



SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Sjuksköterskans upplevelse av att möta och stödja sörjande anhöriga inom den akuta slutenvården.

Axel Rudebeck & Simon Söderlund Santander

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Harshida Patel
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

“Grief is real because loss is real. Each grief has its own imprint, as distinctive and as unique as the person we lost. The pain of loss is so intense, so heartbreaking, because in loving we deeply connect with another human being, and grief is the reflection of the connection that has been lost. We think we want to avoid the grief, but really it is the pain of the loss we want to avoid. Grief is the healing process that ultimately brings us comfort in our pain. “

- Elisabeth Kubler-Ross (2005).

Arbetet med denna litteraturstudie har varit intressant på ett flertal på många sätt för oss författare. Vi vill här passa på att tacka vår handledare Lars-Erik Olsson för god handledning. Vi vill även passa på att tacka våra nära och kära för deras förståelse och stöd under denna process.

Titel (svensk):	Sjuksköterskans upplevelse av att möta samt stödja sörjande anhöriga inom den akuta slutenvården.
Titel (engelsk):	The nurses' experience of meeting and supporting the bereaved families in the acute inpatient care.
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2017
Författare	Axel Rudebeck & Simon Söderlund Santander
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Harshida Patel

Sammanfattning:

Som sjuksköterska ingår det i yrkesrollen att möta och stödja anhöriga i sorg. Dessa uppgifter kan upplevas som komplexa och svåra. Inom den akuta slutenvården blir detta särskilt framträdande eftersom vårdtrycket ofta är högt och arbetsbelastningen stor. Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka hur sjuksköterskor upplever att möta och stödja sörjande anhöriga inom den akuta slutenvården. Det sammanställda resultatet delades in i två huvudteman; *Att skapa personliga band* och *Kommunikation och bemötande*, och i två subteman; *Att förhålla sig till döden* och *Upplevelser av döden*. Dessa teman visade sammantaget på hur komplext området kan upplevas av sjuksköterskor. I ljuset av resultatet blir det tydligt att det är viktigt att sjuksköterskor får en god utbildning inom ämnet och att sjuksköterskor erbjuds stöd i denna svåra arbetsuppgift.

Nyckelord: Sjuksköterska, upplevelser, sorg, anhöriga, slutenvård.

Innehållsförteckning

1 Inledning	5
2 Bakgrund	
2.1 Anhöriga	5
2.2 Akut slutenvård	5
2.3 Dödsfall inom slutenvården.	5
2.4 Sjuksköterskans roll	6
2.5 De sörjandes behov i samband med sorg	7
2.6 Teoretisk bakgrund	7
2.7 Problemformulering	8
3 Syfte	8
4 Metod	
4.1 Metodval	9
4.2 Litteratursökning	9
4.3 Datainsamling	10
4.4 Dataanalys	10
4.5 Etiska överväganden	10
5 Resultat	10
5.1 Huvudtema	11
5.2 Subtema	12
6 Diskussion	
6.1 Metoddiskussion	13
6.2 Resultatsdiskussion	16
6.3 Slutsatser	20
6.4 Kliniska implikationer	20
6.5 Förslag på fortsatt forskning	21
7 Referenslista	22
Bilagor	
Bilaga 1 Artikelsammanfattning	26
Bilaga 2 Söktabell	31
Bilaga 3 Kvalitetsgranskningsmall	35

1 Inledning

Sorg är ett ämne som kan upplevas laddat av många individer. Det är något som drabbar alla människor någon gång i livet och kan yttra sig på en mängd olika sätt. I sjuksköterskerollen ingår att dels möta patienter och anhöriga i sorg samt att stödja dem i deras sorgearbete. Detta ställer stora krav på sjuksköterskan, både yrkesmässigt och som individ, då hen själv kan gå igenom en sorgprocess i samband med en patients bortgång. Sjuksköterskan behöver då finna strategier för att hantera sorgen i samband med patientens dödsfall. Trots detta upplever många sjuksköterskor att de inte får den träning eller utbildning som krävs för att hantera denna sorgprocess (Wright & Hogan, 2008). Denna litteraturstudie ämnar därför att beskriva det aktuella kunskapsläget inom detta problemområde och hur sjuksköterskor verksamma inom den akuta slutenvården upplever att möta anhöriga i sorg.

2 Bakgrund

2.1 Anhöriga

Genomgående i denna kandidatuppsats har begreppet anhörig använts i stället för närstående som har en bredare betydelse. Detta grundar sig på att de studier som använts i arbetet med uppsatsen och som berör ämnet anhöriga gör det i den snävare betydelsen närmaste familj – det vill säga make/maka, sambo, mor/far, dotter/son och bror/syster.

2.2 Akut slutenvård

Akut slutenvård är ett samlande begrepp för den vård som utförs på sjukhusens akut- och intensivvårdsavdelningar. Detta uttryck används för att beskriva vilken typ av hälso- och sjukvård denna kandidatuppsats fokuserar på.

2.3 Dödsfall inom slutenvården

I Sverige avlider cirka 90 000 personer per år (Socialstyrelsen, 2016). Huvudparten av dessa, cirka 80 000, är över 65 års ålder och räknas som äldre (Åhsberg & Fahlström, 2012). Det vanligaste dödsorsakerna är hjärt-kärlsjukdomar följt av olika typer av tumörsjukdomar (Socialstyrelsen, 2016). Landstingsförbundets kartläggning av dödsplats som genomfördes år 1996 visade på att cirka 42% av de avlidna gjorde så inom slutenvården (Riksdagen, 2001). I Sverige är praxis att patienten så långt som möjligt själv ska få bestämma vart hen vill dö och att vården i livets slutskede (den palliativa vården) ska utgå ifrån de fyra palliativa hörnstenarna (Socialstyrelsen, 2013). Dessa innefattar att patientens symptom ska vara lindrade, att teamet som vårdar patienten samarbetar multiprofessionellt, att kommunikation och relation sker på ett korrekt sätt för att främja patientens livskvalitet samt att det ska erbjudas stöd till de anhöriga under sjukdomen samt efter dödsfallet (Socialstyrelsen, 2013).

Detta uppnås dock inte alltid. Exempel på dessa tillfällen inom slutenvården är vid oväntade dödsfall. Brysiewicz (2007) beskriver detta som “ett naturligt eller onaturligt dödsfall som sker oväntat; utan förvarning; och som i vissa fall kunde ha förhindrats”. När patienten avlidit konstateras dödsfallet av en legitimerad läkare (Socialstyrelsen, 2005). Kriterierna som ska vara uppnådda är följande: *Ingen palpabel puls, inga hjärtljud hörs vid auskultation, ingen spontanandning samt ljusstela pupiller* (Socialstyrelsen, 2005). Hen kan även konstatera dödsfallet på basis av undersökning genomförd av en legitimerad sjuksköterska. Detta får dock endast ske om dödsfallet var väntat eller att kroppen visar uppenbara tecken som inte är förenliga med liv. När patienten är konstaterat avliden skall det anhöriga snarast underrättas om dödsfallet. Detta är något som regleras i svensk lag och som verksamhetschefen är ytterst ansvarig för (SOSFS 1996:933). Detta besked kan lämnas av flertalet yrkeskategorier, men den läkare som konstaterat dödsfallet är ytterst ansvarig för att besked ges.

2.4 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans arbete ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005). Hen ska i sin yrkesroll främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2006). En stor del av detta arbete består av att möta och stödja anhöriga till patienten, även vid sorg och kris. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska säger följande i ämnet: “ Sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt, i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling, informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll samt förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information “ (Socialstyrelsen, 2005).

Detta visar att vården av de anhöriga i vissa dimensioner är en lika stor del av sjuksköterskans yrkesroll som att vårda patienten i sig. Grimby (2002) menar att sjuksköterskan är den profession inom hälso- och sjukvården som är bäst lämpad att stödja anhöriga som befinner sig i sorg. Detta relateras till att sjuksköterskan ofta är den profession som stöttat och följt både patienten och de anhöriga under vårdtiden. En relation har då skapats och förhoppningsvis har ett förtroende byggts upp. McDowell (2004) beskriver i sin översiktsstudie att sjuksköterskan spelar en nyckelroll i sorgearbetet genom att förbereda de anhöriga inför dödsfallet, genom att finnas där då patienten avlider och genom att stödja dem i deras sorg efteråt.

I och med att sjuksköterskan i sin yrkesroll möter både patienter och anhöriga i sorg kan hen själv påverkas. Detta är något som visat sig i flera studier. Barbour (2016) beskriver i sin litteraturöversikt hur sjuksköterskor som vårdar onkologiska patienter i livets slutskede upplever fatigue, stress och en känsla av otillräcklighet.

2.5 De sörjandes behov i samband med sorg

Det är viktigt att anhöriga får ett gott bemötande och stöd av sjuksköterskor vid förlust och sorg. Flera studier har visat att det är avgörande för om de anhöriga känner sig sedda, respekterade och uppskattade (Brysiewicz, 2007; Dosser & Nicol, 2014; Dosser & Kennedy, 2012; Warren, 2002). Att sjuksköterskor visar omtanke, är närvarande och lyhörda för anhörigas behov är också viktigt. Det kan exempelvis betyda att sjuksköterskor sitter med anhöriga i patientens rum utan att tala eller att erbjuda dem något att dricka (Brysiewicz, 2007; Chan, Lee & Chan, 2013; Dosser & Kennedy, 2012; McDowell, 2004; Warren, 2002).

Flera studier visar på att bemötande och kommunikation inte alltid fungerar optimalt utifrån de anhörigas perspektiv. Det framkommer att anhöriga bland annat upplevt att hälso- och sjukvårdspersonal inte har brytt sig om dem (Brysiewicz, 2007; Warren, 2002) eller att de har blivit exkluderade från vårdandet och beslutsfattandet (Dosser & Kennedy, 2012).

Ett återkommande tema i flera studier var vikten av att som anhörig få god information om patientens tillstånd och behandling. Då detta inte fungerade kunde det ge upphov till känslor av frustration och ilska (Brysiewicz, 2007; Dosser & Kennedy, 2012; Warren, 2002). Det var särskilt viktigt att anhöriga informeras i god tid om patientens förestående död. Detta för att de ska kunna föregripa döden och sorgen i vad som kallas föregripande sorg (Benkel, Wijk & Molander, 2009; Dosser & Nicol, 2014; Tatsuno, Yamase och Yamase, 2012). Hur väl anhöriga är förberedda och införstådda med att döden närmar sig betyder mycket för deras reaktion när döden väl inträffar och den efterföljande sorgereaktionen (Benkel, Wijk & Molander, 2009; Chan, Lee & Chan, 2013; Dosser & Kennedy, 2012; Tatsuno, Yamase och Yamase, 2012). I McDowell framkom det att de som förlorat anhöriga i ett plötsligt dödsfall hade en både intensivare och längre sorgereaktion jämfört med de som haft tid att förbereda sig på dödsfallet. I samma studie framgick det också att mortaliteten var högre i denna grupp. Detta bekräftas även i en studie genomförd av Mendes de Leon, Kasl & Jacobs (1993). Tatsuno, Yamase och Yamase (2012) visar i en studie att mängden upplevd stress under döendeprocessen påverkar anhörigas sorgereaktion. Ju mer stress, desto starkare sorgereaktion.

2.6 Teoretisk bakgrund

Sorg som begrepp definieras såsom "reaktion på förlust, vanligen av en anhörig. En likartad reaktion kan uppträda efter förlusten av husdjur eller ägodelar med affektionsvärde eller efter amputation av ett bröst, en extremitet eller andra kroppsdelar. Sorg är en form av traumatisk kris, och liksom i andra krisreaktioner kan olika faser urskiljas: chock-, reaktions-, bearbetnings- och nyorienteringsfas" (Nationalencyklopedin, 2017). I denna litteraturstudie används sorg i betydelsen sorg vid förestående förlust eller vid förlust. Sammanhanget avgör om det handlar om anhöriga eller sjuksköterskors sorg. Sorgen i sig är föränderligt, vilket beskrevs av Kubler-Ross (1987). Hon menade på att sorgen kan delas in i fem olika delfaser:

Förnekelse: Under denna del av sorgen förnekar den sörjande vad som sker/har skett och försöker finna olika typer av förklaringsmodeller till det som sker/skett.

Ilska: Här upplever den sörjande en oerhörd ilska. Denna ilska kan ta sig oväntade uttryck, den sörjande kan reagera oerhört starkt på saker som annars kan uppfattas som triviala eller irrelevanta.

Förhandlande: Denna del av sorgprocessen kännetecknas av att den sörjande förhandlar med sig själv och försöker finna svar i detta. Undermedvetet är hen medveten om att detta inte förändrar något men kan ändå finna viss tröst i dessa tankar.

Depression: I detta stadie slår sorgen till med full kraft hos den sörjande och hen går in i ett depressivt tillstånd. Hen ser ingen mening med tillvaron och allt framstår som nattsvart. Den sörjande framstår här som den atypiska sörjande för sin omgivning: hen är tyst, gråter och isolerar sig.

Acceptans: Detta stadie innebär att den sörjande slutligen accepterar sin förlust. Hen har då förstått och tagit till sig det som hänt samt inser att det inte är något som går att förändra. Saknaden finns fortfarande kvar, men de tidigare försvarsmekanismerna har slutligen ersatts med en acceptans av situationen och den sörjande har funnit sitt sätt att hantera denna saknad.

Den sörjande kan växla mellan dessa olika faser i sorgen samt även återgå till faser hen tidigare genomlevt i processen, sorgprocessen är alltså inte statisk (Kubler-Ross, 1987). Sorgprocessen är något som även sjuksköterskan som vårdar den avlidne patienten kan genomgå. Barbour (2016) beskriver hur sjuksköterskor genomgår en sorgprocess när de vårdar den döende patienten och dess anhöriga. Exempel som nämns är känslor av chock, förnekelse, ilska och depression vilket alla är delfaser i den teoretiska referensram som valts ut för denna kandidatuppsats.

2.7 Problemformulering

Sörjande anhöriga är något som nästan alla möter i sin yrkesroll som sjuksköterska. En viktig del av sjuksköterskans arbete innefattar att finnas där för anhöriga och stödja dem i deras sorgearbete, både inför och efter att en patient avlidit. Inom den akuta slutenvården är detta något som sker regelbundet, och en stor del av de årliga dödsfallen i Sverige sker inom denna del av hälso-och sjukvården. Anhöriga upplever ofta att bemötandet och stödet från sjukvårdspersonal inte är tillfredsställande. Om sjuksköterskor inte lyckas möta och stödja anhöriga i deras sorg kan det få negativa psykiska och fysiska konsekvenser. Detta kan också innebära att sjuksköterskor misslyckas med en av sina primära yrkesuppgifter, nämligen att lindra lidande. Genom att studera det aktuella kunskapsläget kan viktiga faktorer identifieras för en ökad förståelse av sjuksköterskans upplevelse av att möta och stödja anhöriga i sorg inom den akuta slutenvården.

3 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa hur sjuksköterskan inom den akuta

slutenvården upplever att möta och stödja anhöriga i sorg.

4 Metod

4.1 Metodval

Avsikten med den här studien var att skapa en överblick över problemområdet och sammanställa det aktuella kunskapsläget om hur sjuksköterskor upplever att möta och stödja anhöriga i sorg inom den akuta slutenvården. Litteraturstudien är en lämplig metod för att göra detta. Genom ett sådant litteraturstudium kartläggs den samlade kunskapen inom valt problemområde i syfte att se vilka slutsatser som kan dras och vilka kliniska implikationer de ger upphov till (Friberg, 2012a). En litteraturöversikt innefattar följande steg: problemformulering, sökning efter relevanta studier i förhållande till syftet. Denna sökning bör göras i erkända databaser för vetenskapliga artiklar. Därefter genomförs en genomläsning av titlar på artiklar, genomläsning av abstracts där artiklarnas titlar bedömts vara relevanta, genomläsning av hela artiklar där abstract bedömts vara relevanta, kvalitetsgranskning av dessa artiklar och studiernas metod så som de beskrivs i artiklarna, analys av studiernas resultat så som de presenteras i artiklarna samt en sammanställning av dessa resultat.

4.2 Litteratursökning

När syftet med studien började stå klart inleddes datainsamlingen. Det bestämdes att endast kvalitativa originalartiklar skulle inkluderas i studiens resultat. Detta var ett medvetet val eftersom studiens inriktning var att titta på upplevelser, förhållningssätt och attityder vilket låter sig fångas och beskrivas med hjälp av kvalitativa datainsamlingsmetoder (Danielsson, 2012). Sökning efter relevanta artiklar skedde i databaserna Cinahl och PubMed vid ett flertal tillfällen (se bilaga 2 "Söktabell"). Dessa databaser valdes ut då de är erkända internationella databaser med en mängd vetenskapliga studier som behandlar ämnet omvårdnad. Som inklusionskriterie valdes att artiklarna skulle ha granskats av sakkunniga inom området, så kallad *peer-reviewing*, i Cinahl. I Pubmed användes inga begränsningar utöver att studierna skulle ha ett abstract. De söktermer som användes var *Nurses* samt *Grief*. De valdes ut då svenska MeSH rekommenderar dessa söktermer och kompletterades sedan med söktermerna *nursing, support, relatives, family, family need, inpatients, experience, perception, bereavement, death, relationship* och *qualitative* (se bilaga 2 "Söktabell").

4.3 Datainsamling

Urvalet av relevanta studier gjordes därefter genom att först läsa igenom sökresultatens titlar. Därigenom kunde ett flertal studier exkluderas. De titlar som bedömdes vara relevanta gentemot studiens syfte gick vidare till en abstraktgranskning. När ett antal artiklar valts ut med abstract som bedömts vara relevant lästes dessa artiklar igenom i sin helhet. Därefter exkluderades ytterligare ett antal artiklar då de bedömdes som irrelevanta gentemot studiens syfte. Slutligen hade ett antal artiklar valts ut som bedömdes vara relevanta för dataanalys av författarna. Denna process är nödvändig för att ringa in problemområdet, bibehålla kärnan i studiens syfte och för att inte sväva ut för mycket i resultatet (Friberg, 2012b).

4.4 Dataanalys

De artiklar som bedömdes svara mot uppsatsens syfte/problemområde valdes ut och lästes igenom ett flertal gånger. Detta för att få en uppfattning om vad studierna kommit fram till inom ämnet (Friberg, 2012a). Resultaten analyserades och sammanfattades till att börja med artikel för artikel för att klargöra vilka nyckelfynd var (Friberg, 2012a). När detta var genomfört så systematiserades och analyserades resultaten från de olika artiklarna för att sedan kategoriseras i teman. Dessa teman analyserades sedan ett flertal gånger på detta sätt. Teman justerades – vissa föll bort och andra tillkom. Slutligen hittade resultatet sin slutgiltiga form.

Alla artiklar har kvalitetsgranskats med hjälp av SBUs granskningsmall (SBU, 2014, se bilaga 3 “granskningsmall”) och har graderats vara av låg, medelhög eller hög kvalitet (se bilaga 2 “Artiklar”).

Tolkning är centralt i denna metod och det är viktigt att den görs stringent och transparent för att resultatet ska vara trovärdigt och överförbart till liknande situationer (Danielson, 2012).

4.5 Etiska överväganden

För att skydda den enskilda individen och bibehålla respekten för hens människovärde bör varje forskningsstudie godkännas av en forskningsetisk nämnd. Denna nämnd genomför då en avvägning med studiens eventuella risker mot de eventuella vinster som resultatet kan ge samt granskar att forskarna följer de etiska riktlinjer som gäller vid forskning (Etikprövningsnämnderna, 2017). Alla studier som valda artiklar bygger på har prövats och godkänts av en forskningsetisk nämnd. Samtliga deltagare har informerats om studien och dess syfte, samt givit sitt samtycke att delta.

5 Resultat

Resultaten har kategoriserats i två huvudteman: *Att skapa relationer* och *Bemötande*. Dessa teman berör sjuksköterskans upplevelse av att möta och stödja anhöriga. Två subteman

utkristalliserade sig också: *Att förhålla sig till döden* och *Upplevelsen av döden*. Dessa två subteman har inte samma uppenbara koppling till hur sjuksköterskor upplever att möta och stödja anhöriga som huvudtemana har. Icke desto mindre påverkar de indirekt sjuksköterskans upplevelse av att möta och stödja anhöriga och bedömdes därför vara viktiga att inkludera i resultatet.

5.1 Huvudteman

5.1.1 Att skapa relationer

I studierna togs vikten upp av att upprätta en mänsklig kontakt som sträcker sig längre och djupare än en rent professionell relation (Donnelly, S.M. & Psirides, A, 2015; Dosser & Kennedy, 2012; Gerow et al., 2010; Hogan et al, 2016; Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Shorter & Styat, 2009). Deltagarna beskrev att det handlade om att skapa en personlig relation. Denna relation kännetecknades av en djup omsorg om både patient och anhöriga. Här lyftes också att en sådan relation byggde på en ömsesidighet där alla parter var delaktiga och bidrog i relationsskapande (Dosser & Kennedy, 2012; Gerow et al, 2010; Shorter & Styat, 2009).

Genom att identifiera sig med patienter och anhöriga levde sig sjuksköterskorna in i deras situation. Detta blev ett sätt att utveckla ett meningsfullt engagemang för patienter och anhöriga (Gerow et al, 2009; Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Shorter & Styat, 2009). Detta engagemang kunde ha både positiva och negativa konsekvenser. En negativ konsekvens var att deras sorg i samband med patientens död blev starkare, mer upprörande och svårare att släppa (Chan, Lee & Chan, 2013; Gerow et al, 2010; Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Shorter & Styat, 2009; Wentzel et al, 2015).

5.1.2 Bemötande

Forskarna fann att det kunde vara svårt att som sjuksköterska möta och ta hand om anhöriga som varit med om en förlust. Sjuksköterskor uttryckte att de kände sig rädda och osäkra i dessa situationer (Chan, Lee & Chan, 2013; Dosser & Kennedy, 2012; Gerow et al, 2010; Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Shorter & Styart, 2009). Detta kunde ha att göra med sådant som berörde dem själva på ett mer personligt plan, till exempel att de föreställde sig kommande personliga förluster, att de själv upplevt sorg i samband med patientens död eller att de inte ville visa att de var drabbade av sorg eftersom de trodde att det inte var sjuksköterskans sak att göra detta. Osäkerheten och rädslan kunde också förklaras av att sjuksköterskorna hade skuld känslor för patientens död eller att det var svårt att bevittna de anhörigas sorg. Det kunde också ha att göra med sådant som handlade mer om sjuksköterskornas professionella kunskaper, till exempel att de inte ansåg sig vara tillräckligt

förberedda för att hantera de sörjandes behov eller att de hade bristande kunskaper och färdigheter för att ge adekvat stöd och vård.

Det visade det sig också att sjuksköterskor upplevde att kommunikation och stöd till anhöriga var sekundärt i förhållande till patientens fysiska vårdbehov. Att se till att det blev en god och bekväm död ur fysisk synvinkel ansågs vara detsamma som att möta patienternas och anhörigas behov. Få talade om det känslomässiga och psykologiska stödet till patienter och anhöriga utan riktade snarare in sig på att ge dem uppdateringar om patientens tillstånd och annan information. Det fanns sjuksköterskor som vittnade om att de endast i undantagsfall talade med anhöriga när de var i rummet och tog hand om patienten (Dosser & Kennedy, 2012; Shorter & Styart, 2009).

5.2 Subteman

5.2.1 Att förhålla sig till döden

Att arbeta som sjuksköterska och regelbundet utsättas för död och sorg förde med sig att olika copingmekanismer utvecklades där döden normaliserades eller sköts undan. Sjuksköterskor beskrev att de lärde sig att sätta upp gränser för att skydda sig mot jobbiga och svåra känslor. Att vara för nära patient och anhöriga kunde uppfattas som påfrestande och känslomässigt utarmande. Det var vanligt att hantera döden genom känslomässig dissociation. Sjuksköterskorna kopplade på ett ”arbetsmode” – ett professionellt sätt att vara. Forskarna fann att denna känslomässiga dissociation och detta professionella sätt att vara var en sorts självbevaringsdrift (Gerow et al., 2010; Shorter & Styart, 2009; Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Wenzel et al, 2015).

5.2.2 Upplevelsen av döden

En väntad och kontrollerad död beskrivs i studierna vara förutsättningar för att döden skulle upplevas som god. Motsatsen – en oväntad, hastig och okontrollerad död – var sinnebild för en dålig död (Chan, Lee & Chan, 2013; Hogan et al, 2016; Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Shorter & Styart, 2009). God död kännetecknades enligt sjuksköterskorna, förutom att den var väntad och kontrollerad, av att patienten fick god fysisk omvårdnad (Chan, Lee & Chan, 2013; Dosser & Kennedy, 2012; Hogan et al, 2016; Shorter & Styart, 2009). Att vara förberedd på patientens död gjorde upplevelsen mindre traumatisk. I studierna framgick det även att en okontrollerad och plötslig död kunde ge upphov till skuld känslor hos sjuksköterskor då de kände att de inte hade gjort allt de kunde och att en sådan död var ovärdig (Socorro, Tolson & Fleming, 2001; Shorter & Styart, 2009).

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Arbetet med denna litteraturstudie har skett efter bästa förmåga i enlighet med vetenskaplig praxis. Det innebär att resonemang har belagts genom att referera till första- och andrahandslitteratur i bakgrunden och i diskussionen och att resultaten har redovisats transparent med tydliga referenser till de artiklar där de finns styrkta. Eftersom MeSH-termerna inte räckte till för att få fram relevanta artiklar gjordes ett medvetet val att komplettera med sökord utan anknytning till MeSH. Detta hade god effekt och sökresultaten blev mer inriktade mot studiens specifika ämnesområde.

Kvalitativa studier har till uppgift att beskriva olika typer av upplevelser och fenomen utifrån ett individuellt perspektiv (Henricson & Billhult, 2012). Eftersom syftet i denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskornas upplevelser av att möta anhöriga i sorg gjordes valet att bara inkludera kvalitativa studier som grund för resultatet i detta arbete. Ur resultaten trädde en komplicerad bild fram av hur sjuksköterskor upplevde att möta anhöriga i sorg inom den akuta slutenvården. Ibland stärktes resultaten av att det rådde samstämmighet i flera studier och ibland motsade de varandra. Denna växling mellan samstämmighet och motsättning i resultaten nyanserade samtidigt som det komplicerade resultatet och sammanställningen av det.

Som kvalitetsgranskningsinstrument valdes SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier ut. Detta gjordes på basis av att mallen är välstrukturerad, användarvänlig samt har använts tidigare under utbildningen. Då vi redan under sökningarna hade vissa fastställda inklusionskriterier för att säkerställa en grundläggande kvalitet så befanns ingen av de utvalda studierna vara av låg kvalitet. 7 av 8 bedömdes ha hög kvalitet (det vill säga att endast någon enstaka kriterie tilläts saknas utifrån granskningsmallen) och en av studierna bedömdes ha medelhög kvalitet (detta eftersom studien saknade två kriterier utifrån granskningsmallen). Arbetet med att tolka och kategorisera resultaten var komplext eftersom tydliga gränsdragningar var svåra att göra och entydiga teman svåra att upprätta. Detta har att göra med att relationer, kommunikation, bemötande, förhållningssätt och känslor hänger tätt samman. Detta blev särskilt tydligt i arbetet med tematiseringen och resultatdiskussionen. Där framkom hur komplext detta system av interaktioner, förhållningssätt och känslor är, sker det en förskjutning eller en förändring i ett led påverkas de andra leden. Därför tangerar vissa resonemang varandra, framför allt i resultatdiskussionen.

Denna tvetydighet kan både vara en styrka och en svaghet beroende på perspektiv. Genom att försöka beskriva problemområdet från flera olika perspektiv och redogöra för dem i resultat och resultatdiskussion kunde komplexiteten av fenomenet lyftas fram och beskrivas vilket är en styrka.

Samtidigt kan denna komplexitet riskera att resultatet uppfattas vara otydligt och ofokuserat, vilket i sådana fall är en svaghet i denna uppsats.

Den ursprungliga avsikten var att sammanställa vilka verktyg och strategier sjuksköterskan kan använda sig av för att möta och stödja anhöriga i deras sorgearbete samt hur de anhörigas upplevelser av detta var. Efterhand framkom det att detta problemområde var för stort att undersöka i en studie på denna nivå. På grund av detta var det nödvändigt att ringa in studiens område ytterligare. Sjuksköterskors upplevelser av att möta anhöriga i sorg blev då fokus för denna studie eftersom det är en viktig fråga och en komplex situation att befinna sig i som sjuksköterska. Dock bör här inflikas att de anhörigas perspektiv är viktigt och att det har bidragit med viktiga förkunskaper. Eftersom de viktigaste resultaten i denna studie handlar om relationer och bemötande så hade bilden varit ofullständig om anhörigperspektivet inte hade lyfts fram i både bakgrunds- och diskussionsdelen av studien. Sjuksköterske- och anhörigperspektivet speglar och informerar varandra vilket är en styrka. En oundviklig konsekvens av detta är att anhörigperspektivet har påverkat hur författarna har tolkat sjuksköterskornas upplevelser och hur resultatdiskussionen har formulerats. I huvudsak anser författarna dock att anhörigperspektivet är ett viktigt komplement till sjuksköterskans upplevelse och att detta sammanflätade perspektiv är en styrka i studien.

Studierna som uppsatsens resultat baseras på är gjorda i välmående välfärdsländer av västerländskt snitt (undantaget Chan et als. studie som genomfördes i Hong Kong). Det är troligt att sjuksköterskor i andra delar av världen med annan kultur och andra sedvänjor upplever mötet med anhöriga i sorg annorlunda eftersom sorg och sorguttryck är kulturellt betingade. Däremot är resultaten troligen överförbara till sjuksköterskors upplevelser inom den akuta slutenvården som har liknande ekonomiska, organisatoriska och kulturella förutsättningar. Studierna som resultatet baseras på har inte tagit upp kön som en faktor för sjuksköterskornas upplevelser och därför är det inget som lyfts i resultatet. Däremot är sjuksköterskor, precis som alla andra individer, kulturella och sociala varelser vilka påverkas av gängse könsroller vilket säkerligen påverkar sjuksköterskors upplevelse att möta anhöriga i sorg. Det bör här även nämnas att sjuksköterskeprofessionen traditionellt setts som ett feminint yrke, starkt förknippat med det som i västerländsk kultur ses som kvinnliga egenskaper såsom omhändertagande, trygghetsskapande och självuppoffrande. Könsroller är ett av många perspektiv som framtida forskning inom problemområdet kan utforska och ge kunskap om.

Den slutliga studien är liten med 8 utvalda artiklar i det sammanställda resultatet. Detta är kanske uppsatsens största svaghet. Anledningen till att resultatet inte bygger på fler än 8 studier har, som nämnts ovan, att göra med att den ursprungliga idén för denna uppsats var att se hur sjuksköterskor upplevde att möta anhöriga i sorg och om det ur dessa upplevelser gick att finna strategier och verktyg som sjuksköterskor skulle kunna använda sig av i dessa möten.

När författarna började se vad som studerats i ämnet insåg vi att sjuksköterskornas upplevelser, och hur de hanterade dem, på många sätt var avgörande för deras förmåga att

möta och stödja de anhöriga. Sjuksköterskans upplevelse verkade föregå och på samma gång bestämma vilka strategier och verktyg sjuksköterskan använde sig av och hur väl det fungerade. Samtidigt informerade anhörigperspektivet oss om vad anhöriga fann vara viktigt i mötet med sjuksköterskan och vad de uppfattade inte fungerade tillfredställande. Detta var viktiga ledtrådar för att finna vilka strategier och verktyg som kunde vara positiva för sjuksköterskor att ha i dessa möten. Detta sammansatta perspektiv hade vi, författarna av denna uppsats, svårt att släppa och när vi slutligen tog till oss att det inte var hållbart med ett så omfattande perspektiv, och bestämde oss för att titta på sjuksköterskans upplevelse, hade en stor del av den avsatta skrivtiden gått. Detta gjorde att tid saknades för att söka efter fler studier med fokus på sjuksköterskans upplevelse att möta anhöriga i sorg. Detta visar sig även i bilaga 2 (söktabell) där en stor del av de första sökningarna inte gav några artiklar som var relevanta för uppsatsen slutliga syfte. De artiklar som resultatet däremot bygger på var av hög kvalitet och eftersom mycket av referenslitteraturen understryker vad som framkom i resultatet anser vi att tendenserna är tydliga. Självklart hade resultatet vunnit i styrka med ett större antal artiklar och därför kan inte resultatet med eftertryck sägas vara trovärdiga och överförbara.

Förhoppningen med denna kartläggning var att bidra till att kunskapen om hur sjuksköterskor inom den akuta slutenvården upplever att möta anhöriga i sorg ökar, både inom sjuksköterskeutbildningen och inom den akuta slutenvården. Vi, artikelförfattarna, tycker att denna studie har lett till att vi har fått en ökad förståelse kring upplevelsen att möta anhöriga i sorg och de utmaningar som kan uppstå. Förhoppningsvis upplever läsare av denna studie också en ökad förståelse för hur dessa möten upplevs och vilka utmaningar de ställer sjuksköterskor inför. Mer forskning inom detta problemområde skulle i ett längre perspektiv kunna bidra till att utveckla strategier och verktyg för sjuksköterskor att använda när de möter sörjande anhöriga i det kliniska arbetet.

6.2 Resultatdiskussion

Resultaten i studien gav en komplex bild av hur det var att möta anhöriga i sorg som sjuksköterska, både ur ett professionellt och ett personligt perspektiv. Studierna visade att sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att upprätta goda relationer till de anhöriga. Samtidigt visade det sig många gånger vara komplicerat och svårt på flera plan. Det kunde bero på att sjuksköterskor upplevde att deras professionella erfarenhet, kunskaper och färdigheter inte var tillräckligt utvecklade för uppgiften vilket skapade en osäkerhet hos dem. Svårigheten att upprätta en relation kunde också bero på sjuksköterskornas förhållningssätt gentemot de anhöriga där det visade sig att sjuksköterskor inte ansåg det vara deras uppgift att skapa goda relationer med de anhöriga. De menade istället att deras uppgift var att se till patientens fysiska behov. Ytterligare en anledning till att goda relationer inte utvecklades

hade att göra med sjuksköterskornas rädsla för att inleda en djupare relation med anhöriga och patient eftersom det gjorde dem mer känslomässigt utsatta. Detta ökade risken för sjuksköterskorna att drabbas av personlig sorg, vilket kan leda till en komplicerad sorgeprocess med motstridiga och svåra känslor vilket Kubler-Ross (1987) har beskrivit. Detta sammantaget visar att sjuksköterskor kände en ambivalens inför möten med anhöriga i sorg. De såg detta som något viktigt och fint samtidigt som det var skrämmande och kunde leda till negativa känslor.

6.2.1 Att skapa relationer

Bemötande, kommunikation, närvaro och lyhördhet är alla viktiga delar för att upprätta en god relation vilket framkom i studier där anhöriga kom till tals (Benkel, Wijk & Molander, 2009; Brysiewicz, 2006; Dosser & Nicol, 2014; McDowell, 2004; Tatsuno, Yamase och Yamase, 2012; Warren, 2002). Det är inte svårt att se att dessa delar kan bli lidande när sjuksköterskan ska möta och stödja anhöriga, då en konsekvens av att engagera sig och utveckla en djupare och mer personlig relation till anhöriga och patient är att risken för att döden ska påverka dem negativt ökar. Här reser sig också en principiell fråga om hur långt det är realistiskt att en sjuksköterska ska gå i sitt engagemang för anhöriga utan att riskera sin egen hälsa och välmående. Frågan om var gränsen ska dras innan sjuksköterskan blir för personligt involverad och inte längre har ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och anhöriga blir också intressant. I studierna framträder två motsatta bilder. En där sjuksköterskor engagerade sig personligt och känslomässigt i relationen för att skapa och stärka personliga band. Den andra bilden visade att sjuksköterskor undvek ett djupare känslomässigt engagemang.

I studier finns det beskrivet hur sjuksköterskor känner sig ambivalenta över hur de ska förhålla sig till sitt personliga känslomässiga engagemang och hur de försökte hitta en bra balans i detta (Barrere & Durkin, 2014; Hopkinson, Hallet och Luker, 2004).

Vinsterna med att engagera sig mer personligt och känslomässigt som sjuksköterska är att vården och stödet till anhöriga och patienter troligen blir av högre kvalitet eftersom ett sådant engagemang blir grunden i ett ömsesidigt relationsskapande. I en sådan relation förflyttas fokus från vad en person är till vem hen är (Ugglå, 2014). Denna förskjutning från en objektiv till en subjektiv syn på personen möjliggör för sjuksköterskan att möta anhörigas individuella behov och önsknningar och utgör grunden i den personcentrerade omvårdnaden. Risken med detta engagemang är att sjuksköterskorna själva drabbas av sorgereaktioner vilket, om den inte tas omhand på ett bra sätt, med tiden kan orsaka känslomässig utmattning och depression (Brunelli, 2005; Hopkinson, Hallet och Luker, 2004). Förhåller det sig tvärtom är vinsten att sjuksköterskorna inte löper samma risk att drabbas av känslomässig utmattning och depression. Däremot är risken att engagemanget uteblir och att vården och stödet präglas av ett ointresse från sjuksköterskans sida där anhöriga och patient inte får lika god vård och gott stöd. Bäst för sjuksköterskor är troligen att hitta en hållbar medelväg där känslomässigt och personligt engagemang balanseras mot ett mer återhållsamt professionellt förhållningsätt för att sjuksköterskan i längden ska kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt, både utifrån sitt eget, patientens samt de anhörigas perspektiv.

6.2.2 Bemötande

Som beskrivits i resultatet kände många sjuksköterskor en stor osäkerhet när det kom till att möta anhöriga. Många gånger visste de inte vad de skulle säga eller hur de skulle agera, kanske av rädsla för att förminska eller generalisera en annan människas sorg genom att ge sken av att förstå eller ha genomgått en liknande situation. Bristande erfarenhet, kunskap och färdighet uppgav sjuksköterskorna själva vara roten till denna oförmåga att kommunicera och möta anhöriga på ett tillfredsställande sätt. Trots flera års erfarenhet av att regelbundet möta sörjande anhöriga upplevde sjuksköterskor att de inte var adekvat förberedda för denna uppgift (Socorro, Tolson & Fleming, 2001). Detta kan verka motsägelsefullt, men då döden är en så stark och känslomässigt utmanande upplevelse så kan det vara svårt att någonsin känna sig förberedd och trygg inför dessa situationer. Anhöriga uttryckte att de uppskattade när sjuksköterskor var närvarande i ett varande snarare än i ett görande. Det kunde handla om att sjuksköterskan bara lyssnade eller att hen i tystnad satt ned tillsammans med de anhöriga (Brysiewicz, 2006; McDowell, 2004). Kanske går det att finna en styrka i detta som sjuksköterska – att det inte alltid handlar om att till varje pris hitta de rätta orden utan snarare om att finnas där och vara närvarande (Barrere & Durkin, 2014). Genom att sjuksköterskan är öppen och ärlig med vem hen är, och genom att visa sin sårbarhet, kan hen upplevas som ett gott stöd (Dossier & Nicol, 2014).

Att tillåta att visa sig sårbar som sjuksköterska och att erkänna att ord inte finns eller räcker till i alla situationer kan minska sjuksköterskors känsla av skuld och göra dem mer närvarande i möten med patienter och anhöriga. En sådan inställning kan påverka sjuksköterskors eventuella sorgprocess positivt genom en ökad acceptans för döden och att man många gånger står svarslös inför den. Samtidigt är det många gånger absolut nödvändigt att kommunicera och informera anhöriga, inte minst med tanke på det föregripande sorgearbetet som finns beskrivet i bakgrunden. Det finns goda exempel som har visat att utbildning i kommunikation och bemötande har god effekt (Dosser & Kennedy, 2014).

I resultatet framkom det också att sjuksköterskor ansåg att deras primära uppgift var att se till patientens fysiska behov och att det var liktydigt med att möta anhörigas behov. Denna inställning skulle kunna bero på att det är viktigt för sjuksköterskor att patienten får en god död ur fysisk synvinkel. Det skulle också kunna vara en copingmekanism för att undvika att utsättas för negativa känslor. Båda dessa möjliga förklaringar var ett resultat som kom fram i denna uppsats.

Ytterligare en möjlig förklaring skulle kunna vara hur arbetsförhållandena ser ut inom den akuta slutenvården. Enligt Tatsuno, Yamase, Yamase, Fujino, Tado & Fujita (2009) uppgav 70 % av sjukvårdspersonal att det var svårt att ge familjemedlemmar vård och stöd vid förlust av anhörig på akut- och intensivvårdsavdelningar. Främsta skälet uppgavs vara brist på tid och personal. Den akuta slutenvården är en stressig miljö som präglas av korta möten med anhöriga och patient. I en sådan situation frågar sig säkerligen de flesta sjuksköterskor vem och vad som är deras viktigaste uppgift. Detta för att prioritera sin knappa tid. Troligen är svaret i de flesta fall patientens fysiska behov. Samtidigt är det väl känt att anhöriga behöver stöd och omtanke för att upplevelsen av förlusten och den efterföljande sorgprocessen ska bli så bra som möjlig (Benkel, Wijk & Molander, 2009; Chan, Lee & Chan, 2013; Dosser & Kennedy, 2012; McDowell, 2014; Tatsuno, Yamase och Yamase, 2012). Därför är det viktigt att sjuksköterskor hittar sätt att möta och stödja anhöriga trots att förutsättningarna inte alltid är de bästa. Ett gott bemötande, god kommunikation, små gester av omtanke, närvaro och lyhördhet är alla viktiga delar i detta arbete.

6.2.3 Att förhålla sig till döden

Copingmekanismer har en viktig funktion att fylla för att sjuksköterskan ska klara av sitt yrke och de situationer som det innefattar i längden. Ett visst mått av distansering är nödvändigt. Men att dissociera sig helt från sina känslor och sortera bort dem kan ge upphov till en negativ sorgereaktion som präglas av förnekelse, ilska och depression (Brunelli, 2005). Därför är det viktigt att sjuksköterskor hittar sätt att förhålla sig till död och sorg både ur ett personligt och ett professionellt perspektiv. Ett för starkt personligt engagemang kan som tidigare beskrivits orsaka känslomässig utmattning. Därför är det av stor vikt att sjuksköterskor är uppmärksamma på hur de mår och om de ser tecken hos sig själva på att de håller på att bli känslomässigt utmattade (Mulligan, 2004). Om dessa tecken uppkommer är det viktigt att vidta åtgärder för att komma tillrätta med detta.

Ett sätt att hjälpa sjuksköterskor är att arbetsgivare erbjuder formellt stöd på arbetsplatsen. De kan handla om samtalsstöd individuellt eller i grupp. Möjlighet till de-briefing (Williams et al., 2003) eller klinisk handledning enskilt eller i grupp har visat på goda resultat (Dosser & Nicol, 2014). Även sådant som att skriva ner sina reflektioner i en dagbok har visat sig vara användbart (Dosser & Nicol, 2014; Mulligan, 2004). Genom att hitta en god balans i sitt känslomässiga engagemang och genom att hitta bra strategier och verktyg för att handskas med dessa frågor kan man tänka sig att sjuksköterskor med tiden lär sig att acceptera döden som en naturlig del av sitt arbete i likhet med det sista stadiet av sorgprocessen som den har beskrivits av Kubler-Ross (1987). En sådan acceptans behöver inte på något sätt innebära att sjuksköterskan distanserar sig utan snarare att hen kan finnas där för anhöriga och patient som en trygg punkt, redo att ge stöd och tröst.

6.2.4 Upplevelsen av döden

I studierna vittnade sjuksköterskor om att det var viktigt för dem att de få ta hand om den döende patientens fysiska behov. Detta förknippades med god omvårdnad och ett väl utfört arbete. Det verkade ha med något som närmast skulle kunna beskrivas som yrkesheder att göra. Om sjuksköterskorna hade fått möjlighet att ta hand om patientens fysiska behov av omvårdnad och om döden upplevts som väntad och kontrollerad menade de att döden hade varit god. När sjuksköterskorna uttryckte att de mötte anhörigas behov genom att fokusera på patientens fysiska behov (Dosser & Kennedy, 2012; Shorter & Styart, 2009) ligger det något djupare i detta. Dessa handlingar kan ju i sig upplevas som kommunikativa handlingar vilka signalerar omsorg och omtanke (Baggens & Sandén, 2014). Detta uppskattas troligen av de anhöriga då det är tecken på att vårdpersonalen bryr sig om deras nära och kära. En god och kontrollerad död innebär troligen också att sjuksköterskorna känner sig bättre rustade att ta hand om och stödja de anhöriga i deras sorg. När däremot en oväntad och okontrollerad död inträffade uppstod känslor av skuld. Det berodde på att de upplevde att de inte hade gjort sitt jobb som de önskade och som förväntades av dem. Detta innebär troligen också att sjuksköterskor drar sig undan från anhöriga eftersom de inte känner sig i skick att möta och stödja dem.

I likhet med begreppet föregripande sorg och dess vikt för de anhörigas sorgprocess kan troligen sjuksköterskornas upplevelse av en god död för patienten ha en liknande viktig funktion. Därför bör inte sjuksköterskors behov av att ombesörja en god död ur fysisk synvinkel underskattas, då det kan vara ett sätt för dem att hantera och acceptera döden. Detta i sig kan bidra till ett gott avslut, vilket troligen också påverkar deras relation och bemötande gentemot de anhöriga.

6.3 Slutsatser

Döden är en av de mest känslolösa upplevelser vi erfar som människor. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvården gör sitt bästa för att göra döden till en så god upplevelse som möjligt för patienter och anhöriga men även för sjukvårdspersonal.

Som förhoppningsvis har framgått och tydliggjorts i denna uppsats, är förlust och sorg inom den akuta slutenvården ett komplicerat fenomen som berör alla involverade parter och som ställer höga krav på sjuksköterskans förmåga att möta och stödja anhöriga. Uppsatsens resultat visade att det är något som sjuksköterskor många gånger upplevde vara svårt vilket visar på att behovet av stöd i denna process är stort.

6.4 Kliniska implikationer

Genom ökad kunskap och medvetenhet om hur sjuksköterskor upplever det att möta och stödja anhöriga i sorg inom den akuta slutenvården kan sjuksköterskor utveckla strategier och verktyg för att möta och stödja dem på bästa sätt. Detta i sin tur kan innebära att de känner sig tryggare och bekvämare i dessa situationer. Om sjuksköterskor blir bättre rustade att möta anhörigas behov kan de bättre bidra till att lindra deras lidande och öka de anhörigas känsla av välbefinnande. Därför är det viktigt att sjuksköterskor redan i sin grundutbildning förbereds teoretiskt och praktiskt för att möta och handskas med död och anhöriga i sorg. Även arbetsgivare har här ett stort ansvar att fortbilda sin personal i detta, exempelvis genom klinisk handledning eller utbildning i kommunikation och bemötande med fokus på anhöriga i sorg. Det är också viktigt att det finns möjligheter för samtal och de-briefing enskilt och i grupp för sjuksköterskor för att de ska få möjlighet att prata om svåra och känslomässigt påfrestande upplevelser. Det kan vara ett sätt att bearbeta dessa känslor och ett sätt att sänka den upplevda känslomässiga stressen de ger upphov till.

6.5 Förslag på fortsatt forskning

Det finns delvis redan en medvetenhet om hur man som sjuksköterska kan arbeta med anhöriga i sorg, inte minst genom det förhållningssätt som den palliativa specialistvården har utvecklat. Även det personcentrerade förhållningssättet kan erbjuda ett ramverk i detta arbete. Däremot saknas det inom utbildning och arbetsliv ett tydligt fokus på sjuksköterskans personliga upplevelse av sorg och hur det är att möta sörjande. Här skulle ett teoretiskt och praktiskt ramverk kunna vara till stor hjälp. För att utveckla ett sådant ramverk skulle det behövas mer forskning som beskriver och lyfter fram komplexiteten i sjuksköterskans arbete med att möta och stödja anhöriga i sorg inom den akuta slutenvården. En sådan forskning skulle undersöka hur sjuksköterskans personliga upplevelse av sorg och förlust, förhållningssätt, copingmekanismer och erfarenhet interagerar och påverkar sjuksköterskans bemötande, kommunikation och grad av närvaro i mötet med patient och anhöriga. Sådan forskningen skulle också kunna ta i beaktande hur sjuksköterskor, i den speciella vårdmiljö som den akuta slutenvården trots allt är med högt tempo och korta möten, kan arbeta för att ge anhöriga ett gott, stödjande och inkluderande bemötande.

7 Referenslista

- Barrere, C., & Durkin, A. (2014). Finding the Right Words: The Experience of New Nurses after ELNEC Education Integration Into a BSN Curriculum. *MEDSURG Nursing*, 23(1), 35-53.
- Barbour, L. (2016). Exploring oncology nurses' grief: A self-study. *Asia-pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 233-240. Doi: 10.4103/2347-5625.189817
- Benkel, I. Wijk, H. & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, 23(2). 141-149. Doi: 10.1177/0269216308098798
- Brunelli, T. (2005). A concept analysis: The grieving process for nurses. *Nursing Forum*, 14(4), 123-128. Doi: 10.1111/j.1744-6198.2005.00024.x
- Brysiewicz, P. (2007). The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu- Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 224-231. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01972.x
- Chan, H., Lee, L. & Chan, C. (2013). The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Supportive care in Cancer*, 21(6), 1551-1556. Doi: 10.1007/s00520-012-1692-4
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-344). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielsson, E. (2012b). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.
- Donnelly, S.M. & Psirides, A. (2015). Relatives' and staff's experience of patients dying in ICU. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(12), 935-942. Doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv059>
- Dosser, I., & Kennedy, C. (2012). Family carers experiences of support at the end of life: carers and health professionals views. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(10), 491-497. Doi: 10.12968/ijpn.2012.18.10.491
- Dosser, I., & Kennedy, C. (2014). Improving family carers' experiences of support at the end of life by enhancing communication: an action research study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(12), 608-616. Doi: 10.12968/ijpn.2014.20.12.608.
- Dosser, I., & Nicol, J. S. (2014). Difficult conversations in bereavement. *Nursing & Residential Care*, 16(12), 693-697. Doi: <http://dx.doi.org/10.12968/nrec.2014.16.12.693>

Etikprövningsnämnderna, (2017). Från:
<http://www.epn.se/start/bakgrundbestaemmelser/>, 2017-05-09.

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys och kvalitativ forskning. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2012b). Tankeprocessen under examensarbetet. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 37-46). Lund: Studentlitteratur AB.

Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Domian, E. (2010). Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x

Grimby, Å. (2002). *Sorg och stöd bland äldre: Kunskapsöversikt och rekommendationer*. Göteborg: Sveriges Pensionärsförbund

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur AB.

Hogan, K-A., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S., Phillips, S. & Wilson, K. (2016). When someone dies in the emergency department: Perspectives of emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 207-212. Doi: 10.1016/j.jen.2015.09.003

Hopkinson J., Hallet C. & Luker K. (2004) Everyday death: how do people cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies* 42, 125–133. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004

Kubler-Ross, E. (1987). *Samtal inför döden*. Bonnier fakta bokförlag. Engelska originalets titel: *On death and dying*. (1969). London: Routledge.

McDowell, K. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. *Nursing Standard*, 19(6), 38-42. PMID: 15544190 NLM UID: 9012906

Mendes de Leon, C., Kasl, S. & Jacobs, S. (1993). Widowhood and mortality risk in a community sample of elderly: A prospective study. *Journal of Clinical Epidemiology* 46(6), 519-527. Doi: 10.1016/0895-4356(93)90124-J

Mulligan, L. (2004). *Overcoming compassion fatigue*. *The Kansas Nurse*, 79(7), 1–2. PMID: 16479363

Nationalencyklopedin, (2017). Från:
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/sorg>, 2017-03-01

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/sou-2001-6-_GPB36/html. Hämtad den 22 mars 2017.

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

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från: http://www.barnmorskeförbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1_20051052-Leg-Ssk.pdf

Socialstyrelsen.(u.å.). *Statistik om dödsorsaker år 2015*. Hämtad 20 mars 2017 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-8-3>

Socorro, LL., Tolson, D. & Fleming, V. (2001). Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 562-570. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01872.x

Svensk Sjuksköterskeförening. (2006). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Från: <https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/15376/mod.../ICNs%20Etiska%20kod.pdf?>

Tatsuno, J., Yamase, H., & Yamase, Y. (2012). Grief reaction model of families who experienced acute bereavement in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 257-264. Doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00688.x

Tatsuno J, Yamase H, Yamase Y, Fujino N, Tado A, Fujita N. Recognition and present state of medical staff regarding the bereaved family care in critical care in Japan. *J. Jpn. Acad. Crit. Care Nurs.* 2009; 5: 69–81.

Ternstedt, B-M. & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. F. Friberg. & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*, (s. 29-66). Lund: Studentlitteratur AB.

Uggla, B. K. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (s. 21-68). Stockholm: Liber.

Wallgren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från Ide till examination inom omvårdnad*. (s. 481-498). Lund: Studentlitteratur AB.

Warren, N. A. (2002). Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences. *Critical Care Nursing Quarterly*, 25(2), 54-60. Doi: 10.1097/00002727-200208000-00006

Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R. & Krumm, S. (2015). Working through grief and loss:

Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nurses Forum*, 38(4), 272-282. Doi: 10.1188/11.ONF.E272-E282

Williams R., Harris S., Randall L., Nichols R. & Brown S. (2003) A bereavement after care service for intensive care relatives and staff. *Nursing in Critical Care* 8(3), 109–115.

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9833/2005-10-10_2005_10.p

Åhsberg, E. & Fahlström, G. (2012). Changes in place of death among elderly in Sweden - A register study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(2), 21-24. Doi: 10.1177/010740831203200205

Bilaga 1: Artikelsammanfattning

Titel	Författare År Land	Syfte	Design Metod Urval Analys	Sammanfattning av resultatet	Bedömd kvalitet utifrån SBU:s mall.
-------	--------------------------	-------	------------------------------------	---------------------------------	---

<p><i>Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death</i></p>	<p>Gerow et al. 2010 USA</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter som går bort samt att undersöka hur sjuksköterskorna tacklade sin egen sorg i samband med dödsfallen.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk Semistrukturerade intervjuer Ändamålsenligt urval. Deskriptiv innehållsanalys.</p>	<p>Det framkom i resultatet att relationer var oerhört viktiga, vare sig det gällde till patienten eller de anhöriga. Sedan angav deltagarna att de alla hade sin typ av ritualer för att hantera situationer kring patienten samt de anhöriga. Slutligen kom det fram att sjuksköterskorna distanserade sig från sorgen för att skydda sig själva.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>Critical care nurses' experience of grief in an adult intensive care unit.</i></p>	<p>Shorter, M. & Stayt, LC. 2010 England</p>	<p>Att beskriva upplevelsena sjuksköterskorna på IVA hade av sorg samt vilka copingstrategier de använde sig av.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk Semistrukturerade intervjuer icke-slumpmässigt urval Colazzis sju-stegs analysmetod.</p>	<p>Sjuksköterskorna beskriver hur de kände sorg vid en patients bortgång. Denna sorg lindrades dock om de upplevde att patienten fick en "God död". Det framkom även att denna återkommande sorg kunde bidra till en känsla av stress och eventuellt utbrändhet.</p>	<p>Hög</p>

<i>Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families</i>	Socorro et al. 2001 Spanien	Att undersöka vilka erfarenheter akutsjuksköterskor hade av att ta hand om sörjande anhöriga efter ett oväntat dödsfall på akutmottagningen.	Kvalitativ, hermeneutisk fenomenologisk Semistrukturerade intervjuer Bekvämlig hetsurval deltagarna anmälde sig själva. Hermeneutisk analys	Resultatet visade på vikten av reflektion hos sjuksköterskorna, både inom den egna individen samt inom personalgruppen. Utöver detta beskrev sjuksköterskorna vikten av relationen till de sörjande samt behovet av att finna en mening i sorgearbetet.	Hög
<i>Family carers experiences of support at the end of life: carers and health professionals views</i>	Dosser, I. & Kennedy, C. 2012 Skottland	Att undersöka vilket stöd sjuksköterskorna fick i sitt omvårdnadsarbete av döende patienter samt deras anhöriga inom akutsjukvården för att kunna implementera faktorer i vården som kan verka i en positiv riktning.	Kvalitativ deltagande aktionsmetod Semistrukturerade intervjuer Bekvämlig	De framkom att deltagarna upplevde kommunikation som viktigt, liksom att döden var så god som möjligt. De saknade även en uppföljning.	Hög

			hetsurval		
			Kvalitativ innehålls-analys.		
<i>Relatives' and staff's experience of patients dying in ICU.</i>	Donnelly, S.M. & Psirides, A. 2015 Nya Zeeland	Att undersöka hur sjuksköterskor, läkare samt anhöriga upplevde det när en patient avled på IVA.	Kvalitativ grounded theory. Ostrukturerade intervjuer. icke-slumpmässigt urva. Tematisk innehålls-analys	Det framkom att det för sjuksköterskorna i studien var viktigt att kunna erbjuda de sörjande anhöriga plats och tid att sörja, att en god omvårdnad var viktig samt att de kände sig bekväma med att visa känslor för de sörjande.	Hög
<i>The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement</i>	Chan et al. 2013 Hong Kong	Att undersöka vilka förväntningar samt vilka erfarenheter onkologsjuksköterskorna hade av att ta hand om sörjande anhöriga.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer Bekvämlig	De sörjande upplevde som viktigt att bli informerade under vårdtiden, att de fick stöd samt att de fick vara med patienten både före och efter att hen avled.	Hög

<i>care in an oncology unit</i>			ghetsurval Kvalitativ innehålls-analys.	Sjuksköterskorna i sin tur upplevde det som viktigt att en god omvårdnad av de sörjande anhöriga gavs, att de fanns tillgång till stöttning efter svåra situationer samt att de saknade utbildning inom ämnet.	
<i>When someone dies in the emergency department: Perspectives of emergency nurses</i>	Hogan et al. 2016 Kanada	Att beskriva akutsjuksköterskornas upplevelse av att vårda patienter som sedermera avled på akutmottagningen.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer Bekvämlighetsurval Tematisk innehålls-analys.	Sjuksköterskorna upplevde det som svårt att ge en god omvårdnad av patienten och anhöriga på akutmottagningen, det var en stor arbetsbörda samt att de skulle vårda sina andra patienter utöver att ta hand om de sörjande anhöriga.	Medelhög
<i>Working through grief and loss: Oncology nurses perspectives on professional</i>	Wenzel et al. 2015 USA.	Att identifiera de faktorer onkologsjuksköterskor använder sig av för att hantera patienters bortgång samt finna kärnkomponenter i	Kvalitativ Fokusgruppintervjuer	Ur studiens resultat framkom det att sjuksköterskorna upplevde arbetet som krävande både på det fysiska, psykiska samt personliga planet.	Hög

<i>bereavement</i>		stödjande interventioner.	Homogent urval Tematisk innehålls-analys	De upplevde det som svårt att vårda de döende patienterna på ett tillfredsställande sätt och nämner flertalet faktorer relaterat till detta. De fann det även svårt att släppa jobbet utanför sjukhuset.	
--------------------	--	---------------------------	---	--	--

Bilaga 2: Söktabell

Datum & databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa studier i sin helhet	Utvalda studier till resultatet.	Vald artikel
20170228 Cinahl	<i>Nurses experience and Relatives and Grief</i>	peer reviewed	3	3	1	1	Shorter, M. & Stayt, LC. 2010

	<i>Nurses perception and Relatives and Grief</i>	peer reviewed	0				
	<i>Nurses experience and Kindred and Grief</i>	peer reviewed	0				
	<i>Nurses experience and Grief</i>	peer reviewed	90	0	0	0	
	<i>Nurses experience and Grief and Relationship</i>	peer reviewed	24	2	2	1	Gerow et al. 2010
20170301 Cinahl	<i>Patient experience and Grief</i>	peer reviewed	82	1	0	0	
	<i>Bereavement and Nurses experience</i>	peer reviewed	56	2	1	0	

	<i>Bereavement and Nurses experience and Qualitative</i>	peer reviewed	17	2	1	1	Socorro et al.
	<i>Family bereavement and Death and Nursing and Experience</i>	peer reviewed	18	1	1	0	
20170302 Cinahl	<i>Family grief and Nurses and Support</i>	peer reviewed	35	4	4	1	Dosser, I. & Kennedy, C. 2012
20170305 Cinahl	<i>Family grief and Nursing and Support and Inpatients</i>	peer reviewed	3	0	0	0	
	<i>Grief and Nursing</i>	peer reviewed	9	1	1	0	

	<i>and Inpatients and Relatives</i>						
	<i>Inpatient and Family need and Grief</i>	peer reviewed	4	1	0	0	
20170310 PubMed	<i>Nursing and grief and support</i>	Abstract	364	10	6	1	Wentzel et al. 2016
20170312 PubMed	<i>Nursing and Grief and Support and relatives</i>	Abstract	251	8	4	2	Hogan et al. 2016 Donnelly, S.M. & Psirides, A. 2015

Bilaga 3: Kvalitetsgranskningsmall

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamätnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamätnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatets tydlighet, tillräcklighet etc):