

**SJUKVÅRDPERSONALS ERFARENHETER OCH UPPLEVELSER  
AV ATT MÖTA NÄRSTÅENDE VID PLÖTSLIG OCH OVÄNTAD  
DÖD INOM AKUTSJUKVÅRD**

**HEALTH PERSONNELS EXPERIENCE OF MEETING FAMILIES  
AFTER SUDDEN AND UNEXPECTED DEATH IN THE  
EMERGENCY MEDICAL CARE**

Examinationsdatum: 2011-10-04  
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Kurs: 35  
Examensarbete, 15 högskolepoäng  
Författare: Lina Lundin  
Kim Nilsson

Handledare: Marie Therborn  
Examinator: Sissel Andreassen

# **SAMMANFATTNING**

## **Bakgrund**

Det behövs särskilt mycket stöd åt närstående när döden kommer oväntat. Människor som upplever plötslig död av en närstående riskerar mer uttalad och förlängd sorg. Plötslig död inträffar utan förvarning eller period av känd sjukdom. Till denna kategori hör akut sjukdom, olycksfall, självmord och mord. Den traumatiska krisens förlopp kan beskrivas i fyra naturliga faser; chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Coping beskriver en persons förmåga att hantera stressfyllda och känslomässigt påfrestade situationer.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva sjukvårdspersonals erfarenheter och upplevelser av att möta närstående vid plötsliga och oväntade dödsfall inom akutsjukvård.

## **Metod**

En forskningsöversikt valdes och det innebar granskning och sammanställning av relevant forskning. Artiklarna skulle vara utgivna tidigast år 1999, gällande vuxna närstående över 19 år samt att de skulle vara utgivna på engelska eller svenska. Alla artiklar var granskade. Manuella sökningar gjordes genom att granska vetenskapliga artiklars referenslistor. Då hittades tre vetenskapliga artiklar att inkluderas. Studiens 19 artiklar återfanns i PubMed och CINAHL.

## **Resultat**

Att lämna svåra besked till patienter och närstående upplevdes av sjukvårdspersonal som en svår uppgift. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att ge ärlig och korrekt information till närstående. Svåra besked som lämnades felaktigt kunde skada sorgen och patientens närstående borde behandlas med omsorg och respekt. Sjuksköterskorna kände att det var känslomässigt påfrestande att ta hand om sörjande närstående och därför behövdes riktlinjer för hur de skulle gå tillväga vid dessa situationer. Sjuksköterskorna tyckte att det kunde vara bra att erbjuda närstående att närvara vid återupplivningsförsök och låta dem se den avlidna kroppen för att underlätta sorgen. Sorg och förlust kunde leda till både psykiska och fysiska konsekvenser. Forskningsöversiktens resultat visar att sjuksköterskorna använde sig av skyddande försvarsmekanismer som förnekelse och bortträngning för att hantera påfrestande situationer. Sjuksköterskornas upplevelser kring en patients död påverkades av deras förmåga att skapa en distans för att lindra sorg och de sökte i första hand stöd hos sina kollegor.

## **Slutsats**

Sjukvårdspersonal behöver ett psykologiskt försvar för deras professionella arbete och för sitt eget välmående. Riktlinjer och tydliga ansvarsområden behövs för att hantera dödsfall. Utbildning behövs för att utöka kompetensen i hur svåra besked lämnas.

Nyckelord: *närstående, sjukvårdspersonal, sjuksköterska, plötslig död, sorg, svåra besked*

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Plötsliga och oväntade dödsfall	1
Akutsjukvård	1
Närstående	2
Dödsbesked	2
Krishantering	2
Coping	3
Sorg	4
Närståendes närvaro och avsked	5
Bemötande	5
Sjukvårdspersonalens sorg och känslor	5
Problemformulering	6
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
Frågeställningar	6
<b>METOD</b>	<b>6</b>
Val av metod	6
Urval	6
Datainsamling	7
Databearbetning och analys	9
Forskningsetiska överväganden	10
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
Sjukvårdspersonalens erfarenheter	11
Hantering av egna känslor	14
Förbättringsarbete	15
<b>DISKUSSION</b>	<b>16</b>
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	20
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>BILAGA I</b>	
<b>BILAGA II</b>	

## **INLEDNING**

Det behövs särskilt mycket stöd till närstående när döden kommer oväntat. Då behövs professionell omvårdnad. Detta innebär det bemötande och omhändertagande som sjukvårdspersonal ger till närstående i samband med plötslig oväntad sjukdom, trauma eller död (Kock-Redfors, 2002). Att förlora en närstående kan vara förenligt med både sorg, smärta och skuld. Oavsett vad som orsakat dödsfallet är de närstående mer eller mindre eller inte alls förberedda på att ta emot ett dödsbesked och detta bör forma dess framförande (Brysiewicz, 2008; Carlander, 2010).

Reaktionen på beskedet om en plötslig död är ofta intensiv och sjuksköterskor måste vara beredda på att ta itu med en rad olika känslomässiga reaktioner. Döden är ofta ”opassande” och ”orättvis” och sorgreaktioner kan inkludera chock, ilska, förnekelse och misstro. Det finns psykiska, fysiska och beteendemässiga manifestationer av sorg, men människor som upplever plötslig död av en närstående riskerar mer uttalad och förlängd sorgereaktion än de som har upplevt en väntad död (Carlander, 2010; Clements, DeRanieri, Vigil & Benasutti, 2004; Kaltman & Bonanno, 2002; Merlevede et al., 2004).

## **BAKGRUND**

### **Plötsliga och oväntade dödsfall**

Plötslig död inträffar utan förvarning eller period av känd sjukdom. Till denna kategori hör akut sjukdom, olycksfall, självmord och mord (Clements et al., 2004). Cirka 80 procent av alla dödsfall inträffar efter en längre eller kortare tid i sjukdom och därmed sker 20 procent av dödsfallen hastigt till följd av akut sjukdom, olycksfall, självmord eller mord. Även vid dödsfall efter en längre tids sjukdom är det inte alltid som närstående har förstått allvaret i sjukdomen och därmed kan dödsbudet även komma plötsligt i dessa fall (Carlander, 2010).

### **Akutsjukvård**

Socialstyrelsen (1994) definierar akutsjukvård som vård efter akut sjukdom eller skada som kommer plötsligt, sjukdom med snabbt förlopp eller plötslig ådragen skada. Akut omhändertagande avser patienter som behöver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akutsjukvård omfattar behandling som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn (Socialstyrelsen, 1994). I denna forskningsöversikt räknas även intensivvård som akutsjukvård. Inom intensivvården behandlas patienter som är akut sjuka och ofta med kritiskt tillstånd. Med detta menas att patienten är i ett mycket allvarligt tillstånd och i vissa fall livshotande (Guldbrandsen & Stubberud, 2009).

### Dödsfall på akutmottagning

Enligt Jowett & Thompson (2007) kommer många sjuksköterskor att uppleva en plötslig död av en patient vid t.ex. ett livshotande hjärtstopp. Många plötsliga och oväntade dödsfall hos medelålders vuxna inträffar efter hjärtsjukdom med koronar hjärtsjukdom som svarar för huvuddelen av dödsfallen. Enligt Le Conte et al (2010) är det många plötsliga och oväntade dödsfall hos vuxna i medelåldern som inträffar efter hjärtsjukdom där koronar orsak svarar för majoriteten av dödsfallen och i vissa fall tas beslut om att undvika livsuppehållande eller återupplivande behandlingar.

## **Närstående**

I enlighet med Socialstyrelsen (1997) identifieras närstående i denna forskningsöversikt i första hand som familj eller andra nära närstående, det vill säga make/maka, sammanboende, registrerad partner, barn, föräldrar, syskon, far- och morföräldrar, makes/makas barn som inte är ens eget med flera. Här kan även en mycket nära vän inkluderas (SOSFS, 1997:4).

## **Dödsbesked**

Enligt Brysiewicz (2008) anses det vara viktigt att sjukvårdspersonal erbjuder stöd åt närstående vid dödsfall. Närstående anser att det är viktigt att känna att sjukvårdspersonal bryr sig om dem och patienten. Detta kan ske genom några enkla små gester som t.ex. att bara vara där en stund, sitta tyst eller erbjuda någonting att äta eller dricka. Sjukvårdspersonal bör vara medveten om vilken inverkan dessa enkla gester har för närståendes sorg. Enligt Merlevede et al (2004) har närstående ett behov av att förstå den patofysiologiska process som ledde till döden.

### Fastställande av döden

En människa är död när samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort i hjärnans alla delar, det vill säga total hjärninfarkt (SOSFS, 1887:269). Fastställandet skall göras av legitimerad läkare eller de som har ett särskilt förordnande att utöva läkaryrket (SOSFS, 1998:531). Enligt Förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården (SFS, 1996:933) hör det till hälso- och sjukvård att ta hand om avlidna och deras uppgifter skall fullgöras med respekt för den avlidne samt att de närstående ska visas med hänsyn och omtanke. Verksamhetschefen inom hälso- och sjukvården skall ansvara för att någon närstående omedelbart underrättas när en patient avlider. Detta gäller oberoende av platsen för dödsfallet och den avlidnes tidigare kontakter med hälso- och sjukvården. Läkaren som fastställt döden behöver inte vara den som lämnar beskedet, men läkaren bör försäkra sig om att närstående underrättas av en lämplig person. Närstående bör också få besked om dödsorsaken om de så önskar (SOSFS: 1996:29; SFS: 1996:933).

### Kulturella och andliga aspekter

Kulturella aspekter kan avgöra hur ett dödsbesked mottas. I en del familjer är det viktigt att aldrig tappa masken ens i de mest utsatta situationer, medan i andra familjer är det absolut nödvändigt att klart och tydligt visa sina känslor (Carlander, 2010). En del individer som förlorat sin partner använde sin religiösa tro som ett sätt att finna mening och få förståelse för vad som hänt vid dödsfallet (Caserta, Lund, Utz & de Vries, 2009). Människor som har en stark andlig övertygelse har ett mer effektivt sorgarbete efter döden av en närstående än de som saknade detta (Walsh, King, Jones, Tookman & Blizard, 2002).

## **Krishantering**

Enligt Cullberg & Lundin (2006) innebär psykiska kriser upplevelser av övergivenhet, självförkastelse och/eller kaos. Den traumatiska krisens förlopp kan beskrivas i fyra naturliga faser som var och en har sina karaktäristiska innehåll och terapeutiska problem. Krisfaserna är en modell för att orientera sig i den aktuella krisens förlopp. Dessa är inte klart åtskilda från varandra, i vissa fall kan någon utav dem helt saknas eller förlöpa in i en

annan fas. Dessa faser är chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och slutligen nyorienteringsfasen.

I denna forskningsöversikt valdes endast chockfasen att beskrivas närmare då denna tillhör den akuta fasen som är den närstående befinner sig i vid dödsfallet. Den första är chockfasen som varar från ett kort ögonblick till några dygn. Under denna fas kan individen förneka det som hänt, eftersom denne inte kan ta till sig informationen och bearbeta den. Efter denna fas kan personen ha svårt att minnas vad som hänt och sagts. Personer i chockfasen kan bete sig avvikande, t.ex. slita sönder sina kläder, tala förvirrat och upprepande men också bli helt paralyserade, orörliga och tysta. Andra kan verka ytligt välordnade medan det egentligen förekommer ett kaos under ytan (Cullberg & Lundin, 2006).

### Försvarsmekanismer

Försvarsmekanismer är omedvetna psykiska reaktioner och har till uppgift att minska upplevelsen av och medvetandet om hot och fara för jaget. Försvarsmekanismerna hjälper den drabbade att successivt konfronteras med den smärtsamma verkligheten. Dock kan de även bidra till att både förlänga och försvåra den traumatiska händelsen.

Försvarsmekanismerna i de akuta faserna framträder i; regression, förnekelse, rationalisering, isolering, undertryckande, unrepresion, förstärkning och bortträngning (Cullberg & Lundin, 2006).

### **Coping**

Hälsokriser innebär att bli konfronterad med svåra känslor och helt nya problem och därmed bli tvungen att finna olika psykologiska anpassningsstrategier för att hantera och klara av både kortsiktiga och kanske livslånga förändringar. Det samlade begreppet för dessa strategier eller förhållningssätt kallas coping (Rydén & Stenström, 2008). Coping definieras av Folkman & Lazarus (1984) som ständigt föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att hantera specifika inre och/eller yttre påfrestningar. Rydén & Stenström (2008) skriver om att drabbas av en kris leder inte bara till en fysiologisk obalans i kroppen utan hela den psykologiska jämvikten kommer i obalans. Den drabbade måste lära sig att anpassa sig till och hantera en helt ny livssituation, en situation som många ofta saknar tidigare erfarenheter av (Rydén & Stenström, 2008).

### Stressfyllda livshändelser

Coping beskriver också människors hantering av stressfyllda livshändelser. Exempel på stressfyllda livshändelser är bland annat make/makas död, skilsmässa, makars separation, fängelsestraff och en närståendes död. Stressfyllda livshändelser kan inte bara leda till ökad risk för att drabbas av depression utan har också visat sig vara riskfaktorer för att insjukna i olika medicinska sjukdomar eftersom stressen kan leda till hög puls, blodtryck, andningsfrekvens och höjer även blodsocker- och adrenalinnivån (Rydén & Stenström, 2008). Psykosociala stressfaktorer kan ha en hämmande effekt på immunsystemets funktion och därför orsaka ohälsa. Detta samband är mest framträdande då det gäller infektionssjukdomar och sårhäkning. Även hjärt- kärlsjukdomars debut och sjukdomsförlopp hänger samman med stress genom produktionen av så kallade proinflammatoriska cytokiner, en produktion som kan reagera på stressfyllda upplevelser och genom detta till negativa effekter (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002). I

grunden har människan ett gott skydd mot tumörceller, virus och bakterier och andra skadliga mikroorganismer men detta påverkas negativt av t.ex. psykiska påfrestningar (Ekman & Arnetz, 2002). Människor är olika sårbara och därför kan reaktionerna variera när de utsätts för stressfyllda händelser. Sociala förhållanden, personlighetsfaktorer men även hur människor hanterar händelserna, inverkan på hur påfrestningarna upplevs och hur de kan orsaka ohälsa (Rydén & Stenström, 2008).

## **Sorg**

Död av en nära anhörig ökar risken för ohälsa och dödlighet (Hart, Hole, Lawlor, Smith & Lever, 2007; Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2003). Det är särskilt plötsliga och oväntade dödsfall som ökar riskerna (Barry, Kasi & Prigerson, 2002; Miyabayashi & Yasuda, 2007; Ott, Lueger, Kelber & Prigerson, 2007; Seecharan, Andresen, Norris & Toce, 2004). En trolig orsak för dessa konsekvenser är effekten av förlusten av en speciell patofysiologisk påverkan på immun/inflammatoriska och neuroendokrina funktioner, vilket kan leda till ökad mottaglighet för sjukdom (Kiecolt-Glaser et., al 2002). Dödsfall påverkade emotionella och fysiska hälsorelaterade symtom. De fysiska symptomen kan vara trötthet, orkeslöshet, sömnsvårigheter, utmattning, viktökning/viktminskning och magproblem. De emotionella reaktionerna varierade från gråt till att aldrig gråta, ilska över den avlidne, förvirring, minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter, känsla av mindrevärde och meningslöshet (Fitzpatrick's, 2007).

Sorg kan definieras som ett neuropsykobiologiskt svar på ett betydande och påverkande dödsfall, med både typiska och unika inslag för varje individ eller situation (Bruce, 2007). Sorg förknippas i allmänhet med olika grader av lidande, ibland intensiv eller outhärdlig och av varierande duration. Upplevelsen av sorg är livsförändrande, gripande och djupt rörande mänskliga upplevelser som t.ex. uppstår i samband med dödsfall av en närstående (Moules, Simonson, Fleiszer, Prins & Glasgow, 2007). Enligt Cullberg & Lundin (2006) är sorgen en väsentlig del av de flesta akuta kriser. Övergivenhetsupplevelsen, som innebär sorg, förtvivlan, tomhet och låg vitalitet är det mest akuta tillståndet vid dödsfall men innebär också självförkastelse och självdestruktiva eller aggressiva beteenden. Sorg medför ofta aptitlöshet eller annat försummande av egna eller andras behov.

Sigmund Freud (1856-1939) publicerade sin inflytelserika ”Mourning and melancholia” 1917 där han beskrev sorgen i ett psykologiskt sammanhang. Det är Freuds psykoanalytiska teorier, som har haft stor inverkan på sorgforskning inom ämnet psykologi. Freud beskrev att sörjande hade till uppgift att ta bort den emotionella energin från den avlidne och lyfta in den till andra områden i deras liv. Freuds avhandlingar har ofta tolkats som att de som misslyckades med sin sorg, som var en normal och tidskrävande process, skulle sluta med en psykiatrisk sjukdom (Granek, 2010).

### Faktorer som påverkar sorg

Sorg efter förlust orsakad av olyckshändelse, mord eller självmord ökar risken för komplicerad sorg (Currier, Holland & Neimeyer, 2006). Om dödsfallet varit plötsligt och oväntat och dessutom skett under katastrofala omständigheter, t.ex. att den döda kroppen är svårt sargad eller om den saknas, försvåras reaktionen ytterligare (Cullberg & Lundin, 2006; Kaltman & Bonanno, 2002). Reaktionen kan också försvåras om det finns misstanke att den avlidne haft plågor eller ångest före döden (Cullberg & Lundin, 2006).

## **Närståendes närvaro och avsked**

Det kan vara lämpligt att uppmuntra de närstående att se den avlidnes kropp, dock ska deras önskemål alltid respekteras. Närstående ska inte hindras från detta om de så önskar, även om kroppen är svårt skadad, förutsatt att de är förberedda på hur den ser ut (Haas, 2003; Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002; Kock-Redfors, 2002). Närståendes sorg underlättas om det finns möjlighet att se den avlidne (Carlander, 2010; Kock-Redfors, 2002). Närstående kan önska att någon annan ska identifiera kroppen eftersom de är rädda för hur den ska se ut eller att de föredrar att minnas personen som levande. De som föredrar att se kroppen har behov att identifiera och försäkra sig om att det är rätt person, att inga misstag har skett, medan andra anser att de är tvungna att se kroppen. En del människor vill ta farväl och röra vid kroppen vilket är problematiskt när detta inte tillåts på grund av kriminaltekniska skäl vid brottsutredning. Närstående kan då känna att kroppen har blivit polisens egendom. Att se kroppen gör döden verklig vilket både kan vara chockerande och plågsamt (Chapple & Ziebland, 2010). Trots detta är de få som ångrar sig att de valde att se kroppen (Chapple & Ziebland, 2010; Clements et al., 2004). Clements et al. (2004) menar att närstående kan beklaga sig över att de inte valde att se den avlidnes kropp efter en plötslig död.

Det är viktigt att sjukvårdspersonal gör upplevelsen så naturlig som möjligt för närstående när de ska se den avlidnes kropp. Sjuksköterskor bör se till att den avlidne ser så fridfull ut som möjligt. Närstående bör ges ensamtid med den avlidne och uppmuntras att beröra samt tala med honom eller henne. Närstående kan uppmuntras att hjälpa till att tvätta och klä den avlidne. Detta kan minska känslor av hjälplöshet och isolering och underlätta sörjandet (Clements et al., 2004).

## **Bemötande**

Begreppet bemötande handlar om t.ex. hur samtal genomförs och utförs. Det kan röra sig om att uppmuntra, lugna och trösta men även hur sjukvårdspersonal tar emot en patient eller närstående, hur de hälsar på dem, om de tittar dem i ögonen, om de sitter eller står i förhållande till dem. Grunden för ett respektfullt bemötande är artighet, vänlighet och hjälpsamhet (Fossum, 2007). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska bland annat sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska också genom samtal med patienter och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling och försäkra sig om att patienten och/eller närstående förstår given information (Socialstyrelsen, 2005).

## **Sjukvårdspersonalens sorg och känslor**

Sjukvårdspersonal som ofta får hantera dödsfall i arbetet kan drabbas av ökad ångest, utbrändhet och även ett förnekande av sina egna känslor. Detta kan försvåra deras förmåga att stödja närstående att hantera dödsfall vilket är särskilt viktigt då detta påverkar närståendes sätt att hantera dödsfallet (Valks, Mitchell, Inglis-Simons & Limpus, 2005).

Det är viktigt för sjukvårdspersonal att lära sig att hantera sin egen sorg. Utan förmåga att hantera sin sorg kan sjukvårdspersonals privatliv bli påverkat, vilket kan resultera i mindre optimal vård för patienter och närstående (Corr et al., 2006).



Bruce (2007) menar att det är fördelaktigt för sjukvårdspersonal att hantera sorg och förlust genom att utforska sina egna erfarenheter. De borde fråga sig hur de skulle reagera på ett dödsfall just nu, hur deras tidigare sorg ser ut, vilka dödsfall som påverkar dem idag samt vad deras tro säger om meningen med lidande, livet och döden. Denna självutforskning kan ta tid, men den är fördelaktig att regelbundet utvärdera för att observera förluster och oarbetad sorg. I själva verket kan det vara gynnsamt att se tillbaka och försöka se hur saker har förändras från ett nytt perspektiv. Sjukvårdspersonal som lär sig att leva med sin egen sorg kan ge mer stödjande vård till närstående vid dödsfall (Bruce, 2007).

## **Problemformulering**

Sjukvårdspersonal som arbetar inom akutvård får ofta hantera plötsliga och oväntade dödsfall. De ställs inför den svåra uppgiften att informera närstående om dödsfallet. De har ofta bara en kort, men intensiv, kontakt med sörjande närstående. Trots det kan denna kontakt vara viktig som det första samspelet mellan sjukvårdspersonalen och de sörjande närstående eftersom denna händelse kan få långvariga konsekvenser för närståendes sorg (Merlevede et al., 2004). Det är av värde att identifiera sörjande närstående i ett tidigt stadium för att minska risken för en komplicerad sorg. En komplicerad sorg kan ge ökad mottaglighet för sjukdom därför är det fördelaktigt att tillgodose deras behov (Ott et al., 2007). Plötslig död är känd för att sätta närstående i en komplicerad sorg (Carlander, 2010; Clements et al., 2004; Kaltman & Bonanno, 2002; Merlevede et al., 2004) och det är därför viktigt att ha kunskap inom dessa områden och belysa och sammanställa sjukvårdspersonals erfarenheter.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva sjukvårdspersonals erfarenheter och upplevelser av att möta närstående vid plötsliga och oväntade dödsfall inom akutsjukvård.

## **Frågeställningar**

1. Vilka erfarenheter och upplevelser har sjuksköterskorna?
2. Hur hanterar sjukvårdspersonal sina egna känslor vid dessa situationer?

## **METOD**

### **Val av metod**

Forskningsöversikt valdes i enlighet med Forsberg & Wengström (2008) då den grundar på aktuell och relevant forskning. Syftet med en forskningsöversikt var att besvara studiens syfte och frågeställningar (Forsberg & Wengström, 2008).

### **Urval**

Urvalsprocessen startade i enlighet med Forsberg och Wengström (2008) genom att relevanta sökord identifierades. Dessa sökord identifierades efter studiens syfte och frågeställningar. Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle vara utgivna för högst tio år sedan, gällande vuxna patienter över 19 år och äldre samt att de skulle vara utgivna

på engelska och svenska. Inklusionskriterierna användes även i Cinahl och där valdes också att artiklarna skulle vara granskade. Exklusionskriterier för studien var artiklar gällande palliativ vård, plötslig spädbarnsdöd och studier som fokuserade på barn som mist sina föräldrar, därav vald åldersgräns. Artiklar som hade en relevant titel för studiens syfte valdes ut. Om artiklarna hade ett abstract lästes detta och om den ansågs vara relevant för forskningsöversikten lästes artikeln i sin helhet av författarna individuellt. Om artiklarna inte hade ett abstract valdes artikeln att läsas utifrån titeln. Artiklarna som författarna ansåg vara relevanta valdes ut och utgör de 19 artiklar som ingår i denna forskningsöversikt. För att få en överblick av de inkluderade artiklarna lästes de ytterligare en gång.

## **Datainsamling**

Artiklarna till studien återfanns i PubMed och CINAHL. PubMed är en bred databas som innehåller vetenskapliga tidskriftsartiklar med ämnen inom medicin, omvårdnad och odontologi. I Cinhal hittas omvårdnadsforskning, sjukgymnastik och arbetsterapi (Forsberg & Wengström, 2008). Alla resultatartiklar forskningsöversikten återfanns i PubMed medan CINAHL endast gav en träff vid en manuell sökning.

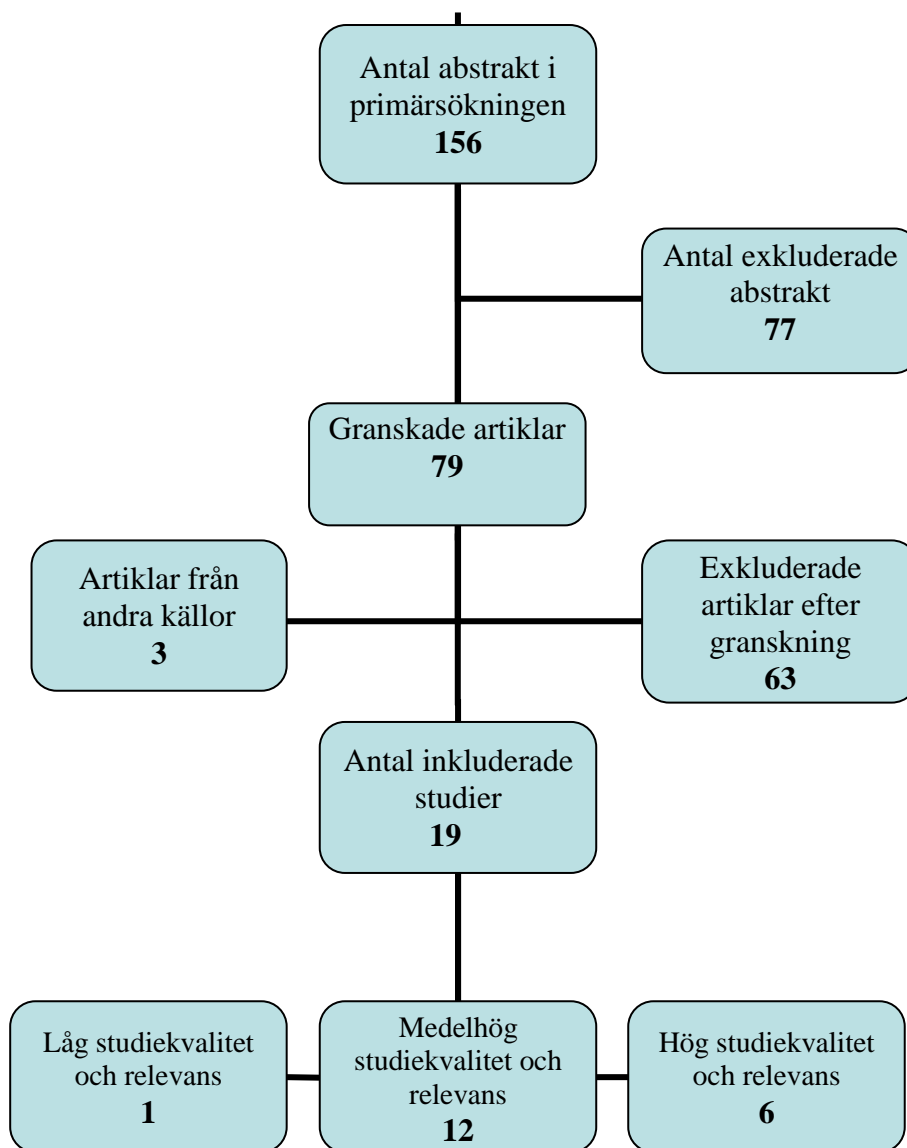
## Databassökning

Svenska MeSH (Medical Subjects Headings) användes för att få fram relevanta MeSH-termer till databassökningen i PubMed. Först gjordes en sökning med MeSH-terminen "death, sudden" för att få en överblick av antal artiklar inom det valda området. Efter detta kombinerades "death, sudden" och "death" i olika sökningar med "AND" och MeSH-termerna "attitude to death", "attitude of health personnel", "bereavement", "grief" och "emergency nursing" var för sig eller en kombination av tre stycken MeSH-termer tillsammans. Flertalet artiklar gick att återfinna under flera av sökningarna. I Cinahl användes headings med liknande innebörd, men inga ytterligare artiklar valdes då de andra redan hittats i PubMed. I CINAHL kunde författarna undersöka om de valda artiklarna var peer reviewed. Databas, sökord, antal träffar och antalet valda artiklar redovisas i tabell I. Tabellen är en egen konstruktion som ansågs inkludera alla viktiga kategorier Det finns enligt Forsberg & Wengström (2008) inga regler för hur många studier som ska ingå i en forskningsöversikt. Flera av de funna artiklarna kunde återfinnas under samma kombinationer av sökord och därför visar tabellen fler inkluderade artiklar än forskningsöversikten. Alla sökningar är redovisade i tabellen, även om de inte inkluderade några artiklar. Detta för att förstå sökprocessen.

Tabell I. Sökning i PubMed

Datum för sökningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar
20110411	Bereavement AND nurse	201	33	19	5
20110411	Bereavement AND nursing AND death, sudden	38	7	5	0
20110411	Bereavement AND greif AND death, sudden	32	9	5	1
20110411	Bereavement support AND nursing	340	16	5	0
20110412	Bereavement support AND death, sudden	34	15	4	0
20110412	Suddenly bereaved	9	6	2	1
20110412	Nurse AND coping AND grief	92	20	16	2
20110412	Nurse AND traumatic AND death	40	10	5	3
20110412	Emergency nursing AND death, sudden	28	8	5	1
20110412	Emergency nursing AND bereavement	46	18	7	3
20110418	Breaking bad news AND death (1999-2011)	30	5	3	3
20110418	attitude to death AND attitude of health personnel AND emergency nursing	40	9	5	3

Figur I. Flödesschema över urvalsprocessen



### Manuella sökningar

I enlighet med Forsberg & Wengström (2008) har relevanta artiklars referenslistor studerats där artiklar som berör ämnet kunde återfinnas. Detta ledde till att tre artiklar (Bassler, 1999; Flam, 1999; Hallgrimsdottir, 2000) valdes ut. De tre artiklarna som valdes ut från Pubmed hade alla äldre publiceringsår än vad inklusionskriterierna tillät men kunde på grund av sin relevans inkluderas i studien. Två av artiklarna var publicerade år 1999 medan en var publicerad år 2000. Totalt inkluderades 19 artiklar i forskningsöversikten.

### **Databearbetning och analys**

Artiklarnas resultat granskades med syftet att kunna använda dem för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Artiklarna bearbetades gemensamt av båda författarna för att

sedan diskutera och enas om vad som var viktigt att inkludera. I enlighet med Forsberg och Wengström (2008) bearbetades materialet utifrån syfte och frågeställningar.

### Värdering och klassificering

Studiens inkluderade artiklar har värderats och klassificerats utifrån ett modifierat bedömningsunderlag genom Berg, Dencker, & Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) se bilaga I. Inkluderade artiklar har även sammanställts i en matris, se bilaga II.

### Tillförlitlighet

I resultatet har endast peer reviewed originalartiklar inkluderats. Artiklar har lästs av båda författarna var för sig för att sedan gemensamt diskuterats för att uppnå en hög tillförlitlighet (Forsberg & Wengström, 2008). Att artiklarna varit peer reviewed har kontrollerats i databasen CINAHL där det står om en artikel är peer reviewed. I Ulrichs Periodicals Directory har det kontrollerats ifall en tidskrift granskar sina artiklar eller inte. Att en artikel är peer reviewed och att tidskriften granskar sina artiklar ökar tillförlitligheten då andra forskare har gemensamt bedömt dem. Studier med god tillförlitlighet kräver att resultatet inte kommit av en slump och får heller inte vara beroende av vem som gjort den vilket innebär att den ska gå att göras om på samma sätt och komma fram till samma resultat (Helgesson, 2008). I denna forskningsöversikt har samtliga sökningar gjorts vid minst två tillfällen för att inte missa relevanta artiklar. Sökningarna behövde även göras upprepade gånger för att kunna redovisa dem på ett korrekt sätt. Sökningarna med kombinerade sökord är tydligt redovisade i en tabell och antalet artiklar samt bearbetning är redovisade i ett flödesschema. Detta har gjorts för att studien lätt ska kunna upprepas. Att författarna använt sig av ett modifierat bedömningsunderlag genom Berg et al (1999) och Willman et al (2006) ökar också tillförlitligheten eftersom det innebär att författarna har granskat, sorterat och kvalitetsbedömt artiklarna. Då artiklarna var skrivna på engelska som inte är någon av författarnas modersmål har samtliga artiklar lästs och granskats av båda författarna för att undvika språkliga missförstånd och feltolkningar. Författarna har även använt sig av svenskt lexikon för att undvika språkliga missförstånd och feltolkningar. Att använda MeSH-termer ökar tillförlitligheten eftersom de är en samling av kontrollerade termer som används för indexering, sökning och katalogisering av biomedicinska tidskrifter. MeSH produceras av National Library of Medicine (NLM) i USA. MeSH är en dynamisk vokabulär som revideras och uppdateras årligen. Innehållet i vokabulären är relaterat till användningen av medicinsk terminologi i litteraturen och nya koncept inkluderas regelbundet.

### **Forskningsetiska överväganden**

I enlighet med Forsberg & Wengström (2008) innehåller forskningsöversikten endast originalartiklar från tidskrifter som granskar sina artiklar innan publicering. Artiklarna har även kontrollerats ifall de är peer reviewed. Gustafsson, Hermerén och Petersson (2005) skriver i sin rapport från Forskningsrådet om att forskningsetik inte riktigt har med lagar att göra. Självklart måste en del delar regleras mer formellt, men forskningsetiken har som sin viktigaste uppgift att upprätthålla det granskande tänkandet kring vilka ramar som ska få gälla inom forskningen. Etiken har också som viktig uppgift att upprätthålla samhällets förtroende för forskning både nu och i framtiden. Enligt Medicinska forskningsrådets

nämnd för forskningsetik [MFR] (2003) har god etik grunden i forskaren själv. Det är ett grundläggande etiskt krav att forskaren på ett ärligt och kunnigt sätt utnyttjar sin information och kan redogöra grunderna för sitt resultat och sin slutsats. Prevention av fusk och ohederlighet är viktigt ur etisk synvinkel för att minimera ”slarv” som kan ge intryck av ohederlighet genom bristande kunskap och kompetens. Därför har det inte förekommit något plagiat av annan forskare eller författare i föreliggande studie och artiklarna som inkluderats har inte förvrängts eller förfalskats MFR (2003). Evidensbaserad information och andra uppgifter som hämtats för forskningsöversikten har genom Helgesson's (2006) objektivitetsregel inte förvrängts för att gynna en viss åsikt. Därför har det inte i studien i enlighet med MFR (2003) använts ohederlig inklusion eller exklusion av information för att gynna ett visst förväntat eller önskat resultat. I enlighet med objektivitetsregeln har därför alla fynd redovisats oavsett om de varit positiva eller negativa utifrån forskningsöversiktens syfte och frågeställningar. Referenserna är tydligt redovisade för att möjliggöra efterforskning varifrån de är hämtade.

## RESULTAT

Med sjukvårdspersonal menas sjuksköterskor, läkare och undersköterskor. Detta för att en del av resultatartiklarnas handlade om dessa yrkesgrupper. Vi har valt att använda sjukvårdspersonal när artiklarna använt detta, sjuksköterskor när det handlat om sjuksjukerskor osv. Det engelska uttrycket för att lämna svåra besked är ”Breaking bad news” och detta kunde innebära både dödsbesked men också svåra diagnoser, diagnoser som i de flesta fall leder till döden.

### Sjukvårdspersonalens erfarenheter

Sjukvårdspersonal upplevde att närstående hade ett behov av att träffa sjukvårdspersonal som visade känslor och lyssnade när de lämnade svåra besked (Takman & Severinsson, 2004). De upplevde också att närstående hade ett behov att behandlas med vänlighet och att deras önskemål respekterades (Takman & Severinsson, 2006). Sjuksköterskorna kände att det var känslomässigt påfrestande att ta hand om sörjande närstående (Hallgrimsdottir, 2000; Hallgrimsdottir, 2004; Geller, Rushton, Francomano, Kolodner & Bernhardt, 2010). En viktig resurs var att det fanns tillgång till informationsbroschyrer om sorg som innehöll information om stöd och ett telefonnummer för rådgivning. Dock fanns inte alla broschyrer på olika språk (Hallgrimsdottir, 2000).

Akutsjuksköterskorna ansåg att de sörjande närstående inte borde lämnas ensamma. Därför kunde det vara bra att följa med dem vid identifiering av den avlidne, och att vara där för att stödja dem i denna krissituation. Yngre sörjande hade ofta begränsad livserfarenhet. De saknade erfarenhet om döden och hantering av dödsfall. Innan de yngre skulle se kroppen tyckte de att det var viktigt att få bort all medicinsk utrustning. Yngre människor var generellt mer bekymrade över hur kroppen såg ut (Li, Chan & Lee, 2002).

### Att lämna besked

Att lämna svåra besked till patienter och närstående var en svår uppgift för sjukvårdspersonal (Barnett, Fisher, Cooke, James & Dale, 2007). Svåra besked på en akutmottagning var vanligt förekommande och det fanns många sätt att framföra dessa (Park, Gupta, Mandani, Haubner & Peckler, 2010). Många hade inte fått någon formell

utbildning i att lämna svåra besked men trodde att detta var viktigt för sin arbetsroll (Barnett et al., 2007; Stayt, 2009). Att lämna svåra besked upplevdes som en besvärlig del. Sjuksköterskorna ansåg att det fanns ett bristande förtroende för att lämna svåra besked. Ofta var det sjuksköterskan som fick förklara vad läkaren hade sagt då det var uppenbart att närstående inte hade förstått. De beskrev detta som en stor källa till stress (Stayt, 2009).

Sjuksköterskorna tyckte det var viktigt med en tillitsfull relation mellan dem och närstående. Det var viktigt att närstående litade på sjuksköterskorna för att de skulle kunna ge stöd. Det ansågs även viktigt att ge ärlig och korrekt information och samtidigt ge närstående en känsla av hopp för framtiden (Stayt, 2009). Trots att alla sjuksköterskor kände ett engagemang för närstående var det inte alla som kände att det var deras ansvar att informera dem om dödsfallet (Hallgrimsdottir, 2004).

Rekommenderade åtgärder för sjukvårdspersonal som vårdade närstående till patienter som avlidit på akutmottagning kunde vara att placera närstående i ett enskilt rum och därmed möjliggöra sorgbearbetning (Flam, 1999). Närstående hade rätt till korrekt information (Flam, 1999; Stayt, 2009; Takman & Severinsson, 2006). Det ansågs även fördelaktigt att sjukvårdspersonal som hade vårdat patienten borde lämna beskedet (Farrell, Ryan & Langrick 2001; Flam, 1999). Den läkare och sjuksköterska som deltog i vården kunde ge bättre svar på närståendes frågor (Flam, 1999; Takman & Severinsson, 2006).

Att lämna svåra besked felaktigt kunde komplicera sorgen för närstående. Ett användbart verktyg för att ge svåra besked var SPIKES (Set the stage, Perception, Inform, Knowledge, Empathy and Summarize). Detta var en sex-stepsprocess som fokuserade på; insamling av information, medicinsk och patofysiologisk information om vad som orsakade dödsfallet, tid för närstående att ställa frågor, tillåta dem att uttrycka sina känslor, sammanfatta informationen med ett korrekt språk som är anpassat för att den närstående ska förstå. Här var den pedagogiska erfarenheten viktig (Park et al., 2010).

Sjukvårdspersonal borde reflektera över sina egna personliga och professionella erfarenheter av att både lämna och ta emot svåra besked. På så sätt kunde de observera effekterna av en rad faktorer som antingen gynnade eller missgynnade sättet att ge det svåra beskedet (Farrel, Ryan, Langrick, 2001). Det ansågs att det var viktigt med respekt för individuella reaktioner hos närstående (Farrell et al., 2001; Park et al., 2010; Li et al., 2002).

### Kommunikation

Sjuksköterskorna upplevde att de inte var tillräckligt förberedda att föra en dialog med sörjande närstående till en patient som avlidit på akuten (Park et al., 2010; Socorro, Tolson & Fleming, 2001). Sjuksköterskorna upplevde att de inte alltid var säkra på om de hade tillräcklig information om den avlidne samt hur mycket de närstående fått ta del av den, vilket resulterade i ett känslomässigt obehag. Dessutom kände de att bristande beredskap för en adekvat kommunikation med närstående var ett störande moment, några visste inte vad de skulle göra, en del gånger hade de inte sagt ett ord utan gått ut och lämnat en annan kollega med de närstående. Akutsjuksköterskorna som upplevde att de inte kunde föra en tillräcklig verbal kommunikation med sörjande närstående använde istället icke-verbala medel, t.ex. blickar eller fysisk kontakt (Socorro et al., 2001).

## Närståendes närvaro

Det kunde vara bra att erbjuda närstående att vara närvarande vid återupplivningsförsök och låta dem se den avlidna kroppen för att underlätta sorgen (Bassler, 1999; Li et al., 2002). Det borde finnas tydliga riktlinjer på sjukhuset om huruvida närstående ska få närvara under återupplivningen eller inte (Hallgrimsdottir, 2000; Hallgrimsdottir, 2004).

Sjuksköterskorna upplevde att närståendes närvaro störde deras prestation under återupplivningsförsök på grund av brist på både tid, utrymme och personal som kunde ta hand om dem och besvara deras frågor (Bassler, 1999; Ellison, 2003). Sjuksköterskorna skulle själva vilja närvara vid återupplivningsförsök av deras egna närstående. Många sjuksköterskor ville att deras närstående skulle närvara om de själva skulle bli återupplivade (Ellison, 2003).

## Empati och respekt

Empati var en förmåga som frekvent uppkom i det dagliga livet för sjuksköterskor som mötte närstående vid dödsfall (Stayt, 2009). Sjuksköterskorna beskrev att de hade en stark känsla av engagemang och empati för patienterna och deras närstående (Jonsson & Halabi, 2006). Patientens närstående borde informeras och behandlas med omsorg och respekt (Takman & Severinsson, 2004).

Sättet sjuksköterskor betedde sig på och hur de kände samtidigt som de vårdade sörjande närstående påverkades tydligt av det förhållande som skapades mellan de inblandade i situationen. Relationerna omfattade fysisk, psykisk och känslomässig närhet samt engagemang. Sjuksköterskorna upplevde att de hade en mer lättad attityd till en patients död när de kunde förklara, uppmuntra och ge stöd till de sörjande närstående, och även när de kunde visa känslor. Reaktioner som upplevdes vara negativa eller olämpliga uppkom särskilt när patientens och närståendes värdighet inte var respekterad, detta kunde t.ex. vara när rummet var fullt av skräp och blod (Socorro et al., 2001).

## Hinder

Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att ta hand om den avlidne patientens närstående (Geller et al., 2010; Hallgrimsdottir, 2000; Hallgrimsdottir, 2004). Trots erfarenhet av sorg och förlust hos patienter och närstående var det inte många som kände sig bekväma i närvaron av dessa känslor (Geller et al., 2010). Detta berodde på kunskapsbrist inom detta område. Hinder i vården av närstående kunde vara personalbrist och för få enskilda rum, dödsfall- och sorginformationsblad på olika språk, tillsammans med information om det stöd som fanns och telefonnummer för rådgivning (Hallgrimsdottir, 2004). Tidsbrist var det främsta hindret i vård av närstående (Hallgrimsdottir, 2000; Li et al., 2002). Sjuksköterskor var oftast upptagna och var tvungna att prioritera vård av andra allvarligt sjuka (Li et al., 2002).

Påfrestande situationer kunde handla om hantering av döden och döendet, oenighet i vårdteamet, otillräckliga förberedelser för att hantera de känslomässiga behoven hos närstående (Jonsson & Halabi, 2006).



Sjuksköterskorna uttryckte rädsla och osäkerhet vid bemötande av sörjande närstående. Dessa känslor kunde vara t.ex. kunskapsbrist och resurser för att kunna ge adekvat vård samt att bevittna en närståendes sorg (Socorro et al., 2001).

## **Hantering av egna känslor**

### Sorg och coping

Sorg och förlust var två viktiga upplevelser för sjukvårdspersonal och det var nödvändigt att tillräckliga resurser fanns eftersom det annars kunde försvåra sorgen för närstående. Sorg och förlust kunde leda till konsekvenser som utbrändhet, uppsägning, fysiska och psykiska symtom som t.ex. panikångest, mardrömmar, hyperaktivitet och sömnsvårigheter (Jonsson & Halabi, 2006; Shinbara & Olson, 2010). Det fanns ett antal copingstrategier och skyddande försvarsmekanismer hos sjuksköterskor för att hantera sorg (Shinbara & Olson, 2010). Sjuksköterskorna använde sig av förnekelse genom att de höll sina känslor och sin ångest för sig själva och fokuserade på sitt arbete. Sjuksköterskorna beskrev att de fått hantera stress under en lång period som orsakade känslor av bitterhet, svek, skuld och självförakt (Jonsson & Halabi, 2006). Upprepad exponering av död och sorg kunde resultera i stress och slutligen leda till utbrändhet. Emotionellt tillbakadragande från att ta hand om döende kunde påverka vårdkvaliteten för såväl den döende patienten som dennes närstående (Shorter & Stayt's, 2010).

Akutsjuksköterskors förmåga att ge adekvat vård vid dödsfall påverkades av deras personliga övertygelser, värderingar, filosofier samt deras erfarenheter och kunskaper. Dessa påverkade insikten för både sjuksköterskor och de sörjande närstående när döden inträffade på akutmottagningen och la grunden för sorgen för båda parter (Socorro et al., 2001).

Sjuksköterskornas upplevelser kring ett dödsfall formades av deras förmåga att skapa en känslomässig distans till denna för att lindra sin egen sorg. Sjuksköterskorna hade den uppfattningen att de som professionella inte skulle känna sorg för en patients död (Gerow et al. 2010). Sjuksköterskorna beskrev att de försökte att inte bli för känslomässigt involverade med närstående. Ett annat sätt var att hålla samtalen med närstående mer formella (Stayt, 2009).

Humor kunde hjälpa till att underlätta och forma solidaritet samt skapa bättre stämning mellan kollegor under starkt påfrestande arbetsförhållanden. Humoristiska uttryck bidrog till bevarandet av sinnesfrid, vilket gör det möjligt för akutsjukvårdspersonal att fungera i ett arbete med återkommande dödsfall. Dess värde som en stressreducerande mekanism skulle inte underskattas (Scott, 2007).

Sjuksköterskorna upplevde att en av de mest påfrestande situationerna var att av närstående bli orättvist anklagade för en patients död eller sjukdom. Detta kunde inträffa då de fick skulden för läkares misstag i form av felaktiga ordinationer av t.ex. läkemedel (Jonsson & Halabi, 2006).

### Tro och andlighet

För att kunna ge andlig vård till sörjande sjuksköterskor krävdes att uppmärksamhet riktades till den andliga och religiösa aspekten av att ge och ta emot stöd. Att uppleva flera

förluster av patienter kunde bli en andlig börda för sjuksköterskor som kunde hota sjuksköterskans andliga integritet, som så småningom kunde leda till en ifrågasättning av deras tro. Denna typ av lidande för patienter var en viktig och oundviklig del av vården. Tro och andlighet var vanliga sätt att hantera sorg och borde inte ignoreras när det gällde tillvägagångssätt för att ge stöd. Sjuksköterskorna uppgav att deras förmåga att kunna ta hand om sig själva var avgörande för att kunna ge vård till andra. En medvetenhet om den egna andligheten, religion och övertygelse av tro underlättade sorgen vid förluster (Shinbara & Olson, 2010).

### Behov av stöd

För att lämna påfrestande händelser bakom sig kunde möjligheten att prata med andra om händelsen vara betydande. Sjuksköterskorna berättade att bristen på stöd från andra personer påverkade hur de kunde hantera påfrestande situationer efteråt. De kände sig i behov av känslomässigt stöd. De berättade att de önskade att de hade någon att dela sina erfarenheter, känslor och ansvaret med (Hallgrimsdottir, 2000; Jonsson & Halabi, 2006). Sjuksköterskor använde sig av samtal med kollegor som ett sätt att hantera sina känslor. Kollegorna upplevdes som det främsta stödet efter en påfrestande händelse (Flam, 1999; Hallgrimsdottir, 2000; Jonsson & Halabi, 2006; Shorter & Stayt's, 2010). Få uppgav att de fick stöd från sina chefer (Flam, 1999). Förutom kollegor användes samtal med den egna familjen och vänner (Hallgrimsdottir, 2000; Jonsson & Halabi, 2006).

### **Förbättringsarbete**

#### Utbildning

Få sjuksköterskor upplevde att de hade fått tillräcklig utbildning för att möta närståendes behov (Geller et al., 2010; Hallgrimsdottir, 2000). Många sjuksköterskor saknade utbildning i att hantera frågor som rör död och sorg (Geller et al., 2010; Hallgrimsdottir, 2000). Studier som syftade på att ge utbildning, ibland i form av scenarieträning där sjukvårdspersonalen fick tillämpa metoder i ett skådespel med varandra. Syftet var att göra dem mer säkra i olika situationer som ansågs vara obekväma, exempelvis att lämna svåra besked (Farrell, 2001; Geller et al., 2010).

#### Uppföljning

Uppföljning gjorde det möjligt för närstående att ställa kvarstående frågor och gjorde det möjligt för personalen att upptäcka närståendes eventuella problem med coping och sorg (Flam, 1999; Hallgrimsdottir, 2004). Att inte genomföra en uppföljning med närstående kunde bero på att detta inte var en vanlig form av arbetssätt, brist på möjligheter att ha uppföljningar, eller att det inte fanns tillräckligt med tid (Hallgrimsdottir, 2000; Hallgrimsdottir, 2004). Det fanns önskemål att upprätta ett sådant uppföljningsprogram (Hallgrimsdottir, 2000). Sjuksköterskorna på akutmottagningen tyckte att närstående behövde uppföljning men ansåg inte att detta hörde till deras arbetsuppgifter (Flam, 1999).

#### Riktlinjer

Sjuksköterskorna ville ha tydliga riktlinjer för att tillgodose närståendes behov. Riktlinjerna skulle innehålla en uppdelning av ansvaret om tillvägagångssätt för att ta hand om närstående följt av skriftlig information vad gäller sekretess, etiska-, religiösa-, och

juridiska frågor samt anmälan till berörda myndigheter (Hallgrimsdottir, 2000).

Det framkom att sjuksköterskorna ville ha riktlinjer som t.ex. vem som var ansvarig för att informera närstående, hur länge de fick stanna och vilken typ av fortsatt stöd som behövdes samt anmälan till berörda myndigheter (Flam, 1999; Hallgrimsdottir, 2004). De önskade riktlinjerna kunde handla om att närstående borde kontaktas så snart som möjligt efter att patienten kommit till akutmottagningen och vid dödsfall informeras om dödsorsaken samt en beskrivning av åtgärder och händelser under behandlingen. Närstående borde försäkras om att alla åtgärder vidtogs för att rädda patienten (Flam, 1999).

Förutom upprättandet av riktlinjer, enades sjuksköterskorna om att det skulle skapas ett informationsblad för personal och närstående. Detta informationsblad skulle svara på vanliga frågor och ge närstående möjlighet att läsa igenom viktiga administrativa detaljer hemma i lugn och ro. Det skulle bland annat innehålla telefonnummer till social rådgivning, präster, bårhuset och akutmottagningens sekreterare, och även namn och telefonnummer till den behandlande läkaren och sjuksköterskan om de närstående önskade kontakta dem vid ett senare tillfälle (Flam, 1999).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En forskningsöversikt valdes som metod för att få tillgång till sjukvårdspersonals erfarenheter och upplevelser av mötet med närstående vid plötsliga dödsfall. En kvalitativ intervjustudie valdes från början men eftersom det inte gick att få ihop tillräckligt många intervjupersoner valdes en forskningsöversikt. Hade en kvalitativ intervjustudie tillämpats hade vi kunnat göra en djupare beskrivning av sjukvårdspersonalens livsvärld och erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2009).

Först valdes en begränsning som innebar att artiklarnas publiceringsår inte fick vara äldre än 10 år. Då det inte fanns tillräckligt många originalartiklar som svarade på forskningsöversiktens syfte beslutades det att gå längre bak i tiden med hjälp av manuella sökningar i relevanta reviderade artiklars referenslistor. Enligt Forsberg & Wengström (2008) är det en förutsättning att det finns tillräckligt antal studier av god kvalitet som kan utgöra underlag för bedömningar och slutsatser för att kunna föra en forskningsöversikt. Vi valde att artiklarna inte fick vara publicerade tidigare än år 1999 för att det inte skulle gå alltför långt från den tidigare begränsningen. Vi vill också att forskningsöversikten skulle vara aktuell och därför valdes inte äldre artiklar. Två artiklar från år 1999 och en från 2000 valdes ut då de ansågs svara på forskningsöversiktens syfte och inte ansågs alltför gamla. Genom de manuella sökningarna har vi inte behövt göra om databassökningarna med utökad tidsram. Att använda sig av manuella sökningar tror vi inte har påverkat forskningsöversiktens resultat eftersom de varit relevanta och svarat på forskningsöversiktens syfte och frågeställningar. Att de är hämtade ur andra studiers referenslistor visar på att andra också bedömt dessa som relevanta vilket bör öka tillförlitligheten.

Först valdes bara engelska som språk men sedan valdes även svenska. Då gjordes en sökning med endast svenska som språk, varav få artiklar hittades och inga inkluderades då

de inte svarade på forskningsöversiktens syfte. Dessutom fanns det endast få originalartiklar som inte heller ansågs ha tillräckligt hög kvalitet. Därför har denna sökning inte redovisats under metodbeskrivning.

Sex av 19 inkluderade studier var kvalitativa intervjustudier. Det är enligt Forsberg & Wengström (2008) fördelaktigt att inom omvårdnad inkludera både kvantitativa och kvalitativa studier som beskriver patientens upplevelser i vården.

Vi valde i första hand att fokusera på närstående till vuxna patienter över 19 år. I forskningsöversikten har dock en pediatrik artikel inkluderats. Den pediatrika studien beskriver hur sjukvårdspersonal kan utbildas i att lämna svåra besked som anses kunna tillämpas vid dödsfall oavsett ålder på den avlidne. Deltagarna i studien kom ifrån pediatrika akut- och intensivvårdsavdelningar och har använt sig av skådespel för att träna på att lämna svåra besked (Farrell et al., 2001). Studiens slutsats kan tillämpas även till vuxna då den beskrev hur fördelaktigt det är med utbildning för sjukvårdspersonal i att lämna svåra besked. Även om det är ett barn som avlidit är det vuxna föräldrar som ska bemötas och informeras vilket gäller alla dödsfall oavsett ålder på den avlidne. Därför tror inte vi att denna studie har påverkat forskningsöversiktens resultat.

Sökningarna i CINAHL valdes att inte redovisas i söktabellen eftersom de funna artiklarna kunde återfinnas i PubMed. En artikel från CINAHL inkluderades, men denna hittades under en manuell sökning. PsychInfo har inte används som databas i denna forskningsöversikt. Detta beror på att vi inte var bekanta med denna databas. Detta kan ha lett till att relevanta artiklar missats till resultatet. Men eftersom resultatet innehåller 19 artiklar anser vi att avsaknaden av sökningar i PsychInfo inte påverkar resultatet speciellt mycket.

Sökord utökades för att skapa ett bredare sökfält. De första sökorden ansågs inte vara tillräckligt starka och specificerade då många artiklar som inte skulle inkluderas i studien gällande t.ex. palliativ vård och plötslig spädbarnsdöd hittades. Dessa artiklar ansågs inte svara på forskningsöversiktens syfte.

I enlighet med Forsberg & Wengström (2008) har artiklar från både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderats i forskningsöversikten för att öka tillförlitligheten. Enligt Forsberg & Wengström (2008) kompletterar de båda forskningstraditionerna varandra inom omvårdnadsforskning. Sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier har utarbetats i enlighet med Berg et al (1999) och Willman et al (2006) för att öka tillförlitligheten. Forskningsöversikten har inkluderat en artikel som fått den lägsta klassificeringen enligt Berg et al (1999) och Willman et al (2006). Detta för att vi ansåg att studiens bortfall var för högt, högre än antalet deltagare. Detta kan ha påverkat studiens tillförlitlighet. Klassificeringen enligt Berg et al (1999) och Willman et al (2006) har gjorts utifrån antalet deltagare och bortfall och den studien som fick den lägsta klassificeringen hade just ett högt antal bortfall men ansågs relevanta för forskningsöversikten då de svarade på syftet och frågeställningarna. Berg et al (1999) och Willman et al (2006) klassificeringskrav för klass 1 (den högsta klassificeringen) säger att det ska vara ett tillräckligt antal deltagare och därför kan denna diffusa beskrivning göra att personliga åsikter om vad som är tillräckligt påverka bedömningen. Att bedömningen kan ske efter personliga åsikter gör att människor bedömer väldigt olika utifrån denna typ av klassificeringssätt. Detta kan möjligtvis ha påverkat forskningsöversiktens validitet.

## Resultatdiskussion

Trots att alla sjuksköterskor kände ett engagemang för närstående var det inte alla som kände att det var deras ansvar att informera dem. Många ansåg att det var läkarens uppgift att meddela närstående vilket kunde förklara att sjuksköterskorna kände ett bristande förtroende i att lämna svåra besked. Där sågs tydligt att det fanns oklara åsikter om ansvarsfördelningar mellan olika yrkeskategorier på akutmottagningar. I Sverige är det enligt lag läkarens ansvar att se till att närstående blir informerade om dödsfall av en lämplig person (SOSFS: 1996:29; 1996:933) och detta skulle kunna vara en sjuksköterska. Därför kan vi dra slutsatsen att det kan bli missförstånd över vem som ska lämna beskedet eftersom "lämplig" känns diffust. Eftersom vi inte vet hur detta ser ut i resten av artiklarnas publiceringsland kan detta inte generaliseras till Sverige.

Vårt resultat visar att uppföljning var ett bra sätt för närstående att ställa kvarstående frågor och gjorde det även lättare för personal att upptäcka eventuella problem i deras sorg samt att utvärdera behandlingen. Om en kvalitativ intervjustudie på akutmottagningar i Sverige hade gjorts skulle en djupare förståelse om sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser kunna ha beskrivits (Kvale & Brinkman, 2009). Enligt Kock-Redfors (2002) förekommer uppföljningssamtal på IVA. Resultatet av dessa uppföljningssamtal skulle vara intressanta att ta del av men vi hittade inga rapporter om detta.

Två studier i resultatet har kommit fram till att det fanns en positiv effekt av att låta närstående närvara vid återupplivningsförsök. Detta ansågs positivt då det hjälpte närstående i deras sorg eftersom de förstod att patienten fått bästa möjliga vård (Bassler, 1999; Li et al., 2002). Närstående hade dessutom behov av att veta vad som pågick under behandlingen. Däremot skiljde det sig lite huruvida sjuksköterskor tyckte och tänkte när det gällde närståendes närvaro. En del tyckte att det störde deras arbete medan andra tyckte att det var olämpligt. Trots detta tyckte många av dessa sjuksköterskor att de själva skulle vilja närvara under deras närståendes återupplivning. Tydliga riktlinjer på sjukhuset för huruvida närstående skulle få närvara vid återupplivningsförsök önskades av akutsjukvårdspersonalen. Det finns väldigt lite information huruvida det ser ut i Sverige men vi har uppfattat det som att sjukhusen bestämmer sina riktlinjer själva huruvida närstående ska få närvara. Många sjukhus har inga riktlinjer vilket betyder att personalen bestämmer själva vad de anser vara rätt eller fel. Detta kan innebära en stor skillnad sjukhusen emellan.

Död av en nära anhörig ökade risken för ohälsa och dödlighet. Det var särskilt plötsliga och oväntade dödsfall som ökar riskerna. Studien visade att sorg och förlust hos sjuksköterskor ledde till en rad olika somatiska och fysiska konsekvenser. Det var en fördelaktig förmåga hos sjuksköterskor att kunna skydda sig själv med hjälp av olika försvarsmekanismer. Upprepad exponering av och död och sorg ledde till stress som kunde resultera i utbrändhet som i vissa fall kunde leda till sjukskriving. Därför kan vi dra slutsatsen att det är viktigt med stöd från t.ex. chefer som många inte ansåg att de hade. Detta stöd från chefen skulle kunna vara att bli erbjuden professionell terapi.

Emotionellt tillbakadragande från att ta hand om döende kunde påverka vårdkvaliteten för såväl den döende patienten som dennes närstående. Detta var inte gynnsamt för mötet med närstående som behövde visad empati och respekt. Det var även viktigt att personal visade känslor och lyssnade på de närstående och visade engagemang. I Sverige ska närstående enligt HSL (1982:763) visas med hänsyn och omtanke efter dödsfall. Utan förmåga att

hantera sin sorg kunde sjukvårdspersonals privatliv bli påverkat, vilket kunde resultera i mindre optimal vård för patienter och närstående och därmed äventyra patientsäkerheten. Humor visade sig ha en underlättande inverkan vilket hjälpte många att inte bli så emotionellt påverkade vid dödsfall. Humor kunde vara bra kollegor emellan men sjukvårdspersonal borde akta sig från att skämta för mycket med närstående då detta kunde uppfattas som känslökallt och opassande.

En studie (Gerow et al. 2010) visade att sjuksköterskorna inte ville bli för känslomässigt engagerande och istället hålla en professionell distans med närstående medan en annan (Stayt, 2009) visade att de ansåg att det fanns medicinska fördelar med att ha en personlig relation med närstående. Det är tidigare nämnt att närstående uppskattar känslösamt omhändertagande. Samtidigt kunde den egna känslomässiga bördan bli större om de blev för känslomässigt involverade. Därför kunde det vara viktigt att hitta en balans.

Många sjuksköterskor som kontinuerligt utsattes för stressande situationer på akuten i form av dödsfall berättade att de kände sig i behov av känslomässigt stöd och att de önskade att de hade någon att dela sina erfarenheter och känslor med. Vårt resultat visar att det föll sig ganska naturligt att sjuksköterskorna använde sig av samtal med kollegor som ett sätt att ventilera sina känslor eftersom de kunde relatera till liknande situationer och hade en djupare förståelse och erfarenhet. Trots detta var det många som använde sig av samtal med den egna familjen och vänner.

Scenarieträning var en form av rollspel då läkare och sjuksköterskor spelade både vårdgivare och patienter för att öka både självförtroende och kompetens i att lämna svåra besked. Det kom fram att deltagarna inte alls var bekväma i sorg och förlust och att de inte kände sig förberedda att lämna sådana besked. Deltagarna gav positiv feedback till dessa typer av utbildning och därför kunde detta vara ett bra alternativ i att träna vårdpersonal i hur närstående skulle bemötas vid svåra situationer (Farrell et al., 2001; Geller et al., 2010; Park et al., 2010). Dessa utbildningar behövdes för att säkerställa att sjukvårdspersonal utvecklade de kunskaper och skaffade sig en kompetens för att möjliggöra ett känslösamt och lindrande bemötande. Studien visade att det fanns ett behov av att utöka möjligheterna till utbildning för sjukvårdspersonal. Vi anser därför att scenarieträning borde testas i Sverige då det har visat sig vara fördelaktigt för både personal, patienter och närstående.

SPIKES (Set the stage, Perception, Inform, Knowledge, Empathy and Summarize) visade sig vara ett konkret och användbart verktyg för att lämna svåra besked. Denna visade sig ha god pedagogisk effekt (Park et al., 2010). SPIKES fokuserade bland annat på att ge medicinsk och patofysiologisk information om vad som orsakade dödsfallet som styrks av Merlevede et al. (2004) som menade att närstående hade ett behov av att förstå de patofysiologiska mekanismerna bakom dödsfallet. Närstående skulle ha rätt till korrekt information. Informationen skulle ges med ett sådant språk som var tillämpat för att närstående skulle förstå. Det var också fördelaktigt att tillåta närstående att uttrycka sina känslor och att tillåta dem att ställa frågor.

I två av studierna (Flam, 1999; Hallgrimsdottir, 2004) ville sjuksköterskorna upprätta riktlinjer om tillvägagångssätt vid dödsfall sett utifrån bemötandet av närstående. De önskade riktlinjerna kunde bland annat handla om att närstående skall informeras om dödsorsaken samt vilken behandling som tillämpades.

Sjukvårdspersonal borde tänka på att människor är olika sårbara och att reaktionerna kan

variera när de utsätts för stressfyllda händelser som t.ex. dödsfall. Personlighetsfaktorer och sociala förhållanden kunde påverka detta (Rydén & Stenström, 2008). Även krisens faser kunde spela in. Framförallt chockfasen som närliggande troligtvis var i vid dödsbeskedet (Cullberg & Lundin, 2006). Även kulturella aspekter kunde avgöra hur ett dödsbud mottogs (Carlander, 2010).

I studiens bakgrund har författarna använt sig av begreppet ”dödsbesked” och i resultatet användes ”svåra besked”. Detta beror på att en av studierna inriktade sig på svåra besked överlag, dvs ”breaking bad news” som också kunde handla om att ge en svår diagnos till en patient. Därför skulle det kännas förvirrande i bakgrunden att blanda dessa begrepp. Författarna ville heller inte förvanska den studien som använde sig av begreppet svåra besked vid dödsfall och diagnosering.

### **Slutsats**

Sjukvårdspersonal behöver kunna hantera sina egna känslor för att kunna arbeta effektivt och professionellt. Detta är avgörande för personalens välmående. Riktlinjer behövs för huruvida tillvägagångssättet med närliggande ska utföras. Tydliga ansvarsfördelningar behövs som tydliggör vem som ska lämna dödsbesked och hur det ska gå tillväga. Det finns ett behov av att utöka möjligheterna till utbildning för sjukvårdspersonal om att lämna svåra besked för att säkerställa att de utvecklar de kunskaper som krävs och får den kompetens som krävs för att möjliggöra bästa möjliga vård.

### **Fortsatta studier**

Det behövs mer svensk forskning inom detta område då det saknades relevanta studier i ämnet.

## REFERENSER

\* Barnett, MM., Fisher, JD., Cooke, H., James, PR., & Dale, J. (2007). Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing [elektronisk version]. *Medical Education*. 41(10), 947-56.

Barry, LC., Kasi, SV., & Prigerson, HG. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death [elektronisk version]. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 10(4), 447-57.

\* Bassler, PC. (1999). The impact of education on nurses' beliefs regarding family presence in a resuscitation room [elektronisk version]. *Journal for nurses in staff development*. 15(3), 126-3.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Bruce, CA. (2007). Helping patients, families, caregivers, and physicians, in the grieving process [elektronisk version]. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 107(12 Suppl 7), 33-40.

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

Carlander, J. (2010). *Att lämna svåra besked*. Stockholm: Gothia förlag.

Caserta, M., Lund, D., Utz, R., & de Vries, B. (2009). Stress-related growth among the recently bereaved [elektronisk version]. *Aging & mental health*. 13(3), 463-76.

Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK [elektronisk version]. *British medical journal*. 30;340:c2032.

Clements, PT., DeRanieri, JT., Vigil, GJ., & Benasutti, KM. (2004). Life after death: grief therapy after the sudden traumatic death of a family member [elektronisk version]. *Perspectives in psychiatric care*. 40(4), 149-54.

Corr, CA., Corr, DM., Goldman, C., Jupp, P., Lattanzi-Licht, M., Papadatou, D.,... Thompson, N. (2006). Caregivers in death, dying, and bereavement situations. *Death Studies*. 30(7), 649-63.

Cullberg, J., & Lundin, T. (2006). *Kris och utveckling*. (5:e uppl.). Natur och Kultur: Stockholm.

Currier, JM., Holland, JM., & Neimeyer, RA. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies*. 30(5), 403-28.

Ekman, R., & Arnetz, B. (red). (2002). *Stress: Molekylerna, Individen, Organisationen*,



*Samhället*. Stockholm: Liber.

\* Ellison, S. (2003). Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures [elektronisk version]. *Journal of emergency nursing*. 29(6), 515-21.

\* Farrell, M., Ryan, S., & Langrick, B. (2001). Breaking bad news' within a paediatric setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals [elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*. 36(6), 765-75.

Fitzpatrick, TR. (2007). Bereavement among faculty members in a university setting [elektronisk version]. *Social work in health care*. 45(4), 83-109.

\* Flam, R. (1999). Helping the bereaved at the emergency department: a study at the Brussels University Hospital. *International journal of trauma nursing*. 5(3), 95-8.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Fossum, B. (2007). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Stockholm: Studentlitteratur.

\* Geller, G., Rushton, CH., Francomano, C., Kolodner, K., & Bernhardt, BA. (2010). Genetics professionals' experiences with grief and loss: implications for support and training [elektronisk version]. *Clinical genetics*. 77(5), 421-9.

\* Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, EW. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death [elektronisk version]. *Journal of nursing scholarship*. 42(2), 122-9.

Granek, L. (2010). GRIEF AS PATHOLOGY: The Evolution of Grief Theory in Psychology From Freud to the Present [elektronisk version]. *History of psychology*. 13(1), 46-73.

Guldbrandsen, T., & Stubberud, D-G (red). (2009). *Intensivvård Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. (Vetenskapsrådets rapportserie nr. 1). Stockholm: Vetenskapsrådet.

Haas, F. (2003). Bereavement care: seeing the body. *Nursing Standard*. 1;17(28), 33-7.

\* Hallgrimsdottir, EM. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families [elektronisk version]. *Journal of clinical nursing*. 9(4), 611-9.

\* Hallgrimsdottir, EM. (2004). Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and emergency nursing*. 12(2), 114-20.

Hart, CL., Hole, DJ., Lawlor, DA., Smith, GD., & Lever, TF. (2007). Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in participants of the Renfrew/Paisley Study [elektronisk version]. *Journal of epidemiology and community health*. 61(5), 455-60.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Danmark: Studentlitteratur.

Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, CD. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study [elektronisk version]. *Lancet*. 360, 9327, 114-8.

\* Jonsson, A., & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and emergency nursing*. 14(2), 89-96.

Jowett, NI., & Thompson, DR. (2007). *Comprehensive Coronary Care*. (4:e uppl.). Edinburgh: Baillière Tindall.

Kaltman, S., & Bonanno, GA. (2002). Trauma and bereavement: examining the impact on sudden and violent deaths [elektronisk version]. *Journal of Anxiety Disorders*. 414, 1-17.

Kiecolt-Glaser, JK., McGuire, L., Robles, TF., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future [elektronisk version]. *Psychosomatic medicine*. 64(1), 15-28.

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

Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Le Conte, P., Riochet, D., Batard, E., Volteau, C., Giraudeau, B., Arnaudet, I.,... Potel, G. (2010). Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support [elektronisk version]. *Intensive care medicine*. 36(5), 765-72.

Li, J., Precht, DH., Mortensen, PB., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study [elektronisk version]. *Lancet*. 1;361(9355):363-7.

\* Li, SP., Chan, CW., & Lee, DT. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of advanced nursing* [elektronisk version]. 40(2), 170-80.

Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (2:a rev. uppl.). (MFR-rapport, nr 2). Stockholm: Vetenskapsrådet. 116 s.

FULLTEXT:

[http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf)

Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C.,... Van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death [elektronisk version]. *Resuscitation*. 61(3), 341-8.

Miyabayashi, S., & Yasuda, J. (2007). Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: their general health, depressive mood, and grief reaction [elektronisk version]. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 61(5), 502-8.

Moules, NJ., Simonson, K., Fleischer, AR., Prins, M., & Glasgow, B. (2007). The soul of sorrow work: grief and therapeutic interventions with families [elektronisk version]. *Journal of family nursing*. 13(1), 117-41.

Ott, CH., Lueger, RJ., Kelber, ST., & Prigerson, HG. (2007). Spousal bereavement in older adults: common, resilient, and chronic grief with defining characteristics [elektronisk version]. *The Journal of nervous and mental disease*. 195(4), 332-41.

\* Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol [elektronisk version]. *Journal of emergencies, trauma and shock*. 3(4), 385-8.

Rydén, O., & Stenström, U. (2008). *Hälsopsykologi – psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. (3:e uppl.). Bonnier utbildning: Stockholm.

\* Scott, T. (2007). Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork [elektronisk version]. *Mortality*. 12:4, 350 – 364.

Seecharan, GA., Andresen, EM., Norris, K., & Toce, SS. (2004). Parents' assessment of quality of care and grief following a child's death [elektronisk version]. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 158(6), 515-20.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen

SFS 1987:269. *Lagen om kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1996:933. *Förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso-sjukvårdsområde*. Stockholm: Riksdagen.

\* Shinbara, CG., & Olson, L. (2010). When nurses grieve: spirituality's role in coping. *Journal of Christian nursing*. 27(1), 32-7.

\* Shorter, M., & Stayt, LC. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit [elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*. 66(1), 159-67.

Socialstyrelsen. (1994). *Akut omhändertagande – Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 9 oktober, 2011 från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se):  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

\* Socorro, LL., Tolson, D., & Fleming, V. (2001). Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families [elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*. 35(4), 562-70.

SOSFS 1996:29. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1997:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd; Organ- och vävnadstagning för transplantation eller för annat medicinskt ändamål*. Stockholm: Socialstyrelsen.

\* Stayt, LC. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care [elektronisk version]. *Journal of clinical nursing*. 18(9), 1267-75.

\* Takman, CA., & Severinsson, El. (2004). The needs of significant others within intensive care--the perspectives of Swedish nurses and physicians [elektronisk version]. *Intensive & critical care nursing*. 20(1), 22-31.

\* Takman, C., & Severinsson, E. (2006). A description of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden [elektronisk version]. *Intensive & critical care nursing*. 22(4), 228-3.

Valks, K., Mitchell, ML., Inglis-Simons, C., & Limpus, A. (2005). Dealing with death: an audit of family bereavement programs in Australian intensive care units [elektronisk version]. *Australian critical care*. 18(4), 146, 148-5.

Walsh, K., King, M., Jones, L., Tookman, A., & Blizard, R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study [elektronisk version]. *British medical journal*. 29;324(7353):1551.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

\* = Resultatartiklar

Tabell 1. Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Barnett, Fisher, Cooke, James, Dale. 2007 England	Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing.	Denna undersökning syftade till att fastställa den nuvarande praxis för ”Breaking Bad News” och tidigare pedagogisk erfarenhet av sjukhus konsulter som arbetar i alla kliniska specialiteter.	Kvantitativ	n=150 (124)	Många som inom sitt arbete lämnar svåra besked har inte fått någon formell utbildning men de tror att det skulle vara någonting positivt och är villiga att delta i utbildning.	II P
Bassler. 1999 USA	The impact of education on nurses' beliefs regarding family presence in a resuscitation room.	Att ge akutsjuksköterskor ny syn på ifall anhörignärvaro i akutrummet kan vara bra.	Kvantitativ	n=46 (0)	Sjuksköterskors föreställningar om närstående i akutrummet under plötsliga dödssituationer ändras till en statistiskt signifikant nivå efter att ha genom gott utbildningen. Studien visar att en pedagogisk utbildning kan göra en skillnad i uppfattningar av sjuksköterskor att ta hand om närstående till plötsligt avlidna patienter.	I P
Ellison. 2003 USA	Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures.	Att undersöka variabler som påverkar sjuksköterskors attityder och föreställningar om närståendes närvaro vid återupplivningsförsök.	Kvantitativ	n=208 (42)	Personliga och sociala faktorer samt Sjukhusets organisation påverkade sjuksköterskornas attityder om närståendes närvaro vid återupplivningsförsök.	II P
Farrell, Ryan, Langrick. 2001 England	'Breaking bad news' within a paediatric setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to	Att utvärdera en workshop för att förbereda vårdpersonal att lämna svåra besked inom pediatrik vård.	Kvantitativ	n=42 (3)	Det finns ett behov av mer utbildning i att lämna svåra besked så att sjukvårdspersonal får de kunskaper som behövs för att ge bästa möjliga vård.	I P

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Flam. 1999 Belgien	support health professionals. Helping the bereaved at the emergency department: a study at the Brussels University Hospital.	Att göra en utvärdering för personal på akutmottagningen som vårdade närstående till patienter som plötsligt avlidit.	Kvantitativ	n=52 (16)	Skapat riktlinjer och ett informationsblad som ska svara på vanliga frågor för närstående.	II P
Geller, Rushton, Francomano, Kolodner, Bernhardt. 2010 USA	Genetics professionals' experiences with grief and loss: implications for support and training.	Att avgöra i vilken grad klinisk personal är bekväm med sorg och saknad, om obehag med sorg och förlust med syfte att utarbeta rekommendationer för support och utbildning.	Kvantitativ	n=172 (53)	En minoritet av undersökspersonerna påvisade ett obehag i närvaro av sorg och förlust, och känner sig otillräckligt förberedda för sådana erfarenheter. Större uppmärksamhet bör ägnas åt utbildning i hur man hanterar sorg och förlust, och stödja genom sådana svåra upplevelser.	II P
Gerow, Conejo, Alonzo, Davis, Rodgers, Domian. 2010 USA	Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death.	Att beskriva erfarenheten av sjuksköterskor angående dödsfall bland deras patienter.	Kvalitativ	n=11 (0)	Sjuksköterskor skapar en ridå av skydd för att dämpa sorgprocessen och ge dem möjlighet att fortsätta att ge stödande vård.	II K
Hallgrimsdottir. 2004 Island	Caring for families in A&E departments: Scottish and Icelandic nurses' opinions and experiences.	Undersöka akutsjukssköterskors åsikter och erfarenheter av närståendevård i en jämförelse av två tidigare	Kvantitativ	Skottland: n=54 (54) Island: n=57	Det fanns inga definierade riktlinjer eller rutiner för vård av familjer vid dödsfall. Rutiner för evidensbaserad omvårdnad och utbildning inom detta område var otillräcklig	II P

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
		studier från Skottland och Island.		(38)		
Hallgrimsdottir. 2000 Island	Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families.	Undersökning av akut sjuksköterskors uppfattningar och upplevelser av att ta hand om anhöriga till kritiskt sjuka/skadade patienter och plötsligt sörjande närstående.	Kvantitativ	n=54 (54)	Resultaten från studien bekräftar att deltagarna uppfattar sitt ansvar till att ta hand om patienternas närstående. Deltagarna var bekanta med studieresultaten på närståendes behov och kände att det var viktigt att möta deras behov.	II P
Jonsson, Halabi. 2006 Sverige	Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses.	Syftet med studien var att identifiera orsaker till posttraumatisk stress symtom och deras relation till daglig exponering av stress i arbetet.	Kvantitativ	n=78 (82)	Resultaten visar att ett väl fungerade socialt nätverk är viktigt för att minimera posttraumatisk stress.	III P
Li, Chan, Lee. 2002 Kina	Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong.	Få kunskap om vilka sjuksköterskeåtgärder som familjemedlemmar som drabbats av plötslig förlust uppfattade vara till hjälp.	Kvalitativ	n=114 (38)	Uppfattade sig vara mest hjälpta av skriven information, möjligheten att se den avlidne, samt att respekt visades för individuella vanor och religiösa procedurer; minst av erbjudande av lugnande medel och uppmuntran att inte se kroppen.	II K
Park, Gupta, Mandani, Haubner, Peckler. 2010 USA	Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol.	Att utbilda läkarens självförtroende och kompetens i att lämna svåra besked och att dödsförklara.	Kvantitativ	n=14	Att lämna ett svårt besked felaktigt kan skapa osämja hos närstående och kan försvåra sorgen.	I P



Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Scott. 2007 England	Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork.	Påvisa att humor kan vara ett uttryck som hjälper till att underlätta och hjälpa personal under starkt känslomässiga arbetsförhållanden.	Kvalitativ	n=9 (0)	Humor kan bekämpa oacceptabla nivåer av emotionell påfrestning, vilket gör det möjligt för akutsjukvårdspersonal att fortsätta att fungera och klara av verkligt hemska dödsfall.	II K
Shinbara, Olson. 2010 USA	When nurses grieve: spirituality's role in coping.	Att utforska andlighet som en aspekt av stöd för sörjande sjuksköterskor.	Kvantitativ	n=68 (82)	Andlighet kan spela stor roll för sjuksköterskor för att hantera sorg och förlust och bör behandlas i sjuksköterskors utbildning och på de sjukhus de arbetar.	II P
Shorter, Stayt. 2010 England	Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit.	Studiens inriktar sig på sjuksköterskors coping strategier vid patienters död.	Kvalitativ	n=8 (0)	Upprepad exponering av död och sorg kan leda till stress och tillslut utbrändhet. Känslomässigt tillbaka dragande kan påverka kvaliteten på vården för både den döende patienten och dennes familj.	II K
Socorro, Tolson, Fleming. 2001 Spanien	Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families.	Att undersöka akutsjuksköterskors upplevelser av plötsligt sorgande familjemedlemmar efter ett dödsbesked.	Kvalitativ	n=7 (0)	Kunskap, relationer och kultur ligger som grund för sjuksköterskor. Det visar att det är viktigt att reflektera över personliga och professionella erfarenheter för att upptäcka betydelsen för att upptäcka meningsfullheten i deras arbete.	I K
Stayt. 2009 England	Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care.	Att undersöka det emotionella arbete som sjuksköterskor möter när de vårdar närstående till svårt sjuka på intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ	n=12 (0)	Att lämna svåra besked och personliga relationer är källor till emotionell stress för intensivvårdssjuksköterskor. Effekten av denna stress och den vård sjuksköterskorna ger kräver ytterligare utredning.	I K

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet Typ</b>
Takman, Severinsson. 2004 Norge	The needs of significant others within intensive care – the perspectives of Swedish nurses and physicians.	Jämföra läkare och sjuksköterskors syn på närståendes behov på en intensivvårdsavdelning.	Kvantitativ	n=603 (255)	Signifikanta skillnader mellan yrkeskategorierna med avseende på ålder, erfarenheter och kön. De närståendes behov av att informeras av finkänslig personal framkom.	II P
Takman, Severinsson. 2006 Norge	A description of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden.	Undersöka vårdgivares uppfattning av närstående till kritiskt sjuka personers behov i intensivsjukvård.	Kvantitativ	n=97 (23)	Närstående har individuella behov och reaktioner som måste uppmärksammas.	I P