

FÖRFATTARE	Bodil Malmqvist
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad självständigtarbete II OM 1650 VT 2008
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Åsa Axelsson
EXAMINATOR	Barbro Robertsson

Titel:	Anhörigas erfarenheter av att befinna sig på sjukhus när en närstående genomgår återupplivningsförsök efter ett hjärtstopp.
Titel:	Family experience of being at the hospital when a relative undergo resuscitation after a cardiac arrest.
Arbetets art:	Självständigt arbete – Fördjupningsnivå II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete II OM 1650
Arbetets omfattning:	15 Poäng
Sidantal:	21
Föfattare:	Bodil Malmqvist Leg. Sjuksköterska vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ område östra e-post: Bodil.malmqvist@vgregion.se
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Barbro Robertsson

ABSTRAKT

Introduktion

Mellan 1994-2001, inträffade 833 hjärtstillestånd på Sahlgrenska Universitetssjukhus varav 523 dog på sjukhuset. Anhöriga är alltid fullständigt oförberedda för det som händer vid plötslig och oväntad död

Syfte

Att beskriva anhörigas erfarenhet av att befinna sig på akutavdelningen när en närstående genomgår återupplivning efter ett hjärtstopp samt deras erfarenhet av sjukvårdspersonalens bemötande i situationen.

Metod

En pilotstudie med två kvinnliga informanter, 46 år respektive 76 år. En kvalitativ innehållsanalys användes där de meningsbärande enheterna kodades och tolkades vilket bildade teman.

Resultat

I analysen av de två intervjuerna bildades fem teman som vart och ett karakteriserades av en känsla hos de anhöriga: mottagandet – känsla av kaos; väntan – känsla av ovetskap; bemötande – känsla av förtroende; beskedet – känsla av bekräftelse.

Key Words

Resuscitation, Bereavement, emergency department, experience, family.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
INLEDNING	4
VÅRDVETENSKAPLIGA / OMVÅRDNADSVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV	4
BAKGRUND	5
Cullbergs psykologiska teori	5
Lidande	6
Tröst	7
Anhöriga	7
Tidigare forskning	7
SYFTE	9
METOD	9
Informanterna	10
Inklusionskriterier:	10
Exklusionskriterier:	10
Fullsaklig studie	10
Datansamling	10
Dataanalys	11
Etisk övervägande	11
RESULTAT	12
Mottagandet – Känsla av kaos	13
Väntan – Känsla av ovetskap	13
Bemötandet – Känsla av förtroende	13
Beskedet – Känsla av bekräftelse	13
Avskedet – Oåterkallelighet	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
REFERENSLISTA	18
Bilaga 1 Informationsbrev till anhöriga	
Bilaga 2 Intervjuguiden	

INLEDNING

Mellan 1994-2001 inträffade 833 hjärtstillestånd på Sahlgrenska Universitetssjukhus varav 523 dog på sjukhuset. Ytterligare 280 patienter per år får hjärtstopp utanför sjukhus i Göteborg, en del av dessa återfår aldrig egen cirkulation och i många fall avslutas återupplivning i samband med ankomsten till sjukhuset. (1)

Anhöriga är alltid fullständigt oförberedda för det som händer vid plötslig och oväntad död. I beskedet är anhöriga alltid chockade. De har inte hunnit skaffa sig beredskap för att förlora den som dött. Farväl har inte hunnits ta ordentligt. Avsluta saker tillsammans har de inte hunnit göra. Det har kanske inte hunnit be om förlåtelse för avgörande händelser (2). Om sorgprocessen under ett tidigt stadium är förhindrad kan det resultera i psykiska problem i framtiden (3,4). Att vara med under återupplivningen kan vara en väg att förbättra och möjliggöra sorgprocessen och acceptera döden (3). Det har visat sig i studier att närstående som deltar vid återupplivningsförsök ökar de närståendes förståelse för döden och att det har kunnat hjälpa de att hantera förlusten på längre sikt. Genom närvaro har det visat sig att de inte känner sig lika hjälplösa och isolerade. (5,6)

VÅRDVETENSKAPLIGA / OMVÅRDNADSVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV

”Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17) påpekar i sina allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården att den ska vila på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Vårdaren är med andra ord skyldig att i sitt arbete utgå från vetenskaplig kunskap”(7).

Vårdvetenskap (jfr. eng. ”caring-science”) producerar vetenskaplig kunskap om vårdandet. Kunskapen är tillgänglig för andra till exempel arbetsterapeuter och sjukgymnaster som även de vårdar människor. Vårdandets substans blir beskrivet genom vårdvetenskapen som akademisk disciplin, alltså vad god vård är, genom att besvara *vad*-frågor (8). Samtidig som vårdvetenskapen skall utmana samhället skall vårdvetenskapen alltid vara beredd att möta samhällets olika utmaningar. Vägen skall visas av den akademiska vårdvetenskapen för utvecklandet av det goda vårdandet men det förutsätter ökad satsning på grundforskning (9).

Systematisk vårdvetenskapen med utgångspunkt i det som uppfattas som vårdande, och betonar det som skiljer vårdvetenskapen från andra vetenskaper. Systematiska vårdvetenskapen arbetar med grundforskning samt med studier förankrad i vårdandes historia dess förutsättningar, metod och centrala motiv. Relevanta begrepp och kunskap kan utvecklas genom att se hur de hör ihop med varandra. Det ger möjligheter att utveckla ontologiskt ställningstagande om verkligheten i vården. Värdegrunden och grundvalen för en etisk hållning framträder på detta viset. Reflektion över vad vårdvetenskaplig kunskap är, var den kan sökas och hur man kan uppnå denna kunskap visar på andra uppgift som den systematiska vårdvetenskapen har (8).

Klinisk vårdvetenskapen har sin utgångspunkt i systematisk vårdvetenskap där fokuseringen ligger på hur kunskapen i det vårdvetenskapliga kan i olika kliniska sammanhang integreras. Kliniska sammanhang uttrycks i hur ett vårdvetenskapens ethos lyfts fram, och den teorikärna som utvecklas inom ramen för den systematiska vårdvetenskapen. Det kliniska vårdvetenskapen försöker beskriva den kliniska verkligheten genom vårdvetenskapliga begrepp, med utgångspunkt i patientperspektivet. Ger möjlighet för vårdaren att förstå vad som sker i olika vårdssituationer. När vårdvetenskapligt begrepp används kan vårdaren beskriva sin förståelse av situationen för andra(8).

Med utgångspunkt i sjuksköterskeprofessionen försöker omvårdnadsvetenskapen ge svar på *hur-frågor*, ex hur olika arbetsuppgifter upplevs av sjuksköterskan. Inom vårdforskningen finns det två huvudriktningar. Där sjuksköterskeprofessionens status försöker höjas, professionsinriktad och att arbetsuppgifterna till sjuksköterskan utvecklas och utvärderas på olika sätt och kan beskrivas genom begreppet omvårdnadsvetenskap. Samt en som strävar efter att vårdvetenskapen utvecklas som en autonom vetenskap samt att kunskap om vårdandets fenomen utvecklas. Detta har en tydlig förankring i det teoretiska perspektiv ontologin ger, det utgår från ett klart uttryckt ontologiskt ställningstagande (8).

Det är den humanvetenskapig människobild som vårdvetenskapen utgår ifrån. Vårdvetenskapen tar inte helt avstånd från naturvetenskapen och naturvetenskaplig kunskap men inriktningen mot ett humanvetenskapligt intresse får konsekvenser. Det är inte bara i ställningstagande till ontologiskt utan även vad det gäller epistemologiska och metodologiska frågor. ”Det innebär bland annat att synen på människan som unik leder till att frågor som berör exempelvis generaliserbarhet hanteras på ett annorlunda sätt” s 29 (8).

Det är med utgångspunkt i människan som man förstår och uppfattar världen ur en humanistisk människosyn. Det är helt centralt att betrakta människan som fri. Människan är höjd över naturen och inte bara en del av den. Grundbegrepp, några av dem som ännu används är att människan betraktas som en helhet, vilket kallas holism. När människan skall betraktas bör hon göra det som en individ och därmed som ett unikt subjekt som inte kan bytas ut. Alla de relationer som människan är en del av utgör också helheten. Det visar på att människan har en relation till sin historia, sin nutid och sin framtid. Med andra människor delar hon två historier en personlig och en kulturhistoria (10).

Helhetsperspektivet som omfattar nutiden är bl.a. alla de sammanhang som människan ingår i, som exempel arbete, vänner och familj. Framtiden är också en del av människan. Människan kastar sig hela tiden in i framtiden genom att projicera de önskningar, behov och värderingar som styr hennes planer i livet. Det är en lång rad faktorer som helhetsperspektivet består av som det tas hänsyn till ur en humanistisk människosyn. Av den fria viljan kan människan med sin autonoma varelse bestämma över sitt liv och forma sitt öde. Människan kan förverkliga det hon står för genom att sätta upp mål med sitt liv genom att framför allt sitt förnuft välja sin världsbild. Det idealistiska i humanismen är att den i sin tro på människan själv kan bedöma vad som är bäst och ser människan som bestående av en skapande krafter och medvetna (10).

”Eriksson skriver att siktet riktas mot att förstå den djupare innebörden i hälsa och ohälsa. Lidandet ”återupptäckte” då som vårdandes grundkategori, dvs det som ytterst motiverar alla former av vårdande. Vårdandets bärande idé är att lindra det mänskliga lidandet samt att bevara och beskydda liv och hälsa” (9).

BAKGRUND

Genom att förlorar en människa som man har varit sammanvuxen med och beroende av eller som betytt mycket för ens livsglädje är det en händelse som går djupt och ger långvarig - kanske livslång – smärta. De flesta brukar klara av detta med hjälp av nära anhöriga och vänner.

Cullbergs psykologiska kriteori

Akuta fasen/chockstadium: Vid mycket häftiga och oväntade, dramatiska händelser där individens psykiska energi är totalt upptagen med orienteringen i tillvaron. På ytan ser den

drabbade oberörd ut men bakom fasaden är allt ett kaos. Av det som händer kan ingenting förstås eller ges någon mening.

Reaktionsfasen Chockfasen: övergår snart – efter någon timme eller någon dag – i en mindre kaotisk reaktionsfas där smärtan som händelsen förorsakat bryter fram i hela sin vidd. Fasen kan existera några veckor upp till flera månader. Efterhand börjar en bearbetning ske så till vida att smärtan kan hållas borta längre eller kortare perioder och ge plats för konstruktivt arbete och fungerande tillvaro.

Bearbetningsfasen: Denna fas kan variera i längd från ett halvt år till ett år.

Nyorienteringsfasen: Innebär att smärtan efter det förlorade eller efter den kränkande upplevelsen är borta eller helt under kontroll. Men många sorger blir aldrig helt avslutade.

Hur en kris löser sig och bearbetas beror ofta på den yttre livssituationen. Hur mycket hjälp och stöd av närstående och vänner är avgörande för om den drabbade skall få möjlighet att arbeta med allt det som krisen väcker. Den väl genomarbetade krisen är en viktig chans för människor att nå ökad styrka och mognad. Har man hamnat i tillvarons marginaler och sedan återvänder till det vanliga livet kommer man få en fördjupning och ökad förståelse för livets villkor (11).

Lidande

Katie Eriksson tar upp lidandets drama och det har tre akter:

1. Bekräftandet av lidandet. Genom att bekräfta en annan människas lidande innebär att förmedla till den andre att "jag ser dig" när lidandet blir sett av någon annan innebär det tröst. Denna bekräftelse kan ske på olika sätt med en blick, en beröring eller ett litet ord. När lidandet inte blir bekräftat innebär det att man överser eller bortförklarar vilket kan innebära ytterligare ett lidande för människan.

2. Själva lidandet, dvs tid och rum att få lida ut. Möjligheten till att lida kan tas bort genom att försöka bortförklara eller alltför snabbt finna orsaker till hennes lidande. Att vara i lidandet innebär att pendla mellan lidande och lust mellan hopp och hopplöshet. Oftast vill den som lider var ensam men trots det vill hon uppleva gemenskap. När man känner sig övergiven i sitt lidande föder det lätt en känsla av hopplöshet som i sin tur föder förtvivlan.

3. Försoningen, dvs vägen fram till en ny enhet. Drama med lyckligt slut innebär att försonas, vilket innebär ett nytt liv. Människor som uppnått försoning kan ofta tillskriva det genomlevda lidandet en mening. En människa som försonats inträder i en förnyad gemenskap med andra och upplever en befrielse och en frihet.

Enligt Eriksson måste en lidande människa få bekräftelse på sin värdighet som människa. Att lida innebär att inte vara helt och fullt människa. Att vara tvungen att be om hjälp för de mest grundläggande behoven, att uppleva att ingen förstår och ser vad man behöver, att inte uppleva full värdighet som människa är ett lidande (12).

Lidandet som uppvaknande och förändrande kraft pekar mot en förståelse för existensen. Detta kan gälla både den drabbade som lider och hennes närstående och medmänniskor som på ett eller annat sätt följer och stöder kampen/utvecklingen med syfte att lindra den andres lidande. Lidandet är ett av många fenomen inom vården som väcker forskningsintresse (8).

Joyce Travelbees teorin fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimension och bygger på en existentialistisk åskådning. Teorins viktigaste begrepp är: människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Mitt fokus kommer att ligga på lidande. Individerna måste för att kunna erfara lidande ha upplevt en smärtsam situation. Inte alltid men vanligtvis önskar personen i en sådan situation att komma ut ur den. Travelbee beskriver lidande som en erfarenhet som varierar i styrka, längd och djup. Lidandet är en känsla som spänner från en enkel, förbigående, fysisk, psykisk eller andligt obehag till extrem ångest (13).

Enligt Travelbee är lidande en fundamental allmänmännslig erfarenhet. Av detta att vara människa är lidande en ofrånkomlig del. Alla människor får förr eller senare erfara vad lidande innebär. Men lidande är på samma gång ett helt och hållet personligt fenomen. Lidande kan uppstå till följd av olika typer av förluster ex separation från närstående kan lidande uppstå. Lidande hänger samman med det som den enskilde individen upplever som betydelsefullt i sitt liv (14).

Tröst

Lindra och trösta är något vi alltid kan göra genom att försöka visa medmänsklighet. Det visar sig ofta som om vi mist en del av denna förmåga. Tröst ger lindring i människans plåga och kval i ett lidande som upplevs som outhärdligt. Verkligen tröst väcker hos den lidande människan tillit och förtröstan på det goda och ger mod och hopp. I trösten måste det finnas rum för både livsleda och livshopp (12). En begreppsanalys av tröst beskriver de fyra slutledningarna med att tröst är rogivande, ger en känsla av lugn, glädje och lättnad. Tröst innehåller förtröstan, hoppfullhet och tillit. Tröst ger patienten kraft. Tröst är hjälp och välgärning.(15)

Anhöriga

Ordet eller begreppet anhörig hänvisas ofta till någon/några som har direkta blodsband eller annat släktskap med varandra. Ordet anhöriga kan förutom personer med släktskap till exempel vara en vän, en granne eller en person från en utvidgad familj, exempelvis en tidigare hustrus barn i en senare relation. ”Att vara anhörig till någon som lider av ohälsa och sjukdom är ur ett generellt perspektiv den komplexa verklighet de befinner sig i med upplevelser av meningsfullhet, samhörighet, vara behövda, tillit, hopp och trygghet men också utsatthet, maktlöshet, vanmakt, stigmatisering och sorg” (16).

Tidigare forskning

Artikelsökningen har genomförts på Insitutionen för Vårdvetenskap och hälsa samt i min bostad. En redovisning av de vetenskapliga artiklarna och hur de har sökts:

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar (Referensnummer)
PubMed	Emergency department AND bereavement	83	3,4,21,5,23,24,28,35

I Wisten artikel hittades tre artiklar från hennes referenslista (17, 19, 20,32). Baskett´s artikel (27), Frid (22) och Herlitz (1) blev jag rekommenderad av att läsa av min handledare. I Basketts referenslista hämtades (25, 26). I Mereleved referenslista hittades Parkers artikel (18). Genom manuell sökning hittades artikel nr. (6). Abstrakten på de övriga 75 artiklarna scannades igenom men kunde inte relateras till mitt område.

Döden av en nära familjemedlem är en av livets största tragedier (17). När döden är plötslig och oväntad som vid plötslig hjärtdöd är det en ökad risk för en komplicerad sorgprocess

jämfört med när döden är väntad (18). Studier från akutavdelningar visar att sättet att behandla sörjande i den akuta situationen och hur besked om dödsfall ges är av stor vikt för den sörjandes reaktion (19).

I Wistens (20) studie intervjuades 30 anhöriga. Intervjuerna genomfördes fyra till 12 år efter förlusten i plötslig hjärtdöd. Författaren beskriver anhörigas erfarenhet, stöd och förslag till förbättring. När sörjande pratade om den första tiden efter kungörelsen om dödsfallet var det i ord som "personlig tragedi", "omöjligt att fatta", "du överlever pga. du måste för resten av familjen"(20).

I Merlevede (19)artikel beskrev de anhöriga den besvikelsen de kände efter att fått dödsbudskapet och blivit lämnat ensamma, oväntat och utan information om hur de skulle gå vidare. Några av deltagarna i Wisten el al(20) studie var besvikna och överraskade i mötet med vårdgivaren som inte agerade med styrka och sakkunskap. Anhöriga trodde att sjukvårdspersonalen hade kunskap och visste hur de skulle agera. I Wisten (20) studie framkom det att 50 % av människorna som kontaktade en regional stödgrupp för sörjande gjorde det p.g.a. negativa omständigheter runt den vård som gavs av sjukvårdspersonalen i samband med döden. Majoriteten av deltagarna önskade bättre rutiner för stöd och omhändertagande i dessa situationer. Det framkom i Wiseman (21) studie att det var brist på stödjande praxis när det gällde att hjälpa de sörjande både initialt och senare. I Wisten (20) framkom det att behovet för de sörjande hade en kognitiv dimension av förståelse och en emotionell dimension av att bli förstådd.

Frid (22) beskriver att i de närståendes berättelse framgick det att omsorgsfulla möten fungerade stödjande och bekräftande i den rådande situationen. Vårdarnas förhållningssätt, deras ord och handlingar blev betydelsefulla för de närstående. Även ordlösa möten och mycket korta möten med vårdaren kunde skapa en känsla av att vara sedd och bekräftad.

I Merlevede (5) artikel uppgav 26/57, av de anhöriga att dödsbudskapet gavs på ett lämpligt sätt, särskilt när det var doktorn eller en familjemedlem som gav budskapet. 21/57 hade ingen åsikt i frågan eller att de upplevde att dödsbudet gavs på ett negativt sätt. Däremot hade 10/57 åsikter som bestod av att de inte blev tillräckligt informerade om personalens åtgärder, orsaken till och omständigheterna runt dödsfallet (5).

Två månader efter förlusten hade många av de anhöriga fortfarande frågor som de inte hade fått svar på. De återkommande frågorna handlade om orsaken och omständigheterna till dödsfallet, t.ex vad var den exakta orsaken till dödsfallet? Hade han/hon smärtor? Andra frågor som hänger kvar är känslor av skuld och att klandra sig själv tex gjorde jag rätt? Eller att klandra andra tex är det säkert att personalen gjorde vad de kunde? (5).

Williams (23) beskriver att informera om dödsbudet till familjen skall göras av en läkare som är ansvarig för patienten. Läkaren skall presentera sig och sätta sig ned och markera frivillighet till att använda så mycket tid som familjen önskar. Beskedet om dödsbudet överlämnande ifrågasätts i studier (3, 24) där det var hur beskedet förmedlades och inte vilken yrkesgrupp som gav budskapet som var det viktiga.

De flesta patienter är medlemmar i ett familjenätverk, och i händelse av olyckor eller plötslig död, befinner anhöriga sig i en situation av akut kris. Något plötsligt och ofta oväntat har hänt med deras kära. Den första kontakt familjemedlemmarna får med professionella vårdare är av stor betydelse för hur de klarar sorgen. Om sorgprocessen under ett tidigt stadium är förhindrad kan det resultera i psykiska problem i framtiden (3,4).

En idé om att familjemedlemmar kunde närvara under hjärtstopp introducerades på 1980- talet i USA.(25) Det är vanligt att anhöriga som blir tillfrågade vill närvara under upplivningsförsöken och av dem som har denna erfarenhet kommer över 90 % göra samma val igen.(26) Anhöriga har flera väl övervägda fördelar från att tillåtas närvara under upplivningsförsök och däribland få hjälp i kommande perioder med realism av döden och lättnad för sorgprocessen. Få möjlighet till att kommunicera och beröra sin älskade i det slutliga ögonblicket när de fortfarande är varma, samt att de känner att de har varit ett stöd för sin älskade när han/hon har behövt det. Anhöriga får känsla av att ha varit med för att se att allting som kunde göras blev gjort.(27)

Weslien et al (6) beskriver att två familjemedlemmar som bevittnade hjärtlungräddningen tog det för givet att de kunde närvara så de följde patienten in till akutrummet. Dessa anhöriga trodde att de gjort det rätta beslutet genom att närvara under återupplivningen. De 15 andra familjemedlemmarna som inte var närvarande vid återupplivningen blev hänvisade till privata rum under återupplivningsförsöket. Det var ingen av de totalt 17 informanterna i studien som hade fått frågan om att närvara vid återupplivningsförsöket. Det var anhöriga som hade velat vara närvarande men när de inte blev tillfrågade av personal förväntade de sig att de inte var möjligt. (6)

I Brysienicz (28)studie ges det rekommendationer, där sjukvårdspersonal behöver utbildas i hur man hanterar plötslig död. En broschyr som innehåller namn på personal som närvarade vid vården, så att den sörjande kan kontakta lämplig personal ifall de har obesvarade frågor. Förslag på en sorgkoordinator har framkommit med ansvar för att utveckla personalen och assistera de till att klara av döden på ett lämpligt sätt.

Sammanfattningsvis finns det viss kunskap om anhörigas erfarenheter, behov av stöd och förslag till åtgärder, samt hur dödsbeskedet bör ges. Även vikten av ett omsorgsfullt bemötande behandlas i tidigare forskning. Vidare finns familjens möjligheter till att närvara vid hjärtstopp samt hur anhöriga ser/tänker på att närvara vid hjärtstopp, beskrivet i litteraturen. Det finns dock idag begränsade kunskaper om vad anhöriga tänker, känner eller hur de reagerar när en anhörig drabbas av plötsligt hjärtstopp och hur de upplever bemötandet på akutintaget i denna situation. Från Sverige finns det endast enstaka studier (6, 20) publicerade.

SYFTE

Att beskriva anhörigas erfarenhet av att befinna sig på akutavdelningen när en närstående genomgår återupplivning efter ett hjärtstopp samt deras erfarenhet av sjukvårdspersonalens bemötande i situationen.

METOD

Det som är det yttersta mål för den kvalitativa studien är den ökade förståelsen. Genom att använda de kvalitativa studier som utgångspunkt kan vi bättre förstå t ex vad lidande innebär och hur patienters upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov kan mötas (29). Val av metod för min studie blev kvalitativt, då jag vill komma åt hur människor tänker, handlar, resonerar, känner och gärna i förhållande till hur hon nu ser på hur det var då och hur hon menar att det var då, vilket är en handling i nuet (30). Enligt Kvale (31) kan samtalet uppfattas utifrån tre olika kontexter: den metodologiska, den epistemologiska, den ontologiska. I den epistemologiska omgivningen uppfattas samtalet som ett för människan grundläggande sätt att vinna kunskap. I den kvalitativa forskningsintervjun bygger man upp kunskap, det rör sig bokstavligen om ett samspel, om ett utbyte av synpunkter mellan två personer som samtalar

om ett ämne av gemensamt intresse (31). Epistemologi är det samma som kunskapsteori samt var kunskapen hämtas ifrån. Det epistemologiska sammanhanget i min studie utgörs av hur jag genom anhörigas berättelse kan få kunskap om mitt syfte till studien (31).

Informanterna

Det bokades ett möte med kuratorerna på SU/S där jag och handledaren presenterade studien och angav riktlinjerna för hur studien skulle gå till samt kuratorernas betydelse för studiens genomförande. En pärm innehållande projektplan och informationsbrevet överlämnades. Kuratorerna skulle ge informationsbrev till anhöriga där de skulle bekräfta sitt deltagande eller ej och returnerade till kuratorerna som sedan informerade författaren.

På SU/Ö var förfarandet lite annorlunda. Jag bokade tid med vårdenhetschefen samt klinikchefen och informerade om studien. En likadan pärm överlämnades och den fanns tillgänglig för personalen på medicinakuten för att överlämna informationsbrevet.

I pilotstudien ingick två informanter som hade varit närvarande när en nära anhörig genomgick återupplivningsförsök på olika sjukhus i Västsverige. Informanterna var två kvinnor 46 år respektive 76 år. En av informanterna var dotter till patienten och en var maka. Båda hjärtstoppen skedde i hemmet och ingen av informanterna hade varit inne på akutrummet. Informanterna intervjuades ca. ett år efter dödsfallen. De två informanterna kom från två olika sjukhus. För att få delta i pilotstudien måste de uppfylla kriterierna nedanför.

Inklusionskriterier:

Vuxna anhöriga till en patient som genomgått återupplivningsförsök på sjukhus, och som varit närvarande på sjukhuset. Med närvarande avses att de befunnit sig i patientrummet, i angränsande rum eller på annan plats på avdelningen eller på akutmottagningen. Med anhörig avses en person som har en nära relation till patienten.

Exklusionskriterier:

Svårigheter att uttrycka sig på svenska språket eller andra kommunikationssvårigheter. Hög (>80 år), eller låg ålder (<20 år). Ett strategiskt urval: kön, ålder, relation till patienten och om det varit med på patientrummet eller ej, utgör de variabler som kommer att beaktas. Avsikten är att få ett heterogent urval för att få så stor bredd som möjligt på insamlade data. Slumpmässiga urval är inte brukligt vid kvalitativa studier.

Fullskaliga studien

Den fullskaliga studien är tänkt att bestå av ett strategiskt urval av 10 informanter som måste uppfylla ovanstående kriterier. Jag har kontakt med akutintagets kuratorer på SU/S som bevakar min studie i syfte att få informanter. På SU/Ö kommer jag att göra nya försök med att etablera en bättre kontakt med akuten. Jag har informerat våra läkare om studien och på läkarexpeditionen på akuten skall ett anslag hängas upp som en påminnelse om studien.

Datainsamling

Består av kvalitativa intervjuer med två informanter. Var intervjuerna skulle genomföras fick informanterna själva bestämma. En valde konferensrummet på sjukhuset och den andra valde ett ställe utanför sjukhuset. En diktafon användes för inspelning av intervjuerna där enbart forskaren och informanten vistades i rummet. Intervjuernas längd var 48 respektive 70 minuter, intervjuernas medelängd var på 59 minuter.

Dataanalys

Data i pilotstudien analyserade med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt i Graneheim och Lundman (32). Kvalitativ innehållsanalys används inom olika forskningsområden där fokus är att tolka texter. Att dessa tolkningar kan ske på olika nivåer visar på den bredd som denna metod har (32).

Jag har analyserat intervjuerna på följande sätt:

1. Jag lyssnade genom bandinspelningarna noggrant i en ostörd omgivning och intervjuerna skrevs ut ordagrant. För att få ett bra grepp om texten och textinnehållet genomlästes det flera gånger.
2. Sedan delades texten in i meningsenheter, en del av texten blir meningsbärande som utgjordes av ord, meningar och stycken av texten, som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang.
3. Från de meningsenheterna genomfördes en kondensering som gör att den framtagna texten blir kortare men att det som är centralt i innehållet behålls.
4. Kodningen av de kondenserade meningsenheterna i skillnader och likheter uttrycktes i teman (32).

Här visas ett exempel på hur analysarbetet har gått till.

Kondenserat	Kod	Tema
Kommer inte ihåg vad som sades Informationen man får i början tar man inte in Overkligt	Kommer inte ihåg Kan inte ta in information Overklighetskänsla	Mottagandet – känsla av kaos

Etisk övervägande

Omvårdnadsforskning vägleds av följande etiska principer:

- Principen om autonomi: eftertanke, frihet och reflektion förutsätter autonomi, men även moraliskt ansvar och engagemang. Människan som enskild ingår i en social gemenskap tillsammans med andra människor. Skall inte bara skydda människans personlighet och kropp, utan principen innefattar också att respektera deltagarens värdighet, integritet och sårbarhet. Autonomi omfattar också tystnadsplikten, genom att forskningsdata aidentifieras och behandlas konfidentiellt.
- Principen om att göra gott: forskningen skall vara till potentiell nytta för omvårdnaden av den eller de grupper forskningen avser. Det betyder att man kritiskt skall tänka igenom och dokumentera vilken nytta forskningen kan få för den enskilde och för samhället. De deltagare som ingår i ett forskningsprojekt måste få möjligheter att dra nytta av resultatet.
- Principen om att inte skada: Får inte ha skadlig inverkan på de personer som deltar. Måste inventera möjliga risker för skada eller obehag samt vidta åtgärder för att förhindra eller minimera sådana risker. Deltagarnas säkerhet skall garanteras.
- Principen om rättvisa: Värna om svaga grupper så att de inte blir utnyttjade i forskning är en plikt som forskaren har. Rättvisprincipen är att utveckla kunskap om hur alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidande kan motverkas och lindras (33).

Jag har tagit hänsyn till dessa principer i mitt arbete på följande sätt: Det kan hos anhöriga skapa oro och ångest att på detta sätt bli påmind om återupplivningsförsöket. Forskaren har

ansvaret för att uppmärksamt lyssna in signaler som talar för detta. Vid behov hänvisas informanten till professionell vård och kurator som fanns att tillgå på enheten. Erfarenheten från anhöriga kan genom forskarens personliga, individuella samtal positivt påverka anhöriga i den individuella intervju-situationen genom att anhöriga sätts i centrum. Det är troligt att de anhöriga som accepterar att delta ser positivt på deltagande i en intervju, då de ges möjlighet att tala om sina erfarenheter och upplevelser. Risker som eventuellt kan uppstå, är att anhöriga upplever oro och ångest av att på detta sätt bli påmind om återupplivningsförsöket. Nyttan ligger i att anhöriga kommer i fokus och får tillfället att tala om sina upplevelser och erfarenheter. Nyttan bedöms överväga riskerna.

I dag finns det begränsade kunskaper om vad anhöriga tänker, känner eller hur de reagerar när en anhörig drabbas av hjärtstopp och genomgår återupplivningsförsök. Det är bland annat därför av intresse för samhället och sjukvården att utforska hur anhöriga upplever, hanterar och påverkas av situationen samt sjukvårdspersonalens bemötande. Kunskap om anhörigas erfarenhet och upplevelser på detta område skulle kunna innebära en ökad möjlighet för sjukvårdspersonal att på ett adekvat och strukturerat sätt bemöta och stödja de anhöriga. Deltagarna i studien fick muntlig och skriftlig information om studien samt information om sekretess och frivillighet. Informationen lämnades av forskaren. Deltagarna som gett sitt medgivande till intervjuerna fick fylla i ett formulär "anhörigas samtycke" som fanns på informationsbladet (bilaga1) som återlämnades till forskaren. Verksamhetscheferna på respektive klinik samt vårdenhetschefen samtyckte till att studien kunde genomföras.

Enligt lag 2003:460 krävs det ingen etisk prövning från regionala etikprövningsnämnden. Studien påverkar inte forskningspersonen fysisk samt att den inte innehåller intervention (34) En regional etikprövningsnämnd får lämna rådgivande yttrande över forskning som avser människor i de fall forskningen inte omfattas av lagen (2003:460) om etikprövningen av forskning avser människor (34). En etikansökan har gjorts och regionala etikprövningsnämnden har avgivit ett rådgivande yttrande då jag har som mål att publicera artikeln i en vetenskaplig tidskrift.

ICN (International Council of Nurses) är en yrkesetisk kod för sjuksköterskor och består av fyra huvudområden:

- Sjuksköterskan och allmänheten
- Sjuksköterskan och yrkesutövningen
- Sjuksköterskan och professionen
- Sjuksköterskan och medarbetare

Mitt huvudämne som jag tar upp av den etiska kod är sjuksköterskan och professionen. Genom att jag gör min magisterexamen ser jag det som ett sätt att bedriva, sprida och använda forskningen som redan finns, men också ta fram ny kunskap och genom detta lyfta fram den till arbetsplatsen och kollegorna. Då forskningen bedrivs på två sjukhus ger det mig möjlighet att sprida kunskap som vilar på evidens. Ett annat sätt att få fram kunskapen på är genom publikation i en vetenskaplig tidskrift där andra människor har möjligheten till att ta åt sig ny kunskap vilket är ett mål med denna pilotstudie (33).

RESULTAT

Båda hjärtstoppen skedde i hemmet, och återupplivningen fortsatte i ambulans till sjukhuset och in till akutrummet. I båda fallen tog de anhöriga sig till sjukhuset på privat sätt.

Informanternas berättelser kan delas in i fem teman: mottagandet, väntan, bemötandet, beskedet och avskedet. I varje tema presenteras citat från informanterna.

Mottagandet – Känsla av kaos

Ankomsten till sjukhuset karakteriserades av kaos. Informanterna beskrev ankomsten till sjukhuset som ett chockartat tillstånd och kaos. Båda informanterna upplevde att det var svårt att orientera sig på sjukhuset. Det var svårt för informanterna att veta var patienten befann sig i förhållandet till var de uppehöll sig.

Vid ankomsten säger en informant att *”vi gick först till receptionen och blev hänvisad till det här rummet”*.

En informant beskrev att det var tur för henne att hon hade sin granne med för *”annars vet jag inte hur jag skulle hittat, hon kunde leda mig vart jag skulle gå”*.

De blev visade in på ett rum

Väntan – Känsla av ovetskap

De hade en känsla av att de satt och väntade utan någon som helst aning om utgången för patienten. En informant berättade att hon inte hela tiden stod och hoppades på att de fick igång maken för han verkade så död för henne. Skriftlig information om var man befann sig samt kontinuerlig rapport om vad som hände med patienten var något som informanterna önskade. Informanterna upplevde att de blev lämnade ensamma av personalen. En informant berättade uppskattande att ambulanspersonalen som hade kört hennes make till sjukhus kom och hälsade och förklarade vad de hade gjort.

De intervjuade beskrev att de önskade mera avskildhet när de satt i akutrummet. En informant beskrev *”känns så offentligt som ett väntrum på vårdcentralen på något vis”*. En skylt på dörren som informerade om att detta var ett anhörigrum var ett önskemål som framkom

Bemötandet – Känsla av förtroende

I informanternas berättelser framkom att de både mött sjukvårdspersonal som ingett förtroende och som inte gjort det. En informant beskrev sitt möte med sjuksköterskan genom att sjuksköterskan kändes så oerfaren, osäker och oengagerad, *”han gick igenom ett papper han var så ny.....han kunde man inte anförtro sig till.....han får vi ta hand om lite”*. En informant beskrev den kvinnlige läkaren genom att hon upplevde att hon fick ett sådant förtroende för henne. En informant beskrev att sjuksköterskan var knappt närvarande och om hon var det *”så var det i ryggen på läkaren”*. Läkaren beskrevs av informanten som en person utan empatisk förmåga, *”det borde komma in lite mera sådan etikutbildning tror jag i läkarutbildningen”*. Informanten upprepar vid flera tillfällen vid intervjun vad läkaren frågade om när hon kom till rummet och det var *”hur mycket vet du?”*. Informanten tyckte inte att hon fick något vänligt mottagande och tyckte att läkaren *”kunde ha kommit in och sagt några vänliga ord istället”*

Beskedet – Känsla av bekräftelse

De båda informanterna fick dödsbudskapet presenterade av en läkare. En informant beskrev hur hon *”tidigare”* har gått igenom sin mammas död och i väntan på akutrummet blir mammans *”död helt plötsligt verklig”* genom information från läkaren. *”När läkaren väl kom in så kändes det så aha hon är död, det kändes som jaha va gör vi nu då?”*, Informanten berättade att när läkaren kom in i rummet var hon väldigt lugn, samlad och saklig. En informant beskrev att hon fick all information på medicinsk fackligt språk *”vi har gjort si och så och tittat där och där, sådana praktiska grejer”*. Informanten berättar att läkaren inte kunde uttrycka sig så lätt på det svenska språket, informanten upplevde att det kunde påverka situationen och relationen.

En informant berättade att det var ingen av sjukvårdspersonalen som ställde frågan om hur det var med henne, *”det var inte så där liksom som man tycker att doktorn skulle fråga mig om jag behövde hjälp eller en sovtablett eller något sådant som man kan tänka sig”, ”det var ingen som visade någon större empati”*. En informant berättade att i samma ögonblick som beskedet gavs om att hennes make var död fick hon en lapp med telefonnummer. Informanten hade ingen kännedom om till vart numret gick och inte heller till vem.

Avskedet – Känsla av oåterkallelighet

Ingen av informanterna kan erinra sig att någon sjukvårdspersonal erbjöd sig att följa med in i rummet för att se den döde. Att inte hinna förbereda sig upplevdes som svårt för en informant som beskrev hur hon såg för sig att hon promenerade i korridoren för att komma till sin döda mamma, så helt plötsligt blir det klart för informanten att mamman hade befunnit sig vägg i vägg med henne under hela tiden. En informant beskriver hur sjukvårdspersonalen hade gjort i ordning kroppen och till informantens förtvivlan hade de satt peruken åt fel håll *”det var lite märkligt att komma in där”*, tog i sin mamma och kände att mamman fortfarande var varm och hade varma händer och beskriver det med ord som att *”det kändes jättestarkt och det kändes”*. Informanten fortsätter sin beskrivning med *”det var först när man såg henne och först då man öppnade den dörren där och såg ljuset och såg bibeln, det är oåterkalleligt, hon är död”* En informant beskrev avskedet med att hon bara gick till rummet, svårt att sätta ord på vad hon kände samt tänkte. Han var kall att ta i, hon kände ingenting samt att hon berättar att hon inte var sig själv. Informanten hade försökt i hemmet att ge konstgjort andning så hon hade tagit i honom i en längre stund och beskriver att *”det inte var första gången hon såg honom så”*. På sjukhuset fann en informant sitt stöd i avskedet av sin make hos sjukhusprästen som tände ljuset och erbjöd sig att närvara. Informanten beskrev mötet med prästen genom att han var hänsynsfull och ingav förtroende *”han fick vårt förtroende och det var det positiva i det hela”*. När en informant lämnade sjukhuset efter att ha sagt hej då till sin döda mamma beskrev hon det att *”kände sådan stolthetskänsla över att vara fyra syskon och att vi var där och att vi stöttade varandra och att det var så känslomässigt, närvarande och att det var mammas förtjänst”*. En informant beskrev hur hon lämnade sjukhuset med den ”obligatoriska” påsen med sin makes kläder. Ingen av informanterna hade några reflektioner över att närvara vid återupplivningsförsöket. De hade heller inte frågat om att få närvara och inte heller blivit tillfrågat av personalen om närvaro.

METODDISKUSSION

Vid informationsmötet med kuratorerna, vårdenhetschefen och klinikchefen angående studien kändes det väldigt lovande och att studien skulle genomföras med stort engagemang. Det har inte riktigt blivit så. Det har visat sig att det är svårt att få tag i informanter. Informationen från SU/S var att en kurator hade gått i pension och en ny var under upplärning så det var inte så högt prioriterat, men lovade att ha studien i tankarna. På SU/Ö har jag inte fått någon informant från akuten. Orsaken är enligt chefen hög arbetsbelastning och stor personalomsättning. Jag informerade även läkarna om studien och har genom dem fått tag i informanter.

En intervjuguide (bilaga 2) hade utformats av mig och handledaren tillsammans. Första frågan var en öppen fråga, *”vill du var snäll att berätta var som hände”?* Jag fick inga uttömmande svar på denna fråga så jag ställde följdfrågor. I det ena fallet gav informanten då ett mycket innehållsrikt svar. Den andra informanten fortsatte att svara enstavigt, och jag fick fortsätta med nästa fråga, och då lossnade spänningen för henne. Det var svårigheter att skapa kategorier utifrån endast två intervjuer och någon mättnad har inte uppnåtts. Intervjuerna utfördes ett år efter händelsen och det är för att jag inte vill träda någon annan för nära i det som är skört och

sårbart. De har olika faser av krisreaktioner att gå igenom. Jag ville att de skulle ha fått en distans till händelsen och få deras bild av vad de var med om och hur de ser på händelsen idag. Det är svårt att veta när någon har distans till en upplevelse, men genom att de ville bli intervjuade får jag förståelse av att de har kommit till en försoning. Båda informanten tyckte det fortfarande var svårt att berätta om det som hade skett. Den fas de båda informanterna befann sig i var troligen nyorienteringsfasen, de båda informanterna hade t.ex. hittat nya intressen.

Ingen av dem hade fått någon uppföljning från sjukhuset. Sorgen beskriver de som att den finns där som ett ärr och att sorgen blir mera påtaglig när det är stora kalas och begivenheter. När sorgen var som mest påtaglig hittar de stöd som de var i behov av hämtade i denna svåra situation genom familjen och vänner. När informanterna ser tillbaka på händelsen anser de att det blev den bästa utgången för deras anhöriga, men att omständigheterna runt om på sjukhuset i förbindelse med återupplivningsförsöket tog tid att smälta men att det går att leva vidare.

RESULTATDISKUSSION

Återknyter till de fem teman från resultatet som är följande:

1. Mottagandet
2. Väntan
3. Bemötandet
4. Beskedet
5. Avskedet

Ingen av informanterna kände sig mottagen när de kom till sjukhuset. I Williams et al (23) och Adamowski (35) visar på rekommendationer för hur sjukvårdspersonal kan möta anhöriga i sorg, där det är önskvärt att personal möter upp vid ankomsten till sjukhuset och visa till ett privat rum. Att förstå vad individen behöver i situationen är av vikt. Williams et al (23) Adamowski (35) förslår även att anhöriga redan vid ankomsten erbjuds en präst eller kurator. I Wisten et al (20) studie var prästen ett stort stöd för några medan det för andra var provocerande. (En informant lyfte fram betydelsen som prästen hade när hon tog avsked från sin make i bårhuset.) Enligt Cullbergs teori befinner de sig i chockfasen genom att de själva beskrev det kaos som fanns och genom att de inte kunde orientera sig i tillvaron. Det är av oerhört stor betydelse för det fortsatta sorgarbetet hur omhändertagandet av anhöriga i samband med plötslig och oväntad död varit i akutskedet (2).

Informanterna hade en känsla av att de satt och väntade utan någon som helst aning om utgången för patienten. I Adamowski (35), Williams (23) studie framgår det att anhöriga föredrog att kontinuerligt få rapport om status samt att det var tryggt när personal var med. I Adamowski(35) artikel tas det upp om tillståndet blir mer kritiskt kan personal erbjuda sig att ta kontakt med andra familjemedlemmar eller vänner. I Wistens (20) och Williams (23) studier ges det förslag där det framkommer att om återupplivningen pågår kan anhöriga erbjudas att närvara .I Williams(23) studie tas det upp att om anhöriga är närvarande vid återupplivningen är det bra om personal finns med som förklarar vad som sker samt svarar på frågor. Eriksson tar upp lida som är någonting som människan måste leva med, något som hon utsätts för genom att tex uppleva att ingen förstår och ser vad man behöver. Lidandet här är att informanterna inte får information om tillståndet för deras anhörige, de vet ej hur det går, eller hur proceduren är. En informant blev bekräftat i sitt lidande av ambulanspersonalen och det innebar för henne tröst i den situation hon befann sig i.

Av de två intervjuerna framkom det att personalen inte visade något större engagemang i kontakten med de anhöriga. En sjuksköterska kändes som ny och oerfaren, medan informanten i det fallet fick förtroende för läkaren. En informant såg knappt sin sjuksköterska, och läkaren uppfattades som varande utan empatisk förmåga. I Wisten's (20) studie visar det att ett empatisk förfarande är att föredra från personalen. En informant upplever både bekräftat lidande och att inte få sitt lidande bekräftat. Genom det förtroendet som informanten upplevde för läkaren fick hon sitt lidande bekräftat genom de ord som läkaren förmedlade och på samma gång uppstod en tröst för informanten. Efter att informanten har fått denna bekräftelse av läkaren kan hon, enligt Eriksson (12), byta skepnad och känna medlidande för den, som hon upplever nya och osäkra, sjuksköterskan. Informanten visar i den situationen hon befinner sig, på sin ömhet genom att ha sådana tankar för sjuksköterskan.

I båda intervjuerna framkom det att det var den ansvariga läkaren för återupplivningen som kom med dödsbudskapet. Den ena informanten fick underrättelsen och förklaringar på ett medicinskt språk som hon inte förstod, enligt Wisten (20) är det av vikt att informationen till anhöriga är förståelig. I Adamowskis (35) och Basketts (27) studier tas det upp hur beskedet kan ges genom att läkaren och en personal möter familjen i ett lugnt rum och först presenterar händelsen i en kronologisk ordning utan att använda svår terminologi. Det är viktigt för anhöriga att få information om att patienten inte led och att allt som kunde göras blev gjort i situationen. När det informeras/förklaras måste den som ger informationen visa att det finns tid för samtal och uttrycka sig lugnt och tydligt så att en lekman skall få förståelse.

I Wisten (20) studie sägs det att informationen bör ges av en läkare. Efter att döden har inträffat skall doktor förklara fortsättningsproceduren. Någon person exempelvis en sjuksköterska eller en ambulanspersonal kan erbjuda sig att sitta ned och samtala. Informanten befinner i chockstadiet, enligt Cullbergs teori (11), när hon inte kan härleda lappen med telefonnumret till vart det gick, mer än att hon fick det under dödsbeskedet. Kanske kan det visa på att hon inte förstår vad som menas genom att hon får två informationer på en gång, ett genom läkaren och ett genom sjuksköterskan. Ena informanten upplever att hon inte får bekräftelse i sitt lidande i mötet med läkaren där hon upplever att man överser hennes behov/önskan i det lidande hon finner sig i och det blir ytterligare ett lidande genom att hon inte blir bekräftat.

Informanterna tog avsked av den döde på sjukhuset, men ingen av dem kan erinra sig att någon sjukvårdspersonal erbjöd sig att följa med in i rummet för att se den döde. Adamowski (35) studie tar upp att det i rummet får råda lugn och stillhet samt att personalen följer med till rummet, och finnas i närheten som ett stöd. I lidandets drama akt två är det själva lidandet. Här kan tänkas att informanterna lider och att de vill ha tid och rum att få lida ut med den döde. En som lider vill ofta vara ensam men trots det vill de uppleva gemenskap (12). Tröst är rogivande ger en känsla av lugn, glädje och lättnad (15). En informant fick sitt förtroende i prästen och lidandet blir fritt och kan ändra form när man kan leva i livet i en riktning mot försoning, genom att hon upplevde prästen som det positiva i allt som hände känns det som hon fick försoning och lättnad av det som hon hade varit med om. Tröst som ger en känsla av lugn kan leda till en informant genom beskrivningen av syskonens betydelse, stoltheten över att de finns, känslomässigt och att det var den dödes förtjänst.

Ingen av informanterna har erbjudits någon kontakt i efterhand av sjukvården. Det som William (22) ger som förslag är att skicka ett kort om medlidande samt att personalen kan ringa efter en vecka samt sex veckor och ge anhörig möjlighet till att samtala med den läkaren som hade ansvaret för hjärtlungräddningen. Kock-Redfors (2) som är narkosläkare tar i sin bok upp att anhöriga skall få tid för uppföljningssamtal inom två till fyra veckor efter dödsfallet. Vid uppföljningssamtalet medverkar ansvarig läkare, sjuksköterska och en undersköterska. Den

sörjande kan även erbjudas att delta i ett debriefingmöte inom en vecka. Enligt flera av artiklarna bör akutpersonal och annan personal som är involverade i en akut dödssituation ha regelbunden träning i sorg (20, 23, 35, 36).

I denna uppsats har Eriksson drama utspelat sig i tre akter där första akten har haft en central plats genom bekräftandet av lidandet och inte bekräftande. Informanterna har visat på behov av tröst i olika former. Travelbee tar upp att för att erfara lidande måste man upplevd en smärtefull situation och det har dessa båda informanterna gjort genom förlust av anhöriga.

Det är för lite material att dra några slutsatser utifrån men det som kan sägas är att människorna som blev intervjuade ett år efter händelsen hade behov som inte blev tillfredställda. Den information och det material som jag har arbetat med har givit mig inspiration till att göra en fullständig studie. Efter hand som jag har intervjuat, skrivit ut intervjuerna och analyserat de ökar min nyfikenhet och längtan till att få mera kunskap och rikedom inom detta område som jag kan dela med mig av i min profession som sjuksköterska.

REFERENSLISTA

1. Herlitz J. Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus. Göteborg. Årsrapport 2007
2. Kock-Redfors M. Plötslig oväntad död. Sävedalen: Warne Förlag; 2002
3. Tye C. Qualified nurses' perception of the needs of sudden bereaved family members in the accident and emergency department. *J Adv Nurs* 1993;18:948-56.
4. Vanezis M; McGee A. Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved. *Br J Nurse* 1999; 8(14):167-72.
5. Merlevede E, Spooren D, Henderick H, Portzky G, Buylaert W, Jannes C et al. Perception, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with sudden unexpected death. *Resuscitation* 2004;61:341-48.
6. Weslien M, Nilstun T, Lundqvist A, Fridlund B. Narratives about resuscitation – Family members differ about presence. *Eur J Cardivasc Nurs* 2006;5:68-74.
7. www.socialstyrelsen.se
8. Wiklund L. *Vårdvetenskap I klinisk praxis. Natur och kultur, Stockholm 2003*
9. Eriksson K & Lindström U Å. *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi, Vasa, 2000.*
10. Birkler J. *Filosofi och omvårdnad. Liber. Sverige 2007*
11. Cullberg J. *Kris och utveckling. Tom Lundin & Bokförlaget Natur och Kultur. Stockholm, 2006.*
12. Eriksson K. *Den lidande människan. Liber utbildning, Arlov 1994*
13. Travelbee J. *Mellenmenschelike aspekter i sygepleje. 3:e upplagan. Köpenhamn: Munksgaard Danmark; 2002.*
14. Kirkevold M. *Omvårdnadsteorier. Studentlitteratur. Sverige 2000*
15. Mattson-Lidsle B, Lindström U. Tröst – en begreppsanalys. *Vård i Norden* 2001;21(3), 47-50.
16. Österlinder G. (Red). *Närståendes behov. Omvårdnad som akademiskt ämne III. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, SSF 2004.*
17. De Vries B, Davis C, Wortman C, Lehman D. Long-term psychological and somatic consequences of later life parental bereavement. *Omega* 1997;35:97-117.
18. Parkers CM, Weiss R. *Recovery from bereavement. New York; Basic Books; 1983*

19. Jurkovich G, Pierce B, Panaven L, Rivara F. Giving bad news: the family perspective. *J trauma: Inj Infect Crit Care* 2000;48:865-873.
20. Wisten A, Zingmark K. Supportive needs of parents conformed with sudden cardiac death. *Resuscitation* 2007;74(1):68-74.
21. Wiseman C. Bereavement care in an acute ward. *Nursing Times* 1992;88:34-35.
22. Frid I. att uthärda det outhärdliga. Närståendes erfarenhet av dödförklaring med direkta dödsriterier. Avhandlingen för Anestesiologi och Intensivvård, Institutionen för de Kirurgiska disciplinerna, Medicinska fakulteten. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet. Dis.Göteborg: Kompendiet 2002.
23. Williams A G, O'Brien D I, Laughton K J, Jelinek G A. Improving services to bereaved relatives in the emergency department: making healthcare more human. *EMJA of Australia* 2000;173:480-483
24. Socorro LL, Tolson D, Fleming V. Exploring Spanish emergency nurses lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *J Adv Nurs* 2001;35(4):562-70.
25. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673-5.
26. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 patents. *Ann Emerg Med* 1999;34:70-4.
27. Baskett p Steen P, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* (2005) 6751, s171-s180.
28. Brysiewicz P. The lived experience of losing a loved one to a sudden death in Kwa-Zulu-Natal, South Africa. *J Clin Nurs*. 2008;17(2):224-31.
29. Friberg F. Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserad examensarbeten. Studentlitteratur. Lund 2006.
30. Trost J. Kalitativa intervjuer. 3 uppl. Studentlitteratur, Lund 2006
31. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur 1997.
32. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24, 105-12.
33. WWW.swenurse.se
34. WWW.epn.se

35. Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, Roessler C, Carter – Snell C. Sudden unexpected death in emergency department: caring for the survivors. Cmaj. 1993 Nov 15;149(10):1445-51.

36. LeBrocq P, Charles A, Chan T, Buchanan M. Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. Accid Emerg Nurs. 2003;11(2):85-90.



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Institutionen för vårdvetenskap och
hälsa*

Bilaga 1

Informationsbrev till anhöriga
som tillfrågas om medverkan vid
INTERVJU i samband med närståendes
hjärtstopp

Förfrågan om deltagande i studien:
Anhörigas erfarenheter i samband med närståendes hjärtstopp.

Vid Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa pågår en studie om hur anhöriga upplever det att befinna sig på akutmottagningen i samband med en närståendes återupplivning. Syftet med studien är att beskriva anhörigas erfarenheter av att befinna sig på sjukhus när en närstående genomgår återupplivningsförsök efter ett hjärtstopp.

Du har tillfrågats om deltagande av sjukvårdspersonal på Östra sjukhusets akutmottagning eller kurator på Sahlgrenska akutmottagning och uttryckt intresse för att delta i studien. Om Du väljer att delta i denna studie kommer du att intervjuas om Dina upplevelser, uppfattningar och tankar i samband din närståendes ankomst till sjukhuset. Intervjun kommer att ske ca två till tre månader efter det inträffade och beräknas pågå ca en timme. Tillsammans bestämmer vi tid och plats som passar Dig. Under intervjun kommer bandspelare att användas. Intervjun kommer senare att skrivas ut ordagrant. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Materialet kommer att aidentifieras och förvaras på ett sådant sätt att endast berörda personer har tillgång till detta. Inga uppgifter kommer att kunna härledas till enskild person. Resultatet kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

Vi hoppas inte att du skall uppleva något obehag av att berätta om vad Du har varit med om. Det kan kanske vara positivt för Dig att som anhörig komma i fokus och får tillfället att tala om dina upplevelser och erfarenheter. Resultat av studien kan Du ta del av genom att ta kontakt med nedan angivna personer.

När Du läst igenom denna information skulle vi vilja att Du på vidhäftat blad markerar om vi får lov att kontakta Dig för en eventuell intervju. Vi kommer att kontakta dig om ca en till två månader för att höra efter om Du kan tänka Dig att delta i studien. Deltagandet vid intervjun är helt frivilligt. Väljer Du att delta kan Du när som helst, utan närmare förklaring, avbryta intervjun. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga

Du är välkommen att kontakta någon av oss om Du vill ha ytterligare information om studien.

Bodil Malmqvist
Leg.Sjuksköterska och magisterstuderande
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Telefon arbetet 031-3435959

Dr. Åsa Axelsson, handledare
Leg.Sjuksköterska Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Telefon arbetet 031-7862331



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Institutionen för vårdvetenskap och
hälsa*

Anhörigs samtycke

Studie:

Anhörigas erfarenheter i samband med närståendes hjärtstopp.

Skriftligt samtycke

Jag har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag samtycker till att bli kontaktad för ev. deltagande i studien och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att detta påverkar mitt framtida bemötande och/eller omhändertagande.

Anhörigs namnteckning

Datum

Jag kontaktas bäst per telefon:.....

Jag kontaktas bäst på annat sätt:.....

- Vill du vara snäll och berätta: vad var det som hände. (låta berättelsen flöda fritt)
- Var befann du dig på sjukhuset?
 - i rummet
 - i korridoren
 - i ett annat rum
 - var du ensam
 - hade du personal med dig - vem
- Var det något du saknade?
- Hur lämnades beskedet om hur det hade gått för din anhörig?
- I möte med sjukvårdspersonal, var det något som var särskilt bra?
- I möte med sjukvårdspersonal, var det något som var svårt?
- Hur ser du på det som hände idag?

Följdfrågor:

- Vad tänkte du?
- Vad kände du då?
- Vad gjorde du?