



**Linnéuniversitetet** Kalmar  
Växjö  
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

# **Hur sjuksköterskor kan stödja anhöriga i sorg**

**Simon Beck & Sofia Johansson**



**Linnéuniversitetet** Kalmar  
Växjö  
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Examensarbete vårdvetenskap 15 hp

Hur sjuksköterskor kan stödja anhöriga i sorg

Simon Beck & Sofia Johansson

### **SAMMANFATTNING:**

Det är en svår upplevelse att förlora en anhörig. Sorgen kan medföra ett känslomässigt lidande och en påfrestning på hälsan. Sjuksköterskor ställs ofta inför den svåra situation som det innebär att möta anhöriga till avlidna patienter och många känner sig inte bekväma med uppgiften. Detta resulterar i att anhöriga inte alltid får det stöd de önskar eller behöver vilket kan öka lidandet. Vi beskriver i denna systematiska litteraturstudie vad sjuksköterskan kan göra för att stödja anhöriga i sorgprocessen. Två övergripande teman framträdde *stöd i mötet* och *stöd i organisationen*. Genom att skapa god relation, med ärlighet, omtanke och vänlighet, och ha samtalet i fokus kan sjuksköterskan stödja den anhörige initialt i mötet. Samtalet kan även vara ett redskap för att bedöma behov så att varje individ kan få ett optimalt stöd. Resultatet visade även att organisationen kan stötta sjuksköterskan i arbetet att stödja anhöriga genom att ha klara rutiner, god samverkan (mellan olika instanser) och ge utbildning. Denna studies resultat har uppbackning av tidigare teorier och forskning inom ämnet. Dock kvarstår det faktum att sörjande fortfarande inte upplever att de får ett tillräckligt stöd. Fortsatt forskning för att utreda varför teoretisk kunskap inom detta område inte praktiskt tillämpas behövs.

**Nyckelord:** anhöriga, omvårdnad, sorg, sjuksköterskor, stöd.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1 Sorg som begrepp.....	1
2.2 Teorier om sorg.....	1
2.3 Sorg och hälsa.....	3
2.4 Stöd och sjuksköterskans roll.....	4
3. PROBLEMFÖRMULERING.....	4
4. SYFTE.....	5
5. METOD.....	5
5.1 Inklusionskriterier.....	5
5.2 Sökning och urval.....	5
5.3 Kvalitetsgranskning.....	6
5.4 Analys.....	7
5.5 Forskningsetiska överväganden.....	7
6. RESULTAT.....	8
7. DISKUSSION.....	11
7.1 Metoddiskussion.....	11
7.2 Resultatdiskussion.....	16
7.3 Slutsats.....	18
REFERENSER.....	20

Bilaga 1: Sökningsförfarande

Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsmall för kvalitativa studier

Bilaga 3: Kvalitetsbedömningsmall för kvantitativa studier

Bilaga 4: Artikelmatris

## **1. INLEDNING**

När en individ dör drabbas hela familjen och i detta möte har sjuksköterskan stor betydelse för sorghanteringen hos de drabbade. Vi anser att sjukvården allt mer inriktar sig mot en helhetssyn där man går från att behandla den enskilda patienten till att vårda hela familjen och vi tror att detta arbete kan utvecklas vidare. Under vår verksamhetsförlagda undervisning har vi mött en osäkerhet hos oss själva som sjuksköterskestudenter och hos våra sjuksköterskekollegor över hur vi ska möta anhöriga i deras sorg. Vi tycker att det är ett problem och har valt att beröra detta område. I denna studie benämner vi anhörig och familjemedlem och menar att vad var och en ser som sin familj är individuellt och här syftar det till sörjande.

## **2. BAKGRUND**

### **2.1 Sorg som begrepp**

Attig (2004) förklarar att sorg som begrepp innebär två i grunden skilda saker. Å ena sidan är sorg den emotionella reaktionen som uppstår när någons död upplevs som en förlust. Denna reaktion består av en föreställning (om att ha förlorat någon dyrbar), en tendens (att fortsätta agera, känna och tänka på samma sätt som före döden inträffade) och smärtsamma känslor (vanligtvis ledsnad, ensamhet och hopplöshet med medföljande somatiska symtom) som grundar sig i insikten att ovannämnda tendens inte längre är hållbar. Å andra sidan är sorg en aktiv respons där den sörjande ger sig in i förlusten, uttrycker och arbetar igenom känslor, ändrar vanor och beteende, modifierar relationer, omvärderar meningen med livet och blir därmed själv förändrad i processen (Attig, 2004).

### **2.2 Teorier om sorg**

Sorgreaktionen och sorgprocessen har förklarats av flera olika teorier. Bowlby (1980) beskriver fyra stadier som den sörjande passerar igenom i sitt försök att acceptera förlusten av en nära anhörig: avdomning och protest, längtande och sökande, oreda och förtvivlan samt omorganisering och återställande. Avdomning och protest är den initiala chocken med tillhörande psykologiska och fysiologiska stress (t.ex. förhöjd blodtryck och puls). Längtande och sökande kännetecknas av en upptagenhet med den avlidne där den sörjande adopterar egenskaper av den avlidne eller söker exempelvis föremål som påminner om personen. I stadiet om oreda och förtvivlan har den sörjande förstått att förlusten är verklig, han eller hon

saknar hopp om framtiden och drar sig undan socialt. Omorganisering och återställande karakteriseras av etablering av nya mönster, mål och aktiviteter i livet samtidigt som en minskning av sorg sker. Stadierna är dock inte helt avskilda enheter och en individ kan pendla mellan två under en viss tid (Bowlby, 1980).

Worden (2003), som ser begränsningar i att betrakta sorgprocessen utifrån stadier eftersom den sörjande passiveras, beskriver fyra uppgifter som måste aktivt genomföras för att den sörjande ska kunna gå vidare i livet. Den första uppgiften är att acceptera förlusten. Det innebär att fullt ut inse verkligheten om att den avlidne faktiskt är död och inte kommer tillbaka. Den andra uppgiften är att möta och uppleva sorgens smärta: ledsnad, ångest, skuld, ilska och ensamhet. Smärtan ska inte motsättas, negligeras eller tryckas ner t.ex. genom att undvika att tänka smärtsamma tankar, att idealisera den avlidne eller att använda alkohol eller droger. Den tredje uppgiften är att anpassa sig till en tillvaro utan den avlidne. Detta innebär att den sörjande får anta roller och utveckla färdigheter för vilka den avlidne tidigare tog ansvar för samt reflektera över sin självbild och sina grundföreställningar då dessa kan skakas om efter en näras död. Den fjärde uppgiften är att känslomässigt förändra relationen till den avlidne och gå vidare i livet. Med detta menas att släppa taget om gamla band till den avlidne och istället skapa en ny relation till dennes minne. Genom detta kan den sörjande känna trivsel igen och engagera sig i andra relationer (Worden, 2003).

Stroebe och Schut (1999) vidhåller att det i många teorier om sorgprocessen inte tas hänsyn till följande: att det finns stora variationer i den individuella responsen till sorg både vad gäller köns- och kulturella skillnader; att förlust inte enbart innebär förlust av en person utan även sekundära förluster; att sorg inte existerar som ett isolerat fenomen utan sker i ett mellanmänniskt kontext där sörjande stödjer varandra och vänner finns som kan hjälpa; samt att upplevelsen av sorg är en dynamisk process där den sörjande ömsom reflekterar över sanningen i att förlusten skett och ömsom kämpar emot denna verklighet. De föreslår en tvåfaldig processmodell där hantering av sorg omfattas av förlust- och återställandeorientering. Förlustorientering syftar på en fokusering och hantering av någon del av förlusten av den avlidne personen. Ett stort omfång av känslomässiga reaktioner så som gråt, förtvivlan, förnekelse, längtan och glädje över att den avlidne ej längre lider inkluderas här såväl som bearbetning av minnen av den avlidne och av livet som det var förut samt

försök att släppa taget. Återställandeorientering syftar på en hantering av sekundära stressorer som kommit till följd av döden t.ex. social ensamhet, uppgifter som den avlidne tidigare tog ansvar för och ändringar i personlig identitet (ex. från hustru till änklings). Även att möta livsförändringar, göra nya saker, ta sig an nya roller och skapa nya relationer ingår här. Förnekelse av sorgen och försök att distrahera sig från sorgen är också en del av återställandeorienteringen. Modellen gör inte anspråk på hur den sörjande flyttar sig emellan dessa två områden eller med vilken frekvens eller tidsintervall. Varje individ upplever sorgen på sitt sätt men gemensamt för alla är ett skiftande från förlust- till återställandeorientering och tillbaka igen många gånger om. Denna pendling är nödvändig för att en optimal anpassning ska ske eftersom att oavbrutet sörja eller arbeta med sin sorg skulle vara för kostnadskrävande för hälsan. Förnekelse, vars negativa effekter länge betonats, lyfts således fram i denna modell som tillfälligt behövlig. Med tiden och upprepade exponering till sorgen och den nya verkligheten sker tillvänjning och anpassning (Stroebe & Schut, 1999).

Attig (2004) betonar sorgens komplexitet och menar att sorg inte kan reduceras till en eller några beståndsdelar. Sorg är alla följande saker på en och samma gång: känslomässigt uttryck och anpassning, fysisk ansträngning, psykodynamisk ackommodering, återupplivande av självkänsla, modifiering av identitet, omvärdering av föreställningar och livsmening samt justeringar i beteende, vanor, motivation och önskningar. Den är samtidigt en delad upplevelse med andra, en social anpassning till förlust. Sorg berör således hela människan på alla plan: emotionellt, fysiskt, psykiskt, beteendemässigt, kognitivt, socialt och andligt. Sorg är oförutsägbar då den är så komplex och för att varje individ gör unika aktiva val i sorgprocessen. Dessutom kan specifika sorgreaktioner variera beroende på dödsorsaken och hur nära relationen till den avlidne var. Sorg ska inte ses som ett problem att lösa eller någonting att övervinna. Det är en livslång, föränderlig och förändrande företeelse som blir en del av ens tillvaro. Sorgprocessen handlar i huvudsak om att på nytt lära sig omvärlden, att praktiskt lära sig hur man lever meningsfullt genom att åter engagera sig i livet och andra människor, att omforma det dagliga livet och styra in det på nya banor (Attig, 2004).

### **2.3 Sorg och hälsa**

Sorg är inte ett sjukdomstillstånd i sig men kan inverka negativt på den fysiska och psykiska hälsan. Symtom som trötthet, yrsel, huvudvärk, sömnstörningar, led- och muskelsmärter,

bröstsmärta, matsmältningsproblem och besvär med andningsvägar är vanligt förekommande och för vilka sörjande inte sällan söker vård. Också vanligt förekommande är en ökad konsumtion av medicin, alkohol och tobak samt minskad matlust vilket ytterligare förvärrar allmäntillståndet (Grimby & Johansson, 2009). Denna försämring av hälsan är vanligtvis övergående men för en minoritet som finner det mycket svårt att integrera förlusten och gå vidare i sitt liv är de fysiska och psykiska komplikationerna (såsom högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, ulcerös kolit, cancer, depression, ihållande ilska, ensamhetskänslor och självmordstankar samt social dysfunktion) svårare och mer långvariga (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002). Generellt sett uppvisar sörjande som grupp en högre mortalitet än övriga befolkningen (Stroebe, Hansson & Stroebe, 1993; Grimby & Johansson, 2005).

## **2.4 Stöd och sjuksköterskans roll**

Inom sjukvården finns möjligheten att på nära håll följa ett sorgelopp och ju tidigare stöd sätts in desto mindre är behovet av sjukvård och professionellt stöd längre fram. Detta förbättrar även mortaliteten för de sörjande. Sjuksköterskor som har vårdat den avlidne och möter anhöriga i sorg befinner sig i ett läge där de kan erbjuda stöd i form av bland annat tröst och vägledning. Stöd från sjuksköterskor bidrar till att underlätta avskedet och hantering av svåra känslor hos anhöriga. Att ge stöd i sorg är en finkänslig, kunskapskrävande och ibland svår uppgift (Grimby & Johansson, 2005) men det ligger i sjuksköterskors ansvarsområde att visa omtanke och hänsyn till efterlevande (SFS, 1982:763) och, mer generellt, att förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Trots det visar studier att en stor andel sjuksköterskor inte känner sig säkra på att möta anhöriga i sorg och helst undviker situationen (Tse, Wu, Suen & Yung, 2006), ett faktum som speglas i att anhöriga ofta önskar ett större stöd både praktiskt och psykosocialt (Sand, 2002).

## **3. PROBLEMFÖRMULERING**

Att uppleva förlust av en nära anhörig är en oundviklig del av livet. Den påföljande sorgen, om än normal och naturlig, kan medföra ett känslomässigt lidande och påfrestning på hälsan, både fysiskt och psykiskt. För en mindre del kan sorgen leda till förödande hälsomässiga konsekvenser. Stöd i tidigt skede har visat sig kunna förbättra prognosen för de sörjande. Sjuksköterskor ställs ofta inför den svåra situationen som det innebär att möta anhöriga till avlidna patienter, men långt ifrån alla känner sig bekväma med uppgiften eller tar sig an den.

Detta trots att det åligger sjuksköterskor att visa omtanke och hänsyn för anhöriga i sorg samt förebygga ohälsa. Som följd får anhöriga inte alltid det stöd de önskar. Vi anser därför att det är av vikt att belysa vad sjuksköterskan kan göra för att stödja anhöriga i sorgprocessen.

Genom att öka medvetenheten och kunskapen inom området ökar också förutsättningarna för att kunna erbjuda ett professionellt stöd till sörjande.

#### **4. SYFTE**

Syftet är att beskriva hur sjuksköterskor kan stödja anhöriga i sorgarbetet efter en familjemedlems bortgång.

#### **5. METOD**

Denna studie är en systematisk litteraturstudie vilket innebär att vi systematiskt sökt, kritiskt granskat och sammanställt resultaten utifrån relevanta och aktuella empiriska studier inom specificerat område (Forsberg & Wengström, 2008).

##### **5.1 Inklusionskriterier**

Artiklarna skulle svara på vårt syfte; att beskriva hur anhöriga kan stödjas i sorgarbetet efter en familjemedlems bortgång. De skulle dessutom vara skrivna på engelska eller svenska, vara publicerade inom ett drygt 10 års tidsspann (1999-2010) samt gälla vuxna, 18 år och uppåt, både med avseende på de sörjande och familjemedlemmen som har avlidit.

##### **5.2 Sökning och urval**

Sökningarna gjordes den 27 – 29 januari 2010 i följande databaser: Cinahl, PubMed och PsycInfo, tre databaser som enligt Forsberg och Wengström (2008) innehåller vetenskapliga tidskriftsartiklar inom omvårdnad. Till att börja med gjordes en pilotsökning med tänkbara sökord för att se hur mycket relevant litteratur det fanns att tillgå. Sökningen gav för få träffar med enbart anhörigperspektiv och därför valde vi att utgå ifrån både ett anhörig- och sjuksköterskeperspektiv. Förhoppningen var därmed att det även skulle ge en mer komplett bild av hur sjuksköterskan kan stödja sörjande anhöriga. Därefter bestämde vi oss för följande sökbegrepp: *nurses, nursing, family, spouses, significant other, grief, bereavement, death, och attitude to death*. Sökbegreppen söktes som ämnesord vilket i Cinahl benämns *Subject*, i PubMed *MeSH Term* och i PsycInfo *Descriptor*. Eftersom dessa databaser använder sig av



egna ämnesordlistor finns det variationer i ämnesord databaserna emellan. Av denna anledning användes i Cinahl *nursing care* istället för *nursing, death and dying* och *death attitudes* istället för *death* respektive *attitude to death* i PsycInfo. Sökbegreppet *significant other* förekommer inte som MeSH Term och därför gjordes en sökning i Title/Abstract för denna term i PubMed. Följande avgränsningar gjordes där möjligheten fanns: *peer-reviewed* (Cinahl och PsycInfo), *abstract available* (Cinahl och Pubmed) och *research article* (Cinahl), med syfte att enbart få fram vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2008).

Avgränsningar av språk, ålder och tidsintervall utifrån våra inklusionskriterier gjordes. Ytterligare en avgränsning, *human*, lades till i sökningarna i PubMed och PsycInfo eftersom dessa databaser innehåller artiklar om djur. Sökbegreppen söktes var för sig och i olika kombinationer med de booleska operatorerna *AND* och *OR*. Då antalet sökträffar understeg 200 lästes titlar. Där titeln ansågs vara relevant mot vårt syfte lästes abstraktet och utifrån abstraktets relevans gjordes en bedömning om att läsa hela artikeln. 21 artiklar lästes i sin helhet av vilka elva valdes till granskning. För att se sökningsförfarande hänvisas till bilaga 1. Genom manuell sökning utifrån referenslistor i de elva valda artiklarna hittades fyra artiklar som lästes i sin helhet. Av dessa fyra valdes sedan en artikel till granskning. Totalt tolv artiklar gick vidare till kvalitetsgranskning.

### **5.3 Kvalitetsgranskning**

De utvalda artiklarna kvalitetsgranskades utifrån granskningsmallar för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar av Forsberg och Wengström (2008). Mallarna modifierades dock, se bilaga 2 och 3, för att mer gälla för granskning av valda artiklar. För den kvalitativa mallen uteslöts en punkt under dataanalys och vissa punkter under utvärderingen som vi inte ansåg påverkad bedömningen av kvaliteten eller kunde göras om till fråga. Den kvantitativa mallen modifierades till att gälla både randomiserade kontrollerade och kvasi-experimentella studier. Detta för att kunna göra en enhetlig bedömning artiklarna emellan. Frågorna gjordes även om till ja och nej svar där ja gav 1p, nej 0p och otydligt 0,5p. Poängsättningen bedömdes ge mer enhetlig värdering av kvaliteten och nivåerna hög, medel och låg sattes. Hög bedömdes vara  $\geq 80$  % av resultatet, medel 60 – 79,5% och låg <60 %. Först granskades artiklarna enskilt för att sedan jämföras och diskuteras sinsemellan. När konsensus uppnåddes sattes en kvalitetsnivå för varje artikel. Nio av artiklarna bedömdes vara av hög- och tre av medelkvalitet. Se bilaga 4 för kvalitetsgranskningens resultat.

## 5.4 Analys

Dataanalysen inspirerades utav kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). De tolv valda artiklarnas resultat lästes enskilt av författarna och meningsenheter som svarade mot syftet valdes ut. Dessa meningsenheter jämfördes och diskuterades sinsemellan där vi slutligen enades om vilka som var relevanta. Två artiklar kondenserade och kodade vi gemensamt för att försöka uppnå konsensus i analysen. Övriga artiklar delades upp, fem var, som kodades enskilt. I de fall vi kände oss osäkra diskuterade vi sinsemellan. Därefter indelades koderna, som bedömdes vara inom samma område, i olika kategorier. Slutligen delades kategorierna in under två övergripande teman; stöd i mötet och stöd i organisationen. För exempel på analysprocessen se tabell 1, nedan.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Att få se den avlidna kroppen hjälpte de sörjande anhöriga att acceptera deras näras bortgång.	Att få se kroppen hjälper.	Se kroppen	Rutiner	Stöd i organisationen
Anhöriga uppskattade när en läkare eller sjuksköterska tog sig besväret att skriva ett brev, gå på begravning eller ringa.	Anhöriga uppskattar uppföljning.	Uppföljning		
De professionella kände att det borde finnas etablerade nätverk med förbättrad kommunikation och samordning mellan olika stödinstitutioner.	Förbättrade nätverk mellan stödinstitutioner bör finnas.	Nätverk	Samverkan	
Remiss till psykiatri skickades efter noggrann bedömning och oro över klienternas fortsatta problem med relationer.	Remiss till psykiatri skickas när det bedöms vara nödvändigt.	Remiss		

## 5.5 Forskningsetiska överväganden

Alla artiklar i denna studie har fått godkännande av en etisk kommitté eller uppvisat ett etiskt resonemang och under arbetsprocessen har vi haft som avsikt att vara objektiva och inte låta resultaten färgas av våra egna föreställningar. Forsberg och Wengström (2008) menar att gällande systematiska litteraturstudier bör dessa etiska överväganden göras.

## 6. RESULTAT

Två övergripande teman framträdde som syftar till att besvara vad sjuksköterskan kan göra för att stödja sörjande anhöriga: *stöd i mötet* med kategorierna relation och samtal och *stöd i organisationen* med kategorierna rutiner, samverkan och utbildning.

### *Stöd i mötet*

#### *Relation*

För att kunna stödja den sörjande är det centralt att lära känna personen (Street, Love & Blackford, 2004; White & Ferszt, 2009; Wilson & Daley, 1999) och skapa en god kontakt både på ett fysisk, psykisk och emotionellt plan. Det icke verbala språket har betydelse i mötet och exempelvis kan en blick eller fysisk kontakt hjälpa till att upprätthålla en god relation (Lopéz-Socorro, Tolson & Fleming, 2001). Sjuksköterskan kan stödja den anhörige emotionellt genom att visa omtanke och uppmärksamhet, exempelvis genom att hålla om, se efter och fråga om det är något som behövs etc. (Lloyd-Williams, Morton & Peters, 2009). Oftast är det viktigaste att bara finnas till för den sörjande (Lopéz-Socorro et al., 2001; Street et al., 2004). Grundläggande för att kunna bygga en bra relation är att ha ett vänligt, omtänksamt (Billings & Kolton, 1999; Moules, Simonson, Fleiszer, Prins & Glasgow, 2007; Warren, 2002; White & Ferszt, 2009) och ärligt bemötande (Warren, 2002). Att även sjuksköterskan visar sina känslor kan upplevas som positivt (Lopéz-Socorro et al., 2001; Street et al., 2004).

#### *Samtalet*

Många har ett behov av att prata med någon annan i sorgen (Benkel, Wijk & Molander, 2009) och hur sjuksköterskan kommunicerar med den sörjande kan påverka samtalet. Det är angeläget att tänka på vad man säger och uttrycka det med taktfullhet (Lloyd-Williams et al., 2009). Genom att ställa frågor om sorgen kan sjuksköterskan ta upp den till ytan (Moules et al., 2007; White & Ferszt, 2009) och ge den sörjande utrymme att berätta sin historia. Är sjuksköterskan närvarande och lyssnar aktivt (Moules et al., 2007; Street et al., 2004; Wilson & Daley, 1999; White & Ferszt, 2009) kan eventuella behov hos den sörjande, exempelvis vad som behöver bearbetas, uppmärksammas. Kanske är det fortfarande en chock, kanske behöver han eller hon gråta eller bara prata (Street et al., 2004). Det är särskilt viktigt att ge utrymme för eventuella känslor (Le et al., 2002; Moules et al., 2007; Wilson & Daley, 1999)

och bekräfta dessa då det signalerar till den sörjande att sorgen inte är patologisk utan snarare en naturlig del av livet (Moules et al., 2007; Stephen et al., 2009). Bekräftelse gör att den sörjande blir sedd (Stephen et al., 2009), får sitt lidande erkänt samt får perspektiv till sin unika och individuella situation (Moules et al., 2007; White & Ferszt, 2009). Sörjande som håller på att utveckla komplikationer i sorg påminns även om att stöd finns och får en försäkran om att de inte håller på att bli galna (Stephen et al., 2009).

Behovet av stöd är individuellt och beror på hur den sörjande klarar att hantera sorgen (Benkel et al., 2009; Stephen et al., 2009). För att kunna ge ett optimalt stöd är det viktigt att sjuksköterskan kan bedöma risken för utveckling av komplicerad sorg (Stephen et al., 2009). Exempelvis för sörjande som bär på mycket ilska måste fokus under samtalet vara förlåtelse, gottgörelse och förlikning för att sorgbearbetning ska kunna fortsätta (Moules et al., 2007). Den fysiska hälsan hos den sörjande kan fungera som en markör för att få större förståelse över dess allmäntillstånd men för att få en djupare insikt i det emotionella måendet kan sjuksköterskan ställa frågor om hur den sörjande klarar det dagliga livet, arbetslivet och relationer samt göra observationer på hur känslösam, gråtfylld eller ilsken personen är och hur kroppsspråk ter sig (White & Ferszt, 2009). Den sörjandes relation till den avlidne försvinner inte efter bortgången utan bara förändras. För att stötta den sörjande i bearbetandet kan sjuksköterskan hjälpa till att knyta an till minnen och arvet av den avlidne och på så sätt skapa och upprätthålla kontakten. Sorgearbete handlar mycket om att den anhörige ska acceptera den nya relationen (Moules et al., 2007).

Muntlig information från sjuksköterskan, exempelvis om rutiner, stödmöjligheter (Billings & Kolton, 1999) eller hur sorgprocessen fungerar, kan vara givande (Moules et al., 2007; White & Ferszt, 2009), framförallt när det ges under längre tid (Laurette et al., 2007) och utrymme för eventuella frågor ges (Wilson & Daley, 1999). Informationen blir då lättare att ta till sig och situationen upplevs mer positiv (Laurette et al., 2007). Information kan även med fördel kompletteras skriftligt i broschyr eftersom det ökar förståelsen (Laurette et al., 2007, Le et al., 2002; Lopéz-Socorro et al., 2001). I vissa situationer kan det vara nödvändigt med specifika råd eller direktiv om egenvård exempelvis att äta tre gånger om dagen eller ta en trettio minuters promenad etc. (White & Ferszt, 2009). Goda råd kan dock upplevas som negativa om de känns som krav av att göra saker på ett visst sätt (Benkel et al., 2009). Många gånger

kan det vara bättre att uppmuntra den sörjande till att istället be om hjälp själv (Moules et al., 2007). Att erbjuda lugnande läkemedel till den sörjande kan uppfattas negativt och ska ges med restriktivitet (Le et al., 2002; Lopéz-Socorro et al., 2001).

### ***Stöd i organisationen***

#### *Rutiner*

Vid ett dödsfall är det viktigt att avdelningen har tydliga riktlinjer för vad personalens roll i situationen är så att sörjande lätt ska veta till vem de kan vända sig (Billings & Kolton, 1999). Utarbetade rutiner som att låta anhöriga ta ett sista farväl i avskildhet är värdefulla (Billings & Kolton, 1999; Lloyd-Williams et al., 2009). Möjligheten att få se den avlidna kroppen hjälper till att acceptera dödsfallet (Le et al., 2002; Lopéz-Socorro et al., 2001, Warren, 2002). Rutinen att tillgodose individuella seder och religiösa önskemål anses också vara positiv (Le et al., 2002). Ett familjerum där anhöriga kan få vara tillsammans och dela sina erfarenheter ostört är av värde (Lopéz-Socorro et al., 2001) då sörjande behöver en trygg miljö omkring sig (Moules et al., 2007). Även till synes enklare rutiner som att exempelvis följa anhöriga ut från avdelningen underlättar och uppskattas (Lloyd-Williams et al., 2009). Rutiner kring uppföljning efter dödsfallet är nödvändiga för att anhöriga inte ska känna sig övergivna och ensamma (Benkel et al., 2009; Lloyd-Williams et al., 2009; Stephen et al., 2009). Flera sörjande har ett behov av att upprätthålla kontakten med avdelningen och personal för att undvika ett abrupt avslut (Benkel et al. 2009; Wilson & Daley, 1999). En del anhöriga till och med förväntar sig ett psykologiskt och socialt stöd i upp emot ett år efter bortgången (Benkel et al. 2009). Uppföljning har även som syfte att påminna om att olika stödmöjligheter finns (Stephen et al., 2009). Uppföljning kan ske genom att skicka kondoleans- och födelsedagskort, brev (Billings & Kolton, 1999; Stephen et al., 2009; Street et al., 2004; White & Ferszt, 2009) eller telefonsamtal (Billings & Kolton, 1999; Street et al., 2004). Många anhöriga uppskattar även att personal visar sin empati genom att medverka vid likvaker, minnesstunder eller begravningar (Billings & Kolton, 1999; Street et al., 2004; White & Ferszt, 2009).

#### *Samverkan*

Stöd av sörjande ska ses som ett multiansvar mellan olika stödinstitanser (Street et al., 2004) och genom att förbättra samarbete och samordning mellan dessa instanser kan sörjande få ett

mer individanpassat stöd. Det kan röra sig om individuella samtal, telefonhjälp linjer (Stephen et al., 2009), gruppterapi (Stephen et al., 2009; Street et al., 2004) anhörigförening (Benkel et al., 2009) och spirituellt stöd (Wilson & Daley, 1999). När det bedöms vara nödvändigt kan även remiss till psykiatri vara aktuellt (White & Ferszt, 2009). Många anhöriga känner en tröst över att stöd finns tillgängligt och att de vet var de kan söka hjälp (Benkel et al., 2009). Nationella och regionala riktlinjer kan hjälpa till att på lokal nivå utforma olika stödformer för att utöka möjligheterna för de sörjande (Stephen et al., 2009; Street et al., 2004).

### *Utbildning*

Ofta känner inte sjuksköterskor sig förberedda på att möta sörjande anhöriga (López-Socorro et al., 2001) och därför är utbildning inom området en avgörande faktor för ombesörjning av ett kvalitativt stöd (López-Socorro et al., 2001; Stephen et al., 2009). Den praktiska erfarenheten av att hantera situationer med sörjande anhöriga bidrar i sig till ökad kunskap och professionell utveckling men teoretisk kunskap är också relevant (López-Socorro et al., 2001). Utbildning i sorgens olika skeden och konsekvenser kan ge sjuksköterskor större förståelse över att sorg är en naturlig del av livet som inte behöver försjukligas (Stephen et al., 2009). Detta tillsammans med en ökad medvetenhet över egna föreställningar och värderingar kring döden kan leda till ett bättre stöd för de anhöriga (López-Socorro et al., 2001; White & Ferszt, 2009)

## **7. DISKUSSION**

### **7.1 Metoddiskussion**

#### *Metod*

Metoden för denna studie var en systematisk litteraturstudie och det innebär att man inom det valda problemområdet systematiskt söker, granskar och sammanställer tidigare vetenskaplig forskning till ny data (Forsberg & Wengström, 2008). Metoden anser vi lämpar sig och passar bra till syftet då den ger en heltäckande och sammanfattande bild av kunskapsläget just nu. Forsberg och Wengström (2008) beskriver att studien ska kunna upprepas och av den anledningen bör arbetsprocessens olika moment redovisas i detalj. Detta har vi försökt att göra.

### ***Sökning och urval***

I denna studie har vi angett vad som är inkluderat i studien bland annat forskning skriven på engelska eller svenska och publicerade inom ett 10 års tidsspann. Att tydligt ange vad som är inkluderat ökar trovärdigheten av studien men att begränsa sökningarna kan ses som en svaghet då detta kan begränsa studiens resultat. Forsberg och Wengström (2008) menar att helst ska all relevant litteratur inom det valda området inkluderas. Detta har diskuterats och tagits i beaktning. För att undvika missförstånd gjordes avgränsning i språk. Vi menar att det är bättre att begränsa urvalet än att sänka trovärdigheten men trots allt är det en svaghet då det kan ha påverkat resultatet. Våra valda artiklar var dock inte bara från engelsk- eller svenskspråkiga länder och bland dem kunde vi inte heller urskilja någon anmärkningsvärd skillnad vilket skulle kunna tyda på att resultatet trots allt inte hade varit annorlunda. Utgångspunkten i arbetet var även att resultatet framförallt skulle kunna appliceras i Sverige vilket begränsningen inte hindrade. Vi valde att begränsa studien utifrån en tio års period av flera skäl. Provsökningen inom området visade att antalet relevanta studier var begränsat och för att täcka in den senaste forskningen ansågs en tio års period vara aktuell. Forsberg och Wengström (2008) skriver att forskning som inkluderas bör vara aktuell för att inte minska studiens trovärdighet. Vi tycker i detta fall att tio år är en rimlig tidsaspekt för att artiklarna ska anses vara aktuella. Begränsningen i tid var dessutom en sätt för oss att göra arbetet med studien genomförbar inom den definierade tidsramen.

I en systematisk litteratursökning bör sökorden vara konsekventa (Forsberg & Wengström, 2008). En svaghet i vår studie är att ämnesorden varierar mellan databaserna men då orden inte har samma innebörd i de olika forumen så fanns det inga andra alternativ. Vi försökte istället vara systematiska i våra val av sökord och hitta synonymer till orden för att uppnå konsensus. Risken finns dock att orden trots allt inte har en exakt likadan innebörd vilket kan ha påverkat urvalet av artiklarna. Sökning efter aktuell forskning gjordes i Cinahl, PubMed och PsychInfo. Forsberg och Wengström (2008) skriver att Cinahl täcker in omvårdnad, PubMed medicin och omvårdnad och PsychInfo psykologisk forskning inom omvårdnad och medicin. Med dessa sökmotorer anser vi att det är en styrka att ett så brett område har täckts in men vi undrar om resultatet hade varit annorlunda om fler sökmotorer hade använts. Artiklarnas resultat innehåller även material från olika yrkeskategorier inom sjukvården som möter sörjande. Detta kan innebära både svagheter och styrkor för resultatets trovärdighet.

Många olika individers perspektiv ger en bredare bild och möjligheten att täcka in fler alternativ till stöd ökar. I vissa aspekter är sorgen kanske densamma hos alla människor, då den är en mänsklig företeelse, bara att den får olika uttryck vilket borde göra att behovet hos den sörjande är likadant oavsett yrkeskategori som möter den. Negativt är att resultatet trots allt får mindre trovärdighet då vi har tolkat och sammanfattat materialet till en enda yrkeskategori. Även yrkeskategorin sjuksköterska ger många olika perspektiv då det är ett brett yrke; en akut sjuksköterska har möjligtvis en annan bild av vad anhöriga vill ha för stöd än en sjuksköterska som jobbar inom äldreomsorgen. I vår studie avsåg vi att beskriva stöd i sorgearbetet för anhöriga efter en familjemedlems bortgång men en del artiklar tar även upp stödinsatser som kan sättas in tidigare exempelvis vid palliativ vård. Vi har dock i dessa fall hållit oss till de resultatdelar som endast berör efter bortgång.

Hos alla sökträffar som understeg 200, lästes titlar. Detta var ett beslut vi tog och gällde alla sökningar. Att gränsen just sattes vid 200 var något vi diskuterade och enades om. Dels ansågs det vara rimligt relaterat till tidsaspekten och dels var det för att vara konsekventa och systematiska i arbetet. Detta kan ha påverkat resultatet, dock ser vi det som en styrka att en redovisning av sökningarna och träffarna redovisas i bilaga 1. Att bortfallet blev stort mellan titelläsning och läsning av abstrakt har diskuterats och kan exempelvis tyda på att sökorden inte var optimala eller att artiklarnas titel var missvisande. Vi valde att utföra manuell sökning ur samtliga valda artiklars referenslista för att bredda inflödet av information och stärka trovärdigheten. Slutligen valdes 12 artiklar ut för att användas till studien. Artiklarna varierade mellan kvalitativa och kvantitativ forskningsansats vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) är en styrka och höjer kvaliteten hos den systematiska litteraturstudien.

### ***Kvalitetsgranskning***

Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån modifierade granskningsmallar. Detta kan vara både en styrka och en svaghet. Styrkan är att mallarna är mer anpassade och fungerar bättre att tillämpa till de valda artiklarna. Även den generella poängsättningen blir ett medel för att lättare uttyda artiklarnas vetenskapliga nivå. Willman och Stoltz (2006) skriver att granskningsverktyget bör anpassas efter den studie som ska granskas då upplägget kan skilja olika studier åt. Vi anser dock att en modifiering kan innebära risk för att vissa frågor får övertag och färger poängsättningen. Även andra eventuella svagheter diskuterades exempelvis



om vissa frågor har mer betydelse utifrån kvalitetssyfte utan att det visar sig i poängsättningen och om poängsättningen blir felaktig då svaren *otydligt* ger 0,5 poäng och eventuellt kan bero på vår okunskap inom området vetenskaplig metodik. Men alla valda artiklar har granskats utifrån samma mall (dock utifrån kvalitativ eller kvantitativ) vad det gäller design och kriterier vilket ändå borde skapa en enhetlig bedömning i denna studie. Vi gjorde kvalitetsgranskningen enskilt för att sedan sinsemellan jämföra kvalitetsbetygen. I de fall betygen skilde sig åt fördes en diskussion där man sedan enades om ett betyg. Forsberg och Wengström (2008) skriver att reliabiliteten hos mätmetoden beror på hur väl en upprepad mätning ger samma mätvärde. I vårt fall var det ingen studie som markant utmärkte sig med skillnad i värderingen (endast någon poäng skilde) vilket kan tyckas öka reliabiliteten av våra granskningsmallar och därmed stärka trovärdigheten av bedömningarna. Vi var av den åsikt att artiklar med låg kvalitet eventuellt skulle exkluderas beroende på vad artikeln fallerade utifrån vetenskaplig synvinkel. Alla artiklar bedömdes vara av medel eller hög kvalitet vilket gjorde att den senare bedömningen aldrig behövde göras. I vårt resultat togs ingen hänsyn utifrån kvalitet dels då det inte var någon markant skillnad i bedömningen artiklarna emellan och dels då deras resultat stärktes av varandra vid ett flertal gånger.

### ***Analys***

Vi inspirerades utav kvalitativ innehållsanalys så som det beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Metoden kan diskuteras och har säkert både sina fördelar och nackdelar men vi ansåg att den gav ett systematiskt och översiktligt tillvägagångssätt och var relevant för studien. Under analysprocessen valde vi att delvis använda oss av forskartrianglering för att stärka resultatets trovärdighet. Forskartrianglering är enligt Polit och Beck (2008) när två eller flera forskare oberoende av varandra helt eller delvis gör datainsamling och kodning, och därefter jämför och enas om materialet. Metoden syftar till att sortera ut irrelevant och felaktig information, och därmed minska risken för felkällor, men kan även fördjupa analysen beroende på forskarnas förkunskaper. Vi gjorde en enskild datainsamling som sedan jämfördes och diskuterades sinsemellan. För två artiklar kondenserade och kodade vi gemensamt men övriga artiklar delades upp och kodades enskilt. Vi anser att kategorier och teman framträdde naturligt ur materialet och enighet hos författarna fanns för resultatet. Vi valde även att illustrerade exempel ur analysprocessen för att ytterligare öka resultatets trovärdighet.

### ***Forskningsetiska övervägande***

I vår studie har vi försökt vara neutrala. En jämförelse av våra enskilda tolkningar gällande granskning och analys visade ingen markant skillnad sinsemellan vilket vi anser kan tyda på objektivitet. Det kan dock även betyda att författarna har gått in med samma förförståelse och att det därav blev liknande tolkning. Det senare alternativet måste tas i beaktning och kan ha påverkat resultatet. Vi har inte förvrängt forskningsprocessen genom datafabrikation, datastöld eller plagiat såsom Vetenskapsrådet (2003) varnar för.

### ***Resultat***

Vi betraktar resultatets överförbarhet som god eftersom metoden är väl beskriven och styrkor och svagheter diskuteras. Överförbarhet är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) en benämning över hur pass bra ett resultat kan överföras till andra situationer och grupper. Som tidigare nämnts kan den breda benämningen utav yrkeskategorin sjuksköterska göra att resultatet blir splittrat. Resultatet ger en generaliserad bild utav vad sjuksköterskan kan göra för att stödja anhöriga och alla olika yrkesroller inom yrkeskategorin sjuksköterska kan antagligen inte applicera resultatet fullt ut. Vårt mål var att ge en generaliserad bild och överlåter därför det till varje individ att själv välja ut den del av resultatet som går att överföra till just sin yrkesbefattning som sjuksköterska. Även begränsningar av språk kan ha påverkat resultatet till att endast gälla vissa kulturer. Dock anser vi att delar av resultatet kan generaliseras till andra yrkeskategorier exempelvis undersköterska, vårdare och läkare. Denna litteraturstudie omfattar artiklar ur olika perspektiv både personal och anhörig, män och kvinnor, olika yrkeserfarenheter, olika åldrar och från olika länder vilket därför borde öka överförbarheten. Antalet artiklar som användes för resultatet har gett en rimlig mängd material för att svara an på syftet. Dock ökar tillförlitligheten och överförbarheten med mängden material och hade tid funnits hade vi velat gå djupare. Vi antog att både anhörig- och personalperspektiv kan ge en bild av hur man kan stödja sörjande anhöriga därför valde vi i vårt resultat att inte hålla de två perspektiven isär. Detta antagande kan vara felaktigt och bör tas i beaktning.

## 7.2 Resultatdiskussion

### *Stöd i mötet*

#### *Relation*

Studiens resultat visar att sjuksköterskor kan stödja anhöriga i sorg genom att värna om en god relation. Omtanke, ett ärligt bemötande och att finnas till hands utgör viktiga aspekter. Ett sådant förhållningssätt kan förstås utifrån teorier som har sin utgångspunkt att sorgprocessen inte utspelar sig i avskildhet utan tillsammans med andra människor. Sorg är delvis en social företeelse (Attig, 2004; Stroebe & Schut, 1999). De flesta sörjande har ett behov av att dela sina känslor med någon som visar omtanke (Raphael, Middleton, Martinek & Misso, 1993) och det har framkommit att det också är hälsofrämjande för den sörjande att öppet uttrycka sin sorg och tillhörande känslor (Fyhr, 1999). Stroebe & Schut (1999) har i sin teori påtalat att det är ett friskhetstecken att emellanåt inte fokusera på sorgen då det behöver finnas en balans mellan de två polerna av att vända sig mot och att vända sig ifrån sorgen. Av denna anledning är det viktigt att sjuksköterskan bara finns till hands och inte kräver den ena eller den andra responsen från den sörjande (Fyhr, 1999). Det är i slutändan den sörjande själv som måste vara aktiv och bearbeta sin sorg (Fyhr, 1999; Worden, 2003).

#### *Samtal*

I resultatet framkom det att stöd kan ges genom samtal där den sörjande får utrymme att ventilera sig. Sjuksköterskans främsta uppgift är, förutom att lyfta frågan om sorgen, att lyssna aktivt och bekräfta och normalisera den sörjandes upplevelser. Samtalet är även ett tillfälle att göra riskbedömning. Detta är i enlighet med tidigare forskning, litteratur och teorier om sorg. Öppna frågor inbjuder den sörjande till samtal och bidrar till att hjälpa densamma att utforska förlusten (Raphael et al., 1993). Under samtalet är det bästa stödet att bara lyssna (Fyhr, 1999; Kent & McDowell, 2004; Parkes, 1972) vilket handlar bland annat om att ge plats åt och visa acceptans för sorgens olika uttryck och känslomässiga reaktioner (Fyhr, 1999; Parkes, 1972). Hur sorg ser ut för olika människor är väldigt individuellt (Attig, 2004; Fyhr, 1999; Stroebe & Schut, 1999) och ett brett omfång av känslor ingår i det normala sörjandet (Attig, 2004; Bowlby, 1980; Kübler-Ross, 1969; Stroebe & Schut, 1999; Worden, 2003). Eftersom många sörjande blir skrämda av intensiteten i sina känslor kan en bekräftelse, att deras upplevelser är normala, vara på sin plats. Att erbjuda sederande medel är inte att rekommendera då det skulle ge motsatt intryck: att sorgen är patologisk (Parkes, 1972). Det

finns dock en mindre del sörjande för vilka sorgen blir patologisk och som kräver psykiatrisk behandling (Fyhr, 1999; Grimby & Johansson, 2005; Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002; Parkes, 1973; Raphael et al., 1993). Av denna anledning är det av vikt att sjuksköterskan kan skapa sig en uppfattning om den sörjande löper risk för ohälsa för att kunna fortsätta ge ett bra stöd. Observationer av fysiska, psykiska och sociala faktorer kan vara användbara i detta syfte (Millberg, 2005). Om information ska ges underlättar det om den anpassas till den sörjandes nivå (Friedrichsen, 2005) och att den ges på ett klart och tydligt men även finkänsligt sätt (Kent & McDowell, 2004). Det kan ibland kräva flera informationstillfällen då den sörjande inte alltid är mottaglig eller endast kan ta emot informationen bitvis (Fyhr, 1999), vilket är en möjlig förklaring till denna studies resultat att muntlig information ska ges under en längre tid om den ska vara givande. För att den sörjande ska kunna gå vidare i livet behöver den sörjande känslomässigt omlokalisera den avlidne, det vill säga upplösa den gamla relationen och skapa en ny relation till det som finns kvar (Worden, 2003). Därför ser vi stor vinst i att sjuksköterskan hjälper den sörjande knyta an till den avlidnes minne och arv.

### ***Stöd i organisationen***

#### *Rutiner, samverkan och utbildning*

Studiens resultat visar även att sjuksköterskor har möjlighet till att ge ytterligare stöd i den mån som arbetsplatsen prioriterar och utvecklar rutiner för att stödja sörjande anhöriga. Att det finns möjlighet till avskildhet, att kulturella ritualer tillåts och att få se den avlidna kroppen stödjer anhöriga i sorgprocessen, likaså ett uppföljande brev eller telefonsamtal. Ett etablerat samarbete mellan andra stödinstitutioner är nödvändigt för att kunna remittera rätt i de fall det behövs. Genom utbildning i stöd av sörjande utvecklar sjuksköterskor sina färdigheter för att kunna ge ett bättre stöd. Worden (2003) skriver att den första uppgiften i ett sunt sorgearbete är att acceptera förlusten och inse den verkliga sanningen vilket kan förklara varför rutiner på en avdelning runt den avlidne och hantering av dennes kropp bidrar till ett stöd för sörjande. Möjligheten att få se och vara tillsammans en stund med den avlidne hjälper den sörjande att acceptera att döden inträffat. Eventuella kulturella eller religiösa ritualer, om de tillåts och uppfylls, har samma effekt och signalera respekt (Kent & McDowell, 2004). Det är en stor fördel om avdelningen kan erbjuda ett rum där anhöriga få vara i fred och sörja i avskildhet. Ett enskilt rum är även nödvändigt för att kunna samtala ostört med de sörjande (Kent & McDowell, 2004) och en ostörd plats inger trygghet under samtal (Fyhr, 1999).

Rutiner för övrigt ska inte bidra med onödigt obehag eller stress för anhöriga (Raphael et al., 1993). Det är rekommenderat att efter dödsfallet kontakta anhöriga via brev eller telefon (Demmer, 2003; Kent & McDowell, 2004; Millberg, 2005) eftersom det kan inge tröst till de sörjande och ger ett tillfälle att ställa frågor (Kent & McDowell, 2004). Vissa palliativa verksamheter erbjuder även minnesstunder eller sorgegrupper vid uppföljning (Millberg, 2005). Teorier om sorg betonar att sorgprocessen tar tid och innefattar många olika moment av skiftande karaktär (Attig, 2004; Bowlby, 1980, Kübler-Ross, 1969; Stroebe & Schut, 1999; Worden, 2003). Vi tycker således att uppföljning är en viktig del som inte får förringas. Stöd behövs inte bara i anslutning till dödsfallet utan även en tid därefter. Det är till stor hjälp för de sörjande om sjuksköterskor får information och utbildning (Raphael et al. 1993). Kunskaper om hur sorg kan yttra sig, vilka frågor som kan vara bra att ställa och hur komplicerad sorg identifieras är nödvändiga att utbildas i. Detta för att kunna ge ett korrekt stöd och kunna remittera den sörjande till rätt instans när så behövs (Grimby & Johansson, 2005). Ett fungerande samarbete mellan stödinstitanser är av central betydelse vilket framgår av det faktum att samarbete inom palliativ vård är sedan länge etablerad praxis (Demmer, 2003).

### **7.3 Slutsats**

#### ***Implikationer***

Stöd till sörjande är både sjuksköterskans individuella ansvar och ett ansvar på organisatorisk nivå. Från sjuksköterskan krävs det engagemang att våga se och möta sörjande anhöriga i deras sorg samt att våga ta sig förbi egna eventuella rädslor eller hindrande föreställningar om död och sorg. Från organisationen krävs att stöd till sörjande lyfts fram och prioriteras. Utarbetande av rutiner, ökad samordning med andra stödinstitanser och utbildning kan kräva både tid och pengar men stöd till sörjande är ett förebyggande arbete och den extra kostnaden idag bidrar till minskade samhällskostnader längre fram tack vare bättre hälsa hos de sörjande.

#### ***Förslag till ny forskning***

Studiens resultat har uppbackning av tidigare teorier och forskning inom ämnet, vilket naturligtvis är en styrka. Baksidan av detta är dock att kunskapsbidraget är litet. Under de senaste tio åren har forskning (eller åtminstone den forskning vi hittat till denna systematiska litteraturstudie) inte kunnat bringa mer ljus över hur sjuksköterskor kan stödja anhöriga i sorg

än vad som tidigare redan vetats. Dessutom innebär det faktum att sörjande fortfarande inte upplever att de får ett tillräckligt stöd (en av denna studies utgångspunkter) att den skriftliga kunskapen inte nått fram till eller tillämpats i den kliniska verksamheten i tillfredsställande omfattning. Det vore en intressant fråga för fortsatt forskning att utreda varför teoretisk kunskap inom detta område förblir till stor del endast teoretisk istället för praktisk verklighet. Vilka hinder finns för denna kunskapsspridning och tillämpning? Hur kan dessa hinder övervinnas? För alla som någon gång i livet råkar ut för att en nära och nära avlider och känner ett behov av omgivningens stöd, bland annat ifrån sjukvården, (och det är troligen de flesta) är dessa angelägna frågor. Att kunna besvara dessa skulle resultera i ett minskat lidande och en ökad vårdkvalitet för den sörjande. Även eventuell frustrationen hos sjuksköterskan om att vara otillräcklig skulle kunna minskas. Kanske just överförbarheten i dagens studier gör att praktisk tillämpningen inte sker? Därav hade det varit intressant att gå mer på djupet och exempelvis beskriva utifrån den specifika yrkesrollen sjuksköterskan har.

## REFERENSER

- Attig, T. (2004). Meanings of death seen through the lens of grieving. *Death Studies*, 28, 341-360.
- Billings, A., & Kolton, E. (1999). Family Satisfaction and Bereavement Care following Death in the Hospital. *Journal of Palliative Medicine*, 2, 33-49.
- Benkel, I., Wijk, H. & Molander, U. (2009). Family and Friends Provide Most Social Support for the Bereaved. *Palliative medicine*, 23, 141-149.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol 3. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Demmer, C. (2003). A National Survey of Hospice Bereavement Services. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 47, 327-431.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friedrichsen, M. (2005). Sjuksköterskan i den palliativa vården – en roll av anpassning och balans. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (s.377-382). Stockholm: Liber.
- Fyhr, G. (1999). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Grimby, Å.K., & Johansson, A. (2005). *Om sorg*. [Elektronisk]. Tillgänglig:<<http://www.vardal.se>>. Sökväg: Vår forskning/Rapporter och div publikationer. [2010-02-25].
- Grimby, Å.K., & Johansson, A. (2009). *Handbok om sorg*. [Elektronisk]. Tillgänglig:<<http://hdl.handle.net/2077/853>>. [2010-02-25].
- Kent, H., & McDowell, J. (2004). Sudden Bereavement in Acute Care Settings. *Nursing Standard*, 19, 38-42.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. London: Routledge
- Laurette, J., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Bruel, C., Choukroun, G., Curtis, R., Fieux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., Reignier, J., Saidi, F., Souweine, B., Vincent, F., Kentish, N., Pochard, F., Schlemmer, B. & Azoulay, E. (2007). A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 356, 469-478.

- Le, S., Chan, C. & Lee, D. (2002). Helpfulness of Nursing Actions to Suddenly Bereaved Family Members in an Accident and Emergency Setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 170-180
- Lloyd-Williams, M., Morton, J. & Peters, S. (2009). The End-of-Life Care Experiences of Relatives of Brain Dead Intensive Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37, 659-664.
- Lopéz-Socorro, L., Tolson, D. & Fleming, V. (2001). Exploring Spanish Emergency Nurses' Lived Experience of the Care Provided for Suddenly Bereaved Families. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 562-570.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Millberg, A. (2005). Anhöriga vid palliativ vård. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (s.147-154). Stockholm: Liber.
- Moules, N., Simonson, K., Fleiszer, A., Prins, M. & Glasgow, B. (2007). The Soul of Sorrow Work – Grief and Therapeutic Interventions with Families. *Journal of Family Nursing*, 13, 117-141.
- Neimeyer, R.A., Prigerson, H.G., & Davies, B. (2002). Mourning and Meaning. *American Behavioural Scientist*, 46, 235-251.
- Parkes, C.M. (1972). *När den närmaste dör – Studier i vuxnas sorg*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raphael, B., Middleton, W., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Counselling and Therapy of the Bereaved. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Ed.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention*. (pp. 427-453). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sand, A. (2002). Se mig också – att vara närstående. I H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad 1*. (s. 31-47). Stockholm: Liber AB.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.



- Stephen, A., Wimpenny, P., Unwin, R., Work, F., Dempster, P., MacDuff, C., Wilcock, S. & Brown, A. (2009). Bereavement and Bereavement Care in Health and Social Care: Provision and Practice in Scotland. *Death studies*, 33, 239-261.
- Street, A., Love, A. & Blackford, J. (2004). Exploring Bereavement Care in Inpatient Settings. *Contemporary Nurse*, 17, 240-250.
- Stroebe, M.S., Hansson, R.O., & Stroebe, W. (1993). Contemporary Themes and Controversies in Bereavement Research. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Ed.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention*. (pp. 457-476). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stroebe, M.S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Tse, D.M., Wu, K.K., Suen, M.H., Ko, F.Y., & Yung, G.L. (2006). Perception of Doctors and Nurses on the Care and Bereavement Support for Relatives of Terminally Ill Patients in an Acute Setting. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16, 7-13.
- Vetenskapsrådet. (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. [Elektronisk]. Uppsala: Almqvist & Wiksell. Tillgänglig: <<http://www.vr.se>>. Sökväg: Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. [2010-02-25].
- Warren, N. (2002). Critical Care Family Members' Satisfaction with Bereavement Experiences. *Critical Care Nursing Quarterly*, 25, 54-60.
- White, P. & Ferszt, G. (2009). Exploring of Nurse Practitioner Practice with Clients who are Grieving. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 231-240.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilson, S. & Daley, B. (1999). Family Perspectives on Dying in Long-Term Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 19-25.
- Worden, J.W. (2003). *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Hove: Psychology Press.

## Bilaga 1: Sökningsförfarande

Sökresultat av Cinahl

Sökord i Cinahl	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvald till granskning
1. Nurses	2952	0			
2. Nursing Care	693	0			
3. 1 OR 2	3495	0			
4. Family	9318	0			
5. Significant other	167	167	3	0	0
6. Spouses	1079	0			
7. 4 OR 5 OR 6	10203	0			
8. Grief	303	0			
9. Bereavement	370	0			
10. 8 OR 9	636	0			
11. Death	2703	0			
12. Attitude to death	487	0			
13. 11 OR 12	2703	0			
14. 3 AND 7	253	0			
15. 3 AND 10	11	11	8	0	0
16. 3 AND 13	49	49	13	1	0
17. 7 AND 10	202	0			
18. 7 AND 13	260	0			
19. 10 AND 13	208	0			
20. 3 AND 7 AND 10	4	4	4	0	0
21. 3 AND 7 AND 13	14	14	8	1	0
22. 3 AND 10 AND 13	4	4	4	0	
15. 7 AND 10 AND 13	65	65	16	4	4 (a,b,c,d)
16. 3 AND 7 AND 10 AND 13	3	3	3	0	

Bokstaveringen a, b, c etc. namnger de olika artiklarna, se bilaga 4.

## Sökresultat av PubMed

Sökord i PubMed	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvald till granskning
1. Nurses	3785	0			
2. Nursing	16130	0			
3. 1 OR 2	18487	0			
4. Family	31646	0			
5. Significant other	223	0			
6. Spouses	2094	0			
7. 4 OR 5 OR 6	31802	0			
8. Grief	714	0			
9. Bereavement	1319	0			
10. 8 OR 9	1319	0			
11. Death	12380	0			
12. Attitude to death	1460	0			
13. 11 OR 12	13728	0			
14. 3 AND 7	3246	0			
15. 3 AND 10	274	0			
16. 3 AND 13	297	0			
17. 7 AND 10	679	0			
18. 7 AND 13	693	0			
19. 10 AND 13	346	0			
20. 3 AND 7 AND 10	168	168	12	4	3 (b,d,e)
21. 3 AND 7 AND 13	132	132	15	5	4 (b,d,e,f)
22. 3 AND 10 AND 13	84	84	14	4	3 (b,d,e)
15. 7 AND 10 AND 13	224	0			
16. 3 AND 7 AND 10 AND 13	61	61	10	4	3 (b,d,e)

Bokstaveringen a, b, c etc. namnger de olika artiklarna, se bilaga 4.

## Sökresultat av PsycInfo

Sökord i PsycInfo	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvald till granskning
1. Nurses	5491	0			
2. Nursing	5318	0			
3. 1 OR 2	8831	0			
4. Family	16018	0			
5. Significant others	357	0			
6. Spouses	1925	0			
7. 4 OR 5 OR 6	17994	0			
8. Grief	1446	0			
9. Bereavement	81	81	14	1	1 <sup>(g)</sup>
10. 8 OR 9	1495	0			
11. Death and dying	3930	0			
12. Death attitudes	484	0			
13. 11 OR 12	4180	0			
14. 3 AND 7	436	0			
15. 3 AND 10	37	37	15	5	2 <sup>(e,h)</sup>
16. 3 AND 13	212	0			
17. 7 AND 10	290	0			
18. 7 AND 13	399	0			
19. 10 AND 13	610	0			
20. 3 AND 7 AND 10	14	14	10	2	1 <sup>(e)</sup>
21. 3 AND 7 AND 13	30	30	16	4	1 <sup>(e)</sup>
22. 3 AND 10 AND 13	17	17	7	2	1 <sup>(e)</sup>
15. 7 AND 10 AND 13	155	155	21	5	4 <sup>(e, i, j, k)</sup>
16. 3 AND 7 AND 10 AND 13	9	9	5	1	1 <sup>(e)</sup>

Bokstaveringen a, b, c etc. namnger de olika artiklarna, se bilaga 4.

## Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsmall för kvalitativa studier

Fråga	Ja	Nej	Otydligt
1. Är syftet tydligt utformat?			
2. Framgår det tydligt vilken metod som använts?			
3. Är designen relevant för att besvara frågeställningen?			
4. Är inklusions- och exklusionskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?			
5. Anges det var studien genomfördes?			
6. Finns urvalet beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?			
7. Framgår det tydligt vilken urvalsmetod som användes?			
8. Beskrivs relevant demografisk data ex. ålder och kön hos undersökningsgruppen?			
9. Är undersökningsgruppen lämplig?			
10. Beskrivs det tydligt var, av vem och i vilket sammanhang datainsamlingen skedde?			
11. Beskrivs metoden för datainsamlingen tydligt?			
12. Är data systematiskt insamlat (finns intervjuguider/studieprotokoll)?			
13. Är analys och tolkning av resultat diskuterade?			
14. Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?			
15. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?			
16. Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?			
17. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?			
18. Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlad data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?			
19. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?			
20. Stöder insamlad data forskarens resultat?			
21. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?			
22. Är artikeln fri från bias?			

1p för ja, 0p för nej och 0,5p för otydligt. Max poängsumma: 22p.

Kvalitet: Låg 0-10,5p; Medel 11-16p; Hög 16,5-22p.

Modifierad kvalitetsbedömningsmall av Forsberg och Wengström (2003).

### Bilaga 3: Kvalitetsbedömningsmall för kvantitativa studier

Fråga	Ja	Nej	Otydligt
1. Är syftet tydligt och ev. frågeställningar?			
2. Är designen lämplig utifrån syftet?			
3. Är inklusions- och exklusionskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?			
4. Är urvalsmetoden tydligt beskriven?			
5. Är undersökningsgruppen representativ?			
6. Anges det var studien genomfördes? (Räcker med land)			
7. Anges det hur många som deltar i studien?			
8. Anges bortfallet och fanns det någon bortfallsanalys?			
9. Användes kontrollgrupper och var den demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?			
10. Anges det tydligt vilken mätmetod som användes?			
11. Var reliabiliteten beräknad?			
12. Diskuterades validiteten?			
13. Var den statistiska analysen lämplig?			
14. Kan resultaten generaliseras till en annan population?			

1p för ja, 0p för nej och 0,5p för otydligt. Max poängsumma: 14p.

Kvalitet: Låg 0-7p; Medel 7,5-10,5p; Hög 11-14p.

Modifierad kvalitetsbedömningsmall av Forsberg och Wengström (2003).

## Bilaga 4: Artikelmatris

Bokstav Författare År	Titel	Syfte	Metod 1. Design 2. Urval 3. Datainsamling	Resultat	Kvalitet
A. Benkel,I., Wijk,H. & Molander,U.  2009	Family and friends provide most social support for the bereaved	Att undersöka önsknings, behov, tillgång till och verkan av psykosocialt stöd hos de sörjande efter en anhörigs bortgång på en palliativ avdelning.	1. Kvantitativ och kvalitativ studie 2. Konsekutivt 3. Halvstrukturerad frågeformulär n=78 samt fördjupande intervjuer n=15	De sörjande önskade psykosocialt stöd främst från sitt eget nätverk, d.v.s. familj och vänner. Stöd från professionella önskades då nätverket inte fungerade helt eller där de sörjande inte ville belasta andra i sin närhet. Behovet av psykosocialt stöd från professionella var störst precis intill döden och en kort tid därefter.	Hög
B. Street, A., Love, A. & Blackford, J.  2004	Exploring bereavement care in inpatient settings	Jämföra attityder och handlingar hos vårdpersonal på avdelningar som stödjer sörjande familjer i Australia.	1. Kvalitativ studie 2. Ändamålsenligt, n=88 3. Halvstrukturerade intervjuer	Akut- och äldreomsorg erbjuder inte samma program för sorgearbete som "hospices" och palliativa vårdavdelningar. Alla inrättningarna hade olika policy och rutiner vilket påverkade personalens förmåga att stödja i sorgprocessen. Frustration fanns när resurser för att stödja saknades.	Medel
C. Socorro, L.L., Tolson, D. & Fleming, V.  2001	Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families	Att undersöka upplevelsorna av sjuksköterskor inom akutvård som vårdar plötsligt sörjande familjer, i synnerhet efter att familjen blivit informerade om deras näras bortgång.	1. Kvalitativ studie 2. Strategiskt, n=7 3. Halvstrukturerade intervjuer	Fyra huvudteman trädde fram: vetande, relationer, kultur och verklighet. Vetande: hur mycket erfarenhet och utbildning i bemötande av de sörjande man haft. Relationer: vikten av att etablera mellanmänskliga relationer. Kultur: hur personliga föreställningar, värderingar och livsfilosofier spelar in. Verklighet: konflikten mellan verkligheten och hur den ideala skulle se ut.	Hög
D. Warren, N.A.  2002	Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences	Att belysa vad anhöriga ansåg vara tillfredsställande och till hjälp respektive otillfredsställande och inte till hjälp vid sorg.	1. Kvalitativ studie 2. Strategiskt, n=23 3. Halvstrukturerade intervjuer	Anhöriga tyckte att följande var tillfredsställande och till hjälp: information från personal, stöd från övrig familj, vänner och präster, och obegränsade besökstider. Följande var otillfredsställande och inte till hjälp: läkarnas svårtillgänglighet, dödsorsak, bristande behandling, likgiltiga personal, att inte kunnat närvara vid dödsögonblicket, juridiska och finansiella problem, att handskas med myndigheter, och organdonation.	Medel

E. Moules, N., Simonson, K., Fleischer, A., Prins, M. & Glasgow, B.  2007	The soul of sorrow work – Grief and therapeutic interventions with families	Undersöka sörjande familjemedlemmars erfarenheter efter att ha fått vård vid ett stödprogram för sorg och utforska personalens förklaringar till deras arbete med de sörjande.	1. Kvalitativ studie. 2. Ändamålsenligt, n=6 3. Intervjuer	Ofta är det öppenheten inför det nya som hjälper sörjande i sorgearbetet. Och mestadels är det kartan av de egna erfarenheterna och medvetenheten av dess begränsningar som hjälper personalen i arbetet med att stötta sörjande.	Medel
F. Wilson, S.A. & Daley, B.J.  1999	Family perspectives on dying in long- term care settings	Att beskriva familjeperspektiv på död och döende i långtidsvård inrättningar	1. Kvalitativ studie 2. Strategiskt, n=11 3. Halvstrukturerade intervjuer	Tre huvudteman trädde fram: personalens vårdande beteende; delaktighet i den döende processen och tillhandahållande av andligt stöd.	Hög
G. Stephen, A.I., Wimpenny, P., Unwin, R., Work, F., Dempster, P., MacDuff, C., Wilcock, S.E. & Brown, A.  2009	Bereavement and bereavement care in health and social care: Provision and practice in Scotland	Att undersöka nuvarande praxis i vård och social omsorg av sörjande samt identifiera prioriterings- områden för serviceutveckling i Skottland.	1. Kvalitativ studie 2. Snöboll och strategiskt, n=59 3. Halvstrukturerade intervjuer.	Prioriteringsområden för utveckling var: information till allmänheten; samarbete mellan olika aktörer; riktlinjer; och utbildning för professionella.	Hög
H. White, P. & Ferszt, G.  2009	Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving	Att beskriva det kliniska utövandet av sjuksköterskor i primärvården med klienter som sörjer avliden närstående.	1. Kvalitativ studie 2. Strategiskt; n=9 3. Halvstrukturerade intervjuer	Beskrivningar av bedömningar, interventioner och utfall gavs. Bedömningarna handlade om fysiska besvär, allmäntillstånd och emotionellt mående. Interventioner handlade om att bekräfta sorgen, informera, ordinationer och remisser. Utfall handlade om lindring av fysiska besvär, förbättring av allmäntillstånd och emotionellt mående,	Hög
I. Lloyd-Williams, M., Morton, J. & Peters, S.  2009	The end-of-life care experiences of relatives of brain dead intensive care patients	Att beskriva upplevelsorna av att anhöriga till hjärndöda patienter på intensivvårdsavdelningar.	1. Kvalitativ studie 2. Konsekutivt, n=29 3. Halvstrukturerade intervjuer	Anhöriga uppskattade den vård som patienten hade fått men tyckte att brister fanns gällande kommunikation. Anhöriga upplevde miljön som trång och att den saknade avskildhet. Även uppföljning av deras sorg saknades.	Hög



J. Lautrette, A., et. al. 2007	A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU	Utreda effekten av kommunikation (enligt särskilda riktlinjer) och skriftlig informationen om sorg hos palliativt sjukas familjer.	1. Kvantitativ studie 2. Ändamålsenligt, n=126 3. Strukturerade telefon intervjuer	Interventionsgruppen visade lägre risk för PTSD 45 % jmf 69 % och ångest 45 % jmf 67 % och depression 29 % jmf 56 % mot kontrollgruppen.	Hög
K. Billings, J.A. & Kolton, E. 1999	Family satisfaction and bereavement care following death in the Hospital	Att undersöka vilken typ av sorguppföljning erbjuds anhöriga till en familjemedlem som hade dött på Massachusetts General Hospital samt belysa hur den sorgande familjen upplevde kvaliteten av den terminalvården som hade getts.	1. Kvantitativ och kvalitativ studie 2. Konsekutivt, n=51 3. Halvstrukturerade intervjuer	Tillfredsställelse av vård var hög enligt Likertskalan. Intervjuerna visade dock flera problem och klagomål. Brister fanns gällande: respekt för avskildhet, värdighet och bekvämlighet; kommunikation mellan personal och familjen; vård i akutavdelningen; stöd för sörjande. Formella rekommenderade stöd för sörjande saknades. En tredjedel av anhöriga hade inte haft någon uppföljning efter deras näras död. Uppföljning skedde sporadiskt.	Hög
L. (manuell sökning) Li, S.P., Chan, C.W.H. & Lee, D.T.F. 2002	Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong	Att undersöka vilka omvårdnadshandlingar upplevdes av sörjande anhöriga som hjälpsamma. Att undersöka sambandet mellan demografiska faktorer och upplevelser av hjälpsamhet av omvårdnadshandlingar.	1. Kvantitativ studie med kvalitativ data 2. Bekvämlighetsurval n=76 3. Strukturerade intervjuer	De tre omvårdnadshandlingarna som upplevdes vara mest hjälpsamma var: att ge skriftlig information om vad som ska göras efter en död har inträffat; ge anhöriga tillfälle att se kroppen på avdelningen; att individuella och religiösa traditioner eller sed följande död respekteras. Signifikant samband mellan upplevelserna av hjälpsamma omvårdnadshandlingar och demografiska faktorer saknades	Hög