

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT MÖTA EFTERLEVANDE VID PLÖTSLIGA DÖDSFALL

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

HANNA LUNDQUIST
MALIN WESTERLING

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT MÖTA EFTERLEVANDE VID PLÖTSLIGA DÖDSFALL

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

HANNA LUNDQUIST
MALIN WESTERLING

Lundquist, H och Westerling, M. Sjuksköterskors erfarenheter av att möta efterlevande vid plötsliga dödsfall. En kvalitativ litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2019.

Bakgrund: Sjuksköterskor på en akutmottagning ställs ofta i situationer där de möter efterlevande. I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor står det om hur sjuksköterskor ska främja hälsa och bota eller lindra sjukdom, men ingenting om hur sjuksköterskor ska agera när döden är ofrånkomlig. Forskning visar att efterlevande kan påverkas i ett längre perspektiv när en anhörig plötsligt avlider. De lider högre risk att återkomma till vården i ett senare skede med både somatiska och psykiska besvär.

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av möten med efterlevande efter plötsliga dödsfall.

Metod: Studien genomfördes som en litteraturstudie. Databaserna Cinahl och PubMed användes vid litteratursökningar. Studien är baserad på elva vetenskapliga artiklar som har granskats, analyserats och sedan sammanställts till ett resultat.

Resultat: Resultatet visar att det finns ett stort behov av kunskap och handledning för sjuksköterskor. Sjuksköterskorna upplevde att akutmottagningar är dåligt anpassade för efterlevande och deras behov. Känslor och kommunikation påverkade relationen och mötet mellan sjuksköterskor och efterlevande.

Konklusion: Trots att sjuksköterskor på en akutmottagning ofta sätts i situationer där de behöver möta efterlevande, visar resultaten att det finns för lite forskning, utbildning och möjligheter för sjuksköterskor att utveckla sina färdigheter och öka sina kunskaper. Det behövs mer forskning som påvisar på hur man ska agera i dessa möten, men också hur bristerna på kunskap påverkar sjuksköterskorna och deras förmågor i ett längre perspektiv.

Nyckelord: Akutsjukvård, bemötande, efterlevande, plötslig död, sjuksköterskors erfarenheter

NURSES' EXPERIENCES OF CARING FOR SUDDENLY BEREAVED

A QUALITATIVE LITERATURE REVIEW

HANNA LUNDQUIST
MALIN WESTERLING

Lundquist, H and Westerling, M. Nurses' experiences of caring for suddenly bereaved. A qualitative literature review. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2019.

Background: Nurses in the emergency care unit are often put in situations where they meet suddenly bereaved. The education for future nurses is inadequate in relation to how to approach bereaved individuals. The education focuses on how to promote health and how to cure illnesses but very little on how to act when death is inevitable. Existing research show that bereaved individuals experience long term effects when someone close to them suddenly dies. They often return as patients later on in life, in both somatic and psychiatric care.

Aim: The aim of this literature review was to highlight nurses' experiences of approaching suddenly bereaved.

Method: The study was carried out as a literature review. Database searches were made in Cinahl and PubMed. Eleven qualitative studies have been reviewed, analyzed and put together to a result.

Results: Results showed that there is a need of knowledge and support for nurses. The emergency rooms are clearly not customised for the bereaved and their needs. Feelings and communication affect the relationship and the meeting between nurses and suddenly bereaved.

Conclusion: Nurses in the emergency care are often put in situations where they meet suddenly bereaved. Results showed a lack of research, education and opportunities for nurses to develop their skills and knowledge. More research is needed on how to act in these situations but also how lack of knowledge affects nurses in the long term.

Keywords: Bereaved, emergency care, experiences, nurses', sudden death.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
INLEDNING	3
BAKGRUND	3
Sjuksköterska.....	3
Plötslig död.....	4
Efterlevande.....	4
Teoretisk referensram.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE.....	6
METOD.....	6
Frågeställning	6
Inklusions- och exklusionskriterier	6
Inklusionskriterier	6
Exklusionskriterier	6
Litteratursökning	7
Sökord	7
Urval.....	7
Relevans- och kvalitetsgranskning.....	7
Analys.....	8
RESULTAT.....	8
Behov av ökade kunskaper.....	9
Otillräcklig utbildning	9
Handledning som stöd	9
Begränsade resurser.....	9
Frånvaro av stöd från organisation och chefer	10
Brist på tid och rum för efterlevande.....	10
Avsaknad av riktlinjer	10
Önskan om interprofessionell samverkan	10
Hur känslor påverkar mötet.....	11
Relationens betydelse	11
Känslomässigt agerande	11
Vikten av en fungerande dialog.....	12
Tydlig information	12
Kommunikation vid chock	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion.....	13
Kvalitativ forskningsmetod	13

Frågeställning	14
Inklusions- och exklusionskriterier	14
Litteratursökning	14
Relevans- och kvalitetsgranskning	15
Analys.....	15
Resultatdiskussion	15
Behov av ökade kunskaper.....	16
Begränsade resurser.....	16
Hur känslor påverkar mötet.....	18
Vikten av en fungerande dialog.....	19
KONKLUSION.....	20
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE...	20
REFERENSER	21
BILAGA 1	24
BILAGA 2	28

INLEDNING

Under året 2017 dog det 92 075 personer i Sverige. Då det ibland saknades dödsorsaksintyg och dödsorsaken inte alltid var specificerad är det svårt att säga hur många av dessa dödsfall som kan definieras som plötsliga (Socialstyrelsen 2018).

När en person hastigt avlider kan det uppstå många känslor hos de efterlevande. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna bemöta dessa känslor på ett professionellt sätt. Då ingen sorgereaktion är den andra lik, måste sjuksköterskor vara förberedda och lyhörda för varierande känslouttryck hos de efterlevande. Salum m.fl. (2017) påpekar att det finns luckor i sjuksköterskeutbildningen när det gäller döden, och detta leder till en bristande kunskap hos sjuksköterskor i detta ämne. Det är viktigt att sjuksköterskor kan känna sig trygga i mötet med efterlevande och vara så väl förberedda som det går att bli.

Vi upplever själva en lucka i vår kunskap kring att på bästa sätt ta tillvara på dessa möten med efterlevande. Dagens sjuksköterskor arbetar under tidspress med många patienter och därtill ett stort ansvar, vilket gör att tiden för varje patient blir väldigt begränsad. När en patient avlider får sjuksköterskor ännu en uppgift i att ombesörja att den avlidne tas om hand på ett korrekt och respektfullt sätt. Det kan då vara svårt att ta sig tid med de efterlevande i den mån de skulle behöva och sjuksköterskorna själva önskar.

BAKGRUND

Fokus under utbildningen av vårdpersonal ligger på att främja liv och hälsa genom att bota och förebygga sjukdom från födsel till död. Inom vården kan därför döden ofta ses som ett misslyckande och inte som ett naturligt slutstadium av livet (Salum m.fl. 2017). Litteraturen påpekar brister i sjuksköterskeutbildningen när det kommer till död och bemötandet av de efterlevandes reaktioner (Dias m.fl. 2015). En studie av Salum m.fl. (2017) visade att sjuksköterskestudenter hade svårigheter att hantera döden, även under närvaro av en handledare. Sjuksköterskor har i regel en nära kontakt med både patienter och personerna i dennes omgivning och behöver därför ha en förmåga att kunna hantera dödsfall och efterlevande på ett professionellt sätt (Salum m.fl. 2017).

Sjuksköterska

En sjuksköterska är en person som genomgått adekvat utbildning inom omvårdnad och hälsa och som erhållit sjuksköterskelegitimation via Socialstyrelsen. I detta sammanhang gäller det alla sjuksköterskor som kommer i kontakt med efterlevande i anslutning till den plötsliga döden, oavsett erfarenhet inom yrket (Svensk sjuksköterskeförening 2009).

Då döden kan väcka olustkänslor hos personalen i omvårdnadsteamet runt den avlidne patienten, kan det leda till att de drar sig undan från de efterlevande istället för att närma sig dem. Detta kan leda till att de efterlevande inte får den omtanke och det bemötande som de behöver. När en patient dör bör fokus riktas om från omvårdnad av patienten till omsorg av dennes efterlevande (Dias m.fl. 2015). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskor kunna ge omsorg och stöd till anhöriga på ett respektfullt, lyhört

och empatiskt sätt (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Dock framgår det inte tydligt av denna att detta även gäller efter att en patient har gått bort.

Plötslig död

The World Health Organization (WHO) delar in dödsorsaker enligt ett klassifikationssystem för diagnoser, ICD-11. Det finns ingen specifik ICD-kod för plötslig död, då det är anledningen till dödsfallet som klassificeras, till exempel ett hjärtstopp eller en stroke. Det gemensamma för de plötsliga dödsfallen är att de är oväntade och eventuella symtom har pågått i maximalt 24 timmar (ICD-11 2018).

Ett bra möte med efterlevande efter plötslig död är oerhört viktigt då de i efterförloppet utgör en högriskgrupp vad gäller fysisk och psykisk ohälsa (Kock-Redfors 2011). Inom vuxenpsykiatrin kan det ses att många patienter med diagnosen depressiv episod med psykotiska symtom har förlorat en förälder i barndomen. Även inom somatiken kan efterlevande mötas som patienter då de löper en högre risk att drabbas av cancer, hypertoni, hjärt- och kärlsjukdom och njursjukdomar. Inom pediatriken finns det väl utarbetade handlingsplaner för hur efterlevande till avlidna barn ska bemötas, dessa handlingsplaner saknas inom vuxensjukvården (a.a.).

Efterlevande

Med efterlevande menas de personer som sjuksköterskor kommer i kontakt med i direkt anslutning till dödsfallet, det kan vara vem som helst som stått patienten nära och relationen behöver inte stärkas av blodsband eller giftermål (Socialstyrelsen 2019).

Precis som att varje dödsfall är unikt är också alla möten med de efterlevande unika. Detta ställer höga krav på sjuksköterskor i att bemöta de reaktioner som kan uppstå. Det går aldrig att veta hur de efterlevande kommer att reagera, men sjuksköterskor behöver vara beredda på att många olika sorters känslor och uttryck, såsom ilska, aggression och ångest, kan uppstå (Salum m.fl. 2017). Uppstår dessutom dödsfallet oväntat försvåras reaktionen ofta och många frågor kan uppkomma hos de efterlevande, till exempel om patienten hade plågor eller ångest före det att döden inträffade. Hur de närstående reagerar beror också på vilken relation de hade till den avlidne, hur mycket av deras trygghet och tillvaro som var beroende av den andres existens (a.a.). Enligt Cullbergs kristeori kan en kris delas in i fyra olika faser: chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Människor beter sig olika och har olika känslouttryck beroende på vilken fas de befinner sig i (Cullberg 2006). Det är viktigt att sjuksköterskor känner till detta och att de kan anpassa sitt bemötande till de efterlevande utefter vilken fas de befinner sig i.

Finns det möjlighet att upprätta en relation med anhöriga redan innan patienten avlider är detta värdefullt. Anhöriga till döende patienter värdesätter sjuksköterskors bemötande under den tid som leder fram till döden. Information, kommunikation, omhändertagande och bemötande är sådant som anhöriga uppskattar och som kommer att påverka deras upplevelse av döden när den sedan inträffar (Schlump-Urguhart 1990). Studien säger också att det finns skillnader i vad anhöriga verkligen behöver och vad sjuksköterskor tror att de anhörigas behov är. Trots ovanstående så möter majoriteten av sjuksköterskorna de anhöriga på ett korrekt sätt och deras behov blir ofta tillgodosedda (a.a.).

För att kunna ge en god omvårdnad måste sjuksköterskor kunna bemöta och respektera alla sorters känslor. När patienter ligger inlagda på en avdelning under

en längre period, hinner sjuksköterskor ofta skapa en relation med de närmaste, vilket kan underlätta mötet efter dödsfallet. Dessa förutsättningar finns oftast inte på en akutmottagning, vilket kan försvåra mötet med efterlevande vid en plötslig död. Det går även att tänka sig att det finns stressorer i form av tidspress och hög arbetsbelastning inom akutsjukvården, vilket kan göra att sjuksköterskor prioriterar andra arbetsuppgifter framför mötet med de efterlevande. De efterlevandes upplevelser av situationen kommer att baseras mycket på hur sjuksköterskorna agerade. När de ser tillbaka på händelsen är det sjuksköterskornas bemötande och tillgänglighet som kommer att vara tongivande i deras minne (Salum m.fl. 2017).

Sjuksköterskors reaktioner på plötsliga dödsfall kan te sig olika beroende på patientens ålder. En äldre patients plötsliga död ses ofta som mer accepterad och reaktionerna blir inte lika starka. Detta för att en äldre patients plötsliga död kan upplevas som en bra död där det gick snabbt och patienten slapp lida. Är patienten yngre blir sjuksköterskornas reaktioner ofta kraftigare då det inte är lika accepterat och naturligt såsom när äldre dör. Det kan utlösa känslor som sorg, smärta och hjälplöshet. I en studie av Valarde-Garcia m.fl. (2016) påvisas att sjuksköterskor på akutmottagningar löper en större risk att bli sjukskrivna på grund av emotionell utmattning om de inte får möjlighet att bearbeta sina upplevelser och känslor.

Det är av yttersta vikt att sjuksköterskor känner sig trygga i sin roll och har en förberedelse för plötsliga dödsfall och en förståelse av sin egen betydelse i mötet med efterlevande. Självkännedom är en viktig del i processen för att kunna hantera ett plötsligt dödsfall och samtidigt kunna bearbeta sina egna känslor och sorg i det inträffade (Shariff m.fl. 2017). Det är därmed också viktigt att sjuksköterskor aldrig förlorar sin förmåga till empati, lyhördhet och medmänsklighet. Dessa förmågor är fundamentala för att kunna utföra en god omvårdnad, annars riskeras att mötet med de efterlevande blir rutinmässigt, vilket kan komma att återspeglas i deras upplevelse (Salum m.fl. 2017).

Teoretisk referensram

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee menar att omvårdnad endast kan uppnå sitt syfte om en mellanmänsklig relation skapas mellan sjuksköterska och patient. En mellanmänsklig relation bygger på att kunna se den andra individens mänsklighet. Denna relation kan endast existera mellan konkreta personer och inte mellan abstrakta roller, såsom mellan sjuksköterska-patient (Kirkevold 2000). Enligt Travelbee bör sjuksköterskor därför gå utanför sig själva och sina roller, se varje möte som unikt men ändå bära med sig professionella erfarenheter för att kunna ha ett medmänskligt agerande. Detta bör även kunna appliceras på relationen mellan sjuksköterskor och efterlevande. Psykologen Gurli Fyhr menar att en medmänniska kan underlätta en annan persons sorgearbete genom att finnas till hands, lyssna, acceptera sorgens uttryck, respektera den sörjandes signaler, låta sorgen ta sin egen tid och vara en "behållare", vilket innebär att lyssna och ta emot utan att kommentera, resonera eller döma (Fyhr 2003).

PROBLEMFORMULERING

Som sjuksköterskestudenter finns det en uppfattning om att frågor om döden och bemötandet av efterlevande till avlidna patienter avhandlas i en för liten omfattning under utbildningen. Som sjuksköterskor är det viktigt att kunna ge den

omsorg och tid som de efterlevande behöver för att i ett första skede kunna hjälpa dem att bearbeta de känslor som uppstått efter det plötsliga dödsfallet. Sjuksköterskestudenter och legitimerade sjuksköterskor behöver mer kunskap i ämnet för att kunna bemöta efterlevande enligt sjuksköterskans sex kärnkompetenser, där fokus bör ligga på samverkan i team, personcentrerad och evidensbaserad vård.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av möten med efterlevande efter ett plötsligt dödsfall.

METOD

Examensarbetet genomfördes som en litteraturstudie som baserades på vetenskapliga studier med kvalitativ studiedesign. En litteraturstudie görs i första hand för att kunna sammanfatta den forskning som redan utförts, för att summera den kunskap som finns och den kunskap som saknas (Polit & Beck 2014). Willman m.fl. (2016) menar att en kvalitativ studie är lämplig för att förklara eller beskriva en individs erfarenheter av ett fenomen.

Frågeställning

En POR-modell gjordes för att strukturera och svara på frågeställningen. Denna modell bröt ner frågeställningen i tre olika kategorier: population, område/fenomen och resultat. Detta gav en tydligare bild av vad som skulle studeras och vad det egentliga syftet var, vilken del av undersökningen som skulle belysas och besvaras.

Tabell 1. POR-modell

Population	Område/Fenomen	Resultat
Sjuksköterskor som möter efterlevande vid plötslig död	Erfarenheter av kontakten med efterlevande vid plötslig död	Beskrivningar och tolkningar av dessa erfarenheter och hur mötena med efterlevande kan påverkas

Inklusions- och exklusionskriterier

Nedan presenteras de inklusions- och exklusionskriterier som använts vid sökning av relevant litteratur.

Inklusionskriterier

Studier publicerade år 2001 och senare.
Empiriska studier med kvalitativ ansats.

Exklusionskriterier

Studier på annat språk än engelska.
Studier som inte finns tillgängliga i fulltext utan kostnad via Malmö Universitetsbibliotek.
Studier inom ramen som inte berör *plötsliga* dödsfall, såsom vid palliativ vård.
Studier som rör dödsfall inom neonatalvård och förlossningsvård.

Litteratursökning

För att utforma sökningen så precis som möjligt skapades en frågeställning utifrån POR-modellen (se figur 1). I frågeställningen klargjordes de bärande begreppen och utifrån dessa identifierades sökorden. Sökorden översattes till engelska med hjälp av Karolinska Institutets svenska MeSH (Karolinska Institutet 2019). Sökningarna för relevant litteratur skedde via databaserna PubMed och Cinahl. PubMed är en databas med fokus på medicinsk litteratur (Pubmed 2019). Cinahl är en databas med fokus på omvårdnad (Cinahl 2019). I den första sökningen användes det relevanta sökordet i databasen. För att öka träffsäkerheten för sökorden söks de i Cinahl Headings och i PubMed MeSH. I MeSH och Headings finns nära relaterade sökord som kan vara relevanta för sökningen. Sökorden inom varje sökblock kombinerades med den booleska sökoperatören OR emellan, som beskriver för databasen att något av de sökta sökorden behöver vara med i svaret. När alla sökord var sökta enligt ovanstående metod bands alla sökblock samman med AND emellan, som förklarar att minst ett ord från varje sökblock ska finnas med i resultatet. Det utfördes likartade sökningar i båda databaser. Sökorden kombinerades på olika sätt för att ge så många relevanta träffar som möjligt. Resultatet av de slutgiltiga sökningarna redovisas i Bilaga 1.

Sökord

Death, Relative*, Bereave*, Sudden, Nurs*, Experienc*, Sudden death, Qualitative*

Urval

Litteraturen som kom att bli resultatet valdes ut genom att titlarna först lästes igenom. Enligt Wengström och Forsberg (2016) är det viktigt att genom ett systemiskt tillvägagångssätt kritiskt värdera det insamlade artiklarna för att underlätta tolkning och sammanställning av deras resultat. I de fall där titlarna i sökningen svarade på frågeställningen lästes abstrakten noggrant. De titlar vars abstrakt inte svarade på frågeställningen sällades bort, resterande sparades för att läsas i sin helhet. Från sökningarna i Cinahl och PubMed lästes totalt 432 titlar igenom. Av dessa kom 203 titlar från Cinahl och 229 titlar från PubMed. Totalt valdes 86 artiklar för vidare kontroll och abstrakten i dessa artiklarna lästes. Många artiklar exkluderades i detta steg då de inte ansågs uppfylla inklusionskriterierna. Anledningen var att merparten av artiklarna hade en kvantitativ ansats eller var litteraturstudier av tidigare publicerat material. Efter att abstrakten lästs återstod 31 artiklar som lästes i fulltext. Av dessa kom 15 artiklar från Cinahl och 16 artiklar från PubMed. Av de 31 artiklarna som lästes var det 17 artiklar som gick vidare till kvalitetsgranskning.

Relevans- och kvalitetsgranskning

Efter att artiklarna blivit lästa i sin helhet blev de som svarade på frågeställningen granskade med Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) kvalitetsgranskningsmall (SBU, 2014). Kvalitetsgranskningsmallen hjälpte till att klargöra att litteraturen höll en tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas i resultatet. Artiklarna granskades av två av varandra oberoende granskare. Granskningen bedömdes enligt 21 kriterier för kvalitetsgranskning. Varje kriterium kunde besvaras med ett "Ja", "Nej", "Oklart" eller "Ej tillämpligt". För varje svarsalternativ "Ja" i SBU:s granskningsmall tilldelades 1 poäng. Inga poäng gavs för "Nej", "Oklart" eller "Ej tillämpligt". Totalt kunde artikeln ges 21 poäng, vilket motsvarade 100%. För att artikeln skulle få vara med i resultatet krävdes det att artikeln höll en medelhög kvalitet, >65% det vill säga >13 stycken "Ja" per artikel, eller hög kvalitet, >80% det vill säga >16 stycken "Ja" per artikel. Av 17 stycken granskade artiklar ansågs 11 stycken ha tillräckligt hög kvalitet för

att vara med i resultatet. Detta för att alla 11 artiklar bedömdes ha hög kvalitet inom syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. De 6 artiklar som inte klarade kvalitetsgranskningen föll bort då de inte uppfyllde ovan nämnda kriterier.

Analys

Analysen skedde enligt de fem steg som beskrivs av Wengström och Forsberg (2015). Processen startades med att varje artikel analyserades separat för att undersöka dess relevans och trovärdighet. Artiklarna lästes ett flertal gånger för att materialet skulle vara bekant innan nästa steg i analysprocessen. Materialet analyserades genom att texterna bröts ner till mindre delar som undersöktes enskilt. När varje del var analyserad sattes delarna samman till en helhet och ett resultat av detta kunde presenteras. Texter som svarade på litteraturstudiens syfte markerades som koder som sedan analyserades i skillnader och likheter. Efter en sammanställning av resultaten fördes de olika koderna till tillhörande subkategorier. Flera subkategorier kunde gemensamt bilda en ny mening och innebörd som tillsammans bildade kategorier, se figur 1. Denna process gjordes enskilt med varje artikel (Wengström & Forsberg 2015). Tillvägagångssättet för att hitta relevanta subkategorier och kategorier var svårt och tidskrävande. Genom upprepad analys av materialet blev förståelsen tillräckligt djup för att kunna analysera innehållet och finna gemensamma kategorier.

RESULTAT

Resultatet av litteraturstudien baseras på elva stycken vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Fyra av studierna kommer från Sverige, två från Storbritannien, två från Australien samt en studie från Spanien, Singapore och Kanada vardera. Artiklarna presenteras närmre i artikelmatrisen i bilaga 2. Indelning i subkategorier och kategorier kan ses nedan i figur 2.

Tabell 2. Kategorisering

Koder	Subkategorier	Kategorier
Erfarenhet	Ottillräcklig utbildning	Behov av ökade kunskaper
Utbildning		
Kunskap	Handledning som stöd	
Copingstrategier		
Tid	Frånvaro av stöd från organisation och chefer	Begränsade resurser
Personal	Brist på tid och rum för efterlevande	
Plats	Avsaknad av riktlinjer	
Riktlinjer	Önskan om interprofessionell samverkan	
Känslor	Relationens betydelse	Hur känslor påverkar mötet
Relationer	Känslomässigt agerande	
Information	Tydlig information	Vikten av en fungerande dialog
Kommunikation	Kommunikation vid chock	

De fyra kategorierna; behov av ökade kunskaper, begränsade resurser, hur känslor påverkar mötet och vikten av en fungerande dialog presenteras nedan tillsammans med respektive subkategorier.

Behov av ökade kunskaper

I denna kategori framställs det behov av kunskap och stöd från kollegor som sjuksköterskorna i de lästa studierna hade ett behov av i mötet med efterlevande. Gemensamt för de elva artiklarna var att sjuksköterskorna upplevde att de saknade tillräcklig utbildning och därför utbytte erfarenheter sinsemellan. I detta var omvårdnadshandledning en viktig komponent.

Otillräcklig utbildning

Åliggandet att hantera döden sågs av sjuksköterskorna som en stor och viktig del av arbetet, men att vårda efterlevande efter ett dödsfall och möta deras känslouttryck sades vara en av de svåraste arbetsuppgifterna. Ingen av sjuksköterskorna ansåg sig ha fått någon utbildning i hanterandet av dessa möten och de upplevde alla en stor kunskapsbrist (Hogan m.fl. 2016).

Deltagarna i en av studierna ansåg att de alltid gjorde sitt bästa för att se efter de patienter och anhöriga som de hade ansvar för. Däremot kände sjuksköterskorna att de ofta hade oddsen emot sig då de kände att de saknade tillräcklig utbildning för att kunna utföra ett gott arbete. Detta speciellt eftersom merparten av sjuksköterskorna upplevde en kunskapslucka i hur man bör bemöta efterlevande (Main 2002). Detta stöds i studien av Bloomer och O'Connor (2012a) där sjuksköterskorna beskrev hur de, på grund av kunskapsbrist, kände att de inte visste hur de skulle bemöta efterlevande. Detta ledde till att det många gånger blev de sjuksköterskor med lång erfarenhet som tog dessa möten. Även Socorro m.fl. (2001) skriver om hur sjuksköterskorna kände sig dåligt förberedda på att ta hand om efterlevande vid plötslig död, även om det var en återkommande del av deras jobb. Den "kunskap" de hade i ämnet hade de fått genom erfarenhet av att möta efterlevande och den kändes, enligt sjuksköterskorna, otillräcklig.

Handledning som stöd

Möjligheten till planerad omvårdnadshandledning var viktigt för sjuksköterskorna efter att ha mött efterlevande vid plötsliga dödsfall (Bloomer m.fl. 2012b). När vårdpersonalen fick samtala och utbyta erfarenheter efter svåra situationer upplevde många att de fick en bredare förståelse och en djupare kunskap i hur de kunde agera professionellt i liknande situationer i framtiden. Sjuksköterskorna i studien beskrev hur kollegorna sinsemellan utbytte erfarenheter under informella omständigheter när behovet fanns (Bloomer m.fl. 2012b). Detta kunde till exempel ske i fikarummet eller läkemedelsrummet när tillfälle gavs och om en omvårdnadshandledning låg planerat långt fram i tiden eller om arbetsplatsen inte tillämpade möjligheten till omvårdnadshandledning. Möjlighet till reflektion och omvårdnadshandledning gav en ökad tillfredsställelse över det egna arbetet samt minskade den psykiska stressen i privatlivet (a.a.). När döden är plötslig, och ibland våldsam, ansågs omvårdnadshandledning vara ett viktigt verktyg för sjuksköterskorna för att kunna gå vidare och få ett avslut (Hogan m.fl. 2016). Detta sades också i ännu en studie som visade att omvårdnadshandledning var nödvändigt för att sjuksköterskorna skulle kunna gå vidare och återfå en mental balans, då plötsliga dödsfall var känslomässigt krävande (Ong m.fl. 2018).

Begränsade resurser

I denna kategori presenteras de resurser som sjuksköterskorna i artiklarna menade påverkade deras möte med efterlevande. Då artiklarna härstammar från olika länder finns det vissa olikheter. Nedanstående underkategorier är de gemensamma nämnarna i artiklarna.

Frånvaro av stöd från organisation och chefer

Många sjuksköterskor kände sig ensamma i att ta hand om efterlevande vid plötsliga dödsfall och kände sällan eller aldrig support från chefer eller organisationen i sin helhet. Samtidigt underströk sjuksköterskorna att vikten av stöd från organisationen och cheferna var ovärderlig. I svåra situationer behövde personalen få höra att deras arbetsprestationer varit goda och att de utfört arbetet på ett professionellt sätt (Main 2002).

Organisationen hade en stor betydelse för hur sjuksköterskorna gavs möjlighet att omhänderta de efterlevande. Både arbetsbelastningen som skapade tidspress, men också utformningen och bristen på enskilda utrymmen påverkade hur sjuksköterskorna kunde ta sig an de efterlevande och deras behov (Bloomer m.fl. 2012b).

Brist på tid och rum för efterlevande

Genom sina berättelser har sjuksköterskorna delat erfarenheter om hur mötet med efterlevande kan förbättras. En av resurserna i fokus var möjligheten att kunna ge efterlevande tid och rum som behövdes för att ta avsked av den avlidne. Sjuksköterskorna försökte göra miljön runt den avlidne så lugn, behaglig och avskild som möjligt. Sjuksköterskorna som hade förutsättningar att göra detta upplevde en större tillfredsställelse och hade lättare att vidare kommunicera med de efterlevande (Hogan m.fl. 2016).

Många sjuksköterskor upplevde att det var svårt att på en akutmottagning hitta privata och lugna utrymmen där de efterlevande kunde få ta farväl av den avlidne. Miljön på en akutmottagning kan upplevas som stökig, stressig och högljudd och enskildhet offras ofta för effektivitet (Bloomer & O'Connor 2012a). Detta bekräftar sjuksköterskorna i en annan studie, som också kände frustration över att inte ha resurser eller utrymme för efterlevande (Socorro m.fl. 2001).

Sjuksköterskorna i en studie uttryckte maktlöshet kring att de varken hade tid eller resurser för att möta de efterlevandes känslor och behov i deras sårbaraste tid efter dödsfallet (Bloomer m.fl. 2012b). Eftersom organisationen krävde effektivitet låg det också ett stort tryck på sjuksköterskorna att frigöra sängplats så snart det var möjligt, därför kunde det vara svårt att ge de efterlevande den tid de behövde (Socorro m.fl. 2001). Detta stöds av ännu en studie där sjuksköterskorna upplevde att tiden inte räckte till för att kunna tillfredsställa de efterlevandes krav och behov (Rejnö & Berg 2019). Walker och Deacon (2015) skriver också att sjuksköterskorna ofta kände sig pressade av tid och inte hade möjlighet att ta hand om de efterlevande på det sätt som de önskat.

Avsaknad av riktlinjer

Bremer m.fl. (2012) beskrev i en studie hur ambulanspersonal inte hade några riktlinjer för hur efterlevande skulle tas hand om eller om det ens var ambulanspersonalens ansvar att göra detta. Ambulanspersonalen blev därför många gånger tvingade att lämna efterlevande utan ett ordentligt avslut på situationen (Bremer m.fl. 2012). Bristen på riktlinjer belyses också i en annan studie där sjuksköterskorna beskrev hur de, på grund av brist på riktlinjer, kände att de inte visste hur de skulle bemöta efterlevande som precis fått ett dödsbesked (Bloomer & O'Connor 2012a).

Önskan om interprofessionell samverkan

Sjuksköterskorna kände att de hade en viktig roll i att stötta efterlevande men att de samtidigt kände sig väldigt sårbara och utsatta i den rollen. De kände ett stort

stöd från socialarbetare och präster när det kom till att stötta efterlevande, samtidigt som det fanns en frustration i att den hjälpen bara var tillgänglig under kontorstid. Efter kontorstid fick sjuksköterskorna bära ansvaret själva, utan stöd från andra yrkeskategorier (Bloomer & O'Connor 2012a).

En annan studie klarlägger att sjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet kände sig mer bekväma med att prata med efterlevande, tack vare deras tidigare erfarenheter. Detta kunde leda till att sjuksköterskor med mindre erfarenhet inte utsattes för dessa situationer och således fick svårare att klara av uppgiften den dagen de inte hade en mer erfaren kollega att luta sig mot. Detta kunde man också se i hur sjuksköterskorna reagerade när den plötsliga döden inträffade. Sjuksköterskorna med mer erfarenhet tog ofta direkt kontakt med de efterlevande genom samtal. De sjuksköterskorna med mindre erfarenhet vidtog oftare praktiska åtgärder och bjöd på te och fika istället för att sätta sig ner och samtala med efterlevande (Main 2002).

Hur känslor påverkar mötet

I denna kategori förklaras hur sjuksköterskors och efterlevandes känslor påverkar mötet och relationen mellan dem. Analysen av artiklarna visar att det är viktigt att sjuksköterskor är känslomässigt självmedvetna då deras känslor i hög grad påverkar relationen med efterlevande.

Relationens betydelse

Sjuksköterskornas fokus låg på att bemöta efterlevandes känslouttryck. När en närstående plötsligt dog sågs det som både stressande och känslösamt för de efterlevande och de uttryckte behov av att få stöttning och vägledning. Studien visade också att sjuksköterskorna upplevde att ju närmare relation de fick till de efterlevande, desto intensivare kunde de efterlevandes reaktion bli. En nära relation förutsatte dock att sjuksköterskorna även vårdat den avlidne patienten under livets slutskede (Ong m.fl. 2018). För att de efterlevande skulle känna sig sedda och nöjda med mötet ansåg sjuksköterskorna att en relation bör upprättas så snabbt som möjligt (Rejnö & Berg 2019). Relationen påverkade hur sjuksköterskor tog hand om och uppförde sig gentemot de efterlevande. Sjuksköterskorna menade att de kunde gå vidare från det inträffade dödsfallet med en positiv känsla om de hade fått en nära kontakt med de efterlevande och på ett bra sätt kunnat förklara, trösta och stötta (Socorro m.fl. 2001).

Känslomässigt agerande

Bremer m.fl. (2012) visade att sjuksköterskors känslor påverkade bemötandet gentemot efterlevande och även arbetet med patienterna. Till exempel utförde personalen hjärt- och lungräddning (HLR), för de närvarande efterlevandes skull, trots att personalen visste att patienten var utom räddning. Dels för att visa de efterlevande att man gjorde allt man kunde för att försöka rädda patienten, dels för att ge anhöriga tid att förstå att patienten är död men också för att själva ge sig tid att förbereda sig på att möta de efterlevande och deras reaktioner. Vidare beskrevs det hur sjuksköterskornas känslomässiga involvering påverkade vården. För mycket involvering kunde påverka sjuksköterskornas lugn, vilket i sin tur påverkade de efterlevandes förtroende för dessa, medan för lite involvering skapade distans mellan sjuksköterskorna och de efterlevande (a.a.). Sjuksköterskorna i en annan studie menade att det var viktigt att bli känslomässigt berörd av en plötslig död för att kunna bemöta de efterlevande på ett så tryggt, närvarande och bra sätt som möjligt (Rejnö m.fl. 2012b).

Sjuksköterskor upplevde ofta en frustration och en känsla av otillräcklighet när de drogs mellan arbetsuppgifter. De behövde kunna ge akut vård till patienter samtidigt som de skulle finnas där för andra patienter i livets slutskede och som stöd till efterlevande som förlorat en anhörig (Hogan m.fl. 2016). Känslorna som uppstod vid ett plötsligt dödsfall försvårade vissa gånger sjuksköterskornas arbete. Det gjorde att de ibland drog sig undan från de efterlevande och fokuserade på den avlidna och de rutiner som skulle uträttas innan kroppen hämtades (Rejnö m.fl. 2012a). Detta stöds ytterligare i en annan studie där sjuksköterskorna berättade hur de kunde dra sig undan från de efterlevande på grund av att de kände sig obekväma i situationen och inte visste hur de skulle agera (Socorro m.fl. 2001).

Vikten av en fungerande dialog

I denna kategori belyses vikten av god kommunikation och de kommunikationssvårigheter som ofta upplevs vid plötslig död och chockade efterlevande. Ett av sjuksköterskornas viktigaste mål i mötet med efterlevande är att ge dem support och trygghet, detta till stor del genom god kommunikation.

Tydlig information

Kommunikationen med de efterlevande efter ett plötsligt dödsfall är en viktig och svår uppgift för sjuksköterskor. Sjuksköterskorna förmedlade en känsla av otillräcklighet i att de inte gavs möjlighet att skapa en relation med patient och anhöriga. Detta försvårade kommunikationen med de efterlevande vid ett plötsligt dödsfall (Hogan m.fl. 2016). I en studie beskriver sjuksköterskor hur viktigt det var för efterlevande att få tydlig information om vad som hade hänt, vilka åtgärder som hade satts in och varför de inte hade varit tillräckliga för att rädda livet på den avlidne. Om efterlevande inte fick tillräcklig information upplevde sjuksköterskorna det som att de blev missnöjda med den vård som bedrivits och kände misstro gentemot personalen (Rejnö m.fl. 2012b).

Ong m.fl. (2018) belyser hur viktigt det var med rak och direkt kommunikation och information, genom att till exempel översätta medicinska termer till ett enklare språk, så att de efterlevande förstod vad som sades. Sjuksköterskorna bör inte förmildra omständigheterna, då det kunde inge falska förhoppningar hos de efterlevande. Main (2002) skriver i sin studie att många sjuksköterskor upplevde att det var svårt att använda ordet "död" framför efterlevande och att de istället försökte linda in begreppet för att göra det enklare att tala om. Främjandet av en väl fungerande kommunikation mellan sjuksköterskor och de efterlevande var avgörande för hur relationen utvecklades (Rejnö & Berg 2019).

Kommunikationen hade också en avgörande betydelse för sjuksköterskornas förståelse för de efterlevande och hur de upplevde situationen. Sjuksköterskorna beskrev att information var något man ofta gav till de efterlevande för att skapa lugn och trygghet. Ett tydligt språk tillsammans med ett rakt budskap var viktigt för att de efterlevande skulle kunna ta till sig beskedet. Budskapet skulle nå fram och vara detsamma oavsett vem som kommunicerade informationen. I en studie beskrivs det hur sjuksköterskorna upplevde att timing, tydlighet, avskildhet och vem informanten var, var viktiga komponenter i kommunikationen (Walker & Deacon 2015). Normen var att det var läkare som gav dödsbud men att efterlevande ofta kände ett närmre band med sjuksköterskorna och att sjuksköterskorna efter dödsbudet fick återberätta det läkarna sagt, fast i enklare ordalag (a.a.).

Kommunikation vid chock

När en plötslig död inträffade blev det ofta en chock för efterlevande. De var tillsammans med den avlidna mitt i livet och hade ofta planer för framtiden. Detta rörde upp starka reaktioner och dessa känslor avspeglade sig ibland till sjuksköterskorna. Sjuksköterskornas arbete försvårades därmed då de efterlevande hade svårigheter med att ta in och förstå den information som delgavs.

Sjuksköterskorna upplevde att informationen behövdes ges i små doser och vid flera tillfällen, vilket vid upprepade tillfällen rörde upp känslorna hos de chockade efterlevande (Rejnö m.fl. 2012a). Rejnö m.fl. (2012b) stöder detta i en annan studie där sjuksköterskorna beskrev hur efterlevande ofta reagerade med chock på ett oväntat dödsbud. Sjuksköterskorna fick därför ofta se till de efterlevandes grundläggande behov, då de kunde glömma bort att till exempel äta, dricka och ta hand om sig själva. Tillgång till skriftlig information kunde underlätta det för sjuksköterskor när de skulle kommunicera med efterlevande och det sågs också som ett bra komplement då efterlevande ofta befann sig i chock och hade svårt att ta till sig muntlig information. Den skriftliga informationen gav de efterlevande möjlighet att gå tillbaka och läsa i ett senare skede (Walker & Deacon, 2015).

DISKUSSION

Nedan kommer metoddiskussion och resultatdiskussion att presenteras.

Metoddiskussion

I metoddiskussionen diskuteras vald metod och dess styrkor och svagheter. Under planeringen för examensarbetet upprättades det en tidsplan för att styra arbetet. Tidsplanen försenades något då litteratursökningen och analysen tog längre tid än planerat.

Kvalitativ forskningsmetod

En kvalitativ forskningsmetod har sina styrkor, men också sina svagheter. En av styrkorna med en kvalitativ ansats är att det är upp till informanten att med egna ord dela med sig av det fenomen som undersöks. Detta kan också vara till en nackdel då det är upp till forskaren att tolka och sammanställa informanternas åsikter och erfarenheter. Det ställer ett högre krav på forskaren att vara tydlig med syftet med studien för att kunna transkribera svaren och genom dem kunna redovisa ett tillförlitligt forskningsresultat (Willman m.fl. 2016). Detta betyder också att det material som framställs efter transkription och tolkning är påverkat av forskarens uppfattning, vilket kan leda till missförstånd och eventuellt bias i resultatet (Polit & Beck 2014). Bias i en kvalitativ studie är i det närmaste oundvikligt, det är snarare en fråga om hur systematisk dess påverkan är på resultatet. Då det med en kvalitativ forskningsmetod undersöks ett fenomen kan inte informanternas redogörelse förmedlas utan en tolkning av forskaren. Forskarens tidigare kunskap och erfarenheter påverkar dennes tolkningar av materialet. En forskare med mer erfarenhet har lättare att ha ett objektivt förhållningssätt (Sandelowski 2011). Det finns olika typer av kvalitativ forskning som undersöker olika delar av ett fenomen. Det är ytterligare en faktor som kan försvåra tolkningen vid en litteraturstudie då syftet med studierna kan vara detsamma men tillvägagångssättet kan skilja sig åt (Willman m.fl. 2016).

Eftersom litteraturstudien bygger på kvalitativa artiklar blir materialet tolkat ännu en gång, det ger en ökad risk för bias. För att minimera bias har litteraturen granskats systematiskt, samt att dialog och reflektion kontinuerligt har förts under

arbets gång. De olika tolkningarna har diskuterats och vid behov har materialet analyserats igen för att finna en gemensam tolkning.

Frågeställning

Willman m.fl. (2016) beskriver utformandet av frågeställningen som underlaget för databassökningarna. POR-modellen som skapades användes för att tydliggöra sökblock och tillhörande sökord för att precisera sökresultatet mot det angivna syftet. POR-modellen valdes framför PICO-modellen då det i en PICO-modell även ska framgå en jämförande eller alternativ intervention vilket inte gjordes i denna litteraturstudie (Polit & Beck 2014).

Inklusions- och exklusionskriterier

Kravet på artiklarna för att de skulle gå vidare till en relevansgranskning var att de skulle vara skrivna på engelska och skrivna efter år 2005. Språket var av stor vikt eftersom engelska är det universella forskarspråket och ett språk som båda författarna behärskar. Artiklar på andra språk valdes bort, vilket kan ha betydelse för resultatet då viktig information kan ha gått förlorad. Detta kan anses försämra tillförlitligheten av resultatet i denna litteraturstudie. Författarna hade som önskemål att endast använda litteratur som publicerats år 2005 eller senare. Detta kriterium fick senare sänkas till 2001 för att kunna inkludera en tillräcklig mängd artiklar. Detta beslut diskuterades av författarparet som kom fram till att detta kriterium inte borde ha en påverkan på resultatet. Det skiljer endast fyra år mellan kriterierna och sjuksköterskors erfarenheter av plötslig död bör inte ha ändrats så avsevärt mellan år 2001 och 2005 att det skulle påverka resultatet. Studier som berörde den palliativa vården eller dödsfall inom pediatrik och förlossningsvård exkluderades eftersom författarna ansåg att detta är egna fenomen som behöver studeras separat.

Litteratursökning

Tre fritextsökningar gjordes under utformandet av frågeställningen för att se om syftet var möjligt att besvara med publicerad forskning. Författarna ansåg att mängden litteratur som svarade på syftet var tillräcklig och började därefter utforma sökord och sökblock. Sökningarna gjordes i två olika databaser, som båda är tillförlitliga då de publicerar forskning inom omvårdnad och medicin. För att försöka utöka antalet artiklar gjordes en kompletterande sökning i databasen PsychINFO. Sökningen i PsychINFO resulterade inte i några fler eller andra artiklar än de som redan hittats, därför uteslöts sökningen.

Redan tidigt i litteratursökningen fann författarna indikationer på att det fanns lite forskning i ämnet. Mycket av den litteratur som hittades refererade till varandra vilket tyder på att det är en liten grupp forskare som forskar i ämnet. Detta kan ha lett till att resultatet blivit entydigt. Forskarna kommer från olika delar av världen men i stort sett alla har ett västerländskt perspektiv vilket kan påverka överförbarheten till andra kulturer.

Vid vidare granskning av litteraturen från första sökningen upptäcktes det att många av artiklarna inte svarade på syftet ur sjuksköterskornas perspektiv, och sökord och sökblock behövde därför omformuleras och utökas. Det var i detta skede som tidsplanen försenades. Redan tidigt i litteratursökningen fann författarna indikationer på att det fanns lite forskning som berör ämnet och att studier kunde vara svåra att hitta. Önskemål fanns om fler artiklar för att kunna få ett bredare resultat. Under arbetets gång fann författarna artiklar vars abstrakt svarade väl på syftet men de fanns endast att tillgå genom betalning via Malmö

Universitetsbibliotek. Genom att använda kontakter vid andra universitet i Sverige fick författarna tag i dess artiklar utan kostnad.

Flertalet av de artiklar som återfanns i sökningarna var litteraturstudier eller studier med kvantitativ ansats. Några av dessa artiklar har kunnat användas i bakgrund och resultatdiskussion, andra har fallit bort. Litteraturstudierna som fanns visade sig referera till de artiklar som redan valts ut till denna studie.

Relevans- och kvalitetsgranskning

För att kunna hitta bästa tillgängliga vetenskapliga bevis startades kvalitetsgranskningen med en relevansgranskning där abstrakt och tillgängliga översikter av litteraturen lästes. Därefter lästes de utvalda artiklarna i sin helhet och granskades med hjälp av SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik. Med hjälp av ett poängsystem betygsattes artiklarna och den slutgiltiga poängen avgjorde om artikeln skulle vara en del av resultatet. Alla artiklar av medelhög eller hög studie kvalitet användes. Ingen av artiklarna fick en kvalitet på 100%, det kan bero på författarnas oerfarenhet i att läsa och analysera vetenskapliga artiklar och att en del kriterier ej var tillämpningsbara på artiklarna. Fördelen med ett poängsystem är att alla artiklar granskades på samma sätt. Nackdelen är att alla kriterier i mallen ger lika många poäng och att poängen då kan bli missvisande gällande artikelns kvalitet. Poängen säger egentligen ingenting om studiens kvalitet gentemot det valda syftet. Till exempel kan en artikel med ett väldefinierat syfte ha en lägre poäng än en artikel med ett sämre syfte. Anledningen till att poängsystemet valdes var att granskningsmallen är utformad av en statlig myndighet och därför beprövad, tillförlitlig och godkänd. Efter att artiklarna blivit kvalitetsgranskade lades mycket fokus på deras resultat eftersom det är dessa som litteraturstudien grundas på.

Analys

Alla artiklar som användes i litteraturstudien har analyserats. Först separat av författarna, sedan ännu en gång tillsammans. Under analysen och skapandet av subkategorier och kategorier uppkom en del meningsskiljaktigheter, men dessa har lösts genom vidare gemensam analys och samtal. Då syftet och tanken med examensarbetet utformades tidigt i processen var författarna eniga om vad det var som skulle undersökas, detta underlättade kategoriseringen. När artiklarna analyserades noterades det att det fanns få saker som skiljde dem åt. Detta underlättade kategoriseringen men det gör också att resultatet kan uppfattas som entydigt.

Eftersom att artiklarna har olika kvalitativa studiedesigns har resultatet av litteraturstudien flera infallsvinklar på området (Polit & Beck 2014). Medvetenheten om att detta skulle kunna försvåra analysen har funnits med hos författarna men då frågeställningen var tydligt definierad har inga betydande svårigheter upplevts.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att analysera sjuksköterskors erfarenheter av att möta efterlevande efter plötsliga dödsfall. Resultatet innehåller artiklar från sex olika länder där alla resultat pekar på samma erfarenheter av brister och tillgångar. Nedan diskuteras resultatet av litteraturstudien och de lärdomar som författarparet ansåg vara mest centrala.

Behov av ökade kunskaper

Resultatet av denna litteraturstudie visar att det finns betydande brister i kunskapen om mötet med efterlevande vid plötslig död. Genom reflektion och handledning erhåller sjuksköterskor viktiga verktyg för att kunna bemästra dessa möten (Bloomer m.fl. 2012b). Omvårdnadshandledningen ger sjuksköterskorna möjlighet att förlita sig på sin egen kunskap genom att få den bekräftad av kollegor, men också en möjlighet att få tala ut om de känslor de upplevde under mötet med de efterlevande. Anledningen till kunskapsbristerna kan vara brister i grundutbildningen, men också att döden är ett svårt ämne att beröra och att det är till stor del en outforskad mark (a.a.). Socorro m.fl. (2001) skriver att alla deltagare i studien kände att de inte hade fått tillräcklig kunskap under sin utbildning för att ta hand om efterlevande. Kunskapsbristen kan möjligen även förklaras av brister i sjuksköterskornas arbetsbeskrivning, som i sin tur vållar en osäkerhet i rollen i mötet med efterlevande (Bloomer & O'Connor 2012a). Det finns få studier om sjuksköterskors erfarenheter, men det saknas också studier om hur sjuksköterskors bemötande påverkar de efterlevande i ett längre perspektiv (Kock-Redfors 2011). Med tydligare arbetsbeskrivning för sjuksköterskor och större kunskap om påverkan på de efterlevande hade kunskaperna kunnat öka och osäkerheten hos sjuksköterskorna hade förhoppningsvis minskat.

Många sjuksköterskor tillgodoser sig sin kunskap genom erfarenhet och erfarenhetsutbyte med andra mer erfarna kollegor. Eftersom det oftast är de mer erfarna sjuksköterskorna som hanterar möten med efterlevande kan det leda till att det viktiga kunskapsutbytet uteblir och de mindre erfarna sjuksköterskorna inte får öka sina kunskaper och öva sina förmågor (Main 2002). Detta kan i det långa loppet leda till en ökad osäkerhet hos de mindre erfarna sjuksköterskorna. Vid de erfarna sjuksköterskornas frånvaro finns det en risk för en mer negativ påverkan på de efterlevande. På de arbetsplatser där omvårdnadshandledning erbjuds blir arbetssättet förbättrat genom erfarenhetsutbyte. Omvårdnadshandledning hjälper också sjuksköterskorna att hantera sina känslor, vilket gör att de känner sig tryggare i sin roll i mötet, men också att de bär med sig sina känslor hem i mindre utsträckning. Detta är viktigt för att sjuksköterskor inte ska drabbas av utmattning.

Sjuksköterskors ansvar att ta hand om efterlevande upplevs som stort och viktigt, men bristen på kunskap om hur detta ska göras gör att sjuksköterskorna känner att de inte kan uppnå sin fulla potential och bli tillfredsställda av sin prestation (Hogan m.fl. 2016). För att sjuksköterskorna ska kunna känna tillfredsställelse behöver de mer kunskap och erfarenhet. Detta skulle kunna uppnås genom att ämnet berörs under grundutbildningen, men också att arbetsplatserna erbjuder vidareutbildning och riktlinjer som kan vara till hjälp för sjuksköterskorna när behovet finns. Det går att ifrågasätta varför omvårdnadshandledning inte är tillgängligt på alla arbetsplatser när forskning har påvisat goda effekter på såväl arbetssätt som på personalens subjektiva upplevelser.

Begränsade resurser

Akutmottagningar beskrivs många gånger som intensiva och stressfyllda, med mycket rörelse och ljud, men också med ett begränsat utrymme för att kunna ge efterlevande möjlighet att ta farväl i enskildhet (Hogan m.fl. 2016). Ett akutrum ses generellt som opersonligt med mycket medicinsk utrustning och olika övervakningsmonitorer. I vissa fall fick de anhöriga beskedet om att döden inträffat redan i akutrummet, direkt efter att ett återupplivningsförsök misslyckats. Detta kunde betyda att de efterlevande inte bara fick se sin anhöriga i en obehaglig kontext, utan även se blodiga förband, skräp, slangar och annat som

använts vid återupplivningsförsöket. Sjuksköterskorna upplevde detta som negativt och olämpligt då de kände att patientens och de efterlevandes värdighet inte upprätthölls (Socorro m.fl. 2001). Det ligger ofta en stor press på sjuksköterskor att frigöra sängplatser så snart som möjligt för att göra plats för kommande akut vårdkrävande patienter (a.a.). Detta faktum upplevdes av informanterna som bidragande till stress och otrygghet (Main 2002). En akutmottagning är byggd för att vara effektiv och tar inte hänsyn till behovet av tid och rum för enskildhet och avsked. Organisationen kräver att det alltid ska finnas en plan för patienternas fortsatta vård, till exempel att patienten ska iväg på röntgen, läggas in på avdelning eller gå hem. När döden inträffar avstannar detta flöde. Detta kan leda till en ökad stress för sjuksköterskor relaterat till behovet av att frigöra sängplatser samtidigt som man vill ge möjlighet till enskildhet för de efterlevande.

De organisatoriska bristerna visade sig dels genom avsaknad av utrymme för efterlevande men också i avsaknad av avskildhet för personalen. Det var svårt att hitta ett utrymme där man enskilt kunde samtala kring händelsen och vädra sina känslor, samt att få stöttning av sina kollegor, när man inte ville ta dessa samtal framför alla kollegor i till exempel lunchrummet (Bloomer m.fl. 2012b). Kock-Redfors (2011) menar att personalen sannolikt är det bästa stödet för varandra. För att sjuksköterskorna ska kunna stötta varandra krävs det möjlighet till bearbetning och reflektion under ordinarie arbetstid. Genom att inte få möjlighet till avskildhet efter jobbiga situationer kan risken öka för att sjuksköterskor stänger in sina känslor, vilket i sin tur kan leda till nedstämdhet och utbrändhet.

I Svensk Sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2017) går det att läsa om hur sjuksköterskor ska bemöta patienter och anhöriga men det finns ingenting skrivet om hur sjuksköterskor ska förhålla sig till efterlevande. Detta kan jämföras med kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor med specialisering inom palliativ omvårdnad. Där ingår det att sjuksköterskor ska kunna ge stöd och vägledning till efterlevande. De ska ha fördjupad kunskap i närståendestöd och sorg (Svensk sjuksköterskeförening 2008). Denna kunskap behövs inte bara av sjuksköterskor inom den palliativa vården då döden kan inträffa inom alla områden där sjuksköterskor är verksamma. Bloomer och O'Connor (2012a) samt Bremer m.fl. (2011) förtydligar i båda sina studier att det saknas tydliga riktlinjer för sjuksköterskor att luta sig mot. Sjuksköterskor inom prehospital vård och på akutmottagningar möter döden och efterlevande frekvent i sitt arbete och avsaknad av riktlinjer och förhållningssätt ökar stressen och osäkerheten. När fokus flyttas från patientvård till vård av efterlevande innebär det en övergång från struktur till en situation utan riktlinjer. All personal agerar olika och risken för att fördomar och personliga erfarenheter styr mötet kan komma att öka.

Bremer m.fl. (2012) beskrev hur ambulanspersonal utförde HLR i vetskap om att patientens liv inte gick att rädda. Detta för att de kände sig osäkra i situationen och var rädda för efterlevandes reaktioner. Personalen hade inga riktlinjer att förhålla sig till utan lät sina egna känslor styra handlandet. Det känns inte etiskt försvarbart att utföra HLR på en avliden patient på grund av rädsla för egna eller efterlevandes känslouttryck. Hade personalen haft riktlinjer att utgå ifrån hade inte detta etiska dilemma uppstått.

Interprofessionell samverkan kan minska sjuksköterskornas stress då professionerna arbetar mot samma mål tillsammans och kan hjälpa till att avlasta varandra. Det är viktigt att sjuksköterskorna blir informerade om vad övriga

professioner har förmedlat till de efterlevande så att de kan vara behjälpliga i förtydligandet av den informationen under sina samtal (Kock-Redfors 2011). När möjligheten till kurator, präst eller psykolog finns bör denna användas (Bloomer & O'Connor 2012a). Interprofessionell samverkan är viktig för alla professioner. Ett problem är att tillgängligheten till präster, kuratorer och psykologer inte är konstant utan oftast endast är tillgänglig under kontorstid. Detta leder till att sjuksköterskor måste utföra även deras arbetsuppgifter med samtal och stöttning när dessa inte finns på plats. Det ställer ett högre krav på sjuksköterskorna då dessa söks av efterlevande för att få information och stöd. Risker för vårdrelaterade skador ökar i takt med sjuksköterskors stress och att arbetsbelastning ökar.

Hur känslor påverkar mötet

Utän möjlighet att hantera sina egna känslor riskerar sjuksköterskorna att bli emotionellt utmattade, vilket kommer att påverka deras personliga hälsa (Ong m.fl. 2018). En gemensam ståndpunkt för sjuksköterskorna var att det är mentalt och känslomässigt krävande att vårda döende patienter och försöka upprätta en relation med deras efterlevande. Samtidigt uttryckte flera sjuksköterskor ett behov av att kontrollera sina känslor under arbetstid för att kunna ge en god omvårdnad (Ong m.fl. 2018). Sjuksköterskorna riskerar att slitas mellan person och profession vilket kan leda till jobbiga inre konflikter. Möjligheterna att omfamna sina egna känslor under arbetstid är strikt begränsade och risken att ta med känslorna hem och därmed riskera en emotionell utmattning ökar.

När sjuksköterskor upplever stress och hög arbetsbelastning kan detta påverka förhållandet till de efterlevande (Walker & Deacon 2015). Detta kan bero på sjuksköterskornas attityd vid mötet och dennes förmåga att vara emotionellt och mentalt närvarande i situationen (Rejnö & Berg 2019). En relation mellan sjuksköterska och efterlevande som inte fungerar försvårar kommunikationen, och det uppstår lättare missförstånd. Goda relationer ger sjuksköterskorna ovärderlig information om till exempel anhörigas önskemål om åtgärder utifrån specifik kulturell bakgrund. Olika kulturella och etniska bakgrunder är omständigheter som kräver fingertoppskänsla och finkänslighet från sjuksköterskor.

Sjuksköterskor som själv upplevt död i en nära relation har många gånger lättare att skapa en relation med de efterlevande. De kan knyta an till deras känslor och behov på ett djupare plan men riskerar också att återuppleva de känslorna de själva kände när de var i samma situation (Bloomer m.fl. 2012a). Kontakten med sina egna känslor och en förförståelse för hur känslouttryckarna kan te sig är därför viktigt för sjuksköterskorna. Detta går hand i hand med omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbees teori om att en relation måste skapas för att en god omvårdnad ska kunna utföras. Hon menade att en bra relation mellan sjuksköterska och patient/anhörig bygger på att sjuksköterskan ska kunna gå utanför sin egen roll och kunna känna in den andra människans känslor.

När döden infaller plötsligt finns det inte alltid möjlighet för sjuksköterskor att skapa en relation i ett tidigt skede med de efterlevande. Kanske möts de först efter att dödsfallet inträffat. När det inte finns någon relation är det avsevärt svårare för sjuksköterskor att ge trygghet och stöd (Rejnö m.fl. 2012a). De efterlevandes känslomässiga reaktioner blev i regel starkare när en relation inte var upprättad och sjuksköterskornas hade oftare svårare att kontrollera sina egna känslor. Sjuksköterskor som själv upplevt död i en nära relation har många gånger lättare att skapa en relation med de efterlevande. De kan lättare knyta an till deras känslor och behov på ett djupare plan men riskerar samtidigt att återuppleva den

egna tragedin (Bloomer m.fl. 2012a). Konsekvensen kan därmed bli att sjuksköterskor känner rädsla inför eventuella känslouttryck och kan dra sig för att komma för nära de efterlevande och fokuserar istället på andra arbetsuppgifter hos andra patienter. Kontakten med sina egna känslor och en förståelse för hur känslouttryckarna kan te sig är därför viktigt för sjuksköterskor.

Vikten av en fungerande dialog

Information och kommunikation beskrivs som ett hjälpmedel till att bibehålla lugn och trygghet hos de efterlevande (Rejnö & Berg 2019). Problem uppstår när sjuksköterskor upplever att de inte kan kommunicera rakt och ärligt (Main 2002). Ämnet döden är svårt att beröra och många sjuksköterskor upplevde ett obehag av att prata med efterlevande om detta. Istället för att rakt ut säga till de anhöriga att deras anhöriga har dött sa några till exempel att den anhöriga har gått vidare. Sjuksköterskorna upplevde en rädsla både för sina egna känslor, men var också aktsamma för att röra upp känslorna hos de efterlevande då det skulle kunna skapa en otrevlig situation (a.a.). Fysisk kontakt eller ickeverbal kommunikation är verktyg som sjuksköterskorna kan använda sig av när de upplever att det är svårt att uttrycka sig verbalt. En hand på en efterlevandes axel eller en förstående blick kan vara tillräckligt för att de efterlevande ska känna sig sedda och omhändertagna.

Sjuksköterskor är ofta den profession som står patient och anhöriga närmast och det är också många gånger hos sjuksköterskorna som de efterlevande söker emotionellt och praktiskt stöd efter ett dödsfall. Dessutom kan sjuksköterskor ställas inför en rad hinder som försvårar kommunikationen, såsom de efterlevandes förväntningar och interna familjekonflikter som inte sällan blossar upp under svåra situationer (Walker & Deacon 2015). Förutom detta försvårar också den relativt vanliga känslomässiga chocken de efterlevandes förmåga att ta in och bearbeta information. Det ställer höga krav på sjuksköterskorna som behöver dela upp informationen i små doser under flera tillfällen, samtidigt som de behöver vara lyhörda för de efterlevandes reaktioner (Rejnö m.fl. 2012a). Skillnaden mellan ett bra och ett dåligt möte mellan sjuksköterska och efterlevande är hårfin. Kommunikation är en väldigt viktig aspekt i mötet. Sjuksköterskornas förmåga att läsa av situationen, och deras känsla för timing kan vara avgörande. För sjuksköterskorna kan det vara en fördel att det är de som står patienter och anhöriga närmast och att de har etablerat en relation. Det underlättar sjuksköterskornas möjlighet att tala i klarspråk, tilltala de efterlevande på ett korrekt sätt och att tillåta sig uppleva sina känslor tillsammans med dem.

Tillgången till skriftlig information att dela ut efter dödsfallet var till stor hjälp för många efterlevande (Walker & Deacon 2015). Det är av yttersta vikt att informationsutbytet blir detsamma vem det än är i teamet som får i uppgift att lämna den. I den kritiska stund som uppstår efter att döden inträffat har de efterlevande många gånger svårt att ta in information. Det som fanns i skrift kunde läsas vid ett senare tillfälle och kunde upplevas som en trygghet för de efterlevande när chocken börjat släppa. Det ger också sjuksköterskor en extra säkerhet att all information har gjorts tillgänglig för de efterlevande.

Efterlevande i direkt anslutning till dödsfallet kanske inte enbart befinner sig i chock, men också i en form av förnekelse. Därför kan informationsutbytet bli kraftigt begränsat. Cullberg (2006) talar om de fyra faserna alla går igenom när en kris inträffar. En kris innebär ett avbrott i livet och tiden, och efterföljs oftast av starka känslor. Chockfasen, som är den första fasen, varar normalt mellan ett ögonblick och upp till några dygn. Det är under chockfasen som de efterlevande

får som mest information. Chockfasen kan yttra sig som känslomässig stumhet där personen skyddar sig mot insikten och sorgen. Det är därför av yttersta vikt att sjuksköterskorna inte lägger några värderingar eller dömande för hur krisen känslomässigt yttrar sig, utan att de istället finns närvarande med värme och vänlighet.

KONKLUSION

Eftersom forskning visar att efterlevande ofta återkommer till sjukvården med både psykiska och fysiska åkommor, är det viktigt att redan i samband med dödsfallet ta hand om dessa personer och upprätta handlingsplaner för att minska deras risk för följsjukdom. Det är därför essentiellt att sjuksköterskor har kunskap och förmåga att bemöta efterlevande på bästa sätt.

Trots att sjuksköterskor på en akutmottagning ofta sätts i situationer där de behöver möta efterlevande, visar resultatet att det finns för lite forskning, utbildning och möjligheter för sjuksköterskor att utveckla sina färdigheter och öka sina kunskaper. Det behövs mer forskning som påvisar på hur man ska göra, men också hur stressen från bristerna i kunskap påverkar sjuksköterskorna och deras förmågor långsiktigt. Risken för sjuksköterskor på en akutmottagning att drabbas av emotionell utmattning är hög, och för att minska risken visar resultatet att omvårdnadshandledning är en meningsfull åtgärd.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Den gemensamma ståndpunkten och kärnan i alla artiklar är att det finns för lite kunskap och utbildning för sjuksköterskor i ämnet. För att om möjligt kunna förstå hur viktiga dessa möten är och hur mycket som krävs från sjuksköterskor krävs det mer forskning. Forskningen behöver rikta in sig på hur mötet påverkar efterlevandes fortsatta liv och hälsa. Först då går det att förstå vikten av mötet. Redan idag behöver det utformas riktlinjer för att kunna skapa en trygghet för sjuksköterskorna, men också för att kunna skapa en trygghet för de efterlevande. Efterlevande skall veta att de kommer bli omhändertagna på ett professionellt sätt och att det inte skall spela någon roll vem de möter; informationen och bemötandet ska vara detsamma från alla.

Då sjuksköterskor regelbundet kommer i kontakt med död och efterlevande borde det också i sjuksköterskans kompetensbeskrivning framgå den kunskap sjuksköterskor ska ha i ämnet för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad till efterlevande.

REFERENSER

Bloomer MJ, Morphet J, O'Connor M, Lee S, Griffiths D, (2012) Nursing care of the family before and after a death in the ICU – An exploratory pilot study. *Australian critical care*, 26, 23-28

Bloomer MJ, O'Connor M, (2012) Providing end-of-life care in the intensive care unit: issues that impact on nurse professionalism. *Singapore nursing journal*, 3, 25-31

Bremer A, Dahlberg K, Sandman L, (2012) Balancing between closeness and distance: Emergency medical services personnel's experience of caring for families at out-of-hospital cardiac arrest and sudden death. *Prehospital and disaster medicine*, 27, 42-52

Cinahl (2019) ><https://web-a-ebSCOhost-com.proxy.mau.se/ehost/search/advanced?vid=0&sid=63e2fce7-8688-4adc-9dde-da2941cc3c8c%40sessionmgr4008>< HTML (2019-03-22)

Cullberg J, (2006) *Kris och utveckling* (5e upplagan). Stockholm: Natur och kultur

Dias MV, Backes DS, Silva MRS, Vidal DAS, Santos SSC, Ilha S (2015) Nursing care to the family experiencing the process of death and dying: reflective analysis. *Journal of Nursing UFPE online*, 9301–5

Fyhr G, (2003) *Hur man möter människor i sorg* (2a upplagan). Stockholm: Natur och kultur

Hogan K-A, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG, (2016) When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 42, 207-212

International classification of diseases, (2018) *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* ><https://icd.who.int/browse11/l-m/en>< HTML (2019-03-24)

Karolinska Institutet, (2019) *Svensk MeSH* ><https://mesh.kib.ki.se/>< HTML (2019-03-22)

Kirkevold M, (2000) *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2a upplagan). Lund: Studentlitteratur

Kock-Redfors M, (2011) *Plötslig oväntad död. Att ta hand om anhöriga i akut kris* (reviderad upplaga). Sävedalen: Warne förlag

Main J, (2002) Management of relatives of patient who are dying. *Journal of clinical nursing*, 11, 794-802

Ong KK, Ting KC, Chow YL, (2017) The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 27, 257-268

- Polit DF, Beck CT, (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th edition). Philadelphia: Lippincott
- PubMed (2019) ><https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.mau.se/pubmed?otool=isemalmlib>< (2019-03-22)
- Rejnö Å, Berg L, (2019) Communication, the key in creating dignified encounters in unexpected sudden death – with stroke as example. *Indian journal of palliative care*, 25, 9-17
- Rejnö Å, Berg L, Danielson E, (2012a) Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death. *Nursing ethics*, 19(5), 642-653
- Rejnö Å, Danielson E, von Post I, (2012b) The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27, 123-130
- Salum M, Kahl C, Cunha Ks, Koerich C, Santos TO, Erdmann AL (2017) The process of death and dying: challenges in nursing care for patients and family members. *Revista Rene*, 18, 528–35
- Sandelowski, M. (2011) When a Cigar Is Not Just a Cigar: Alternative Takes on Data and Data Analysis. *Research in Nursing & Health*, 34, 342-352.
- Schlump-Urquhart SR, (1990) Families experiencing a traumatic accident: implications and nursing management. *Clinical issues*, vol 1(3), 522-534
- Shariff A, Olson J, Salas AS, Cranley L, (2017) Nurses' experiences of providing care to bereaved families who experience unexpected death in intensive care units: A narrative overview. *The Canadian Journal of critical care nursing*, 28(1), 21–29
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2014), *Mall för kvalitetsgranskning av kvalitativ forskningsmetodik* >https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf< PDF (2019-03-28)
- Socialstyrelsen (2018), *Kvalitetsdeklaration, Statistik om dödsorsaker 2017*. ><https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-10-17>< PDF (2019-03-23)
- Socialstyrelsen (2019), *Närståendebegreppet*. ><https://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/donationsutredning/narstaendebegreppet>< HTML (2019-05-23)
- Socorro LL, Tolson D, Flemming C, (2001) Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *Journal of advanced nursing*, 35(4), 562–570
- Svensk sjuksköterskeförening (2017), *Dokumentbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. ><https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar->

publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf< PDF (2019-03-18)

Svensk sjuksköterskeförening (2008), *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*
><https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/pallativkompetensbeskr.pdf>< PDF (2019-05-23)

Svensk sjuksköterskeförening (2009), *Svensk sjuksköterskeförening om sjuksköterskans profession*. >https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf< PDF (2019-05-23)

Velarde-García JF, Luengo-González R, Gonzáles-Hervias R, Cardenete-Reyes C, Alvarado-Zambrano G, Palacios-Ceña D, (2016) Facing death in intensive care unit. A phenomenological study of nurses' experiences. *Contemporary nurse*, 52(1), 1-12

Vetenskapsrådet (2002), *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* ><http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>< PDF (2019-03-28)

Walker W, Deacon K, (2015) Nurses' experience of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 33, 39 – 47

Wengström Y, Forsberg C (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4e upplagan). Stockholm: Natur och kultur

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström (2016) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4e upplagan). Lund: Studentlitteratur

BILAGA 1.

Databas	Sökning	Sökord	Filter	Antal träffar/titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
PubMed	1	“Nurs*”		915027	0			
PubMed	2	Nurses (MeSH)		84857	0			
PubMed	3	Nursing (MeSH)		246253	0			
PubMed	4	Nurse’s role (MeSH)		39491	0			
PubMed	5	1 OR 2 OR 3 OR 4		915944	0			
PubMed	6	“Bereave*”		9133	0			
PubMed	7	Bereavement (MeSH)		126292	0			
PubMed	8	6 OR 7		15498	0			
PubMed	9	“Experienc*”		1027331	0			
PubMed	10	Life Change events (MeSH)		22162	0			
PubMed	11	9 OR 10		1041647	0			
PubMed	12	8 OR 11		5198	0			
PubMed	13	“Death”		803726	0			

PubMed	14	Death (MeSH)		142556	0			
PubMed	15	Parental Death (MeSH)		759	0			
PubMed	16	Death, Sudden, Cardiac (MeSH)		14499	0			
PubMed	17	13 OR 14 OR 15 OR 16		803726	0			
PubMed	18	“Sudden”		99123	0			
PubMed	19	Death, Sudden (MeSH)		33616	0			
PubMed	20	18 OR 19		99125	0			
PubMed	21	“Qualitativ**”		219003	0			
PubMed	22	Qualitative Research (MeSH)		46063	0			
PubMed	23	21 OR 22		219122	0			
PubMed	24	5 AND 12 AND 17 AND 20 AND 23		211	51	17	10	5

Databas	Sökning	Sökord	Filter	Antal träffar/titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
Cinahl	1	“Nurs*”		768225	0			
Cinahl	2	(MH “Nurses+”)		197713	0			
Cinahl	3	1 OR 2		771872	0			
Cinahl	4	“Bereave*”		8781	0			
Cinahl	5	(MH Bereavement+”)		12163	0			
Cinahl	6	(MH “Grief+”)		7066	0			
Cinahl	7	4 OR 5 OR 6		13755	0			
Cinahl	8	“Experienc*”		367067	0			
Cinahl	9	(MH Experience*”)		351785	0			
Cinahl	10	8 OR 9		367067	0			
Cinahl Cinahl	11	7 OR 10		11671	0			
Cinahl	12	“Death”		8971	0			
Cinahl	13	(MH “Death, Sudden, Cardiac”)		5519	0			
Cinahl	14	12 OR 13		176000	0			

Cinahl	15	“Sudden”		21019	0			
Cinahl	16	(MH “Death, sudden”)		2029	0			
Cinahl	17	15 OR 16		21019	0			
Cinahl	18	“Qualitative”		138799	0			
Cinahl	19	(MH “Qualitative Studies+”)		124666	0			
Cinahl	20	18 OR 19		165210	0			
Cinahl	21	3 AND 11 AND 14 AND 17 AND 20		173	40	13	9	6

BILAGA 2.

Author	Title	Aim	Participants	Method	Analysis	Findings	Study quality
Year Country Melissa J. Bloomer, Julia Morphet, Margaret O'Connor, Susan Lee, Debra Griffiths 2012 Australia	Nursing care of the family before and after a death in the ICU – an exploratory pilot study	Describe the ways in which ICU nurses care for the families of dying patients during and after the death	337 nurses in the ICU with more than 12 months of work experience decided into two focus groups.	A qualitative approach, exploratory descriptive study	Digitally recorded and transcribed interviews. Coding and theme notes using an inductive method	Participants identified that their ICU training was inadequate in equipping them to address the complex care needs of families leading up to and following families deaths.	Strength: All nurses volunteered to be a part of the study. Limitations: Findings are pertinent to the individuals who participated in the study.
Melissa J. Bloomer, Margaret O'Connor 2012 Australia	Providing end-of-life care in the intensive care unit: issues that impact on nurse professionalism	Describe the ways in which nurses working in the ICU care for family members in the dying phase and after death.	12 nurses in 2 different ICUs in Melbourne	Qualitative exploratory study	Digitally recorded and transcribed interviews, individually analyzed by each investigator	Recognition that death is a frequent event in a setting that concentrates on supporting life will require acknowledgement of the complex role of nurses, in supporting not only the dying person but also their family members.	Strength: All nurses volunteered to be a part of the study. Participants both men and women. Limitations: Small sample size. Findings are

							pertinent to the individuals who participated in the study.
Anders Bremer, Karin Dahlberg, Lars Sandman 2013 Sweden	Balancing between Closeness and distance: Emergency medical services personnel's experience of caring for families at out-of-hospital cardiac arrest and sudden death	Analyze emergency medical service personnel's experience of caring for families when patients suffer cardiac arrest and sudden death	10 EMS personnel in southern Sweden	Qualitative study based on a hermaneutic lifeworld approach	Interpretative analysis inspired by the hermaneutics and scientific openness.	Ethical caring competence is needed in the care of bereaved family members to avoid additional suffering. Opportunities to reflect on these situations within a framework of care ethics, continuous moral education, and clinical ethics training are needed. Support in dealing with personal discomfort and clear guidelines on family support could benefit EMS personnel.	Strength: All EMS personnel have adequate education for the tasks they were performing. Limitations: Findings are limited to the social, religious, and cultural norms of the northern Europe society. Also, the EMS personnel had different educational backgrounds
Kerry-Anne Hogan, Frances Fothergill-Bourbonnais, Susan Brajtman, Susan Phillips, Keith G. Wilson 2016 Canada	When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurses	Investigate what experiences the emergency nurses had about caring for dying patients and their families.	11 Emergency department nurses from a large Canadian academic health science system	Qualitative design with an interpretive approach.	In- depth analysis of the data resulted in 3 major themes.	Emergency nurses believed the environment made it difficult to care for dying patients and their families because of unpredictability, busyness, noise, lack of privacy and the need to manage many patients simultaneously	Strength: All participants volunteered to be a part of the study. Limitations: Participants only from one large urban tertiary may not reflect the experiences of nurses in rural hospitals.

Jill Main 2002 United Kingdom	Management of relatives of patients who are dying	To explore the issues further to include the views and needs of staff as well as relatives.	18 members of staff in a focus group discussion and included both trained and untrained staff	Qualitative design	Thematic analysis	Findings demonstrated that staff often felt ill-equipped for providing support for relatives when a patient is dying	Strength: Some participants have had training in bereavement support. Limitations: Based in one center only. Reflect only the views and experience of a small number of hospital staff.
Keh Kiong Ong, Kit Cheng Ting, Yeow Leng Chow 2018 Singapore	The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: a qualitative descriptive study	To understand the perceptions of critical care nurses towards providing end-of-life care.	10 registered nurses were purposively sampled and interviewed individually using a semi-structured interview guide	Qualitative descriptive design	Interviews were coded and data were thematically analysed.	Insight on nurses' perception as a trajectory of experience and raised several implications on clinical practice, policy and research.	Strength: Generation of knowledge for the local setting and the rigorous research process. Limitations: Lack of members and longitudinal interviews.
Åsa CU Rejnö, Linda K Berg 2019 Sweden	Communication, the key in creating dignified encounters in unexpected sudden death –	Illuminate the communication and its meaning in unexpected sudden death with stroke as	27 stroke team members were interviewed for this study	Qualitative design	A secondary analysis of the interviews with the aim to find the meaning of communication	Communication shown as the foundation for dignified encounters in care and its meaning in unexpected sudden death enables the next of kin to contribute to	Strength: Secondary analysis. Interviews specifically focused on communication would have risked capturing only the participants

	with stroke as example	example, as experienced by stroke team members and next of kin				personalizing the patient to the carers.	preconceptions about the issue. Limitations: The original interviews were not focused on communication
Åsa Rejnö, Linda Berg, Ella Danielson 2012 Sweden	Ethical problems: in the face of sudden and unexpected death	To describe experiences of members of stroke units in stroke unit of ethical problem and how the teams manage the situations	4 groups with 19 team members.	Qualitative design	Interpretative content analysis.	A mutual exchange of information forms the basis for decisions that need to be made when uncertainty prevails. Ethical problems might constitute ethical dilemmas but not all problems are dilemmas.	Strength: Participants both men and women, represented all professions and covered a wide range with both short and long professional experience. Limitations: The participants and the researchers didn't have the same definition of ethics.
Åsa Rejnö, Ella Danielson, Iréne von Post 2012 Sweden	The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses	To describe how nurses experience the patient's death and dying, when patients are afflicted by acute stroke and whose	10 registered nurses with experience from acute and rehabilitative stroke care, who expressed interest in the study. The	Qualitative design	Hermeneutical text interpretation leading to main and subthemes.	The study highlights that the unexpected and demanding situations nurses are placed in can be understood as ethical dilemmas and value conflicts.	Strength: The findings might be transferred to similar contexts where patients dying suddenly and unexpectedly are cared for.

		lives cannot be saved.	nurses were all women.				<p>The nurses spoke spontaneously.</p> <p>Limitations: The knowledge produced by this study cannot be generalized to all patients who die suddenly in stroke units</p>
<p>Lourdes López Socorro, Debbie Tolson, Valerie Fleming</p> <p>2001</p> <p>Spain</p>	<p>Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families</p>	<p>To investigate the experience of emergency nurses caring for suddenly bereaved family members in the clinical setting, particularly after they are informed about the loss of a loved one.</p>	<p>Seven emergency nurses who worked in a large tertiary referral emergency department in Las Palmas de Gran Canaria, Spain.</p>	<p>Qualitative study</p>	<p>Hermeneutic-phenomenological analysis</p>	<p>The need to reflect on personal and professional experiences to facilitate personal growth, discover meaning for emergency nurses and examine the possible implications for clinical care.</p>	<p>Strength: The use of hermeneutic phenomenological approach enabled the researcher to evaluate critically what was troublesome from the perspective of the emergency nurses.</p> <p>Limitations: The choice of a face-to-face interview as a strategy to collect data could mean that the interviewer's verbal and non-verbal reactions to the experiences that the participants recounted, might have had the potential to influence the</p>

							interaction. The lack of standardization of the semi-structured interviews and the inexperience of the interviewer may have limited the possibility of obtaining more accurate data.
Wendy Walker, Kate Deacon 2015 United Kingdom	Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study	To explore nursing interventions for person-centred bereavement care in adult acute and critical care settings	A total of nine registered nurses and one auxiliary nurse working in emergency care, critical care and cardiac care	Descriptive exploratory study	All interviews were transcribed verbatim and data subjected to directed content analysis	Five main themes were identified. Participants' accounts contained descriptions of bereavement care and the presence of person-centred interventions. Contextual, professional and attitudinal factors influenced the degree to which person-centred care operated.	Strength: Participant quotations were provided to support analytic claims and reference to existing research helped to confirm the validity of interpretations. Limitations: The study took place in one hospital in the UK with a small purposive sample of registered nurses which may limit transferability of the findings to other contexts.