

Det smärtsamma avskedet

Närståendes behov samt erfarenheter i samband
med plötslig död inom akutsjukvård

FÖRFATTARE	Emelie Andersson Markus Saarijärvi
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 - Examensarbete i omvårdnad
	VT 2011
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Susann Strang

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Det smärtsamma avskedet – Närståendes behov samt erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård
Titel (engelsk):	The painful farewell – relatives' needs and experiences associated with sudden death in emergency care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp OM5250 – Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Emelie Andersson Markus Saarijärvi
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Susann Strang

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Varje år dör ca 95 000 personer i Sverige. Hälften av dödsfallen sker inom sjukhusvården och en femtedel, ca 19 000 inträffar plötsligt eller oväntat. Det plötsliga döendet definieras inte som en del av den palliativa vården, dock betonas att personal ska ha ett palliativt förhållningssätt till närståendes behov. Vården inom akutsjukvården är högteknologisk och miljön anpassas därmed efter detta och inte primärt efter patienter och närståendes behov ur ett holistiskt perspektiv. Svår sjukdom har en stor inverkan på ett flertal närstående vars egen hälsa påverkas när en anhörig är döende. Efter ett plötsligt dödsfall befinner sig de närstående i en kritisk situation pga. att ett plötsligt dödsfall inte innefattar tid för de närstående att förbereda sig. En individs känsla av sammanhang inverkar på förmågan att hantera svåra händelser i livet. **Syfte:** Att belysa närståendes behov samt erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård. **Metod:** En litteraturöversikt gjordes för att finna svar på frågeställningen och 11 forskningsartiklar inkluderades. **Resultat:** Områden som identifierades i studierna var behovet av ärlig, tydlig och tidig information och kommunikation om patientens tillstånd, orsak till döden och information om stöd i efterförloppet. Praktiska och emotionella behov som att bli visad omtanke av sjukvårdspersonalen samt att ha någon närvarande. Att få vaka och därmed skydda den anhörige från lidande. Samhörighet och en privat sfär betonades genom att ha en plats i anslutning till patienten för vila och för att få sörja. Slutligen ville närstående ha möjligheten att få se den döda kroppen och därmed ta ett sista avsked. **Slutsats:** Behoven tillfredsställdes inte alltid och skapade skuld, ilska och komplikationer i efterförloppet. Vårdmiljön var inte primärt anpassad efter närståendes emotionella och praktiska behov och kunde skapa negativa minnen efter plötsliga dödsfall. Vidare forskning behövs kring närståendes behov vid plötsliga dödsfall utanför akutsjukvården samt utbildning för sjuksköterskor inom akutsjukvården för att hantera dessa situationer.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
- Vård och omvårdnad i samband med dödsfall	1
- Vårdmiljöns betydelse	2
- Närstående ur ett omvårdnadsperspektiv	3
- Reaktioner hos närstående i samband med plötslig död	4
- Känsla av sammanhang	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling och urval	6
Tabell 1	7
Dataanalys	9
RESULTAT	9
INFORMATION OCH KOMMUNIKATION	9
- Informationsbehov vid plötsligt dödsfall	9
- Kommunikation mellan närstående och sjukvårdspersonalen	10
- Kommunikation mellan närstående och patienten	11
- Information efter dödsfallet	11
PRAKTISKA OCH EMOTIONELLA BEHOV	12
ATT VAKA	12
SAMHÖRIGHET OCH EN PRIVAT SFÄR	13
ATT SE DEN DÖDE	14
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	16
- Information och kommunikation	16
- Praktiska och emotionella behov	17
- Att vaka	18
- Samhörighet och en privat sfär	19
- Att se den döde	20
- Diskussion av Antonovskys teori om känsla av sammanhang	20
KONKLUSION	20
REFERENSER	22
BILAGOR	
1 Artikelöversikt	

INTRODUKTION

INLEDNING

Varje år dör ca 95 000 personer i Sverige. Hälften av dödsfallen sker inom sjukhusvården och en femtedel, ca 19 000 inträffar plötsligt eller oväntat (Fridh, 2009). En stor del i sjuksköterskans arbete med att vårda patienter i livets slut är att samtidigt omhänderta de närstående som ibland kan vara svårare och mer komplext än att vårda den döende patienten. Sjukvården har en tydlig inriktning, att till varje pris rädda liv, vilket formar både den fysiska samt den psykosociala miljön (Wikström, 2006). En problematik kan därmed uppstå när personer är nära livets slut och vården inte är anpassad efter patienten och de närståendes behov, något författarna upplevt under den verksamhetsförlagda utbildningen inom akutsjukvården. Syftet med arbetet är att klargöra vad forskningen säger om *närståendes behov samt erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård*. Omvårdnad till skillnad från medicinsk behandling, fortgår så länge patienten finns kvar på avdelningen. Omvårdnad kräver ingen medicinsk diagnos utan utarbetas och utförs efter patienters och närståendes behov. Behovet av omvårdnad kvarstår hos de närstående även efter att patienten har lämnat avdelningen (Fridh, 2009). Vi önskar att den kunskap som vi kan förvärva genom arbetet kommer att hjälpa oss i omhändertagandet av närstående vid plötsliga dödsfall och ge oss en större handlingsberedskap samt förståelse för närståendes behov.

BAKGRUND

Vård och omvårdnad i samband med dödsfall

Människan väljer inte var denne föds, men i den bästa av världar kan vi välja var vi dör. Den fysiska miljön och platsen för döendet är centralt i den döendes och de närståendes upplevelser och formar vilka minnen de närstående lever vidare med. Inom sjukvården kan kurativ och icke-kurativ vård ske på samma enhet, i den ena sängen slocknar ett liv medan i sängen bredvid kan döden förhindras (Fridh, 2009).

Palliativ vård är den internationellt vedertagna benämningen på den vård i livets slutskede som ges när bot inte är att vänta. WHO:s definition (2002) innehåller inte någon tidsmässig bestämning av den palliativa vården. För att vården ska anses vara palliativ ska vissa kriterier vara uppfyllda. Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Vården förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. Den ska även erbjuda organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet, tillämpa ett team – baserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahålla, om det behövs, stödjande och rådgivande samtal (Nationella rådet för Palliativ vård, 2010). Problematiken med begreppet palliativ vård och vårdfilosofi inom vårt problemområde är att den inte syftar till den vård som kan bedrivas i samband med plötsliga dödsfall. Definition av plötslig död;

”plötslig död, dödsfall som beror på sjukdom och som inträffar omedelbart, utan föregående symtom, eller mycket kort efter att symtomen börjat”
(Nationalencyklopedin, 2011).

Det hastiga/plötsliga döendet definieras inte som en del av den palliativa vården, dock betonas att personal ska ha ett palliativt förhållningssätt till närståendes behov (Fridh, 2009).

Synen på döden kan ses ur olika perspektiv. Socialstyrelsen (SOSFS 2005:10, kap. 2 & 3) deklarerar att döden inträffar när människans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort i hjärnans alla delar, dvs. total hjärninfarkt. En människas död skall fastställas med hjälp av indirekta eller direkta kriterier. Fastställandet skall göras av legitimerade läkare eller de som har ett särskilt förordnande att utöva läkaryrket. När dödsfallet är konstaterat ska alla medicinska behandlingar avbrytas. Fastställande av en människas död med hjälp av indirekta kriterier skall göras genom en klinisk undersökning. Vid den kliniska undersökningen ska följande kriterier uppfyllas: ingen palpabel puls, inga hörbara hjärtljud vid auskultation, ingen spontanandning och ljusstela oftast vida pupiller. Om personen avlider under pågående respiratorbehandling och misstänks ha drabbats av total hjärninfarkt ska döden fastställas av direkta kriterier, genom minst två neurologiska undersökningar samt angiografi av hjärnans kärl (SOSFS 2005:10, kap. 2 & 3).

Döden kan även ses ur ett socialt, kulturellt och religiöst perspektiv. I Sverige ses döden som tabubelagd, man ”går bort” vilket är ett sätt att skapa synonymer för döendet som inte låter lika allvarligt. I samhället talas det sällan om döden och redan i uppväxten skyddas barn från döden vilket fastställer det tabubelagda. Avståndstagandet som sker i skapandet av synonymer kan leda till att det brister i bemötandet när vårdpersonal möter döende och deras närstående. Vårdpersonal kan agera beskyddande när en person har upplevt en anhörigs plötsliga död. Ett stort problem med situationen är att om det uppstår negativa upplevelser hos de närstående under den sista, korta tiden i livet går det sällan att reparera i efterhand. Sverige har utvecklats från en gruppkultur till en individkultur, mycket pga. en väl utvecklad social välfärd som barnomsorg, äldreomsorg samt socialtjänst som stöttar individen vid svårigheter i livet. I många andra kulturer existerar gruppen som det starka sociala nätverket och vid dödsfall är det vanligt att vilja hedra den som har dött och att känna en plikt till att stötta varandra inom gruppen i motsats till vår kulturs starka förlitande på den sociala välfärdens ansvar (Olsson, 2008).

Vårdmiljöns betydelse

Tillsammans med begreppen hälsa, människa och omvårdnadshandlingar hör miljö till omvårdnadens metabegrepp. Medvetenheten om miljöns betydelse för patienters hälsa har funnits sedan Florence Nightingales arbete under slutet av 1800-talet (Fridh, 2009). Kim (1987) utvecklade teorierna och talar om fysisk, social och symbolisk miljö i vilken sjuksköterskan och patienten interagerar. Dimensionerna påverkar inte endast patienternas upplevelse av miljön utan påverkar även hur omvårdnaden kommer att bedrivas (Kim, 1987). Andrews (2003) talar däremot inte om begreppet miljö. Han menar att det finns en ”omvårdnadens geografi” som menar att olika platser och institutioner har olika värdegrunder och koder. Eftersom de är strukturerade efter olika filosofier förekommer det även olika typer av maktstrukturer. Platserna där omvårdnaden bedrivs har därför inte bara en fysisk dimension utan inbegriper också en mening eller innebörd som personer tillskriver den. Omvårdnaden påverkar därmed innebörden och funktionen av en plats, men funktionen och platsen påverkar även omvårdnaden (Andrews, 2003; Fridh, 2009).

Ankomsten till sjukhuset kan ofta vara turbulent för patient och närstående. Nya symtom som utifrån individens livsvärldskontext kan upplevas som skrämmande eller ett akut trauma som

ställer världen och livet upp och ner. Som tillägg till detta upplevs i vissa fall frustration över att vara i en främmande miljö där man känner sig utelämnad (Wikström, 2006). Inom medicinsk eller kirurgisk vårdkontext på ett akutsjukhus undersöktes sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slut. Vårdmiljön ansågs av sjuksköterskorna som någonting som påverkade vården i livets slut för patienter och närstående. Faktorer som påverkade var brist på enkelrum, brist på telefoner i rummen och en steril inredning. Sjuksköterskorna använde strategier för att manipulera vårdmiljön exempelvis genom att skapa ett särskilt rum för närstående för vila och återhämtning, samt att tillåta fria besökstider och fritt antal besökare åt gången (Thompson, McClement & Daeninck, 2006).

Vård i livets slut inom intensivvården har beskrivits av Fridh (2009). När de första vårdavdelningarna byggdes under 1950-talet var intentionen att rädda liv. Avdelningarna är därmed utrustade med resurser för att upprätthålla funktionen i livsviktiga organ. Vården är högteknologisk och miljön anpassas därmed efter detta och inte primärt efter patienter och närståendes behov ur ett holistiskt perspektiv. Forskare menar att det sker en separation mellan närstående och patient vid döendet. Den medicinsk-tekniska utrustningen kan därmed upplevas som ett hinder för att komma fysiskt nära för beröring och ögonkontakt. Avskilda utrymmen finns inte alltid på en intensivvårdsavdelning utan närstående hänvisas till området kring patientens säng. När omvårdnad eller behandling ska utföras hänvisas närstående till korridoren eller annat utrymme. Problemet med patientrummet är att det ofta kan ske en konflikt mellan tre olika krav och värderingar på miljön, personalens perspektiv på patientrummet som arbetsmiljö samt patientens och närståendes perspektiv på rummet som en miljö för vila och samvaro (Fridh, 2009).

Sjuksköterskan ingår i vårdmiljön och enligt ICN (International council of nurses, 2007) har sjuksköterskan ett unikt och primärt ansvar att säkerställa att individer i livets slut upplever en fridfull död (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Vid dödsfall är det hälso- och sjukvårdens ansvar att fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidna samt att de efterlevande skall visas hänsyn och omtanke (SOSFS 1996:29, kap. 2). Enligt legitimerad sjuksköterskas kompetensbeskrivning (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I dialog med patient och/eller närstående ska sjuksköterskan ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan ska vara undervisande och stödjande till patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa, samt motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Närstående ur ett omvårdnadsperspektiv

Familj och sociala relationer är för många människor den närmaste fysiska, emotionella och sociala miljön oavsett i vilken livsfas man befinner sig. Familjefokuserad omvårdnad utgår ifrån att sjukdom och ohälsa hos en familjemedlem påverkar de övriga familjemedlemmarna samt familjen i helhet. Varje situation kan ses och tolkas ur olika perspektiv av de närstående, och om närstående involveras i omvårdnaden ökar förutsättningarna för att finna nya lösningar. Flera olika begrepp används för personer som ingår i en familj. *Anhörig* innebär traditionellt relation via blodsband, äktenskap eller samboförhållande. För att utveckla detta resonemang och involvera fler relationer som kan vara viktiga för individen används ordet *närstående*; som individen definierar som människor som står denne nära. Detta kan vara vänner och andra sociala förbindelser som nödvändigtvis inte behöver vara en del av den blodsförbundna

familjen. Familj som begrepp kan även vara personer som individen tycker ingår i dennes familj vilket öppnar upp för en emotionell aspekt (Benzein, Hagberg & Saveman, 2009). Närstående anses vara ett vidare begrepp och mindre laddat än begreppet anhörig. Därför valdes närstående som begrepp för litteraturöversikten och anhörig används endast i kontrast till närstående, ex 'när en anhörig har dött känner närstående sorg'.

Invandringen under slutet av 1900-talet har utvecklat Sverige till ett mångkulturellt land. Begreppet familj har därmed vidgats vilket både berikar men leder till utmaningar i bemötandet. Under mitten av 1900-talet togs kärnfamiljen fram som normen för en familjs struktur, denna bestod av mamma, pappa och barn. Idag existerar det olika familjekonstellationer vilket innebär att kärnfamiljen inte längre är den självklara normen. I en familj och socialt sammanhang har människor olika roller och rutiner som skapar vardagslivet (Benzein, et al., 2009).

Att vara människa är att vara unik. När vi närmar oss döden fortsätter personen att vara en unik individ med sin livshistoria, erfarenheter och mål. Att vara en unik individ med särskilda behov glöms ibland bort i sjukvården. Det kan leda till att man inte känner sig välkommen i en vårdinrättning och att närstående känner att patienten blir depersonaliserad. Närståendes behov är lätta att förbise vid vården av patienten. Svår sjukdom eller trauma hos en individ har även en betydande inverkan på närstående vars egen hälsa påverkas. Oro, depression och rollförändringar förekommer hos närstående före och efter sjukhustiden. Närstående är inte en homogen grupp utan i olika livscyklar som påverkar deras uppfattning i den individuella situationen. Exempelvis om den närstående är sammanboende med patienten eller inte spelar stor roll i anpassandet till livet efter döden med nya roller och förväntningar. Den närståendes uppfattningar och erfarenheter kring sjukdom spelar stor roll i dess tolkning av den aktuella situationen (Milberg, 2005). Dyregrov (1997) har undersökt barns upplevelser av död och trauma och hävdar att barn alltid ska informeras om döden eftersom barns fantasier ofta kan vara värre än den faktiska situationen (ibid.).

Reaktioner hos närstående i samband med plötslig död

Det föreligger ett flertal teorier kring kris och de psykologiska reaktioner som människor uppvisar i samband med plötslig död. Cullberg (1975) definierar fyra faser som människor möter i samband med ett trauma vilka är chock, reaktion, bearbetning och nyorientering. I chockfasen är individen blockerad från intryck, har oförmåga till bearbetning och är ofta i förnekelse över det som har hänt. Reaktionsfasen skiljer sig emellan individer och kan innefatta allt ifrån stark agitation till tyst sörjande. Bearbetningsfasen karaktäriseras av funderingar kring traumat och i nyorienteringsfasen fortgår individen sitt liv (Cullberg, 1975).

Människan genomgår olika faser men faserna behöver inte löpa efter varandra och det vanligaste är att individen kastas mellan motstridiga känslor av hopp – förtvivlan, känsla av upplösning – identitet, förlikning med sitt öde – viljan att kämpa mot ödet. De olika känslorna och processerna som man genomgår i sörjandet, exempelvis ilska, koncentrationssvårigheter och somatiska besvär kan alla vara normala bitar i en sorgprocess men behöver dock inte indikera på att just den individen sorgprocess är okomplicerad eller normal. För många individer kan den klassiska sorgprocessen med chock, förtvivlan, ilska, förnekelse, återanpassning till ett vardagligt liv och till slut acceptans vara en vanlig process, men ska inte användas som mall för hur individer sörjer och det ska finnas en öppenhet för att de olika faserna kan tangera varandra (Love, 2007).

Det är viktigt att betona att sorg är en normal psykologisk process av anpassning till döden av en anhörig men även en stor kris. Sorgens mål är att aktualisera förlusten, känna smärtan, anpassa sig och att gå vidare. Ett framgångsrikt sorgearbete kan leda till mognad och större psykologisk styrka. Ett icke framgångsrikt sorgearbete leder till komplikationer vilket kan innebära depression, aptitförlust, förlust av intresse till det dagliga livet, skuld och psykosomatiska symtom (Li, Chan & Lee 2002). Efter ett plötsligt dödsfall befinner sig de närstående i en kritisk situation pga. att ett plötsligt dödsfall inte innefattar tid för de närstående att förbereda sig (Li, et al. 2002; Kock-Redfors, 2005). Det är viktigt att sjuksköterskor som möter plötsliga dödsfall har kunskap om hur en normal sorgprocess ser ut, hur man stödjer närstående samt identifierar och bekräftar de initiala behoven vilket kan hjälpa individen till ett mer framgångsrikt sorgearbete (Li, et al., 2002; Love, 2007).

Män och kvinnors sorgebeteenden kan skilja sig åt. Kvinnor har generellt sätt mer fysiska symtom relaterat till sorgen och söker mer socialt samt professionellt stöd för att hantera sorgen. Män löser däremot sorgen mer aktivitetsinriktat och söker inte professionell samt social hjälp i samma grad. Däremot finns det inga dokumenterade skillnader i hur intensiteten i sorgen skiljer sig mellan könen. I relation till kultur finns det skillnader i dödsritualer och sorgebeteenden mellan afrikanska, asiatiska, anglikanska, indianska och latinamerikanska befolkningar. Beteenden och ritualer som kan vara motstridiga i en kultur kan ses som naturliga i en annan. Upplevelsen av sorgen är relativt lik mellan kulturerna. Hur sorg bearbetas varierar och graden av verbalisering samt somatisering av sorgen är vitt skild mellan västerländsk kultur och exempelvis den asiatiska. Hur det sociala sammanhanget accepterar samtal om döden samt uttryck av sorg påverkar graden av somatisering och upplevelsen av hälsa hos individen (Li, et al., 2002).

Känsla av sammanhang

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, grundade den salutogena modellen, med vilken man söker svar på varför människor överhuvudtaget har hälsa och vad som kännetecknar en person som kan hantera svåra livssituationer. Modellen fokuserar på hälsans ursprung och människors olika förutsättningar att möta olika påfrestningar, som att förlora en anhörig. En av de viktigaste komponenterna i den salutogena grundsynen är människans övergripande syn på, och förhållningssätt, till sin egen tillvaro och känsla av sammanhang (vilket förkortas KASAM) som påverkar hur människan lyckas hantera olika händelser i livet. I begreppet KASAM ingår tre dimensioner som alla bidrar till känslan av sammanhang. Dessa tre benämns som;

Begriplighet; en grundläggande upplevelse av att det som sker i och utanför individen är förutsägbart, begripligt och strukturerat.

Hanterbarhet; avspeglar i vilken utsträckning personen upplever att hon kan hantera olika händelser och har resurser som finns till förfogande för denna hantering.

Meningsfullhet; avspeglar i vilken utsträckning personen känner engagemang och motivation i händelser (Antonovsky, 1979, 1991; Langius-Eklöf, 2009).

Förutom graden av KASAM är de generella faktorerna som finns till dennes förfogande också avgörande för hälsa. De faktorer som Antonovsky identifierade är viktiga stöd för människan i sin hantering av livet och följaktligen för hur graden av KASAM utvecklas. Dessa finns med i människans liv i varierande utsträckning från födseln och utvecklas med åldern samt utifrån

livserfarenheter. Ett utdrag av faktorer är materiell standard, utbildning/kunskap, socialt stöd, engagemang, självidentitet samt genetiska faktorer. Hälsa i denna kontext definieras som en linje mellan två poler som reflekterar hälsa/hög livskvalitet respektive sjukdom/låg livskvalitet. En individ är således aldrig antingen helt frisk eller helt sjuk utan vi rör oss under livet mellan de två olika polerna. (Antonovsky, 1979, 1991; Langius-Eklöf, 2009)

En individs KASAM inverkar på hur vi hanterar svåra händelser i livet. Det gäller därför att anpassa omhändertagandet/omvårdnaden för den unika personens behov som vi har framför oss. Alla människor har olika sätt att hantera påfrestningar utifrån sin grad av känsla av sammanhang. Att ha kunskap om vad patienter och närstående har för förmåga att förstå, hantera och se meningsfullhet i livet kan vara till hjälp i omvårdnadsarbetet för att utöva individuell omvårdnad (Antonovsky, 1979, 1991; Langius-Eklöf, 2009).

SYFTE

Syftet är att belysa närståendes behov samt erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård.

METOD

Datainsamling och urval

Arbetet är en litteraturöversikt. Litteraturöversikten avser att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett problemområde, exempelvis inom vårdvetenskap eller i förhållande till ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde (Friberg, 2006).

Enligt Fribergs modell (2006) för en litteraturöversikt valdes först området *vård i livets slut inom akutsjukvård*. Det första steget i detta skede var att anlägga ett helikopterperspektiv. I steget togs ett helhetsgrepp på området för att kartlägga vilka aspekter som fanns inom forskningen (Friberg, 2006). Vid denna initiala sökning i databaserna Cinahl och PubMed (som inte har dokumenterats i tabell 1) upptäcktes MeSH-termerna *Family, Experiences, End-of-life Care, Bereavement, Sudden death* och *Needs*. Termerna användes i olika kombinationer för att få fram artiklar som överensstämde med syftet. Efter att ha sett vilka aspekter som fanns med i forskningen valde författarna att ändra syftet till *närståendes behov samt erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård*.

Därefter gjordes en systematisk sökning i databaserna Pubmed och Cinahl. Begränsningar som användes var Nursing Journals, Humans, All adults over 18, artiklar från de senaste 10 åren och artiklar på engelska. Begränsningarna användes inte vid samtliga sökningar eftersom vissa kombinationer av sökord ledde till ett för begränsat urval av artiklar (de sökningarna dokumenterades inte i tabell 1). När begränsningen Nursing Journals användes blev antalet träffar begränsat, förmodligen relaterat till att ett flertal studier inom omvårdnadsforskning publiceras i andra vetenskapliga tidsskrifter än omvårdnadsvetenskapliga. Exkluderingsskriterier var artiklar som involverade dödsfall bland minderåriga eller inom barnsjukvård, artiklar som enbart behandlade suicid samt artiklar som inte gick att läsa i fulltext genom Göteborgs Universitet eller på internet. Inga exkluderingar gjordes på bas av geografi. Sökningarna generade ett antal träffar som dokumenteras i tabell 1. Manuell sökning av artiklar gjordes genom Purves & Edwards (2005) referenslista. Genom denna hittades Li, Chan & Lee's (2002) artikel.

Efter denna sökning inkluderades 11 vetenskapliga artiklar i resultatet. Sju artiklar hade kvalitativ ansats, en artikel hade kvantitativ ansats, en artikel hade både kvalitativ och kvantitativ ansats och två artiklar var översiktsartiklar.

Tabell 1

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Använda artiklar
110419	Cinahl	Family AND Experiences AND End-of-life Care	Inga begränsningar	140	10	4	(Kirchhoff, et al., 2002; Lloyd-Williams, et al., 2009)
	Cinahl	Family AND Experiences AND Sudden death	Inga begränsningar	24	1	1	0
	Cinahl	Relatives AND Experiences AND ICU	Peer reviewed, engelska, artiklar från de senaste 10 åren.	20	5	2	(Fridh I 2009)
	Cinahl	Sudden death AND interventions	Peer reviewed, engelska, artiklar från de senaste 10 åren.	91	5	1	(Walker, 2010)
110420	PubMed	Sudden cardiac death, family	Nursing journals, humans, artiklar från de senaste 10 åren	31	2	1	0
	PubMed	Grieving after sudden death	Nursing journals, humans, artiklar från de senaste 10 åren	19	2	1	0
	PubMed	Care environment, End-of-life	Nursing journals, humans,	202	4	3	0

		care	artiklar från de senaste 10 åren				
	PubMed	Medical nursing, End-of-life care	Nursing journals, humans, artiklar från de senaste 10 åren, Engelska, Vuxen population	171	4	1	0
	PubMed	Bereavement, Hospital	Nursing journals, humans, artiklar från de senaste 10 åren, Engelska, Vuxen population	116	7	1	(Brysiewicz, 2008)
110424	Cinahl	Bereavement, Hospital	Inga restriktioner	295	12	2	(Edwards, et al., 1998)
	Cinahl	Relatives, Sudden death	Inga restriktioner	43	10	1	
	PubMed	Suddenly bereaved	Inga restriktioner	41	6	1	(Merlevede, et al., 2004)
110502	PubMed	Death, Bereavement	Nursing journals, Artiklar från de senaste 10 åren, Artiklar på engelska, Artiklar i fulltext, Vuxen population	138	7	2	(Warren, 2002)
110502	Cinahl	Death, Bereavement	Artiklar från de senaste 10 åren, Artiklar i fulltext, Vuxen population	285	10	2	0
110503	PubMed	Sudden death,	Inga	419	10	2	(Chapple, 2010;

		Bereavement	begränsningar				Brysiewicz, 2006)
110505	PubMed	Sudden death, family, needs	Artiklar från de senaste 10 åren, Vuxen population	27	6	2	(Chapple, 2010; Brysiewicz, 2008)
110505	Cinahl	Sudden death, family, needs	Inga restriktioner	25	3	0	0

Dataanalys

Analysen av artiklarna gjordes genom Fribergs modell för att göra en litteraturöversikt (Friberg, 2006). Artiklarna lästes ett flertal gånger i sin helhet för att få en heltäckande bild av informationen. Resultatet i artiklarna jämfördes med varandra, likheter och skillnader identifierades och metoderna i artiklarna granskades (Friberg, 2006). För att få fram ett resultat till arbetet sammanfattades artiklarnas resultat och relevanta teman utifrån syftet togs ut för att sedan föras samman till fem områden.

RESULTAT

De områden som identifierades ur artiklarna var *Information och kommunikation, Praktiska och emotionella behov, Att vaka, Samhörighet och en privat sfär* samt *Att få se den döde*.

INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Informationsbehov vid plötsligt dödsfall

Närstående upplevde att information var viktigast i samband med plötsligt dödsfall för att kunna anpassa sig till situationen. I en krisartad situation som ett plötsligt dödsfall, kan det vara svårt att ta till sig verbal information och därför uppskattades skriftlig information (Edwards & Shaw, 1998; Li, et al., 2002; Walker, 2010). Att få information tidigt om allvaret i situationen rankades som viktigt. Behovet av information var enligt Li, et al. (2002) större hos yngre närstående (18-39) än hos äldre (ibid.).

Beroende på vilken del av processen närstående befann sig i upplevdes behovet av information och erfarenheterna kring kommunikation som olika. Om patienten var döende eller precis hade dött formades erfarenheterna olika. Det upplevdes som en chock att få reda på att den anhörigas tillstånd var så kritiskt att dennes liv inte gick att rädda. De närstående var i situationen inte beredda på detta och hade därför ingen möjlighet till förberedelse. Om sjuksköterskor och läkare upprepade informationen och gav en ärlig beskrivning av allvaret i situationen underlättade det för de närstående att förstå att det inte fanns något hopp om räddning. Ärlighet och öppenhet hjälpte även de närstående att bli mer involverade i vården, att kunna förbereda sig för vad som skulle ske och gav ett klart direktiv om riktningen på vården samt underlättade i erkännandet av patientens död. Att även vara ärlig om de misstag som eventuellt hade skett i vården hjälpte närstående i bearbetningen av dödsfallet (Warren, 2002; Kirchhoff, Walker, Hutton, Spuhler, Cole & Clemmer, 2002; Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009). När en detaljerad förklaring över patientens medicinska status gavs och varför fortsatt

behandling var meningslös kunde närstående lättare acceptera att insatserna reducerades (Fridh, et al., 2009). Att personalen visade ett genuint intresse för närståendes upplevelser av förlusten upplevdes som öppet och omtänksamt (Warren, 2002).

Aspekter i informationsgivningen som upplevdes som negativt var brist på svar och information kring vad som hade hänt och lett till den anhöriges död. Detta präglade ofta personernas upplevelser den närmsta tiden efter dödsfallet. Processen i förlusten var hastig och under den sista tiden av patientens liv fann närstående att personalen var alltför upptagna i att ta hand om patientens fysiska samt medicinska behov vilket ledde till att tankar och frågor kring dödsfallet blev olösta. Tolkningen av situationen vid dödsfallet ledde till förvirring i vad som egentligen orsakat döden (Warren, 2002; Kirchhoff, et al., 2002; Merlevede, Spooen, Henderick, Portzky, Buylaert, Jannes, Calle, Van Staey, De Rock, Smeesters, Michem, Van Heeringen, 2004; Brysiewicz, 2008). Närstående beskrev upplevelser av att bli lämnade ensamma efter den medicinska interventionen och/eller efter döden tillkännagivits, oförberedda och med ingen information om hur de skulle fortsätta. Två månader efter dödsfallet upplevde ett stort antal att de hade många obesvarade frågor som innefattade hur dödsfallet inträffat och hur omständigheterna varit. Frågor som dominerade var dödens orsak, om personen kände smärta och vilka var personens sista ord. Närstående som konfronterats med en plötslig oväntad död visade ett stort behov av att förstå de patofysiologiska orsakerna till döden. De flesta närstående hade kvar frågor även efter att de blivit informerade av akutvårdspersonal. Många frågor kom även upp senare efter att den initiala chocken hade släppt (Merlevede, et al., 2004). När de närstående försökte kontakta sjukvårdspersonalen i efterhand var det svårt att få tag i rätt person och de fick agera påstridigt för att få information och därmed svar. Närstående beskrev det som att man inte kunde slappna av och gå vidare förrän man hade fått information kring alla detaljer och att sjukvårdsorganisation ibland var ett hinder i informationssökandet (Brysiewicz, 2008).

När de närstående inte förstod det medicinska språket som personalen använde vid diskussioner om vidare åtgärder upplevde de närstående en känsla av att inte vara nog uppmärksam (Kirchhoff, et al., 2002; Lloyd-Williams, Morton, Peters, 2009). Ilska och sorg upplevdes i detta och därmed skuld över patientens död. Vissa upplevde det som deras eget fel att patienten avled och att de inte kunnat skydda patienten i dennes nöd. Information om förloppet och varför personen i fråga dog kunde ha lett till att skuld och ångest undvikits (Kirchhoff, et al., 2002).

"My whole anger and sadness is, ... I can just visualize him asking for me ... If I had been there, ... and helped him, or somebody had, ... but he was all alone." (Kirchhoff, et al., 2002, s. 204)

Kommunikation mellan närstående och sjukvårdspersonalen

Kommunikation var ett sätt att hjälpa närstående i sitt sorgearbete. Frågor och tankar uttryckta av familjen var direkt relaterade till kvalitén och tidpunkten på kommunikation mellan familjen och sjukvårdspersonalen. Samtidigt var bristen i kommunikationen en bidragande faktor till frustration och osäkerhet upplevd av familjen. Antalet olika läkare och andra vårdgivare som utförde vård ledde till en osäkerhet i vem som stod ansvarig och vem man kunde ställa frågor till. Sjuksköterskor och läkare som gjorde sitt yttersta för att vara närvarande med familjen var högt värderade för deras äkthet samt för att inte lämna närstående med sin osäkerhet kring beslut och situationen i sin helhet. När vårdpersonalen inte kommunicerade direkt med

närstående om procedurer i vården eller om en patients tillstånd upplevdes vården som sämre i kvalitet. Vissa personer upplevde att information om behandlingar och åtgärder kom slumpartat från personalens sida och att en del sjukvårdspersonal inte tog ansvar för att informera korrekt. Att behöva vänta på vederbörande profession för information om patientens tillstånd gav obehag och ledde till att de närstående inte ville lämna platsen i rädsla av att missa vederbörande (Kirchhoff, et al., 2002).

"You sit around waiting for the doctor to come in and tell you something ... They say, 'I will talk to you later,' and ... you don't know when later is, ... so you don't dare leave."(Kirchhoff, et al., 2002, s. 204)

Behovet av delaktighet efterfrågades av närstående. Delaktigheten i vården varierade i stor grad och närstående efterfrågade att sjukvårdspersonalen skulle stödja närstående i sin beslutsprocess genom att informera om olika val, konsekvenserna av dessa och därefter stötta de beslut som närstående valt att ta (Kirchhoff, et al., 2002).

Kommunikation mellan närstående och patienten

En essentiell del i sorgprocessen började med att ta avsked och i och med detta erkändes att patientens död var nära. Närstående upplevde att sjuksköterskorna främjade avskedet genom att bekräfta närståendes aktioner till patienten genom att indikera att patienten kände deras närvaro. Sjuksköterskorna använde strategier som att förklara när de diverse tekniska apparaturerna larmade att detta var patientens sätt att kommunicera och att visa att hon ville ha hennes närstående närvarande. När det inte gavs möjlighet till avsked skapade det ånger i efterförloppet (Edwards & Shaw, 1998; Li, et al., 2002; Kirchhoff, et al., 2002). Situationer som hindrade avsked var om patienten var sederad, medvetlös eller om patienten skulle iväg till operation eller annan undersökning och närstående inte tog avsked utan antog att mötet inte vara det sista. I situationer där patienten var sederad ville närstående att sjuksköterskan skulle avbryta sederingen en sista gång för chans till avsked (Kirchhoff, et al., 2002). Den medicinsktekniska utrustningen ansågs inte vara skrämmande. Den döendes tillstånd och beroendet av tekniken ansågs mer skrämmande än själva tekniken som sådan. När sjuksköterskan beskrev vad som visades på monitorerna försökte många närstående tolka de olika parametrarna för att själva skapa sig en förståelse för patientens tillstånd. Några närstående uttryckte det som positivt att kunna se och vara delaktig i patientens tillstånd genom övervakningen. Andra upplevde det som skrämmande om de inte fått någon förklaring för vad informationen i övervakningsapparaturen visade (Fridh, et al., 2009).

Information efter dödsfallet

Vid plötsligt dödsfall lever sorgen kvar länge. Vissa närstående upplevde fortfarande 15 månader efter dödsfallet att sorgen var lika närvarande som innan men att hopp började synas (Kirchhoff, et al., 2002). Att få information om stödgrupper eller andra möjligheter till stöd ville närstående få efter dödsfallet, mycket relaterat till att reaktionerna ofta uppdagades en tid efter dödsfallet när chocken hade släppt (Edwards & Shaw, 1998; Merlevede, et al., 2004; Brysiewicz, 2008; Lloyd-Williams, et al., 2009). I vissa fall erbjöds inte detta vilket saknades (Lloyd-Williams, et al., 2009). Sorgen efter en oväntad död var svår att bära och kunde vara svår att dela med det sociala nätverket då man ville samtala med människor i samma situation med liknande upplevelser (Brysiewicz, 2008). För närstående som hade anhöriga som hade dött inom intensivvården upplevdes det som positivt att få återkomma dit för ett

uppföljningssamtal. Flera upplevde att det var skönt att träffa personalen när de närstående var sig själva och inte i det akuta sorgetillståndet. Denna uppföljningsvisit gav även möjlighet att visa sin uppskattning för den goda vård och omvårdnad som i de flesta fall erbjudits deras anhöriga (Fridh, et al., 2009).

PRAKTISKA OCH EMOTIONELLA BEHOV

Många familjer upplevde att de praktiska behoven uppmärksammades, och att vårdpersonal ofta frågade om de ville ha något att äta och dricka. Dessa små gester, samt att bli tillfrågad om praktisk hjälp värderades högt och många blev mycket tacksamma eftersom det mesta av deras egen energi riktades mot den döende. Symboliken i dessa handlingar var att någon brydde sig om individens förlust och gjorde den verklig (Brysiewicz, 2008; Lloyd-Williams, et al., 2009; Fridh, et al., 2009). Andra menade att de praktiska behoven prioriterades före de emotionella på grund av den höga arbetsbelastning som fanns på avdelningen. Närstående uttryckte i dessa fall att de hellre behövt någon som var närvarande och bekräftade den känslan de befann sig i (Lloyd- Williams, et al., 2009). I studien av Li et, al. (2002) från Hongkong visade dock hur närstående upplevde denna typ av omvårdnad som mindre hjälpsam i deras sorgprocess (ibid.).

Stöd i form av att någon, inte nödvändigtvis en sjukvårdspersonal satt tyst med dem under en obestämd tid värderades högt, särskilt under den tid de väntade på besked, under pågående återupplivningsförsök eller i de fall när individerna inte hade ett stort socialt nätverk (Brysiewicz & Uys, 2006; Brysiewicz, 2008). Att bli erbjuden lugnande läkemedel i stund av kris och sorg upplevdes inte som hjälpande då sorg uppfattades som något som skulle upplevas samt hanteras och inte medicineras bort (Li, et al., 2002). Precis efter dödsögonblicket upplevde de närstående sig som mycket känsliga och beroende av att ha någon att luta sig emot. Vårdpersonalens finkänsliga närvaro och stöd beskrevs mer eller mindre av alla närstående som viktigt (Fridh, et al., 2009). I vissa grupper värderades även möjlighet till och visad respekt av religiösa vanor och seder högt (Li, et al., 2002).

ATT VAKA

Under tiden när den anhörige var döende eller när det plötsliga dödsfallet inträffat kände flera ett stort behov av att vara fysiskt nära den anhöriga. Detta blev ett sätt att ta avsked och kunna säga sina sista ord till personen (Brysiewicz & Uys, 2006; Fridh, et al., 2009). Många upplevde det jobbigt att gå ifrån patienten och det var frustrerande att separeras för att spendera tid utanför salen. Under vaket höll de närstående den anhöriges hand och försökte etablera kontakt. Många närstående beskrev det som att de var övertygade om att den döende trots sitt medvetlösa tillstånd var medveten om deras närvaro. Många kände sig oroliga och spända. Det enda som fick dem att komma över sin oro var att spendera tid vid sin näras sida. Fokus överfördes från deras egna känslor till den döende. Vakandet vid den anhöriges sida var mödosamt men vårdpersonalen uppfattades ofta som professionell, varm och passionerad. Denna erfarenhet bevarades i den närståendes minne trots deras förlust och sorg (Fridh, et al., 2009). Stöd hittades även i familjen och när hela familjen fick samlas hos patienten för att vaka och sörja utan restriktioner. Sjuksköterskorna agerade tillåtande genom att tillåta fria besökstider och visade respekt i närståendes behov av att få stanna vid kroppen efter dödsfallet (Warren, 2002).

Vakandet beskrevs även som ett skyddande av patienten vilket upplevdes som den viktigaste uppgiften som närstående. Kände närstående att de misslyckats med att skydda ledde det till känslor av skuld, ånger och ilska. Skyddandet innebar att försäkra sig om och vara övertygad om att den döende var fri från lidande och skydda denna från undersökningar och behandlingar som närstående ansåg vara meningslösa (Kirchhoff, et al., 2002). Skyddandet gick ibland över till det extrema. Närstående beskrev hur de ogillade att andra människor kom in på rummet på grund av rädsla för att det skulle störa patientens vila (Bryśiewicz, 2008).

Många som var vid sin närståendes sida vid dödsögonblicket inom intensivvården upplevde det som en fin stund. Den döde såg fridfull ut och personens lidande var över. Andra uttryckte det som att tiden gått alldeles för snabbt. Vissa upplevde att de hade fått tillräckligt med tid med den döde medan andra kände sig tvingade att lämna rummet när personalen ville göra ordning kroppen (Fridh, et al., 2009).

SAMHÖRIGHET OCH EN PRIVAT SFÄR

Att vara närstående till en döende person var även associerat med ett behov av samhörighet, både under vakandet samt perioden efter dödsfallet. Var det endast en närstående närvarande upplevde denne stor samhörighet med den döende och personalen på avdelningen. De här personerna kunde även känna sig övergivna och utmattade i samband med dödsfallet om de blev lämnade ensamma när vårdpersonalen tog hand om den dödes kropp (Lloyd-Williams, et al., 2009; Fridh, et al., 2009).

”So they told me to go down and sit in the corridor and I have to say that it was probably the worst thing I ever experienced//when I sat down I just felt that, oh my God, I’m sitting here all alone, and I’ve never felt so lonely in all my life”. (Fridh, et al., 2009, s. 116)

När de närstående hade tagit farväl av kroppen och skulle lämna sjukhuset fick de med sig sin anhöriges tillhörigheter i en påse vilket många reagerade starkt på. Många uttryckte även att de velat ha någon som följde dem hem efteråt (Lloyd-Williams, et al., 2009).

”there’s another thing that I reacted to and, to use a cynical expression, I came in with a living human being and went out with a bag of clothes” (Fridh, et al., 2009, s. 115).

Det emotionella tillstånd som de närstående befann sig i med stora psykiska påfrestningar gav behovet av ett privat utrymme för att kunna bearbeta situationen samt att sörja. Tillgång till ett enskilt rum där samtal familjen emellan kunde ske, eller med personal värderades därför högt (Lloyd-Williams, et al., 2009; Fridh, et al., 2009). Rummet skulle vara lämpligt utrustat med faciliteter som näsdukar, handfat, telefon och bekväma sittmöjligheter (Edwards & Shaw, 1998). Patientrummen var ofta små vilket ledde till att ett stort antal närstående fick trängas på en liten yta. I samband med brist på sittplatser ledde det till att närstående fick hålla allvarliga samtal med sjukvårdspersonal ståendes vilket gav känslan av utsatthet. Den fysiska utformningen av vårdmiljön på salarna skapade även problem för familjerna som inte upplevde att de fick sörja i enskildhet. Människor fanns alltid närvarande och det enda som skiljde sängarna från varandra i vårdsalarna var ett skynke. Att sörja på en allmän plats där andra människor var närvarande upplevdes ofta som negativt (Bryśiewicz & Uys, 2006; Lloyd-Williams, et al., 2009). Däremot tonade många ner sina egna behov och hade överseende och acceptans för bristfälligheter i enhetens fysiska miljö eftersom deras prioritet låg hos den döende (Fridh, et al., 2009).

Avskedet var en mycket privat angelägenhet och de närstående ville inte att någon annan skulle kunna observera eller dela upplevelsen. De flesta döende patienterna hade flyttats till enskilda rum vilket närstående uttryckte stor tacksamhet för. Att ha ett enskilt rum gjorde att de kunde värna om sin privata sfär. Hela familjen kunde samlas och de sista timmarna ansågs mycket värdefulla. För de vars anhörige inte dog i ett privatrum upplevdes situationen som olustig av närstående (Fridh, et al., 2009).

ATT SE DEN DÖDE

Efter ett plötsligt dödsfall har närstående olika behov i samband med bevittnandet av kroppen. Beroende på hur individen uppfattade den döde, som enbart en kropp, eller som en del av en social identitet och därmed en person formades upplevelsen i att vara med den döde (Chapple, 2010). Att få se den döda kroppen medan denne var varm och att få röra samt hålla i den som en sista chans att få säga adjö, kunde upplevas som hjälpande och som ett sätt för att förstå situationen och göra förlusten verklig (Li, et al., 2002; Fridh, et al., 2009). Att bli avrådd från att se patienten efter dödsfallet ansågs som negativt. Att närvara vid återupplivningsförsök uppskattades av de närstående som fick delta. Detta gav upplevelsen av att alla åtgärder var vidtagna för att rädda personens liv och därmed underlättades sorgeprocessen. Yngre närstående ansåg även att det var viktigt att all medicinskteknisk utrustning var borttagen från kroppen innan man fick se denna. Utseendet hos den döde spelade större roll i denna grupp än hos äldre (Li, et al., 2002).

Närstående som valde att se den döde nämnde ett flertal anledningar till varför. Att få visa omsorg för den avlidne och därmed skydda denne från ensamhet i en viktig stund i deras liv sågs som viktigt. Personer som ansåg att det var viktigt såg kroppen som en del av en social identitet och hade oftast en stark relation till den döde, exempelvis förälder, barn eller partner. Att få ta hand om kroppen efter dödsfall pga. religiös eller personlig grund sågs som viktigt i att ta avsked samt att skydda den döde. Om man inte bevittnade den döde trodde vissa individer att det skulle ge obehagliga fantasier kring hur personen såg ut och skapa ett negativt minne (Chapple, 2010).

Att se kroppen gav tydligt olika reaktioner hos närstående, och valet att göra detta varierade beroende på vilken social relation de hade med den döde. Övergripande ansåg de som valde att se kroppen att det var rätt val. Dock var upplevelsen individuell och ett antal uppfattade det som negativt att se kroppen efter dödsfallet om kroppen hade blivit vandaliserad av traumat. Ånger uppstod efter att ha sett kroppen och ett traumatiskt minne. De individer som inte valde att se kroppen upplevde detta som rätt, även om det fanns ambivalens i beslutet. Beslutet grundade sig i samma faktorer som för de som såg kroppen efter dödsfallet och uppfattade det som negativt. Närstående uttryckte att det alltid skulle finnas ett val i om man ville se kroppen eller inte (Chapple, 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Metoden litteraturoversikt som valdes till arbetet ansåg författarna vara en lämplig metod för att kartlägga ett problemområde som närståendes behov och erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård. En litteraturoversikt tar reda på befintlig forskning inom ett

område för att få en uppfattning om vad som studerats, vilka metoder eller vilka teoretiska utgångspunkter som har använts (Friberg, 2006). Syftet för litteraturöversikten var avgränsat och författarna ansåg att om en annan metod hade använts skulle resultatet ha blivit alltför begränsat.

Vid den initiala sökningen togs ett helhetsgrepp på problemområdet *vård i livets slut inom akutsjukvård*. De studier som hittades fokuserade på sjuksköterskors upplevelser av att vårda palliativa patienter i en akut vårdmiljö samt närståendes upplevelser i samband med plötsliga dödsfall. Syftet ändrades till *närståendes erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård* för att täcka in en helhetsbild av närståendes upplevelser. De exkluderingskriterier som användes var dödsfall bland minderåriga eller inom barnsjukvården eftersom denna förlust anses vara speciell och bör studeras separat. Artiklar som enbart behandlade suicid exkluderades också relaterat till samma anledning som vid förlust av minderåriga. Dock användes en artikel i resultatet som delvis behandlade plötsliga dödsfall orsakade av suicid men artikeln valdes pga. att den diskuterade även andra aspekter som närståendes erfarenheter av traumatiska dödsfall. Artiklar som var äldre än 10 år exkluderades på basis av att få en bild av det senaste forskningsläget. En översiktsartikel som var 13 år inkluderades (Edwards, et al. 1998) eftersom den bekräftade befintlig information från nyare forskning. Även Walkers (2010) översiktsartikel användes eftersom den stämde in på syftet.

Som tidigare nämnts i metoden användes inte samtliga begränsningar vid alla sökningar. Vid de mer vida sökningarna kunde ett större antal artiklar hittas och gav en mer överskådlig bild av forskningsläget. Risken med vida sökningar var att artiklar som skulle överensstämma med syftet kunde missas relaterat till det stora antalet träffar vilket författarna reserverar sig för. Dock ansågs det lämpligast för att få översikt inom problemområdet. Efter att ha sammanställt resultatet i artiklarna och funnit likheter och skillnader hittades områden som sammanställdes till ett resultat. Resultatet visade sig vara både närståendes behov samt erfarenheter och därmed gjordes ett tillägg till den systematiska sökningen i efterhand (se tabell 1). De initiala MeSH-termerna kombinerades med begreppet *Needs* och under sökningen hittades artiklar som hade valts till resultatet vid den initiala sökningen vilket kunde tolkas som en bekräftelse av det redan befintliga resultatet.

Av de 11 artiklar som inkluderades i resultatet var 4 artiklar från intensivvårdsavdelningar. Miljön inom denna kontext är väldigt specifik och det kan vara utmanande att dra paralleller till allmänsjuksköterskans praxis och annan vårdmiljö (Warren, 2002). Däremot kan närståendes behov vara liknande och intensivvården är en vårdkontext där många plötsliga dödsfall inträffar. Resultatet visade även att det fanns gemensamma drag mellan närståendes behov samt erfarenheter av plötsliga dödsfall inom intensivvården som det finns på exempelvis en akutmottagning. Samtliga artiklar var skrivna på engelska vilket inte är författarnas modersmål, därmed reserverar vi oss för eventuella tolkningsbrister.

Artiklarna som valdes till resultatet var från olika delar av världen, fyra från Storbritannien, två från Sydafrika, två från USA, och en vardera från Sverige, Hongkong samt Belgien. Risken med att använda sig av artiklar från olika delar av världen kan vara att resultatet kan bli alltför skiftande relaterat till olika former för att bedriva vård samt kulturella skillnader. Under arbetets gång framkom att artiklarnas resultat överensstämde till stor del och att de aspekter som inte gjorde det snarare berikade till en kulturell mångfald. Som det nämns i bakgrunden kan döden ses ur ett socialt, kulturellt och religiöst perspektiv (Olsson, 2008) och invandringen under slutet av 1900-talet har utvecklat Sverige till ett mångkulturellt land (Benzein, et al.

2009). Artiklarna som användes behandlade inte genus, sexualitet eller kön vilket kan anses bristfälligt eftersom det finns köns- samt genusskillnader i synen på sorg (Li, et al. 2002). Det anses vara intressant ur ett genusperspektiv att av alla de artiklar som användes i resultatet var respondenterna i stor majoritet kvinnor. Vi ställer oss undrande till hur det påverkade resultatet och varför framförallt kvinnor deltog i studierna? Forskning har framförallt bedrivits inom akutsjukvård. Vidare forskning behövs för att se om paralleller kan dras till plötsliga dödsfall på allmänna vårdavdelningar där vårdmiljön skiljer sig från akutsjukvården.

RESULTATDISKUSSION

Information och kommunikation

Information rankades av närstående som det viktigaste behovet enligt ett flertal studier och i den krisartade situationen som en plötslig död medför var skriftlig information som ett komplement till den muntliga särskilt eftersökt (Edwards & Shaw, 1998; Li, et al., 2002; Walker, 2010). Cullberg (1975) definierar fyra faser som människor möter i samband med ett trauma. I chocken är individen blockerad från intryck, kan inte begripa och är ofta i förnekelse över det som har hänt (Cullberg 1975). Närstående befinner sig oftast i chock när sjuksköterskan möter de inom akutsjukvården. Därmed är det viktigt att informationen är anpassad efter situationen. Att vara närvarande, lyssna och beröra den andra människan är terapeutiska metoder som sjuksköterskan kan använda sig av (Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel, 2000).

Om sjuksköterskan upprepade informationen och gav en ärlig beskrivning av allvaret i situationen var det hjälpsamt för de närstående och möjliggjorde till delaktighet (Kirchhoff, et al., 2002; Warren, 2002; Fridh, et al., 2009). Även Kock-Redfors (2005) menar att informationstillfällena ska vara kortvariga och upprepas ett flertal gånger under vårdtiden (Kock-Redfors, 2005.). Utifrån Antonovskys (1979, 1991) teori om salutogenes kan information och kommunikation vara en strategi för att göra situationen mer strukturerad och bjuda in till delaktighet (ibid.). Därmed blir situationen mer begriplig, hanterbar och meningsfull.

Negativa aspekter i informationsgivningen var brist på information om vad som orsakade dödsfallet. Närstående upplevde att personalen var alltför upptagen i att ta hand om patientens fysiska samt medicinska behov vilket ledde till att tankar och frågor kring dödsfallet blev obesvarade (Kirchhoff, et al., 2002; Warren, 2002; Merlevede, et al., 2004; Brysiewicz, 2008). Som det nämns är den plötsliga döden inte en del av den palliativa vården, men vårdpersonal ska ha ett palliativt förhållningssätt till närståendes behov (Fridh, 2009). Dödsfallet kan ske hastigt och därmed kan det vara svårt att se när vården övergår från en kurativ fas till en palliativ fas, alltså en avsaknad av tydlig brytpunkt. Antalet vårdgivare som utförde vård ledde till en osäkerhet i vem som stod ansvarig och vem man kunde ställa frågor till (Kirchhoff, et al., 2002). Personaltätheten inom akutsjukvården är hög relaterat till patienternas kritiska tillstånd. För att ge närstående kontinuitet och trygghet i vården vore det lämpligt att närstående har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Enligt det här arbetets resultat upplevde inte alla närstående att behovet av information tillgodosågs, någonting som hör till sjuksköterskans arbetsområde (Socialstyrelsen, 2005). Frågan är varför närstående upplevde att kommunikationen brast och hur sjuksköterskor reflekterat kring problemet. En anledning kan vara vårdstrukturen som beskrivs i Thompson et al. (2006). Sjuksköterskor ansåg att problemområden som brist på personal, tidsbrist samt rumsbrist för patienter och närstående

ledde till att sjuksköterskorna fick prioritera för att kunna ge bästa möjliga vård (Thompson, et al., 2006). När sjuksköterskan står inför ovanstående problem är det inte ovanligt att patienternas samt närståendes behov prioriteras efter medicinsk basis och därmed hamnar de psykosociala och existentiella behoven längre ner i ordningen. När de närstående inte förstod det medicinska språket som personalen använde upplevdes en känsla av att inte vara nog uppmärksam och skuld utvecklades över patientens död (Kirchhoff, et al., 2002; Lloyd-Williams, et al., 2009). När plötsliga dödsfall sker inom akutsjukvården kan sjuksköterskan samt den övriga sjukvårdspersonalen stå inför en rollkonflikt. Å ena sidan fokusera alla resurser på att rädda ett liv, å andra sidan ge god vård till de närstående i livets slut. Inom akutsjukvårdens kultur kan den medicinska vetenskapen vara dominerande vilket skapar en barriär mot omhändertagandet av de emotionella behoven. Sjuksköterskan måste ha ett holistiskt synsätt i omhändertagandet av patienten och närstående, vare sig det handlar om terminal vård eller kurativ vård (Filc, 2004). Det finns endast ett tillfälle för avsked och det bör ligga i varje sjuksköterskas intresse att främja ett gott avsked med tanke på den stora risk för komplicerat sorgeförlopp som ett negativt avsked kan leda till (Li, et al., 2002; Love, 2007). Närstående som drabbats av plötslig död en högriskgrupp för fysisk och psykisk ohälsa (Kock-Redfors, 2005). Därmed borde det ses som en hälsoekonomisk samt medmänsklig investering att erbjuda organiserat stöd, i form av stödgrupper, tidigt i efterförloppet. Utifrån Antonovsky (1979, 1991) kan stödgrupper vara ett sätt för att hantera och finna meningsfullhet i sorgen genom att dela den med andra i samma situation. Ett starkt socialt nätverk räknas till faktorer som påverkar individens möjlighet till hälsa (Antonovsky, 1979, 1991). Personer som inte har ett stort socialt nätverk kan därmed tjäna på detta.

Praktiska och emotionella behov

I flera av studierna uttryckte närstående hur de praktiska behoven uppmärksammades (Brysiewicz, 2008; Lloyd-Williams, et al., 2009; Fridh, et al., 2009). Hur det upplevdes skildes dock markant. I Brysiewiczs (2008) studie från Sydafrika uppfattades det som positivt (ibid.). Enligt Lloyd-Williams, et al. (2009) från Storbritannien menade de närstående att sjuksköterskorna erbjöd praktiskt stöd istället för att ta sig tid till att tala med dem om emotionella behov vilket enligt respondenterna berodde på arbetsbelastningen (ibid.). Frågan är om det endast berodde på arbetsbelastningen eller om sjuksköterskor försökte undvika att bemöta de emotionella behoven av andra anledningar. I Hallgrimsdottirs (2004) studie menade sjuksköterskor att de saknade tillräcklig utbildning för att möta de närståendes psykosociala behov. Sjuksköterskorna blev därmed osäkra på vad de skulle säga eller hur de skulle hjälpa de närstående (Halgrimsdottir, 2004). I Bailey, et al. (2010) beskrev sjuksköterskor hur de skyddade sig själva från förlusten genom att depersonalisera patienten. Endast när de närstående var närvarande blev personen framträdande och sjuksköterskan upplevde det som mest utmanande i yrkesrollen. Därmed undveks kontakt med de närstående för att kunna distansera sig från lidandet associerat med förlusten (Bailey, Murphy & Porock, 2010).

I studien av Li, et al. (2002) från Hongkong visades hur närstående inte kände sig hjälpta av praktiska omvårdnadshandlingar. Det kan finnas en kulturell aspekt att ha i åtanke om sorgearbete mellan olika kulturer. Enligt kinesisk tradition förväntas sorg efter en familjemedlem avlidit och att lidandet bör hanteras som ett sätt att gengälda skulder från tidigare liv. Det kan vara en av anledningarna till att de praktiska omvårdnadshandlingarna inte betraktades som hjälpande. I studien värderades även möjlighet till och respekt av religiösa vanor och seder högt vilket inte nämnts i de övriga studierna (Li, et al., 2002). Invandringen i slutet av 1900-talet utvecklade Sverige till ett mångkulturellt land (Benzein, et al., 2009) och

därför är det viktigt att ha kunskap om olika kulturers syn på död och sorg för att kunna bemöta varje unik människa på ett sätt som tillfredsställer dennes behov. Att vara en unik individ med särskilda behov glöms ofta bort i sjukvården (Milberg, 2005). I resultatet framkom inga skillnader mellan könen i sorgeprocessen. Samtidigt var majoriteten av respondenterna i resultatets artiklar kvinnor vilket möjligtvis kan forma resultatet. Emotionellt stöd och personalens finkänsliga närvaro värderades i ett flertal studier som mycket viktigt (Brysiewicz & Uys, 2006; Brysiewicz, 2008; Fridh, et al., 2009). I samband med ett plötsligt dödsfall befinner sig de närstående i en kritisk situation pga. att ett plötsligt dödsfall inte innefattar tid för de närstående att förbereda sig (Li, et al., 2002; Kock-Redfors, 2005). Ett bra omhändertagande i akutskedet underlättar enligt Kock-Redfors (2005) fortsatt krisreaktion och kan hjälpa de närstående att få en mer framgångsrik sorgeprocess (ibid.). Ett bra omhändertagande kan karaktäriseras av att sjuksköterskan tar hand om närstående direkt vid ankomst och delar sorgen genom att stanna kvar och vara närvarande (Purves & Edwards, 2005).

Att vaka

Närstående uttryckte ett stort behov av att vaka (Brysiewicz & Uys, 2006; Fridh, et al., 2009). Enligt Burr (2001) strävar närstående både efter att få vara nära, samt distanserad från den döende. Vissa uppskattar att få vänta utanför salen under omvårdnad av patienten medan somliga anser det vara oerhört krävande. Individer som har delat ett helt liv ihop kan se det som naturligt att få observera eller delta i omvårdnaden av den döde/döende och därmed skapa en meningsfullhet i den sista stunden av livet tillsammans (Burr, 2001). Människans självbild påverkar upplevelsen av känsla av sammanhang. Vid en plötslig död kan den närståendes självbild abrupt förändras om personen hade en nära relation med den anhörige (Antonovsky, 1979,1991). Enligt Benzein et al. (2009) har individer i en familj olika roller. När en partner dör kan hela familjens rollstrukturer förändras (Benzein, et al., 2009). Sjuksköterskan bör uppmärksamma när det föreligger en risk för komplicerat sorgeförlopp som rollförändringar kan medföra.

Dimensionerna i vakandet var många och när närstående upplevde att de misslyckats i vakandet ledde det till känslor av skuld, ånger och ilska (Kirchhoff, et al., 2002; Fridh, et al., 2009). Att agera ogillande gentemot att andra människor kom in på rummet var en stark gest för att skydda patienten (Kirchhoff, et al., 2002). Love (2007) beskriver att det är vanligt förekommande att individen kastas mellan motstridiga känslor samt att det typiska sorgeförloppet som Cullberg (1975) beskriver inte ska vara en mall för hur människor sörjer utan att känslorna och faserna kan tangera varandra (Love, 2007; Cullberg, 1975). Det skyddande beteendet kan även ses som ett tecken på otrygghet vilket kan relateras till en känsla av låg förmåga till hanterbarhet. Hanterbarhet är ett av begreppen i känslan av sammanhang vilket innebär att personen känner att det finns en trygghet i omgivningen (Antonovsky, 1979, 1991). Om sjuksköterskan inger trygghet hos den närstående och visar en vilja i att vårda kan det otrygga beteendet i det här sammanhanget eventuellt förhindras.

Definitionen av familj och närmast närstående varierar beroende på vilken kultur individen befinner sig i. Den heteronormativa och västerländska synen på kärnfamiljen har dominerat under det senaste seklet och har idag ersatts av andra familjestrukturer (Benzein, et al., 2009). Vårt sätt att se på familjen kan speglas i vilka restriktioner sjuksköterskan sätter i antalet besökare åt gången vilket kan vara respektlöst för den individens kulturella uppfattning om hur sorg ska hanteras, i grupp eller individuellt (Olsson, 2008). I artiklarna som användes i

resultatet framkom inte hur många närstående som vakade. Personerna som vakade kunde vara partners, föräldrar eller barn till den döende. Vi anser att det hade varit intressant att ta del av forskning som belyser om det finns olika aspekter i vakandet beroende på den sociala relationen till den döende.

Samhörighet och en privat sfär

Närstående uttryckte att det fanns behov av ett privat utrymme där de kunde samlas och sörja i enskildhet (Brysiewicz & Uys, 2006; Lloyd-Williams, et al., 2009; Fridh, et al., 2009). Betydelsen av den fysiska miljön är underskattad när det kommer till vård i livets slutskede inom akutsjukvård (Fridh, 2009), vilket resultatet i arbetet tyder på. Den fysiska vårdmiljön ansågs även av sjuksköterskor påverka vården i livets slut för patienter och närstående. Sjuksköterskorna försökte manipulera vårdmiljön på akutvårdsavdelningarna genom att skapa enskilda utrymnen för närstående för vila och återhämtning (Thompson, et al., 2006). En god vårdmiljö för vård i samband med död innefattar även komponenter som möjligheten att föra ett ostört samtal samt att få växla mellan närhet och avskildhet från patienten (Fridh, 2009). Närståendes beskrivningar visade att dessa behov inte alltid tillfredsställdes (Brysiewicz & Uys, 2006; Lloyd-Williams, et al., 2009). En vårdmiljö som inte är anpassad efter närståendes behov kan komma att prägla deras minnen och bearbetning av vården i samband med döden (Fridh, 2009). Ett annat problem med patientrummet är som nämnts i bakgrunden att det kan ske en konflikt mellan tre olika krav och värderingar på miljön. Den fysiska utformningen i vårdmiljön kan vara ett hinder i att ge alla närstående rum för att sörja, men sjuksköterskans bemötande av behovet kan vara ett sätt att skapa samförstånd och meningsfullhet. Genom att skapa zoner i vårdmiljön som hanterar personalens, patientens och närståendes behov, ex om närstående har en plats i rummet, i vissa fall skild från patienten, där de får vila och samla kraft kan närstående känna att vårdpersonalen markerar att det finns en mening att vara där och ser de som en viktig och självklar del i patientens vård (Antonovsky, 1979, 1991; Fridh, 2009).

Andrews (2003) menar att platser där omvårdnad bedrivs inte bara har en fysisk dimension utan även inbegriper den mening och innebörd vilken personen tillskriver den. Han menar att det finns en "*omvårdnadens geografi*" vilket innebär att olika platser och institutioner har olika värdegrunder och koder vilka i sin tur skapar maktstrukturer (Andrews, 2003). Akutsjukvårdens primära uppgift är att rädda liv och den fysiska utformningen är anpassad efter vårdkulturen vilket skapar värderingar hos de som arbetar i miljön. Maktstrukturer kan speglas i att inte erbjuda sittplatser bredvid patienten eller en annan enskild plats för de närstående vilket kan tolkas i deras ögon att de inte är välkomna. Enligt Fridh (2009) kan det ske en separation mellan närstående och patient vid döendet. Den medicinsktekniska utrustningen kan därmed upplevas som ett hinder för att komma fysiskt nära för beröring och ögonkontakt (Fridh, 2009). I resultatet framkom det inte att närstående upplevde att tekniken var ett hinder för att känna samhörighet med patienten. Den döendes tillstånd och beroendet av tekniken ansågs mer skrämmande än själva tekniken. Några närstående uttryckte det som positivt att kunna se och vara delaktig i patientens tillstånd genom övervakningen. Andra upplevde det som skrämmande om de inte fått någon förklaring för vad informationen eller de olika signalerna i övervakningen betydde (Fridh, et al., 2009). Därmed är inte tekniken som objekt meningsbärande utan vad människor ger för inbördes mening till det tekniken förmedlar. Att ha medicinskteknisk övervakning kan därmed vara både positivt och negativt för de närstående.

Att få se den döde

Resultatet visade att efter ett plötsligt dödsfall har närstående olika behov i samband med bevitnandet av kroppen och kring valet att se kroppen eller inte (Chapple, 2010). Synen på döden har blivit tabubelagd och institutionaliseringen av döden har lett till att vi inte behöver hantera de praktiska göromålen med döden på samma sätt som våra förfäder gjorde för hundratals år sedan (Olsson, 2008). En rädsla kan uppstå inför döden eftersom det inte längre är en naturlig del av livet. Att få ta hand om kroppen efter dödsfall pga. religiös eller personlig grund sågs som viktigt (Li, et al., 2002; Chapple, 2010). Sjuksköterskan ska vara öppen för olika religiösa och personliga ritualer i samband med dödsfall och även uppmuntra de närstående till att utföra dessa om de vill. Mötet mellan närstående och sjuksköterskan kan vara kort och närstående kanske inte alltid vågar eller har möjlighet till att uttrycka behov för olika typer av ritualer i samband med dödsfallet. Att aktivt fråga de närstående och erbjuda att samordna insatser är viktigt (Jirwe, 2008).

Något som artiklarna i resultatet inte tar upp är om och hur barn ska göras delaktiga i avskedet. Enligt Antonovsky (1979,1991) utvecklas KASAM från födseln till vuxenlivet. Vi föds med låg KASAM och utifrån uppväxt och andra livserfarenheter formas graden av känsla av sammanhang (Antonovsky, 1979, 1991). Vår tolkning utifrån teorin är att det både kan vara positivt och negativt för barnet att se kroppen beroende på hur de begriper kroppen och vilken mening de tillskriver den. Ett utvecklande av förståelsen för förlusten kan ske om barnet får se kroppen. Enligt Dyregrov (1997) ska barn alltid informeras och vara delaktiga oavsett ålder. Barns fantasi är oftast mycket värre än verkligheten och om föräldern skyddar barnet från att se den döde riskerar barnet att föreställa sig värre saker än verkligheten. Barnen behöver dock bli klart förberedda på vad de kommer få se (Dyregrov, 1997).

Diskussion av Antonovskys teori om känsla av sammanhang

Utifrån resultatet har fem områden identifierats som alla kan ge uttryck för närståendes behov i samband med plötslig död inom akutsjukvård. Situationen som de närstående befinner sig i är allt annat än strukturerad, förutsägbar och meningsfull och därmed ligger det på sjuksköterskan och vårdlaget att skapa en känsla av sammanhang. Det initiala omhändertagandet är av största vikt för att undvika ett komplicerat sorgearbete i efterförloppet och omhändertagandet kan utarbetas efter Antonovskys teori om salutogenes. Åtgärder som att ge strukturerad, ärlig och lättförståelig information, att lyfta det sociala nätverket och ge de närstående tid till samhörighet med den anhöriga, att befinna sig i en fysisk, psykisk och symbolisk miljö som är välkomnande där personalen visar omtanke och en meningsfullhet i vårdandet samt möjlighet att få delta i omvårdnaden för att ge ett värdigt slut på livet. Problematiken med teorin kan vara att för att kunna ge en känsla av sammanhang måste man veta vad individen har för utgångspunkt. Vilka faktorer har personen som resurser och vilka faktorer kan motarbeta. Det korta mötet öppnar för utmaningar i relationsskapandet men även möjligheter.

KONKLUSION

Syftet var att belysa närståendes behov samt erfarenheter i samband med plötslig död inom akutsjukvård. Gemensamma områden som identifierades i studierna var behovet av ärlig, tydlig och tidig information och kommunikation om patientens tillstånd, orsak till döden och information om stöd i efterförloppet. Praktiska och emotionella behov som att bli visad

omtanke av sjukvårdspersonalen samt att ha någon närvarande. Att få vaka och därmed skydda den anhörige från lidande. Samhörighet och en privat sfär betonades genom att ha en plats i anslutning till patienten för vila och för att få sörja. Slutligen ville närstående ha möjligheten att få se den döda kroppen och därmed ta ett sista avsked. Behoven tillfredsställdes inte alltid och skapade skuld, ilska och komplikationer i efterförloppet. Vårdmiljön var inte primärt anpassad efter närståendes behov och kan skapa en konflikt vid plötsliga dödsfall. Antonovskys teori om känsla av sammanhang går att applicera inom omvårdnaden av närstående i denna situation eftersom den syftar till att skapa en begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i en svår livssituation. Vidare forskning behövs kring närståendes behov vid plötsliga dödsfall utanför akutsjukvården samt utbildning för sjuksköterskor inom akutsjukvården för att hantera dessa situationer.

REFERENSER

*= artiklar använda i resultatet.

Andrews, G.J. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing philosophy*, 4 (3), 231-48.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Fransisco. Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. (2:a uppl.) Stockholm: Natur och Kultur.

Bailey, C., Murphy, R., Porock, D. (2011). Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Annual Emergency Medicine*, 57 (4), 362-9.

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2009). Familj och sociala relationer. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. (s.67-85). Lund: Studentlitteratur.

* Brysiewicz P. (2008). The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of clinical nursing*, 17(2), 224-31.

* Brysiewicz P. & Uys L.R. (2006). A model for dealing with sudden death. *Advanced nursing science*, 29(3), 1-11.

Burr, G. (2001). *Reaktioner och relationer i intensivvård – närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur.

* Chapple, A. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK. *BMJ*, 30;340:c2032.

Cullberg, J. (1975). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Dyregrov, A. (1997). *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur.

* Edwards L. & Shaw D.G. (1998). Care of the suddenly bereaved in cardiac care units: a review of the literature. *Intensive Critical Care Nursing*, 14(3), 144-52.

File, D. (2004). The medical text: between biomedicine and hegemony, *Social science medicine*, 59(6), 127-85.

Forskning som speglar vården i livets slutskede - Sammanställning av aktuell forskning. (2007) Socialstyrelsen. Hämtad 20 april, 2011, från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9185/2007-123-13_200712313.pdf.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fridh, I. (2009). *Vårdmiljö, vård och omvårdnad vid livets slut inom intensivvård*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

* Fridh I., Forsberg A. & Bergbom I. (2009). Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive critical care nursing*, 25(3), 111-9.

Halgrimsdottir, E. (2004). Caring for families in A & E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and emergency nursing*, 12, 114-120.

Jirwe, M. (2008). *Cultural competence in nursing*. Doktorsavhandling, Karolinska institutet, Institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad.

* Kirchhoff K.T., Walker L., Hutton A., Spuhler V., Cole B.V & Clemmer T. (2002). The vortex: families' experiences with death in the intensive care unit. *American journal of critical care*, 11(3), 200-9.

Kim, H.S. (1987). Structuring the nursing knowledge system: a typology of four domains. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1 (2), 99-110.

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

Kruijver, I., Kerkstra, A., Bensing, J. & van de Wiel, H. (2000). Nurse-patient communication in cancer care, *Cancer Nursing*, 23(1), 20.31.

Langius-Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. (s.95-111) Lund: Studentlitteratur.

*Li, S., Chan, C. & Lee, D. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of advanced nursing*, 11, 85-90.

*Lloyd-Williams M., Morton J. & Peters S. (2009). The end-of-life care experiences of relatives of brain dead intensive care patients. *Journal of pain symptom management*, 37(4), 659-64.

Love, A. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27, 73-83.

* Merlevede E., Spooren D., Henderick H., Portzky G., Buylaert W., Jannes C., Calle P., Van Staey M., De Rock C., Smeesters L., Michem N. & Van Heeringen K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, 61(3), 341-8.

Milberg, A. (2005). Patienten och familjen. I B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin* (s.141-155) Stockholm: Liber.

Plötslig död. (2011). *Nationalencyklopedin*. Hämtad 6 maj, 2011, från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/pl%C3%B6tslig-d%C3%B6d>.

Nationella rådet för palliativ vård. (2010). Definition av palliativ vård enligt WHO. Hämtad 3 maj, 2011 från: <http://www.nrpv.se/pages/589.asp?menuID=258>.

Olsson, I. (2008). *Döden i ett socialt, kulturellt och religiöst perspektiv*. Viken: moris, cop.

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

SOSFS 1996:29. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 19 april, 2011, från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1996-29>.

SOSFS 2005:10 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 19 april, 2011, från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-10>.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICNs etiska kod*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

* Walker W.M. (2010). Sudden cardiac death in adults: causes, incidence and interventions. *Nursing standard*, 24(38), 50-6.

* Warren N.A. (2002). Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences. *Critical care nursing*, 25(2), 54-60.

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Thompson, G., McClement, S. & Daeninck, P. (2006.) Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 169-177.

BILAGOR

BILAGA 1: ARTIKELÖVERSIKT

Titel: The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa.

Författare: Brysiewicz P.

Tidskrift: Journal of clinical nursing

År: 2008

Land: Sydafrika

Syfte: Att beskriva närståendes erfarenheter av att ha förlorat en anhörig till en plötslig död.

Metod: Fenomenologisk hermeneutisk intervjustudie.

Deltagare: 5 närstående

Antal referenser: 23

Hämtades via: PubMed - 110420

Titel: A model for dealing with sudden death.

Författare: Brysiewicz P, Uys LR.

Tidskrift: Advanced nursing science

År: 2006

Land: Sydafrika

Syfte: Att genomföra en intervention för bättre omhändertagande av närstående vid plötsligt dödsfall baserat på närståendes och akutvårdspersonalens upplevelser.

Metod: Intervjustudie med närstående som förlorat en anhörig till plötslig död samt sjukvårdspersonal på en akutmottagning.

Deltagare: Närstående samt sjukvårdspersonal på en akutmottagning. Ingen data framkommer om antalet deltagare i studien.

Antal referenser: 30

Hämtades via: PubMed – 110503

Titel: Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK.

Författare: Chapple, A.

Tidskrift: BMJ

År: 2010

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka närståendes upplevelser kring av att se kroppen efter ett traumatiskt dödsfall.

Metod: Djupintervjuer med kvalitativ analys.

Deltagare: 80 närstående.

Antal referenser: 32

Hämtades via: PubMed – 110503

Titel: Care of the suddenly bereaved in cardiac care units: a review of the literature.

Författare: Edwards L, Shaw DG.

Tidskrift: Intensive critical care nursing.

År: 1998

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka närståendes erfarenheter i samband med plötsligt dödsfall.

Metod: Litteraturöversikt

Deltagare: -

Antal referenser: 66

Hämtades via: Cinahl - 110424

Titel: Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU.

Författare: Fridh I, Forsberg A, Bergbom I.

Tidskrift: Intensive critical care nursing

År: 2009

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka närståendes upplevelse av omvårdnaden och den fysiska miljön när en anhörig dör på en intensivvårdsavdelning.

Metod: Intervjustudie med fenomenologisk hermeneutisk ansats.

Deltagare: 17 närstående

Antal referenser: 24

Hämtades via: Cinahl - 110419

Titel: The vortex: families' experiences with death in the intensive care unit.

Författare: Kirchhoff KT, Walker L, Hutton A, Spuhler V, Cole BV, Clemmer T.

Tidskrift: American journal of critical care

År: 2002

Land: USA

Syfte: Undersöka närståendes erfarenheter av vården i samband med en anhörigs död på en intensivvårdsavdelning.

Metod: Fokusgruppsintervjuer med kvalitativ ansats.

Deltagare: 8 närstående

Antal referenser: 50

Hämtades via: Cinahl – 110419

Titel: Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong.

Författare: Li, S., Chan, C., Lee, D.

Tidsskrift: Journal of advanced nursing

År: (2002)

Land: Hong Kong

Syfte: Att undersöka vilka sjuksköterskeinterventioner som uppfattades som hjälpande av familjer vilka drabbats av plötslig död i Hong Kong. Att undersöka relationen mellan ålder, kön, inkomst, utbildningsnivå och religion och deras uppfattning av dessa interventioner.

Metod: Explorativ och deskriptiv med kvantitativ ansats. Tillägg av kvalitativ data för djupare förståelse.

Deltagare: 102

Antal referenser: 40

Hämtades via: Manuell sökning via annan artikels referenslista, se metod.

Titel: The end-of-life care experiences of relatives of brain dead intensive care patients.
Författare: Lloyd- Williams M, Morton J, Peters S
Tidsskrift: Journal of pain symptom management.
År: 2009
Land: Storbritannien
Syfte: Att undersöka vilka palliativa omvårdnadsbehov närstående till hjärndöda patienter har.
Metod: Kvalitativ intervjustudie
Deltagare: 30
Antal referenser: 15
Hämtades via: Cinahl – 110419

Titel: Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death.
Författare: Merlevede E, Spooren D, Henderick H, Portzky G, Buylaert W, Jannes C, Calle P, Van Staey M, De Rock C, Smeesters L, Michem N, Van Heeringen K.
Tidsskrift: Resuscitation
År: 2004
Land: Belgien
Syfte: Att undersöka upplevelsen, behoven och sorgereaktionerna hos närstående efter ett plötsligt dödsfall.
Metod: Longitudinell studie med intervjuer samt standardiserade frågeformulär.
Deltagare: 74
Antal referenser: 23
Hämtades via: PubMed – 110424

Titel: Sudden cardiac death in adults: causes, incidence and interventions.
Författare: Walker, WM.
Tidsskrift: Nursing standard
År: 2010
Land: Storbritannien
Syfte: Att undersöka undersöka incidens och orsaker till plötslig hjärtdöd bland vuxna samt möjliga reaktioner hos de närstående och de initiala åtgärderna för att hantera sorgen.
Metod: Litteraturöversikt.
Deltagare: -
Antal referenser: 24
Hämtades via: Cinahl - 110419

Titel: Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences.
Författare: Warren NA.
Tidsskrift: Critical care nursing.
År: 2002
Land: USA
Syfte: Att undersöka närståendes upplevelser av hjälpsamma och inte hjälpsamma faktorer vid förlust av en anhörig till ett plötsligt dödsfall.
Metod: Kvalitativ intervjustudie med hermeneutisk ansats
Deltagare: 23 närstående
Antal referenser: 27
Hämtades via: PubMed - 110502