



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# BEMÖTANDE AV ANHÖRIGA VID TRAUMATISKA DÖDSFALL

En litteraturstudie om omhändertagandet av de anhöriga och deras behov

MARIA ANDRÉASSON  
MORGAN KARDELL

# BEMÖTANDE AV ANHÖRIGA VID TRAUMATISKA DÖDSFALL

En litteraturstudie om omhändertagandet av de  
anhöriga och deras behov

Maria Andréasson  
Morgan Kardell

Andréasson, M & Kardell, M. Bemötande av anhöriga vid traumatiska dödsfall. En litteraturstudie om omhändertagandet av de anhöriga och deras behov. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, utbildningsområde omvårdnad, 2004

Traumatiska dödsfall drabbar anhöriga hårt och ett snabbt och professionellt bemötande kan underlätta krisbearbetningen. Syftet med denna litteraturstudie är att ta reda på dels hur anhöriga efter traumatiska dödsfall tas om hand och hur sjuksköterskor uppfyller de anhörigas behov samt hur sjuksköterskan kan förbereda sig inför detta möte med de anhöriga. Metoden i detta arbete bestod av en litteraturstudie. Detta har gjorts genom att vi kritiskt granskat ett antal artiklar inom detta område. Resultatet visar hur en sjuksköterska kan bemöta anhöriga vid traumatiska dödsfall. Detta ser man i de teman vi valt ut. Dessa är anhörigrum, personalutbildning, skriftlig information, typ av språk, omständigheter kring dödsfallet samt protokoll och åtgärdsplan. I arbetet diskuterar vi som författare hur en sjuksköterska skulle kunna förbättra omhändertagandet av anhöriga och det ges också en grund i hur anhöriga i sorg reagerar och hur bearbetningsprocessen fortskrider. Vår förhoppning är att denna studie ger en god insikt i arbetet, att ge en bra omvårdnad till de anhöriga.

*Nyckelord:* Anhörig, bemötande, kommunikation, kris, plötslig död, sjuksköterska och sorgreaktion, litteraturstudie.

# ENCOUNTER OF RELATIVES IN CASES OF BEREAVEMENT

A literature review about receiving attention of relatives and their needs

Maria Andréasson  
Morgan Kardell

Andréasson, M & Kardell, M. Encounter of relatives in cases of bereavement. A literature review about receive attention of relatives and their needs. *Examination paper in nursing 10 credits*. Malmö University, Health and Society, Department of Nursing, 2004.

Traumatic deaths hit relatives hard and a fast and professional encounter can make crisis management easier. The purpose of this literature review is to find partly how relatives after traumatic deaths are taken care of and how nursing staff fulfil the relative's needs and also how nurses prepare themselves before this encounter with the relatives. The method in this study consists of a literature review. This was done through critical examining a number of articles within this area. The result shows how a nurse could encounter relatives after traumatic deaths. This is shown in the themes we have chosen. These are relative room, staff training, written information, type of language, circumstance round dead and also protocol and action plan. In this work, we discuss as writers how a nurse should and could improve the attention of relatives and it also gives a basis in how relatives in grief reacts and how the arrangement process proceeds. Our hope is that this study gives a good understanding in the work of giving a good care of the relatives.

Key words: bereavement, communication, crisis, encounter, literature review, nurse, relative and sorrow reaction.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Teoretisk ram	5
Krisförloppet	6
Faser	6
Krisinterventionen	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
METOD	8
RESULTAT	10
Anhörigrum	10
Typ av språk, ordval	12
Skriftlig information	12
Omständigheter kring dödsfallet	13
Protokoll och åtgärdsplan	14
Personalutbildning	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
SLUTSATS	20
REFERENSER	21
BILAGOR	23

## INLEDNING

Anledningen till att vi valt att skriva om detta ämne är bland annat vårt intresse av akutsjukvården samt att det är viktigt för sjuksköterskor att ha ett professionellt förhållningssätt inför mötet av anhöriga i sorg. Det är också enligt våra åsikter en bra erfarenhet och kunskap inför vår kommande yrkesroll.

Denna litteraturstudie önskar belysa hur viktigt det är att bemöta anhöriga till traumapatienter på ett så bra sätt som möjligt. Detta underlättar i de anhörigas fortsatta sörjningsprocess.

I takt med att teknikens framgångar och modernisering av vården medför en underlättad för sjuksköterskor, kan det även inom vissa områden innebära en försvårad arbetssituation. Denna tidsvinst skulle kunna användas till att inrikta sig mer på att informera anhöriga. Förhoppningen är att kunna öka kunskapen hos sjuksköterskor inom sjukvården när det gäller den oerhört viktiga del som det innebär att optimera informationen och empatin som finns som anhörig till dödsfall i en stor olycka eller trauma.

Vid akuta situationer är det lätt att glömma bort anhöriga till patienten. Fokusen kommer i huvudsak att vara riktad mot den döde.

Anhörigas behov av stöd i samband med akuta dödsfall är ett relativt nytt forskningsämne och ökad kunskap är nödvändigt för att möta anhöriga.

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 1996:29) är det hälso- och sjukvårdens ansvar att en god kännedom, om olika slags reaktioner som kan förekomma vid plötsliga dödsfall, är viktig för ett optimalt bemötande av de anhöriga. Hälso- och sjukvårdens uppgifter ska fullgöras med respekt för den avlidne samt att de efterlevande ska visas hänsyn och omtanke.

## BAKGRUND

Plötsliga och oväntade dödsfall drabbar anhöriga hårt. Omedelbart krisstöd kan vara viktigt för att förhindra att komplicerade sorgreaktioner utvecklas (Nilsson et al, 1994).

Forskare tycks vara överens om att de viktigaste hjälpåtgärderna är att lyssna, ta emot reaktioner på sorg, att ge praktisk hjälp och information och att uppmuntra till aktivitet och konfrontation (Lundin, 1992).

En traumatisk kris kan beskrivas utifrån vilket slags trauma som orsakat krisen och utifrån händelsens personliga innebörd och betydelse (Osberg, 1996).

Vid en traumatisk kris är det inte bara psykiska och fysiologiska behov som blir lidande utan även basala delar av livet som jobb och därmed ekonomin kan bli åsidosatta. En persons livserfarenhet spelar också en roll för hur krisen hanteras (Osberg, 1996).

När svårt sjuka patienter kommer till en akutavdelning kommer de anhöriga automatiskt i andra hand. Vårdpersonalen prioriterar den sjuke i första hand. Energin hos vårdpersonalen läggs i första hand hos patienten och lite tid blir då kvar till de anhöriga för att hjälpa dem komma igenom krisen. Kris definieras som ett tillstånd där fysisk existens, social identitet och trygghet hotas (Cullberg, 1992).

### **Teoretisk ram**

Joyce Travelbees teoretiska modell beskriver möten med anhöriga efter traumatiska upplevelser och teorin fokuserar främst på omvårdnadens mellanmännsliga möten. Travelbee menar att förståelsen av vad som händer mellan en anhörig och en sjuksköterska, är viktig för att kunna förstå vad omvårdnad är och bör vara. Upplevelsen av interaktionen upplevs olika vilket kan medföra olika konsekvenser för de anhöriga (Kirkevold, 2000).

Travelbees definition av omvårdnadsbegreppet är att ”omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser” (Kirkevold, 2000, s 130). Travelbee utgår från den anhörige som en unik individ, vilket innebär att fästa vikt vid individens egen upplevelse av sin situation samt att visa respekt och engagemang gentemot den behövande. Travelbees teori bygger på en existentiellistisk åskådning vilket bygger på viktiga begrepp. Det viktigaste begreppet är människan som en egen individ, lidande, mening, mänskliga relationer och kommunikation (a a).

Enligt Travelbee är människan: ”en unik, oersättlig individ – en varelse som bara existerar en enda gång i denna värld; lik men också olik varje annan person som någon gång har levat eller kommer att leva” (Kirkevold, 2000, s 131). En persons upplevelse av allmänmännsliga erfarenheter såsom lidande och förluster är individuell. Ett lidande kan beskrivas på många olika sätt men Travelbee ser detta som en erfarenhet hos människan. Det är oundvikligt för en människa att komma ifrån detta. Nästan alla människor kommer någon gång i livet att erfara vad lidande innebär. Men lidande är på samma gång en personlig upplevelse. Det är en erfarenhet som ger människan insikt om innebörden i smärtan. Förluster av nära och kära, minskat engagemang eller en separation kan förorsaka ett lidande. Ett lidande kan vara förknippat med något som förlorats, som personen har upplevt som betydelsefullt i sitt liv. Travelbee menar att det är viktigare för sjuksköterskan att rikta in sig på personens upplevelser av lidandet, än till sin egen bedömning, eller efter någon annan vårdpersonals tycke. Travelbee beskriver apati och likgiltighet som mellanmännsliga akuthjälpsituationer, som kräver omedelbar insats av sjuksköterskan (a a).

Ingen människa reagerar på lika sätt. Det finns dock likheter som till exempel aggression och sorg. Travelbee beskriver två viktiga reaktionssätt som hon tycker är viktiga; ”varför just jag?” och ”varför inte jag?” (a.a).

”Varför just jag?” – reaktionen är vanligast enligt Travelbee. Den anhörige förstår inte varför han har drabbats av lidandet och har väldigt svårt att acceptera detta. Reaktionen kan leda till ilska och förvirring, depression och självmedlidande, likgiltighet, självförebråelse samt förebråelse mot andra (Kirkevold, 2000).

”Varför inte jag?” – reaktionen är en accepterande situation. Denna reaktion på lidande är dock ovanlig. Reagerar anhöriga på detta sätt, accepterar personen lidandet utan att tycka att det är orättvist. Travelbee menar att det i grunden finns en livsfilosofi där lidandet betraktas som en naturlig del av livet. Människan lider dock inte mindre på grund av detta men personen uthärdar och handskar det på ett annat sätt (a.a).

Det viktigaste syftet med omvårdnad enligt Travelbee är, att människor behöver hjälp med att finna meningen med lidandet, att hjälpa människan att gå vidare (a a).

En omvårdnadsprocess beskriver Travelbee som följande;

- ?? observera och utforska om en person har behov av omvårdnad
- ?? att bekräfta sin behovsbedömning genom att samtala med personen
- ?? att avgöra om det kan tillgodose behoven (om inte, hänvisa till annan vårdgivare) samt
- ?? att planera hur omvårdnadsbehoven ska tillgodoses (a a).

### **Krisförloppet**

Kris är ett tillstånd där fysisk existens, social identitet och trygghet hotas. Utlösande faktorer kan till exempel vara en anhörigs död (traumatisk kris). Tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt är då inte tillräckliga för att psykiskt bemästra den aktuella situationen. En krisreaktion innebär genomgång av olika faser (Cullberg, 1992).

#### *Faser*

Inom akutsjukvården så är det vanligtvis under de två första faserna, chockfasen och reaktionsfasen, som sjuksköterskan möter de anhöriga. Därefter kommer bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen (Kock-Redfors, 2002).

I chockfasen syns allt från en nästan kylig, blockerande likgiltighet till ett hysteriskt, förnekande beteende. Denna fas varar olika länge beroende på individen och omständigheter som till exempel stöd. Durationen är allt från ett par minuter upp till flera dygn. De anhöriga är blockerade under chocken och förnekar ofta det som har hänt. Informationen tas emot men förstås inte. Att anhöriga ställer adekvata frågor uppfattas ofta som att informationen tagits emot. Det är då viktigt att all personal som arbetar och tar emot de anhöriga i en sådan situation, är observanta på i vilken fas de är i (a a).

Cullberg (2003) menar att personalen inom akutsjukvården ofta träffar på de anhöriga även i den andra fasen, som är reaktionsfasen. Denna kommer direkt efter chockfasen och den når anhöriga olika fort, vilket också är viktigt att ha i tankarna. Fasen varar upp till ett par veckor. När personalen väl ska ge ett besked till en anhörig, blir reaktionen olika beroende på vilken fas som genomgås. Vissa människor går in i reaktionsfasen relativt fort och är kanske redan där när beskedet kommer. Reaktionerna hos de anhöriga är olika beroende på personligheter och tidigare erfarenheter. Det är inte ovanligt i denna fas att personalen får hot om anmälningar ifrån de anhöriga. Det

gäller att lugnt låta de anhöriga avreagera sig, så kommer de anhöriga att lugna ner sig och deras ilska kommer att trappas ner. Här syns även aptitstörningar, sömnstörningar, kroppsliga reaktioner och flykt med hjälp av alkohol eller andra lugnande medel (Cullberg, 2003). Den drabbade frågar sig själv under denna fas varför? Varför har detta drabbat just dem? I denna fas mobiliseras försvarsmekanismerna såsom förnekelse och aggression (Kager-Hidås & Olsson, 1997).

Reaktionsfasen övergår sedan i bearbetningsfasen. Här börjar de anhöriga tänka igenom vad som egentligen hände i samband med dödsfallet. Det är nu som de anhöriga behöver gå igenom vad som har gjorts och sagts för att förstå och kunna acceptera det som egentligen har hänt (Kock-Redfors, 2002).

Det är inte förrän efter den föregående fasen som de anhöriga kan komma in i nyorienteringsfasen. Denna fas kommer att vara i resten av den anhörigas liv (a a).

En stor del av bearbetningen av krisen beror mycket på den yttre livssituationen men också tidigare erfarenheter. Det avgörande för om den drabbade ska få möjlighet att arbeta med alla de känslor som krisen väcker, är tillgången på praktisk hjälp och allmänt stöd av anhöriga och vänner är avgörande (Kager-Hidås & Olsson, 1997). Efter födelsen är det döden som är den viktigaste händelsen i livet, oavsett kultur, religion eller samhällsskikt. (Kock-Redfors, 2002).

### **Krisinterventionen**

Med krisintervention menas bemötandet av en människa i kris (Cullberg, 1992). Enligt Cullberg (2003) diskuteras olika faser i en krisintervention. Detta är något som alla människor, som sysslar med människor i krissituationer, bör lära sig och behärska. Det får inte glömmas att det finns en väsentlig skillnad mellan en krisintervention och ett terapeutiskt samtal. Genom att lyssna på en människa som upplever en traumatisk kris, väcks många smärtsamma känslor till liv. Vid samtal med en krisdrabbad människa finns förhoppning dels på att kunna ge någon hjälp och tröst, och dels känna en protest mot att behöva påminnas och sorgens och katastrofens möjlighet i ens eget liv. Detta gör att personalen lätt undviker kontakten med krisdrabbade människor (Kock-Redfors, 2002).

Cullberg (2003) menar att bemötandet av en människa som är i en akut kris, är avgörande för hur krisen genomarbetas och om den drabbade efteråt kan se tillbaka på tidsperioden med skräck eller i en upplevelse av att ha försonats med det som skett. Tyvärr så är det inre psykologiska förloppet vid läkning av psykiska sår förvånansvärt outforskat. Personalen skulle gå under psykiskt på ett tidigt stadium, om en läknings-tendens inte funnits. Det finns inte heller en specifik behandling i en krisintervention. Krisinterventionen syftar till att underlätta för personer att leva vidare medan såret läks, trots att människan känner att tillvaron är meningslös. Med läkningen menas att jaget stärks och att traumat kommer att avvecklas så småningom. Människan kommer istället att bygga upp självkänslan och livet på nytt. Denna uppbyggingsprocess är bearbetningsfasens innehåll. Efter att ha upplevt en traumatisk händelse så är tron att livet är slut och att det inte finns något att leva för. Den då kanske viktigaste uppgiften som lyssnare är att vara ett "vikarierande" hopp. Under den första tiden syns ibland tendenser till klängighet och beroende av olika slag. Detta är tecken på ett naturligt inslag och inte på en djupare störning. Det kanske viktigaste och mest centrala



i sjuksköterskeyrket, är att stödja den krisdrabbade att uttrycka sina känslor öppet. Det är viktigt att uttrycka sin aggressivitet och vid kriser är det vanligt med sådana känslor (Cullberg, 2003).

Ett bra bemötande av en anhörig bygger på att etablera en god relation mellan den drabbade och sjuksköterskan. Begreppet bemötande delas in i tre kategorier för att uppnå ett professionellt bemötande:

- ?? information om hur den drabbades anhörigs tillstånd är
- ?? professionellt förhållningssätt vilket innebär vänlighet, tillmötesgående, möjlighet att prata i lugn och ro
- ?? praktiskt stöd som till exempel kontakt med sjukhuspräst och kurator (Kager-Hidås & Olsson, 1997).

När det gäller kommunikation i en krissituation, kan detta ske på olika sätt;

- ?? genom att lyssna och bekräfta att man har förstått vad den anhörige har berättat och kontrollera att den drabbade har förstått sjuksköterskans information
- ?? empati, medkänsla till den anhörige, försöka förstå den drabbades känslor och tankar
- ?? beröring om det faller sig naturligt (a.a).

Det är viktigt att få samtala i ostörd miljö. Det är också viktigt med samma ögonnivå och att vara ärlig och öppen. Stöd kan även innebära ett aktivt lyssnande (a.a).

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Studiens främsta syfte är att belysa och göra sjuksköterskan medveten om vad de anhöriga efter ett traumatiskt dödsfall känner och upplever och hur dessa bör tas om hand.

- i) Hur ska en sjuksköterska bemöta anhöriga vid traumatiska dödsfall?
- ii) Hur ska en sjuksköterska förbereda sig inför mötet med dessa anhöriga?
- iii) Vilka åtgärder för att ge stöd, ska en sjuksköterska vidta åt en sörjande familj vid traumatiska dödsfall?

## METOD

Detta arbete grundar sig på en litteraturstudie. Vi har använt oss av referenslitteratur inom psykiatri, akutsjukvård och etik i bemötandet i bakgrunden.

Arbetet startade med en projektplan innehållande tidsplan och begränsningar. Begränsningarna bestod av att inte använda något material som handlade om barn, barn till avlidna eller föräldrar till ett döende barn. Inte heller användes material innehåll-

landes dödsfall som till exempel självmord eller väntade dödsfall. Dock har det använts för att kunna jämföra reaktionerna av dessa i våra artiklar.

De två första veckorna avsattes till litteratursökning. Därefter lästes 40 artiklar igenom varav nio finns med i resultatet. Fem stycken beställdes via bibliotekets databas och de resterande artiklarna trycktes ut i fulltext i olika databaser, se tabell 1. Alla artiklar som använts i resultatet, har kritiskt granskats enligt Polit et al (2001). Se bilaga 1. För resultat av denna granskning se bilaga 2.

Efter detta avsattes ytterligare en vecka för att samla in allt material som behövdes till arbetet. Trots avgränsningarna, blev mängden material större än förväntat.

Traumatisk kris definierar Cullberg (1992, s 33) som ”individens psykiska situation vid en yttre händelse som är av den arten eller graden att individens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller basala tillfredsställelse möjligheter i tillvaron hotas”.

För att på bästa sätt klargöra och förtydliga vad vi anser som trauma, definieras det som ”en psykisk påfrestning till följd av yttre våld, akut skada eller död på grund av andra plötsliga omständigheter”.

Anhöriga definierar vi som make/maka, syskon, föräldrar, annan nära släkting samt person som man har bra kontakt med regelbundet.

Bemötande definieras i arbetet som ett uppträdande mot någon (Nationalencyklopedins Internettjänst).

Begränsningarna har satts till omhändertagandet av plötsliga och oväntade dödsfall, då vi anser att dessa anhöriga behöver mer stöd än de anhöriga där dödsfallet är väntat. Är det väntat så hinner de anhöriga förbereda sig på ett tidigare plan. När det gäller anhöriga till barn, bedöms detta vara ett djupare känslområde och tycker därför att detta bör tas upp av specialiserade sjuksköterskor. Såväl gällande självmord samt omständigheterna runt just detta dödsfall, bör det tas upp av en erfaren och specialiserad sjuksköterska inom psykiatri, till följd av den skuld som den anhörige upplever.

Tabell 1. Vetenskapligt material har sökts enligt nedanstående databaser;

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskat	Använt
Elin	Trauma	17808		
	+ bereavement	31	8	3
	- child	25		0
	Sudden death +psychological	1949 13	3	1
ScienceDirect	Bereavement +trauma	275 14	7	1
Medline	Bereavement	2881		
	+intensive care	56	7	2
	Bereavement +sudden	2881 163		
	+emergency	34	3	0
PubMed	Bereavement	7093	0	0
	Bereaved +trauma	973 31	2	0
	Bereaved	973		
	+emergency	39	11	4

Vid sökning av våra vetenskapliga artiklar fanns två artiklar som inte uppfyllde kraven för en vetenskaplig artikel, men innehöll värdefull data som användes i bakgrunden.

## RESULTAT

Vi har valt att redovisa vårt resultat av artikelbearbetningen i teman. Detta resulterade i en redovisning av sex olika teman som gemensamt ger svar åt vår frågeställning.

### Anhörigrum

I Halls och Halls artikel (1994) identifierades, genom att intervjua anhöriga i sorg, att ett väntrum behövdes för de anhöriga, vilket kunde garantera enskildhet och minimera störningar för de anhöriga medan de fick information. Författarna kontaktade anhöriga i sorg vilka hade förlorat en anhörig inom ett till tre år och som hade befunnit sig på akuten i mer än tolv timmar. Författarna hoppades på att de anhöriga hade minnen kvar från den tidpunkten och att de hade bearbetat den värsta sorgen. Närmaste anhö-

riga till 43 dödsfall, kontaktades via brev med förfrågan om de kunde tänka sig att bli intervjuade av en sjuksköterska. I brevet medföljde en lista med frågor som skulle komma att tas upp (Hall & Hall, 1994).

27 stycken svarade på brevet varav 16 stycken gick med på att bli intervjuade. Resultatet visade att avkoppling under en stressad tid, att underlätta avskild rådgivning och att lyssna på personalen var viktigt. Ett sidorum identifierades som lämpligt placerad och var på senaste tiden upprustad med gardiner, soffor, stolar och bord med tillgång till kaffe (a.a).

Även i Cookes et al artikel (1992) tar författarna upp hur viktigt det är för de anhöriga med just ett eget rum, bara för dem. Ett strukturerat frågeformulär skickades till avdelningssjuksköterskor på alla 98 akutavdelningar i England och Wales som var och en behandlar mer än 50 000 nya patienter varje år. Sjuksköterskorna som svarade på formuläret, skickade tillbaka detta anonymt. Formulären tog bland annat upp anhörigrum. Författarna fick tillbaka formulär från 78 stycken avdelningar. 60 avdelningar hade ett specifikt rum för de anhöriga, de andra använde ett kontor eller ett tomt rum. Anhörigrummet låg nära akutrummen i endast 15 avdelningar och i 19 avdelningar fick de anhöriga gå igenom ett väntrum. I anhörigrummet hade 56 stycken näsdukar, 48 stycken hade telefon, 44 stycken toalett i närheten, 15 stycken hade leksaker och 32 stycken av rummen hade tvättfat. I 49 stycken av fallen, följde personal med de anhöriga till rummet och i 40 av dessa, stannade personalen hos de anhöriga. Fastän många saker kan förbättras, belyses ändå i denna studie ett bra omhändertagande av anhöriga i sorg.

Ellison et al (1990) beskriver hur krisdrabbade anhöriga tas till ett speciellt möblerat anhörigrum av en sjuksköterska, som sedan stannar hos anhöriga och ger dem en ärlig förklaring av patientens tillstånd eller hur patienten avled. All personal har blivit lärd hur viktigt det är med fortföljande stöd och kommunikation utan medicinska termer. Anhörigrummet är anpassat till akutrummen med toalett i närheten. Där finns soffor och stolar, möjligheter att göra te, en spegel, näsdukar och en telefon. Mattor, tapeter, gardiner och en bordslampa skapar en varm och hemkär miljö.

För att kunna ge ett riktigt omhändertagande av de anhöriga, krävs anpassade rum. George et al (1995) syfte var att kartlägga hanteringen av smärtsamma förluster på intensivvårdsavdelningar över hela USA och att identifiera brister som finns i omhändertagande av anhöriga. Frågeformulär skickades till läkare och sjuksköterskor som jobbade på en avdelning och som hade mer än fyra sängar. Frågeformuläret bestod av ja och nej frågor samt frågor med kryssvar. Svarefrekvensen blev 68 %, 293 av 430 stycken. Endast 59 % av de avdelningar som fyllt i och skickat tillbaka frågeformulären har ett separat rum för att intervjua anhöriga till patienter som håller på att dö. Det som kunde underlätta var bland annat väntrum med bekväma stolar eller soffor för de anhöriga med 95 %, separata rum för att prata med de anhöriga med 53 %, tillgång till kaffe och the med 55 %, toalett med 66 %, telefon med 40 %, säng med 10 %, radio med 17 %, tidningar med 6 % och informationsfolder om avdelningen med 10 % (George et al, 1995).

### **Typ av språk, ordval**

Flam (1999) identifierar i sin studie talet och ordens betydelse i samband med både löpande information angående den skadade och även vid ett dödsbesked. De läkare och sjuksköterskor som besvarat enkäten var överens om att språket ska vara fritt från medicinska termer och en lugn samtalston är att föredra. Det är alltid de anhörigas känslor och förmåga att förstå som ska vara avgörande vid ordval. De anhöriga ska så snart som möjligt efter en inläggning eller en eventuell död bli informerade. Efter att patienten förklarats död ska de anhöriga även bli informerade om dödsfallet, erbjudas detaljer kring det, såsom patientens tillstånd vid då den ankom till akutavdelningen och en beskrivning angående förfarandet kring eventuella återupplivningsförsök. Som personal är det också mycket viktigt att övertyga de anhöriga om att allt som gick att göra gjordes för att rädda deras älskade till livet.

Informationen ska, enligt Hall och Hall (1994), ges av rätt person, på rätt plats, vid rätt tillfälle och på rätt sätt för att de anhöriga ska tillgodogöra sig så mycket av informationen som möjligt. Resultatet presenterades efter en studie gjord på anhöriga till de som dött på den aktuella akutavdelningen för mellan ett och tre år sedan. Antalet informanter blev i studien 16 stycken. Författarna säger också i sin studie att det första intrycket är det bestående, och det är viktigt att forma ett bra förhållande mellan vårdpersonal och anhöriga, då det ibland kan bli ett långvarigt förhållande. Studien beskriver även informationsflödet och dess hastighet. I sorgprocessen kan de anhöriga inte ta in hur mycket information som helst på en gång, utan den som informerar de anhöriga måste tänka på att dela upp och sprida ut informationen. Att sitta ner och låta informationen sjunka in i förhållande till att behöva upprepa det personalen sagt flera gånger, ses som en tidsbesparing. Även här tas ordvalet upp och att det är önskvärt att befria det från medicinska termer som kanske misstolkas och eventuellt förvärrar situationen för de anhöriga. Detta har funnits vanligt, särskilt bland läkare, som vill skapa en atmosfär av effektivitet och professionalism kring vården.

Även Hallgrimsdóttir (2004) lyfter i sin sammanställning av jämförelsen mellan de isländska och de skotska sjuksköterskorna fram informationsflödet till de anhöriga som en mycket viktig del i omvårdnaden av patienten. Behov av att få veta vad som görs för patienten och varför det görs, framställs som betydelsefullt. Eventuella förändringar i patientens tillstånd eller fortskridande vill anhöriga också delges information om (Hallgrimsdóttir, 2004).

### **Skriftlig information**

Cooke et al (1992) ser på skriftlig information som ett mycket viktigt komplement till informationen som kommer från personalen. Detta resultat presenterar studien som gjorts efter att ha bearbetat frågeformulär utskickade till akutavdelningar i England och Wales. Enkäterna, 78 stycken, returnerades ifyllda av sjuksköterskor och bearbetades. Resultatet visar att anhöriga bör få orala instruktioner såväl som skriven information. Denna skriftliga information ska finnas tillgänglig på de mest frekvent förekommande språken i den aktuella staden eller regionen. Även tillgång till skriftlig information från lokala institutioner eller frivilliga organisationer som kan ge råd och stöd i en jobbig tid bör finnas att tillgå. Dessa bör med fördel också finnas på olika språk (Cooke et al, 1992).

Hall och Hall (1994) bearbetade material från 16 anhöriga som förlorat sin partner och betonar i sitt resultat att i informationsflödet, ofta med mycket smärtsam information, kan det vara svårt att ta till sig allt. Genom skriftlig information som ett komplement tycker anhöriga att de på ett bättre sätt kan tillgodogöra sig informationen i lugn och ro. Forskarna ser också denna form av information, innehållandes råd om vart anhöriga kan vända sig i efterhand för att få stöd, tröst och hjälp, som är outhärlig i det fortsatta sorgearbete.

I studien gjord av Flam (1999) vidarebefordras de anhörigas röster via sjuksköterskor och läkare som hört de anhörigas önskemål och själv upplevt brister och tydliggörs genom enkäter som besvarats av 78 stycken avdelningar. Resultatet redovisade att de anhöriga fick väldigt lite information överhuvudtaget om de fortsatta praktiska händelserna efter att patienten avlidit. I några fall delades en karta ut till anhöriga, där bland annat bårhuset var utritat, för att kunna se den döde en sista gång. Detta upplevde inte anhöriga som tillfredställande. Studiens resultat bidrog till framtagandet av en folder till de anhöriga med kondoleanser från avdelningens sida, de viktigaste administrativa detaljerna och telefonnummer till sociala inrättningar. I foldern gavs även utrymme för avdelningen att fylla på, om ytterligare information skulle vara önskvärd.

### **Omständigheterna kring dödsfallet**

Själva förlusten i sig kan påverka hur länge och hur mycket en anhörig sörjer, även hur mycket det påverkar sörjandet i sig till följd av olika symtom och reaktioner är olika från dödsfall till dödsfall. Hodgkinson et al (1995) lät 74 överlevande och anhöriga till personer som dött vid färjekatastrofen 1987 i Zeebrugge, som tog 193 människors liv, svara på ett frågeformulär. Personerna i studien, som var mellan 20 och 86 år och hade en medelålder på 45 år, fick i formuläret svara på 42 frågor. I resultatet, ser författarna efter att ha analyserat det insamlade materialet, en skillnad vid olika grader av smärtsamma förluster. Forskarna fann att efter en olycka upplever de anhöriga sorgerna under en längre tid och med större intensitet än vid ett dödsfall som varit förväntat. De som förlorat en anhörig i en katastrof är i högre grad påverkade än de som själva varit med och överlevt katastrofen (Hodgkinson et al, 1995).

Bonanno et al (2003) undersökte 87 stycken änkor/änkemen i 21 till 55 års ålder i San Francisco som hade blivit ensamma de senaste tre till sex månaderna. Syftet var att "lära sig mer om upplevelsen av att sörja, från en vetenskaplig synvinkel". Inget samband påvisades på reaktioner kring smärtsamma förluster beroende på olika dödsorsaker. Det fanns alltså inga skillnader på sorgen till följd av olika dödsorsaker. Författarna uttrycker också att det nu finns alltför studier som visar på att de som förlorat en anhörig under våldsamma omständigheter upplever allt fler symtom. Ett exempel på detta är bilolyckor. Författarna säger också att människor som förlorar någon genom självmord riskerar ett livslångt sörjande.

Vierthaler och Wayment (2002) undersökte vilken reaktion som kan följa vid en plötslig förlust av en anhörig respektive en förväntad bortgång av densamma beroende på relation till den avlidne. I studien bearbetas också utbildningsgrad, hudfärg, ålder och kön som en potentiell faktor. I resultatet av 91 individers svar, framgår det att sorgen med större sannolikhet är större hos anhöriga som hastigt förlorat sin anhörig (Vierthaler & Wayment, 2002).

## **Protokoll och åtgärdsplan**

För att i största möjliga mån ta väl hand om anhöriga, har Flam (1999) sammanställt och tagit fram ett protokoll för sjuksköterskorna att följa i samband med omhändertagandet av anhöriga. Undersökningen bestod av 89 stycken frågor, baserade på fyra teman. Det första var personlighetsbeskrivning och –uppgifter och den andra delen deras känsla av olika typer av dödsfall. I den tredje delen skulle anhöriga besvara frågor kring hur upplevelsen om anhörigas omhändertagande och i den fjärde och sista delen beskriva sina personliga åsikter om vården på avdelningen, var och av vem personalen sökte eget socialt stöd vid vården av anhöriga. Åtgärdsplanen tog form efter att sjuksköterskor och läkare fyllt i ett frågeformulär och deltagit på uppföljningsmöten. I punktform kan personalen därefter strategiskt följa listan och riskerar inte att missa eller utelämna något i en för övrigt kanske mycket stressad tillvaro. Denna lista eller åtgärdsplan kunde sedan lätt bäras med sig som en minnesanteckning.

Hallgrimsdottir (2004) läser i sin studie ut och sammanställer de 25 senaste årens forskning inom området ”de starkaste behoven för de anhöriga att observera av sjuksköterskorna”. Studien genomfördes som bakgrund till detta arbete med 111 sjuksköterskor i Island och Skottland. Sjuksköterskorna fick i studien svara på 64 öppna svarsfrågor med målet att ta fram riktlinjer för hur bästa möjliga vård om anhöriga till patienterna ska kunna genomföras. Frågorna gällde i huvudsak utbildning och erfarenheter i samband med omhändertagande av anhöriga samt personliga åsikter och värderingar kring vården av desamma. Efter sina studier kom Hallgrimsdottir fram till att de saker som en anhörig främst har behov av, enligt de sjuksköterskor som frågats, är försäkran om att få uppriktiga svar, att få vara fysiskt och känslomässigt nära den döde/döende och information, att få veta vad som händer och varför. Även bekvämlighet i form av komfort och enskildhet och känslomässigt och fysiskt stöd var punkter som tagits upp (a.a).

## **Personalutbildning**

Hall och Hall (1994) gjorde en studie på 27 stycken anhöriga till patienter som avlidit på den aktuella akutavdelningen för mellan ett och tre år sen. Studien visar att för att personalen ska kunna göra ett så bra arbete som möjligt, krävs det någon form av utbildning inom området att ta hand om anhöriga som plötsligt förlorat någon anhörig. Personalen bör ha övning och färdigheter för denna typ av uppgift för att möta behovet som finns hos anhöriga. Författarna ser också behovet av att någon står bakom personalen som hela dagen stöttar andra och får ta del av så svåra situationer och möten under ett arbetspass.

Resultaten kring personalutbildningsfrågan delas även av Cooke et al (1992). I studien som är gjord på 78 akutavdelningar i England och Wales, där sjuksköterskor och läkare fyllt i enkäter, framgick att all personal inom intensivsjukvård och akutsjukvård ska ha regelbunden träning i omhändertagandet av anhöriga. I studien var det bara personalen på sju av de 78 avdelningarna som hade sådan regelbunden utbildning i vården av anhöriga. Det understryks att vård av anhöriga som just varit med om en smärtsam förlust är den svåraste och känsligaste arbetsuppgiften på en akutavdelning. Många av avdelningarna i studien kommenterade personalens känsla av otillräcklighet i kontakten med de anhöriga. Därför föreslår författarna att all personal

som kommer i kontakt med personer som plötsligt förlorat en anhörig har adekvat utbildning med betoning på kommunikation och rådgivning i samband med dödsfall (Cooke et al, 1992).

I en studie genomförd av George (1995) hade enbart 6 % av läkarna och 21 % av sjuksköterskorna någon form av träning eller utbildning på att ta hand om de anhöriga. I studien granskades svaren av 293 frågeformulär som skickats ut till akutavdelningar i hela USA. Dock fanns det en klar majoritet bland sjuksköterskorna som ansåg att det inte var tillräckligt mycket träning i grundutbildningen (79 %) och som ansåg att det behövdes ytterligare träning (82 %). Personalen kände behov av mer utbildning i att handskas med döden, döendet och anhöriga till den döende eller döde.

Flam (1999) lyfter i sin studie fram att sjuksköterskorna säger sig inte ha fått någon, eller otillfredsställande utbildning eller inte blivit tillsagda hur personalen ska delge en person dåliga nyheter. I studien deltog 52 läkare och sjuksköterskor som svarade på 89 frågor i ett formulär utformat av författaren till detta syfte. Personalen som deltog i studien säger också att den höga arbetsbelastningen gör att den sjuksköterskan som är ansvarig för patienten inte alltid är den som informerar de anhöriga. Sjuksköterskorna önskar att en kurator kunde vara med för att stödja de anhöriga, eftersom de själva anser sig sakna den kompetensen. Som eget socialt stöd tycker sjuksköterskorna att den övriga personalen på avdelningen är tillräcklig att prata med efter en allvarlig incident.

## DISKUSSION

Diskussionen inleds med en metoddiskussion som kommer att innehålla en redovisning om vårt tillvägagångssätt under studien samt vad som eventuellt kunde ha gjorts annorlunda. Detta följs av en resultatdiskussion, där studiens resultat tas upp.

### **Metoddiskussion**

Valet att göra en litteraturstudie och inte en empirisk studie gjordes för att tiden till vårt förfogande inte var tillräckligt för att både inhämta kunskapen och sedan materialet till en sådan studie. Den allra första sökningen i databaserna gav många träffar, problemet var att vi inte själva riktigt visste vad vi egentligen ville med detta arbete, det fanns ingen klar frågeställningen. Valet av Mesh-termer blev "trauma" och "bereavment", mest för att sondera terrängen och se vad som fanns och på så sätt sätta oss in i problemet. Området, inom vilket vi ville fördjupa oss, hade vi klart för oss, men den speciella inriktningen som önskades gick ur specialistutbildningssynpunkt inte att genomföra. Påverkan på vårt resultat kan bara spekuleras i. En empirisk studie av anhöriga i sorg hade kunnat ge en bättre bild lokalt, där vi nu på ett mer övergripande sätt kommit fram till resultatet.

Till slut framkom artiklar som motsvarade våra förväntningar och krav i form av intresse, aktualitet och relevans till vårt ämne. Det visade sig då inte vara så svårt att med resultaten besvara vår frågeställning.



Under vår artikelgranskning lästes artiklarna tillsammans och både innehållet och värdet på det som vi ville ha fram kunde redan på ett tidigt stadium diskuteras samsamman. Där språket eller sammanhanget var oklart fanns hjälp hos varandra, vilket förmodligen sparade oss mycket tid. Detta blev en extra motivationsfaktor inför arbetet.

Vi valde att arbeta med Joyce Travelbees omvårdnadsteori då denna fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimensioner. Sökandet efter hennes bok, *Interpersonal Aspects of Nursing*, blev omfattande men den var slutsåld på flera förlag och inget bibliotek i Malmö stad hade den i sin bibliotekskatalog. Därför löstes detta genom att använda en andrahandskälla som i vårt fall blev Kirkevold (2000).

I valet av Joyce Travelbees omvårdnadsteori blev det en smärre omstrukturering för vår egen del och förståelse. Det var inte längre patienten som var den andra delen i det mellanmännsliga mötet, utan de anhöriga blev de "nya" patienterna som ska komma att stå i fokus för vården efter att döden inträffat.

I denna typ av litteraturstudier ges författarna en ökad kunskap om människors upplevelser och behov. Den patientgrupp arbetet inriktar sig på, är en av de mest fruktade, mycket på grund av den okunskap som trots allt finns bland vårdpersonalen och även den fysiska och psykiska vikt att utföra det, till synes oändliga, arbete som det innebär att trösta någon som förlorat en anhörig. För att få fullständig förståelse för dessa patienter skulle egentligen en empirisk studie ha gjorts. Tidsfaktorn blev här det som fick oss att avstå. Så här i efterhand kan det också ifrågasättas, lämpligheten i att studerande, utan tidigare erfarenhet ger sig i kast med att intervju människor som har det så svårt.

Det är svårare för oss att bedöma trovärdigheten i kvalitativa studier än i kvantitativa, eftersom resultatet då tolkas av författarna. Deras egna utgångspunkter och de ras förståelse för ämnet kan göra att artikeln får en vinkling från författaren (Polit et al, 2001).

## **Resultatdiskussion**

Våra resultat presenteras i sex teman som de i arbetet framkommit under granskning av artiklarna.

Den sammanbindande länken kan börja när de anhöriga först kommer till sjukhuset efter beskedet att en anhörig befinner sig där. Därefter följer övriga punkter kronologiskt.

Travelbee ser lidandet som en fundamental allmänmännslig erfarenhet. Alla människor får förr eller senare erfara vad lidande innebär. Travelbee anser också att människor behöver hjälp med att finna meningen med lidandet, som hjälp med att gå vidare. Detta är det viktigaste syfte med omvårdnad (Kirkevold, 2000).

I de teman som följer visas en översikt av hur man kan lindra detta lidande.

### *Protokoll, åtgärdsplan*

Både Flam (1999) och Hallgrimsdottir (2004) la ett högt värde vid att personalen hade någon form av protokoll eller åtgärdsplan att följa för att inte utelämna någon viktig bit i omhändertagandet av de anhöriga när de kommit till sjukhuset. Båda hade gjort sina studier på sjukhuspersonal, för att få uppfattning av hur anhöriga faktiskt bemöts samt önskemål på förändringar och förbättringar.

Tanken att göra sådana här protokoll kan till en början kanske kännas auktoritärt, men insikten i att det görs för de anhörigas bästa och att detta, om det faller ut väl, kommer att bli en rutin, såväl som vilken annan.

### *Typ av språk*

Travelbee anser att kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste arbetsredskap. Kommunikationen är en förutsättning för uppnåendet av det som enligt henne är målet med omvårdnaden, nämligen att hjälpa patienten att bemästra sitt lidande och finna en mening i sin upplevelse (Kirkevold, 2000).

Flam (1999) identifierar i sin studie värdet av talets betydelse för de anhöriga, att någon lugnt berättar för dem vad som inträffat och att de fortlöpande får information. Denna information ska vara fri från medicinska termer som kan förvilla eller få den anhörige att känna sig otillfredsställd. Detta då Hall och Hall (1994) menar att det första intrycket av vården ofta är bestående. En person som tycker sig ha blivit överkörd av en läkare som försökt att dölja sig bakom ord för att skapa en atmosfär av professionalism, anser sig inte vara tillfredsställd med information som redan i situationen är svår att ta till sig.

Informationen tycker Hall och Hall (1994) ska ges av rätt person, vid rätt tillfälle, på rätt plats och på rätt sätt för att de anhöriga ska tillgodogöra sig informationen. Hastigheten fann författarna också vara en källa till möjlig missförståelse eller upplevelsen av helt utebliven information. Vid väldigt tragisk information, till exempel vid dödsbud, bör man dela upp och sprida ut informationen. Sinnet blir mättat när så mycket känslor blir följden av informationen.

Hallgrimsdottir (2004) fann att isländska sjuksköterskor nästan upplevde det som ett krav från de anhöriga, att ständigt få information och om vad som görs och varför. Detta såg författaren efter att ha funnit att familjebanden hade en otroligt stark roll där, till skillnad från Skottland. På Island tycktes också anhöriga spela en större roll i tillfrisknandet. Detta mycket till följd av att familjen bor annorlunda på Island, med släktingar som inneboende och med fler och vuxna barn boendes kvar hemma längre.

### *Omständigheterna kring döden*

Hodgkinson et al (1995) upptäckte i sin studie att omständigheterna kring döden kan göra skillnad på längden av sorgen och intensiteten av sörjandet. Detta gjordes i en jämförelse med patienter vars anhöriga var medvetna om att döden var väntad. Författarna såg också att de som förlorat en anhörig i en katastrof har mer men av sin situation, än de som själva varit med i en katastrof och överlevt.

En lite annorlunda vinkling av detta fann Bonnano et al (2003) i sin undersökning av änkor/änkemän. Författarna fann inget direkt samband mellan de anhörigas reaktioner

efter döden och på vilket sätt döden inträffat. De vill dock lyfta fram att antalet symptom och graden av dessa ökar vid plötsliga smärtsamma förluster. Ett exempel på detta är bilolyckor. Författarna menar också att alla som förlorar någon genom självmord riskerar ett livslångt sörjande (Bonnano et al, 2003).

Den eventuellt efterföljande traumatiska kris som de anhöriga kan gå igenom kan beskrivas utifrån händelsens personliga innebörd och betydelse (Osberg, 1996).

Det är också viktigt att vara uppmärksam som sjuksköterska vilken fas i krisförloppet de anhöriga är i. Detta varierar ifrån person till person. Vissa anhöriga kan gå över ifrån chockfasen till reaktionsfasen på ett par timmar, medan andra anhöriga kan vara i chockfasen i ett par dagar (Cullberg, 1992).

### *Anhörigrum*

Efter att anhöriga kommit till avdelningen och mottagit beskedet, eller i väntan på vidare information visar flera studier (Cooke et al, 1992; Ellison et al, 1990; George, 1995; Hall och Hall, 1994) att ett anhörigrum, där anhöriga kan få smälta informationen de fått, eller bara få komma till en lugn miljö och i sin ensamhet få sörja är ovärderligt.

Hall och Hall (1994) fann att ett sådant separat väntrum åt de anhöriga kunde garantera enskildhet om önskemål för detta fanns och minimera störanden för dessa under tiden de fick information.

Även Cooke et al (1992) delade åsikterna om behovet av ett separat rum vikt åt de anhöriga. Rummet skulle helst ligga i närheten till traumarum, återupplivningsrum eller liknande. Det ska även gå att komma in i anhörigrummet utan att behöva passera det vanliga, oftast större och folktäta, väntrummet via antingen en annan dörr utifrån, eller via en passage parallellt med väntrummet (Cooke et al, 1992).

Sällskap i form av en sjuksköterska som bland annat leder en in i rummet är ytterligare en sak som identifierades av Ellison et al (1990). På just detta sjukhus där denna studie var gjord, hade sjuksköterskorna fått utbildning i omhändertagandet av de anhöriga. Författarna fann även att rummets möblering och utrustning i form av vask och möjlighet till kaffe spelade en stor roll för de anhöriga, då detta skapade en hemtrevlig atmosfär som ett steg bort från den kliniska miljö som anhöriga befann sig i.

Rummets möblering var källan till inspiration i artikeln av George et al (1995). De efterfrågade bekväma fåtöljer eller soffor, egen toalett i anslutning till rummet och tillgång på kaffe och the. Även telefon var önskvärd, men här var risken för olämplig användning stor.

### *Skriftlig information*

Ett flertal studier visar att när informationsflödet blir så stort och känslorna så många, är det en fördel att låta de anhöriga själva tillgodogöra sig viss information som inte är direkt knuten till de medicinska aspekterna, utan ren praktisk information (Cooke et al, 1992; Flam, 1999; Hall & Hall, 1994).

Travelbee menar att kommunikation kan antingen lindra eller förstärka den anhöriges isolering och ensamhet. I ett sådant här läge bör kommunikationens innehåll bestå i ”välgörenhet”, det vill säga att ge de anhöriga styrka (Kirkevold, 2000).

Cooke et al (1992) presenterar i sin artikel att skriftlig information är ett viktigt komplement till den muntliga information som kommer från personalen. Författarna ser även behovet av skriftlig information från lokala institutioner och frivilliga anhörigorganisationer som kan ge råd och stöttning under den jobbigaste perioden under sörjandet.

Flam (1999) fann att de efterlevande önskade mer av den praktiska informationen som till exempel vart de kunde vända sig för att se den döde en sista gång, eller bara komma i kontakt med en begravningsbyrå. I den genomförda studien saknade många anhöriga just information, i alla de former, och upplevde att de blivit mer eller mindre förbisedda. Resultatet på avdelningen blev en folder åt alla de anhöriga till dödsfall med kondoleanser från avdelningens sida och just den efterfrågade informationen med bland annat telefonnummer till begravningsentreprenörer.

I informationsflödet kan det vara skönt att bara få ta det lugnt, stänga av hörseln, smälta det man fått in, för att ta nya tag och bearbeta sorgen. Hall och Hall (1994) fann att det var just då som skriftlig information är ovärderlig. De anhöriga kan med detta komplement till sjuksköterskornas och läkarnas information bättre tillgodogöra sig informationen om vad som hänt och vad som kommer att hända den närmsta tiden.

Lundin (1992) identifierade just detta, att ge praktisk hjälp och information när det behövs som mest.

### *Personalutbildning*

Uppgiften att ta hand om de anhöriga är bland de svåraste uppgifterna man kan göra på en akutavdelning. Därför har bland annat Hall och Hall (1994) i sin studie påpekat behovet av att personalen har lämplig utbildning vid denna typ av uppgift. Personalen bör ha både övning och färdigheter för att göra ett så bra bestående intryck av upplevelsen för de anhöriga som möjligt. Författarna ser även behovet för stöd till individer som själva står bakom och stöttar lidande anhöriga hela dagen.

Cooke et al (1992) går ett steg längre och begär inte bara utbildning, utan även regelbunden träning i omhändertagandet av de anhöriga. I utbildningen efterfrågar författarna inriktning och fokus på kommunikation och rådgivning i samband med dödsfall. Studien visade på otroligt lågt antal som hade någon form av utbildning, och personalen kände till och med sin otillräcklighet i kontakten med anhöriga.

I studien genomförd av George (1995) uttrycker en stor grupp sjuksköterskor sina brister inom omhändertagandet av de anhöriga. En ännu större del av sjuksköterskorna ansåg att de absolut behövde mer träning på att ta hand om döden, döendet och de anhöriga till den döende eller döde.

Flam (1999) ser tydliga brister i sjuksköterskornas och läkarnas utbildning kring att delge någon anhörig dåliga nyheter. På grund av denna självuppskattade brist på kun-

skap och utbildning önskar personalen att vid ett sådant möte få tillgång till och hjälp av en kurator vid meddelande av känsloladdad eller obehaglig information (Flam, 1999).

## SLUTSATS

Detta arbete önskar ligga till grund för att skapa en första uppfattning i bemötandet med de människor som just förlorat en anhörig. Vi vill upplysa läsaren om svårigheten i bemötandet och betydelsen detta har för den sörjande anhörige.

Det är en bra grund som sjuksköterskor att ha kunskap och även utbildning inom detta område. Att kunna hjälpa en anhörig i sorg är bland de svåraste uppgifterna som finns men också den nödvändigaste. Det är skönt att kunna veta att man kan ge adekvat vård till anhöriga.

De viktigaste punkterna kring detta bemötande har i arbetet identifierats till *anhörigrum, typ av språk, skriftlig information, omständigheterna kring döden, protokoll och åtgärdsplan* och *personalutbildning*. Detta har vi funnit i de olika artiklarna som vi har granskat i studien. I en del artiklar ser man detta ur en positiv synvinkel medan i en del andra artiklar, där författarna inte är nöjda med resultatet, ser man en god vilja till förbättring.

Våra rekommendationer är att dessa punkter i vårt resultat i så stor utsträckning följs för att ge de sörjande anhöriga bästa möjliga vård. Detta för att skapa en möjlighet för läsaren att på ett så bra sätt som möjligt bemöta den anhörige och lägga grunden för det kommande sorgearbetet.

Vår förhoppning är att det inom en snar framtid görs fler studier och att dessa kanske, utöver de ämnen vi behandlat här, också belyser skillnader och behov som kan finnas i olika kulturer.

## REFERENSER

### Böcker

Cullberg, J (2003) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.

Cullberg, J (1992) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

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

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

Lundin, T (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Polit, D F, Beck, C T & Hungler, B P (2001) *Essentials of Nursing research. Methods, Appraisal and Utilization* Philadelphia, NY: Lippincott.

### Artiklar

Bonanno, George A & Kaltman, S (2003) Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-147.

Cooke, H M, Cooke, M. W & Glucksman, E E (1992) Management of sudden bereavement in the accident and emergency department. *The British Medical Journal*, 304, 1207-1209.

Ellison, G, McGuinness, S & Yates, D W (1990) Care of the suddenly bereaved. *The British Medical Journal*, 301, 29-31.

Flam, R (1999) Helping the Bereaved at the Emergency Department: A Study at the Brussels University Hospital. *International Journal of Trauma Nursing*, 5, 95-98.

George, C, Granger, C-E, Shelly, M P (1995) The management of bereavement on intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 21: 429-436.

Hall, B & Hall, D A (1994) Learning from the experience of loss: people bereaved during intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 265-270.

Hallgrimsdottir, E M (2004) Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 114-120.

Hodgkinson, P E, Joseph, S, Williams, R & Yule, W (1995) Measuring grief after sudden death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Person. Individ. Diff.*, Vol. 18, No. 6, 805-808.

Vierthaler, J & Wayment, H A (2002) Attachment styles and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129-149.

### **Övriga källor**

Nationalencyklopedins Internettjänst, NE.se.

>[http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O116142&i\\_word=bem%f6tande](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O116142&i_word=bem%f6tande).

Nilsson, O, Oremark, I, Ulfberg, S (1994) Krisstöd till anhöriga på akutmottagning. Sorgarbetet lindras av omedelbart stöd. *Läkartidningen*, Vol 91, nr 24, 2429-30.

Osberg, J S (1996) Trauma: Impact on Work and Family Finances *Am J Public Health* 1996;80 890-897.

Socialstyrelsen 1996:29, Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall.

>[http://www.sos.se/sosfs/1996\\_29/1996\\_29.htm](http://www.sos.se/sosfs/1996_29/1996_29.htm). Stockholm: Socialstyrelsen.

Kager-Hidås, M & Olsson, A-L, (1997) *Bemötande av närstående till patienter som anländer akut till Intensivvårdsavdelningen*, *Ventilen* (4):22-6.

# BILAGOR

Bilaga 1: Mall för granskning av artiklar

Bilaga 2: Kritisk granskning och sammanfattning av artiklar



## BILAGA 1. MALL FÖR GRANSKNING AV ARTIKLAR

För att granska våra vetenskapliga artiklar har Polit, et al (2001) använts. Granskningen har skett enligt nedanstående;

- ?? Titeln ska vara tydlig och spegla innehållet och locka till läsning. Titeln får innehålla högst 15 ord.
- ?? Abstractet ska ge en god överblick över vad studien handlar om. Den ska innehålla mellan 100-200 ord. Abstractet ska ge svar på forskarnas syfte och frågeställning, vilken metod som författarna har använt sig av och vad forskarna upptäckte.
- ?? I introduktionen ska forskarna ha använt sig av rätt referensteknik, anknytningar och referens till tidigare forskning, det ska framgå tydligt vad forskarna valt att undersöka och varför samt definition på begrepp som kan misstolkas.
- ?? I syftet ska författarna ha angett sitt syfte och sina frågeställningar.
- ?? I metoden beskrivs metod, urval och tillvägagångssätt. Man ska även kunna läsa om hur data har analyserats, om metoden är adekvat, om författarna har tagit hänsyn till etiska aspekter samt hur tillförlitligt resultatet är.
- ?? I resultatet presenteras om redovisningen är klart logiskt relaterad till problemet, om resultatet är enkelt att följa, om eventuella tabeller och figurer är tydliga, om resultatet stämmer överens med syftet och om studiens frågeställningar är besvarade.
- ?? Diskussionen tar upp författarnas svagheter. Här ska även stå om reflektioner kring metodens för- och nackdelar. Förslag på annat tillvägagångssätt kan även tas upp här. Forskarna ska även diskutera om det finns förslag till fortsatt forskning och vilka slutsatser som forskarna drar av studien.
- ?? Referenserna ska vara relevanta och aktuella och ha rätt referensteknik.

## BILAGA 2. KRITISK GRANSKNING OCH SAMMANFATTNING AV ARTIKLAR

Artikel 1: Bonanno, George A. & Kaltman, S. (2003) Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-147

**Titeln** ger med sina elva ord en tydlig bild gällande innehållet. **Abstraktet** ger en god överblick av artikelns innehåll och dess behov. Studien har ett tydligt abstrakt med 147 ord. Studiens syfte, att följa symtomen hos de som har förlorat en anhörig under plötsliga omständigheter, och huruvida omständigheterna påverkar symtomen, framgår också tydligt. Författarna har gjort metodvalet prospektiv studie, de har dock inte gett någon närmare beskrivning till detta i abstraktet. Resultatet redovisas som att det inte gick att förutse några symptom på sorg relaterat till traumat. I **introduktionen** syns referenser till tidigare studier och författarna beskriver vad de vill belysa med denna studie. Artikelförfattarna valde att rekrytera sina informanter via dagstidningar i San Fransisco, med kravet att de skulle ha förlorat sin make/maka de senaste tre till sex månader. Genom denna rekrytering missar författarna ett kanske mer representativt urval. **Metoden** är klagörande och deltagarna i studien skulle vara mellan 21-55 år och de skulle ha varit gifta eller bott tillsammans i minst tre år innan de blev ensamma. Totalt deltog 87 stycken informanter (69 % kvinnor och 31 % män). Deltagarna i studien blev intervjuade av tre psykiatridoktorander. Efter 14 och 25 månader genomfördes en 2: a och 3: e intervju av samtliga informanter. En ersättning om tio dollar utgick till deltagarna. Denna ekonomiska ersättning kan ha påverkat vilka som önskade vara med i studien. I **resultatet** kunde inte påvisas några signifikanta värden som skulle kunna visa på ett samband mellan plötsliga omständigheterna kring döden och symtomen hos änkan/änkemannen. Författarna framhåller i sin **diskussion** att antalet personer i studien inte var så många, men också att detta är en svårighet i denna typ av studie och att det finns många exempel på liknande studier som haft samma problem. Författarparets **referenslista** är oerhört ambitiös med tanke på studiens storlek. Artiklarna är samtliga knutna till innehållet och aktuella.

Artikel 2: Vierthaler, J. & Wayment, H.A. (2002) Attachment styles and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129-149

**Titeln** till denna artikel är kort och koncis. Men den ger på så sätt också en ganska bred bild av vad artikeln kan handla om. Till följd av en lång resultatbeskrivning blir **abstraktet** i sin helhet också ganska långt. I övrigt var det tydligt beskrivet vilken typ av metod som används och läsaren blir ledd rakt in i artikeln. Efter en gedigen **introduktion** med många anknytningar till tidigare forskning, utvecklas syftet, som är att beskriva hur olika personer med olika förhållningssätt/relationer till den döde förutspås reagera. Författarnas metod bestod av att placera ut enkäter på olika akutavdelningar och 60 %, 91 enskilda personer (70 kvinnor och 21 män) över 18 års ålder, som hade förlorat en make/maka, familjemedlem eller nära vän det senaste året, svarade på formuläret. Bland annat fanns följande frågor att besvara; ålder, kön, utbildningsgrad, tid som passerat sedan dödsfallet och förhållningssätt till den döde.

**Resultatet** presenteras i en tydlig tabell och stämmer väl överens med syftet. Ju närmre anhörig och ju hastigare den döde lämnat livet, desto större sorg fick de efterlevande. Lägre utbildningsgrad medförde mindre risk för depression och äldre kände en lägre grad av somatisering. Författarna tar i sin **diskussion** upp, att förutse reaktioner i samband med dödsfall relaterat till utbildning och andra faktorer, är svårt att undersöka. En svaghet kan vara att personer själva uppskattade sin grad av sorg och depression. Ytterligare en kan vara rekryteringssättet, som bestod av att låta anhöriga själva ta av de utplacerade enkäterna och fylla i dessa. Det kanske bara är personer som anser sig kommit över sorgen, eller i alla fall inte vara så besvärad av sorgen som svarar. **Referens listan** till denna artikel innehåller relevant litteratur som inte är för gammal.

Artikel 3: Flam, R. (1999) Helping the Bereaved at the Emergency Department: A study at the Brussels University Hospital. *International Journal of Trauma Nursing*, 5, 95-98

**Titeln** till denna artikel tycks inrikta sig på var den är gjord snarare än vad den egentligen handlar om. I ett kort **abstrakt** kan det utläsas den viktigaste informationen i form av syfte, metod och resultat. Syftet var att ta fram åtgärder för att förbättra omvårdnaden för personalen på akuten och människor i sorg. Detta gjordes genom enkäter som fylldes i av personalen och av läkare. I slutändan togs en informationsfolder fram till familjer och anhöriga. Forskarna har en tydlig **introduktion** i sig, men använder inte några referenser till tidigare forskning inom området. Det framgår tydligt att forskarna vill undersöka hur stor mängd och vilken typ av stöd personalen ger till de personer som förlorat en anhörig. De vill också undersöka hur personalen hanterar sin egen stress och möjligheterna att påverka och förbättra dessa två ovanstående punkter. Efter att ha genomfört en pilotstudie i sin **metod**, tog författarna fram en enkät som besvarades av 52 sjuksköterskor och läkare med en medelålder på 30 år i intervallet 20-45 år (52 % kvinnor och 48 % män). Personalen värderade känslomässiga intensiteter i 15 olika fall som berörde plötslig död i en skala på 1 (detta bekommer mig inte) till 4 (detta är chockerande för mig). Exemplena i fallen varierade i ålder, kön och typ av dödsorsak. **Resultatet** i studien är besvarade i löpande text som besvarar syftena väl. Ur resultatet presenteras även informationsfoldern med rekommendationer till personalen. Frågan är hur annorlunda resultatet blivit om man frågat anhöriga istället för personalen. Författarna tar varken upp svagheter eller styrkor i sin **diskussion**, de hoppas dock att de kan bidra till en ökad "high touch"-care (avancerad beröring/omvårdnad) som ett komplement till den "high tech"-care (högteknologiska omvårdnad) som det idag arbetas mycket med. **Referenserna** till detta arbete är i vårt avseende godkända.

Artikel 4: Cooke, H. M., Cooke, M. W. & Glucksman, E.E. (1992) Management of sudden bereavement in the accident and emergency department. *The British Medical Journal*, 304, 1207-1209

Efter att ha läst **titeln** ges en tydlig och precis bild av vad arbetet kommer att handla om. **Abstractet** innehöll ett syfte med studien, att fastställa behovet och tillgångarna av utrymmen att användas av de anhöriga efter att de har blivit drabbade av ett döds-

fall. Metoden bestod av att de skickade ut enkäter till 98 akutavdelningar i England och Wales. Det visade sig i resultatet att 60 stycken sjukhus hade ett sådant specifikt rum. I **introduktionen** finns tydliga referenser till tidigare arbeten inom området. De framhäver vikten av ett enskilt rum för att tidigt bygga en grund av förtroende och information att bearbeta sorgen på. Studien genomfördes för att ta reda på till hur stor del optimal omvårdnad utövades på de större akutavdelningarna i England och Wales. Författarna använde i sin **metod** ett strukturerat frågeformulär som skickades ut till alla akutavdelningar som hade hand om fler än 50 000 nya patienter varje år. Formulären returnerades anonymt, således kunde ingen uppföljning ske. Frågorna behandlade utrymmen, omvårdnad till efterlevande och procedurer kring att låta de efterlevande se den avlidne. Även rutinerna i samband med barns död undersöktes. Av de 98 akutavdelningarna som fick formuläret svarade 78 stycken. I **resultatet**, som redovisades i en tabell, framgår vad som finns i form av utrustning och möbler på det speciella rummet till de anhöriga. Förslag på förbättringar redovisas i en annan. Författarna anser att det fortfarande saknas rätt utrustade lokaler åt de anhöriga, rätt utbildad personal och uppföljning efter dödsfall. Åtgärdas detta, kan smärtan hos de anhöriga lindras. Även här ifrågasätts urvalet som består av personal istället för anhöriga. Författarna tar inte upp några svagheter med artikeln i sin **diskussion**. De berättar att anhörigvård efter dödsfall är den svåraste uppgiften som genomförs på en akutavdelning. "The last memory, is the lasting memory." Författarna har varit sparsamma i fråga om sina artiklar, och har bara använt fyra stycken i sin **referenslista**.

Artikel 5: Hall, B. & Hall, D. A. (1994) Learning from the experiences of loss: people bereaved during intensive care. *Intensive and critical Care Nursing*, 10, 265-270

Artikeln har en bra och fyllig **titel**, den ger en klar och tydlig bild över innehållet. I **abstraktet** får läsarna veta att syftet med studien är att ta reda på åsikter och erfarenheter från de anhöriga som förlorat någon nära. Författarna intervjuade 16 personer, som nyligen hade förlorat en anhörig, inom en mängd områden. De kom på så sätt fram till de områden som krävde förbättring. I **introduktionen** har författarparet refererat till en liknande undersökning som är bra belyst. De efterfrågar ett eget rum åt de anhöriga, att delge dem informationen, som oftast är upprörande, och att kunna lyssna på och ge dem en chans att prata med personalen i lugn och ro. Syftet med studien var att låta de anhöriga själva värdera och uttrycka sina tankar och upplevelser kring vården i samband med anhörigas dödsfall. **Metoden** är klar och tydlig. Forskarna skickade ut 43 stycken brev till anhöriga som varit i situationen att förlora en anhörig för ett till tre år sedan och i samband med detta varit på sjukhuset i mer än tolv timmar. En nackdel med den långa tid som passerat, är att anhörigas minnen av känslor och upplevelser kanske har förändrats eller försämrats. Resultatet i studien kunde ha blivit helt annorlunda ifall forskarna valt att använda anhöriga där tiden från dödsfallen varit kortare. Författarna fick 27 svar, men endast 16 stycken av dessa blev intervjuade på grund av att de övriga fortfarande kände för stark sorg. Informanterna fick frågorna hemskickade i förväg. **Resultatet** presenteras i löpande text på ett tydligt och lättläst sätt. Författarna påpekar hur viktigt det är när, var, hur och av vem informationen ges, och framför allt att informationen är på ett lättförståeligt språk. Författarna önskar i **diskussionen** fler uppföljningsstudier, men skriver inget om studiens svagheter. Med avseende på artikelns ringa storlek finns det många artiklar i **referenslistan**.

Artikel 6: Ellison, G., McGuiness, S. & Yates, D. W. (1990) Care of the suddenly bereaved. *The British Medical Journal*, 306, 29-31

**Titeln** har bara fem ord och säger egentligen väldigt lite om vad som ska behandlas. Artikeln har ett ordamässigt långt **abstrakt**, men ur innehållssynpunkt blir det kort. Syftet är att beskriva några problem i mötet med de anhöriga i sorg och presentera erfarenheter av en rådgivande service som finns på akutavdelningen. Men av metod och resultat berättas inget. I **introduktionen** beskrivs några av problemen och hur denna avdelning försökt att avhjälpa dessa. Författarna har endast en referens i sin introduktion. De vill med hjälp av denna studie lyfta fram lösningar på de problem som kan uppkomma på en akut avdelning. Därför har de i sin **metod**, identifierat en rad faktorer som kan komplicera och göra förlusten av en anhörig ännu större. Journalerna från alla dödsfall på avdelningen under ett års tid samlades in och bearbetades utifrån värdet av ett rum för anhöriga och att få informationen på ett icke-medicinskt språk av en sjuksköterska. **Resultatet** presenterades därefter i löpande text med hjälp av exempel och sammanställning av de identifierade faktorerna. I **diskussionen** tar författarna upp att en människas personligheter och sociala omständigheter kommer att påverka hur hon reagerar då en anhörig dör. Därför föreslår författarna att sjuksköterskor använder ett så brett bemötande som möjligt. Som nämnts innan hade författarna valt att inte använda så många **referenser**. De som finns verkar dock vara väldigt nära ämnet som beskrivits i artikeln. Artikeln i sig är äldre än de övriga, men bedömdes ändå kunna bidra med nyttig kunskap i ämnet.

Artikel 7: Hallgrimsdottir, E. M. (2004) Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 114-120

Troligen är det svårt att hitta en mer uttömmande **titel** till detta kvantitativa arbete. Som kritisk granskare kan kanske sambandet mellan isländska och skotska sjuksköterskor ifrågasättas. Artikelns **abstrakt** är tydligt och strukturerat i form av syfte; att undersöka skotska och isländska sjuksköterskors åsikter och erfarenheter av anhöriga till avlidna eller allvarligt sjuka patienter, metod; data samlades in genom enkäter, och resultatet; att utbildning i vården av anhöriga saknas eller är bristfällig. Artikeln, som i sin helhet är ganska lång, har en **introduktion** med många referenser till tidigare forskning. De urskiljer fem saker som anhöriga kan förutses ha behov av. Den första var försäkran om att få uppriktiga svar. Närhet var det andra, att få var fysiskt och känslomässigt nära den döde/döende. Som tredje punkt är information, att få veta vad som händer och varför. Bekvämlighet i form av komfort och enskildhet var fjärde punkten, och känslomässigt och fysiskt stöd var den femte. **Metoden** var att låta 108 sjuksköterskor på tre akutavdelningar i Glasgow, och 95 stycken sjuksköterskor på de tre befintliga akutavdelningar på Island fylla i en enkät med 54 frågor. **Resultatet** av enkäten presenterades med hjälp av diagram och i löpande text på ett lättläst sätt. Även skillnaderna mellan de isländska och de skotska sjuksköterskorna presenterades. De främsta bristerna ser författarna vara bristen på lokaler till de anhöriga, nedskrivna information och information vart de kan vända sig för att få stöd i efterhand. I **diskussionen** berörs lite mer skillnaden mellan de olika ländernas arbetsbelastning, utbildningsgrad, och om personalen ska tillåta att anhöriga ser återupplivningsförsö-

ken. Någon annan form av självkritik förekommer inte. Artikeln är omfattande och detsamma gäller **referensantalet**

Artikel 8: Hodgkinson, P. E. Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1995) Measuring grief after sudden death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Person. Individ. Diff.*, Vol.18 No. 6, 805-808

Vi finner en tydlig och specifik **titel** till artikeln, med tydligt innehåll. Den har ett tydligt abstract och en bra och innehållsrik **introduktion** med syftet att mäta intensiteten på sorgreaktioner hos de som förlorade en anhörig vid färjekatastrofen i Zeebrugge 1987. **Metoden** var att undersöka detta med hjälp av ett frågeformulär samt ett verktyg som mäter allmänna psykologiska symtom och traumareaktioner och ger en viss poäng på en skala. Resultatet var att de som hastigt förlorat en anhörig, fick högre poäng och hade således fler symtom till följd av förlusten av en anhörig. Detta skiljer sig från människor vars anhörig dog en förväntad död efter till exempel en längre tids sjukdom. Författarna refererar till en mängd andra artiklar i introduktionen, både till sitt verktyg, och till andra artiklar inom samma ämne. Det går att se tydliga samband till den tidigare forskningen. Det finns många studier gjorda på ämnet smärtsamma förluster, men denna studie vill inrikta sig på intensiteten i sorgarbetet. Ett frågeformulär skickades ut till alla överlevande via en databas efter färjekatastrofen i Belgien som de sedan granskade med hjälp av sitt verktyg. De fick tillbaka 74 stycken formulär. Författarna vet tyvärr inte exakt hur många som egentligen fick det. **Resultatet** presenterades i tabeller och i löpande text, som är enkelt att följa. I **diskussionen** tar författarna upp eventuella felkällor i studien. En sådan kan vara att de värst drabbade inte svarade på formuläret. Hur representativt urvalet är i denna studie är oklart. De lämnar inte direkt några förslag på fortsatt forskning, men hävdar att verktyget de använder fyller sin funktion. Författarna har använt sig av lika många **referenser** till sitt verktyg som till andra vetenskapliga artiklar. Referenserna förefaller vara aktuella och röra de begrepp som författarna valt att forska på.

Artikel 9: George, C., Granger, C. E. & Shelly, M. P. (1995) The management of bereavement on intensive care units. *Intensive Care Med*, 21, 429-436

**Titeln** är tydlig och speglar innehållet i studien. Här syns ett **abstract** som är väldigt tydligt och väldigt bra. Den tar upp syfte, metod och resultat för sig och underlättar på det vis läsningen. I **introduktionen** syns att författarna har refererat till ett par gamla studier. Därigenom vill de fortsätta att forska inom detta område. Artikeln har en bra och innehållsrik introduktion. Det framgår tydligt ur texten att författarna vill undersöka personalens attityd och utbildning i hur de hanterar anhöriga till plötsliga dödsfall. Syftet i studien var att undersöka hanteringen av smärtsamma förluster på intensivvårdsavdelningar över hela USA och att identifiera brister som finns, antingen i försörjning av personalens kunskap i hur de hanterar smärtsamma förluster eller i anordningar och stöd, tillgängliga för de sörjande. De använde sig av frågeformulär i sin **metod** som skickades till de äldre sjuksköterskor och äldre läkare i alla generella intensivvårdsavdelningar i hela landet och som hade mer än fyra sängar per avdelning. Frågorna handlade om sjuksköterskans medicinska genomförande omkring tiden då patienten dog, personals attityd och kunskap i handlande med smärtsamma

förluster och stödet som de får i denna arbetsroll. De erhöll 68 % svar, 293 av 430 stycken. De flesta intensivvårdsavdelningarna hade möjligheter och hjälpmedel för de anhöriga, men lite hjälp för det specifika behoven av smärtsamma förluster till de anhöriga. Endast sex procent av läkarna och 21 % av sjuksköterskorna hade utbildning i omhändertagandet när det gäller förluster och sörj. En stödgrupp i personalen var tillgängliga i 23 % av avdelningarna och 75 % av de kvarstående tyckte att det skulle vara bra att ha. Brist på personalutbildning och dåliga hjälpmedel för anhöriga identifierades som det största problemet hos akutpersonalen. Författarna har i löpande text beskrivit sitt **resultat**. De har även med sitt frågeformulär som de hade använt i sin forskning. Författarnas slutsatser i sin **diskussion**, var att många läkare och sjuksköterskor som jobbade på avdelningarna känner brister i sin kunskap med att hantera smärtsamma förluster. En minoritet av avdelningarna hade stödmekanismer tillgängliga för deras personal. Många i personalen känner att de inte kan erbjuda de anhöriga vad de behöver. Att förbättra dessa behov, skulle spela en stor roll, inte bara för att minska personalens stress utan också minska dödligheten hos överlevande anhöriga. **Referenserna** är relevanta för studien.