



Närstående – livet efter döden

FÖRFATTARE	Malin Hagström Caroline Pettersson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete- kandidatnivå VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Holmberg
EXAMINATOR	Ann Bengtson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Närstående – livet efter döden
Titel (engelsk):	Next of kin – life after death
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, OM5250
Kursbeteckning:	Examensarbete – kandidatnivå V11
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	15 sidor
Författare:	Malin Hagström, Caroline Pettersson
Handledare:	Marie Holmberg
Examinator:	Ann Bengtson

SAMMANFATTNING (svenska)

Ur ett palliativt synsätt upphör inte vården då patienten dör utan övergår istället till de efterlevande. Att möta människor i sorg kan vara komplext då den kan uttryckas på många olika sätt. Processen det innebär att bearbeta sin sorg följer oftast ett liknande förlopp i vilket behovet av stöd ser olika ut beroende på hur långt in i processen de närstående befinner sig. I kompetensbeskrivningen står att sjuksköterskan ska kommunicera med närstående på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt, samt ge dem stöd och vägledning utifrån deras behov och önskemål. Familjefokuserad omvårdnad är ett synsätt som är starkt kopplat till den palliativa vården i vilken det betonas att ett stort fokus bör läggas på de närstående, samt att även de ska omfattas av omvårdnaden både innan och efter patienten avlidit. Syftet var att undersöka de närståendes upplevelser och behov efter ett dödsfall samt hur uppföljning kunde tillgodose dessa. En litteraturöversikt gjordes där 11 artiklar inkluderades och analyserades genom innehållsanalys. Resultatet visade att närstående uppskattade uppföljningen som svarade an till deras behov av mer information, möjlighet att prata om sina känslor, bekräftelse som individer och lotsning till andra instanser för vidare rådgivning gällande bland annat sorgebearbetning och ekonomi. Även sjuksköterskorna var överlag positiva till uppföljningen men betonade vikten av att inse sina egna begränsningar då uppföljning inte ska ses som ett terapeutiskt samtal. Att bli bekräftad, sedd och få samtala utifrån individens egna behov är av stor betydelse i sorgebearbetningen. Sjuksköterskan kan då om rätt stöd och redskap finns att tillgå fungera som en hjälpare hand och utifrån ett palliativt synsätt möta närstående. Svårigheterna ligger i att veta när och hur uppföljningen bör ske för att nå optimalt resultat utifrån hälsomässiga- och ekonomiska faktorer, vilket gör att fortsatt forskning i ämnet behövs.

INNEHÅLL	SIDA
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PALLIATIV VÅRD	1
SORGEPROCESSEN	1
Komplicerad sorg	2
FAMILJEFOKUSERAD OMVÅRDNAD	2
HOLISTIC NURSING	2
SJUKSKÖTERS KANS OMVÅRDNADSARBETE	3
SYFTE	3
METOD	3
DATAANALYS	5
RESULTAT	5
NÄRSTÅENDE EFTER DÖDSFALLET	5
Hälsopåverkan	5
Behov	6
UPPFÖLJNING	7
Genomförande	7
Närståendes upplevelser	8
Sjuksköterskornas upplevelser	9
DISKUSSION	9
METODDISKUSSION	9
RESULTATDISKUSSION	10
KONKLUSION	12
REFERENSER	13
BILAGA	
ARTIKELÖVERSIKT	

INLEDNING

Vårt intresse har väckts under utbildningen då vi anser att närståendeperspektivet allt för sällan uppmärksammas. En av hälso- och sjukvårdens uppgifter är att hjälpa närstående att återfå sin livskvalitet efter ett dödsfall. Sjuksköterskans fokus bör även läggas på familj och närstående i nära anslutning till patientens död, då de i och med detta kommer genomgå en livsavgörande förändring. För att främja familjefokuserad omvårdnad och på så sätt minimera risken att närstående glöms bort bör ämnet till större grad uppmärksammas och rutiner implementeras i klinisk verksamhet.

BAKGRUND

PALLIATIV VÅRD

Ordet palliativ kan beskrivas på olika sätt. En definition av ordet är att kunna lindra men då utan möjlighet till bot. Ordet kan också stå för att dölja något eller skyla över. Inom hälso- och sjukvården användes begreppet palliativ tillsammans med vård, omvårdnad och medicin. Var gränsen går för övergång från den botande, kurativa vården till den lindrande, palliativa råder det delade meningar om, men gemensamt är att den palliativa vården är till för patienter med ett långt gånget sjukdomsförlopp som behöver symtomlindring och stöd på alla plan. Detta inkluderar fysiskt, psykiskt, andligt och socialt stöd (Hench, 2007; Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2009). Den palliativa vården utesluter inte insatser och undersökningar som skulle kunna resultera i en diagnos eller ett förlängt livsförlopp (Jakobsson, et al. 2009). De insatser som görs är något förändrande jämfört med den kurativa vården. Här vägs nu istället livskvalitet mot ökad livslängd. En behandling kan därför uteslutas på grund av obehagliga biverkningar och därmed riskeras en progressiv sjukdomsbild men med en höjd livskvalitet för patienten (Hench, 2007). Enligt WHO:s definition (2002) av palliativ vård ska vården syfta till att förbättra livskvaliteten även för de närstående. Den palliativa vården ska innehålla ett stödsystem i vilket de närstående bör erbjudas möjlighet att delta i patientens vård samt få stöd innan och efter dödsfallet.

SORGEPROCESSEN

Sorg är något helt privat och alla människor reagerar olika när de varit med om en svår förlust, inga reaktioner är "normala" eller "onormala". Under hela sorgprocessen förekommer stunder som upplevs speciellt jobbiga och då den intensiva känslomässiga smärtan kan upplevas som extra stark. Det har dock visat sig att människor som varit med om svåra påfrestningar visat upp likartade reaktioner på detta. Sorgprocessen består av fem olika faser som den sörjande genomgår under sin sorgbearbetning (Lundmark, 2007).

Chockfasen börjar då personen får reda på att patienten avlidit och fortgår så länge personen förnekar att den avlidne är borta (Cullberg, 2006). Efter denna följer *kontrollfasen* som vanligtvis brukar vara fram tills begravningen. Under denna period är det vanligt att den sörjande håller tillbaka sina känslor för att klara av att hantera allt det praktiska som ska ordnas upp i samband med ett dödsfall. Efter begravningen tar *reaktionsfasen* vid. I denna fas börjar den sörjande reagera på vad som skett och känslor av ilska, skuld och förtvivlan är vanliga och uttrycks på olika sätt. När den sörjande har reagerat på vad som hänt följer en period av bearbetning – *bearbetningsfasen* i vilken avståndet till det hemska sakta börjar bli större och personen börjar blicka mer framåt (Lundmark, 2007). Sista fasen i sorgprocessen är *nyorienteringsfasen* som fortsätter

livet ut. En förutsättning för att komma hit är dock att personen har kunnat sörja. Den sörjande måste acceptera att han/hon varit med om en fruktansvärd förlust men gå vidare och kunna leva med detta (Cullberg, 2006; Lundmark, 2007).

Behovet av stöd skiljer sig i de olika faserna. I chockfasen är ett gott omhändertagande med mycket stöd och trygghet av största vikt för den sörjande. Information som ges av exempelvis sjukvårdspersonal bör ges skriftligen, eller följas upp genom telefonkontakt eller personligt möte (Lundmark, 2007) eftersom den sörjande i denna fas kan ha svårt att minnas vad som sagts eller skett (Cullberg, 2006). Under kontrollfasen behöver den sörjande sällan vara ensam, eftersom släkt, vänner och grannar ofta ringer eller hälsar på, men detta stöd brukar dock ebba ut efter begravningen (Lundmark, 2007). I reaktionsfasen har personen ett stort behov av att äлта det som hänt många gånger och ur olika vinklar för att bearbetning så småningom ska kunna ske och det är här viktigt att omgivningen är tillåtande och lyssnande. I bearbetnings- och nyorienteringsfasen är behovet av stöd inte lika framträdande, utan kan nu mer vara i form av socialt sällskap (Lundmark, 2007).

Komplicerad sorg

Om sorgen inte bearbetas finns risk för att den sörjande drabbas av en komplicerad sorg. Detta kan ske om den sörjande inte kan acceptera sin förlust, inte kan uppleva den smärta som sorgen för med sig och/eller inte finna glädje i nya relationer. Den komplicerade sorgen kan leda till att den sörjande får psykosomatiska sjukdomar men även ge upphov till psykiatriska sjukdomar så som olika typer av missbruk och depressiva tillstånd (Lundmark, 2007).

FAMILJEFOKUSERAD OMVÅRDNAD

Familjefokuserad omvårdnad är ett förhållningssätt med inriktning på att se hela patienten och dess närstående i ett större perspektiv. Sjuksköterskan bör i ett tidigt stadium inkludera närstående på ett sådant sätt att de får möjlighet att delta i reflektion och planering kring omvårdnaden. Ett centralt begrepp inom familjefokuserad omvårdnad är *konstruktivism* vilket innebär att verkligheten är något subjektivt. Familjemedlemmarna har alla sin egen syn på vad som händer och inget är fel. Det är deras egen tolkning som blir deras sanning. Sjuksköterskan måste därför möta varje verklighet för att kunna nå hela familjen. Ett sätt till lyckad vård för hela familjen är ett fungerande samspel och en god kommunikation utifrån varje individs eget behov (Benzein, Hagberg & Saveman, 2009). Familjefokuserad omvårdnad är starkt kopplat till den palliativa vård i vilken patientens familj och närstående ska inkluderas i vården både innan och efter dödsfallet (Hench, 2007). Enligt Socialstyrelsen (2011) definieras anhörig som en individ inom patientens familj eller närmsta släktingar, medan termen närstående har ett vidare omfång och innefattar en eller flera personer som patienten anser sig ha en nära relation till. Det kan vara en granne, släktingar eller goda vänner. Dessa kan då bygga upp det närmaste sociala nätverket med ett familjeliknande förhållande genom att personerna har starka band till varandra med engagemang och känsla av stor samhörighet, där patienten själv har en primär roll (Östlinder, 2004).

HOLISTIC NURSING

Grundprincipen inom holistisk omvårdnad är att summan är mer än delarna, det vill säga att allt hänger samman så som exempelvis kropp, känsla och sinne (Montgomery Dossey, Keegan & Guzzetta, 2005; Nationalencyklopedin, 2011). Sociokulturella och sociala faktorer bör också i högsta grad bevakas då relationer till andra kan uppbära en viss harmoni hos patienten men även hos människorna runt omkring. Sjuksköterskan

måste enligt det holistiska synsättet först vara i balans med sig själv, sina egna tankar och känslor för att kunna hjälpa andra. Kommunikation ses som en ständig del av arbetet i hjälp till självhjälp vare sig den är uttalad, tyst eller i handling. Det som har stor betydelse för hur utveckling av relationer samt hur uppfattandet av information sker mellan sjuksköterskor och närstående, beror till stor del på hur ett meddelande tas upp och förstås (Montgomery Dossey, et al. 2005).

SJUJSKÖTERSANS OMVÅRDNADSARBETE

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ska omvårdnadsarbetet genomsyras av en helhetssyn, ett etiskt förhållningssätt och utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ska utifrån detta på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt kunna kommunicera med patienter och närstående, ge dem stöd och vägledning och utifrån deras behov och önskemål föra patienters och närståendes talan. Sjuksköterskan ska även ha förmågan att informera och undervisa patienter och närstående, samt förvissa sig om att de har förstått vad som delgivits dem. I SOSFS 1996:29 står att hälso- och sjukvården ska visa de efterlevande hänsyn och omtanke (Raadu, 2010). Det gäller då för sjuksköterskan att utifrån sin kompetens om sorg och sorgprocessen möta närstående utifrån deras eget perspektiv och kunskaper. Sjuksköterskan ska även arbeta för att på bästa sätt kunna bemöta och hantera sorgen genom närståendes egen trosuppfattning och kultur och tillsammans med detta möta upp och informera på ett sådant sätt att varje enskild individ förstår (Socialstyrelsen, 2005). Information kan behöva återupprepas flertalet gånger och närstående kan uttryckligen be om samtal (Dahlin Lindhe, & Malm, 2004). Som sjuksköterskor är det därför viktigt att vara lyhörd för närståendes alla signaler till kommunikation och visa en vilja att bjuda in till samtal (SOU 2001:6). En annan avgörande faktor är även hur sjuksköterskan förhåller sig till närstående och samtal innan dödsfallet. Att bygga upp en bra grund med en fungerande kontakt som är varm och öppen kan underlätta vid svårare stunder. Vad som ska sägas till närstående gällande sjukdomsrelaterad information är det i huvudsak patienten som avgör (Dahlin Lindhe & Malm, 2004).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka de närståendes upplevelser och behov efter ett dödsfall inom sjukvården samt hur uppföljning kan tillgodose dessa.

METOD

Utifrån Segestens (2006) sex olika modeller för examensarbeten valdes en litteraturöversikt som utgångspunkt för arbetet. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar togs med för att skapa en översikt över ämnesområdet.

För att formulera och hitta relevanta sökord användes SvenskMesh och lexikon. Ytterligare sökord hittades vid genomläsning av artiklarna i den första litteratursökningen. Genom att använda olika synonymer för närstående täcktes ett större område in vid sökningar i de olika databaserna.

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna Cinahl, Cochrane, Pubmed, och Scopus (se tabeller nedan). Sökningarna begränsades med inklusionskriterierna som var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vården skulle ha bedrivits på institution, avlidna patienter och deras närstående skulle vara från 19 år och uppåt samt att

artiklarna inte var äldre än från 1996. Studier där patienterna tagit sitt eget liv valdes bort. En artikel där vård bedrivits både på institution och genom avancerad hemsjukvård i hemmet inkluderades dock med motivationen att artikeln trots detta var mycket relevant för syftet.

Efter varje sökning lästes abstracts igenom och artiklar som inte matchade syftet eller inklusionskriterierna valdes bort. De utvalda artiklarna är peer reviewed och har därmed genomgått en första kvalitetsgranskning. Ytterligare en utgångspunkt var Fribergs (2006) punkter för kvalitetssäkring av vetenskapliga studier vilket resulterade i totalt elva stycken artiklar.

Tabell 1: Cinahl

Datum	Sökord	Limits	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Artikel
2011-01-26	Bereavement, follow up, next of kin	All adults, peer reviewed	1	1	1	G
2011-01-26	Bereavement, family, follow up	All adults, peer reviewed	19	2	2	E, F

Andra sökord som kombinerades utöver de nämnda var *program, significant others, study* och *support*. Dessa gav inga relevanta resultat.

Tabell 2: Pubmed

Datum	Sökord	Limits	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Artikel
2011-01-18	Bereavement, hospital, relatives	All adult: 19+ years, English, humans, only items with links to full text	375	15	3	B, D, H
2011-01-18	Bereavement, follow up, relatives, support	All adult: 19+ years, English, humans, only items with links to full text	145	3	1	J
2011-01-26	Bereavement, follow up, next of kin	No limits	6	1	1	A*
2011-01-28	Bereavement, family, follow up	All adults, English, humans	253	7	1	C
2011-01-31	Communication, strategy, brochure, relatives	All adult: 19+ years, English, humans, only items with links to full text	5	1	1	K

*Relaterande artiklar till denna gav vidare resultat i form av artikel I.

Andra sökord som kombinerades utöver de nämnda var *deceased*, *nursing intervention significant others* och *sudden death*. Dessa gav inga relevanta resultat.

Sökning i Cochrane gjordes 27 januari 2011 med sökorden *bereavement*, *death*, *famliy*, *follow up*, *next of kin*, *program*, *significant others*, *study* och *support*. Inget urval gjordes då artiklarna var irrelevanta för syftet.

Sökning i Scopus gjordes 22 januari 2011 med sökorden *bereavement*, *death*, *famliy*, *follow up*, *next of kin*, *program*, *significant others*, *study* och *support*. Inget urval gjordes då artiklarna var irrelevanta för syftet.

DATAANALYS

Utifrån Friberg (2006) började analysen med flertalet naiva genomläsningar av samtliga studier för att få en övergripande förståelse för innehållet. Vidare gjordes en mer grundlig analys av innehållet där fokus låg på att hitta skillnader och likheter gällande tillvägagångssätt och resultat mellan de olika studierna. I nästa steg strukturerades materialet upp i olika teman för att sedan kunna sammanställas under olika subteman så som de presenteras i resultatet. Under artikelgenomgången framträdde sju olika teman som beskrev situationen för närstående och vårdpersonal efter det att en patient hade avlidit. Första temat var *Närstående efter dödsfallet* med subteman *Hälsopåverkan* och *Behov*. Andra temat var *Uppföljning* med subteman *Genomförande*, *Närståendes upplevelser* och *Sjuksköterskornas upplevelser*.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de teman och subteman som växte fram under analyseringen av data.

NÄRSTÅENDE EFTER DÖDSFALLET

Hälsopåverkan

Vanligtvis skiftade den allmänna hälsan hos närstående, både fysiskt och psykiskt i samband med dödsfallet (Asai, Fujimori, Akizuki, Inagaki, Matsui, & Uchitomi, 2010; Benkel, Wijk, & Molander 2009; Cuthbertson, Margetts, & Streat, 2000; van der Klink, Heijboer, Hofhuis, Hovingh, Rommes, Westerman, & et al. 2010). Det mest rapporterade problemet som upplevdes var sömnsvärigheter. Det kunde visa sig genom insomningssvärigheter eller att personen vaknade flertalet gånger på natten (Cuthbertson, et al. 2000; van der Klink, et al. 2010). Vanligt att uppleva var känslor som oro och ångest, tankar av misstro gällande patientens död och tankar om hur framtiden skulle utveckla sig. En oförmögenhet till att slappna av och istället uppleva sig som överkänslig och instabil framkom även i vissa fall. Andra tillstånd som också ofta uppkom var ilska och depressionssymtom. Ilska upplevdes både mot sig själv och mot omgivningen och en skuld känsla av att inte ha gjort tillräckligt för patienten uttrycktes av många närstående. Hand i hand med ilskan kunde även avundsjuka uppkomma, exempelvis mot andra par när det var en partner som förlorats. Symtom på depression visade sig vanligtvis genom nedstämdhet, orkeslöshet och ensamhetskänslor. Det fanns ingen energi för att ta tag i arbetsuppgifter eller gå vidare. Vissa närstående uttryckte dock även känslor som framtidsorienterade tankar och acceptans. Dödsfallet kändes som en lättnad och känslor av stolthet för vad de hade gjort för den avlidne ledde till positiva tankar inför framtiden och vad som komma skulle (Asai, et al. 2010).

Den aktivitetsrelaterade problematiken låg i att inte helt kunna återfå den arbets- och aktivitetsnivå som varit tidigare. Studierna kunde även konstatera att den ekonomiska situation som uppkommer efter ett dödsfall för många kunde vara svår då exempelvis en inkomst försvunnit. Det fanns ett flertal vinklar av problemet och de var alla en faktor som påverkade hur sorgesituationen hanterades (Cuthbertson, et al. 2000; van der Klink, et al. 2010).

Behov

Mellan 30-50 % av de närstående uttryckte ett behov av att få stöd från hälso- och sjukvården och då oftast i direkt anslutning till dödsfallet eller en kort tid därefter (Benkel, et al. 2009; Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson & Friedrichsen, 2008; van der Klink, et al. 2010). Efterfrågan grundade sig framför allt på behovet av samtal med personalen för att därigenom kunna få mer information, svar på frågor och förklaring av medicinska termer, prata om sina känslor och sin situation, möjlighet att prata om existentiella tankar och få lotsning till andra stödorganisationer (Albinsson & Strang, 2002; Benkel, et al. 2009; Billings & Kolton, 1999; Cuthbertson, et al. 2000; Milberg, et al. 2008; Parris, Schlosenberg, Stanley & et al. 2007; van der Klink, et al. 2010). Detta gällde framför allt närstående som besvärats av sömnproblem, blivit insatta på nya läkemedel, inte förmått sig gå tillbaka till arbetet eller inte återfått sin normala aktivitetsnivå efter patientens död (van der Klink, et al. 2010). Bara vetskapen om att hjälp och stöd fanns att tillgå upplevdes som en lättnad och trygghet för de närstående (Benkel, et al. 2009).

Att bli bekräftad som individ och inte bli bortglömd i sin sorg var av stor vikt och via uppföljning gavs utrymme för samtal om ensamhet och skuld-känslor. De närstående ville även prata om vanliga sorgereaktioner för att lättare kunna förstå sina egna reaktioner. Närstående uttryckte även en olustkänsla över att belasta sina nära och kära när de kände sig ensamma och uppföljningen kunde då istället vara ett stöd för att få tröst (Milberg, et al. 2008).

Det spelade inte så stor roll vilken yrkeskategori det var som utförde uppföljningen, bara personen i fråga verkligen lyssnade på de närstående som hade ett behov av att prata om sina upplevelser om och om igen. Det var även viktigt att personen som följde upp hade haft kontakt med patienten och de närstående innan dödsfallet och var insatt i patientens sjukdomshistoria. Detta gjorde att det redan fanns relation dem emellan, vilket gav upphov till känslor av trygghet och tillit som var en viktig utgångspunkt. Majoriteten av de närstående föredrog ett personligt möte med personalen som följde upp och då helst i sitt eget hem (Milberg, et al. 2008). Att på avdelningen få mer tid inne hos patienten vid dödsfallet samt möjlighet att kunna samtala i ett enskilt rum efterfrågades också av de närstående (Billings & Kolton, 1999).

Ett ökat behov av läkarkontakt och ny medicinering, framför allt gällande sedativa och hypnotiska preparat påvisades efter dödsfallet (Cuthbertson, et al. 2000; van der Klink, et al. 2010). Det var blandade resultat i hur stort behovet var, men i studien gjord av Cuthbertson, et al. (2000) hade nästan upp till 50 % av de närstående haft någon form av kontakt med sin allmänläkare, där orsaken varit relaterad till dödsfallet.

Kvinnor som fick psykologisk stöttning tillsammans med ekonomisk rådgivning under de första sex månaderna efter dödsfallet, hade en lägre mortalitet när de sedan följdes upp två till fyra år senare jämfört med kvinnor som enbart fått information och deltagit i

stödgrupper. Den psykologiska hjälpen hade också haft positiv inverkan på kvinnornas ångest, välbefinnande och synen på deras livskvalitet. Den ekonomiska och praktiska rådgivningen kopplades även samman med en minskad förekomst av bland annat depression jämfört med grupper som inte fått tillgång till rådgivningen (Valdimarsdóttir, et al. 2005). Ekonomiskt stöd och/eller rådgivning efterfrågades också av närstående i en studie gjord av van der Klink, et al. (2010). Delar av de närstående i Benkel, et al. studie från 2009, tyckte att stödgrupper var givande och upplevde det som en lättnad att kunna prata med andra som varit med om liknande situationer. Andra upplevde istället att sorgen var något personligt som de måste klara sig igenom på egen hand.

Vilket sorts stöd de närstående var i behov av berodde på vilken slags sorg de upplevde. När patienterna hade avlidit föll det sig naturligt att kontakten mellan närstående och avdelningen avslutades. I vissa fall fanns en önskan om att få göra ett återbesök några dagar efter dödsfallet, för att i samband med detta få en chans att prata med personalen och ställa frågor. De flesta får tillräckligt med praktiskt, psykologiskt och socialt stöd från sina familjemedlemmar och nära vänner och behöver då inte lika mycket stöd, om ens något från professionella stödfunktioner. Sjuksköterskan bör dock observera om stödnätverket inte fungerar eller över huvud taget inte existerar, då hälso- och sjukvården måste istället gå in och fungera som en stödjande funktion (Benkel, et al. 2009).

UPPFÖLJNING

Genomförande

I studierna av Albinsson & Strang (2002) och Lautrette, Darmon, Megarbane, Joly, Chevret, Adrie & et al. (2007) skedde uppföljningen sporadisk och berodde till stor del på hur vida personalen ville kontakta de närstående, tiden och situationen. Det fanns heller inga direkta direktiv på vilken skriftlig information som skulle delas ut eller vilka ämnen som skulle diskuteras. I vissa fall sökte sig de närstående själva tillbaka till enheten där patienten hade avlidit, för att träffa personalen som ansvarat för vården.

Den sporadiska kontakten kunde vara genom brev eller telefonsamtal från personalen som vårdat patienten. Kontakten kunde också ske i samband med att den närstående besökte sin allmänläkare på grund av egen hälsoproblematik, då det primära syftet med besöket inte var att diskutera den avlidna patienten men trots detta kom ämnet upp (Billings & Kolton, 1999).

I fyra av studierna var syftet att utvärdera hur de olika uppföljningsprogrammen uppfattades på de enskilda avdelningarna, dels för personal och dels för närstående. Grunden i dessa uppföljningsprogram var en ökad och förbättrad kommunikation och information vid samtal i samband med dödsfallet och vid uppföljning en tid efteråt (Cuthbertson, et al. 2000; Jackson, 1996; Lautrette, et al. 2007; Parris, et al. 2007).

En typ av program var att samordna en konferens i samband med ett förväntat dödsfall för att på så sätt förbereda de närstående på den kommande förlusten. Interventionen med detta var att minska stress och depressionssymtom. Broschyrer gavs ut angående sorg och sorgearbete så de involverade kunde ta del av vilka olika uttryck sorgen kunde tänkas ta och hur arbetet kring sorg kunde gå till. Personalen hade även fått utbildning och noggranna instruktioner gällande hur konferensen skulle genomföras. Extra fokus låg på att lyssna och försöka förstå vem patienten var som person, tankar, känslor och åsikter från närstående samt eventuella frågor (Lautrette, et al. 2007).

I ett annat program följdes dödsfallet upp med brev eller telefonsamtal (Cuthbertson, et al. 2000; Jackson, 1996; Parris, et al. 2007). Brevet erbjöd en möjlighet till vidare kontakt, antingen genom ett telefonsamtal eller genom ett personligt möte med ansvarig personal (Parris, et al. 2007). På en av avdelningarna fick de närstående först med sig information om sorg direkt vid dödsfallet samt telefonnummer till ansvarig sjuksköterska. Ett kondoleansbrev skickades ut direkt efter dödsfallet och följdes sedan upp med ett telefonsamtal (Jackson, 1996).

I de fall där telefonsamtal var första kontakten organiserades detta av utvalda sjuksköterskor som genomgått en särskild utbildning i bemötande av sorg, klagomål, depressioner, ekonomiska svårigheter och liknande. Det fanns även en struktur i vad samtalet skulle innehålla och vilken information som skulle ges gällande bland annat tillgång till stödgrupper, kuratorer, sorgerådgivare och allmänläkare. Om det under samtalet framkom att någon närstående behövde hjälp eller stöd kunde sjuksköterskan lotsa vidare till rätt insats. I vissa fall kunde även sjuksköterskan sköta kontakten å de närståendes vägnar (Cuthbertson, et al. 2000).

Gemensamt för de tre sistnämnda studierna var att det ansågs lämpligt att kontakta närstående efter 2-6 veckor. Grundtanken och arbetssätten var utformade på så sätt att sjuksköterskan skulle lotsa vidare de närstående till mer lämpliga instanser, vilka bättre kunde möta deras behov (Cuthbertson, et al. 2000; Jackson, 1996; Parris, et al. 2007). Detta på grund av att uppföljningssamtalen i första hand skulle handla om vad som hade skett på avdelningen samt frågor kring dödsfall och inte ses som en professionell sorgerådgivning (Parris, et al. 2007).

Närståendes upplevelser

Närstående har överlag varit positiva till uppföljning eller erbjudande om en sådan efter patientens död (Billings & Kolton, 1999; Cuthbertson, et al. 2000; Jackson, 1996; Milberg, et al. 2008; Parris, et al. 2007). Brevet som skickades ut uppskattades och fick de närstående att känna att de inte var bortglömda, utan att de fanns någon där för dem (Jackson, 1996; Parris, et al. 2007), även om de flesta i Parris, et al. (2007) studie tackade nej till vidare uppföljning. De som tackade ja uppskattade möjligheten att få mer information och kunna ställa fler frågor och såg detta som viktiga komponenter i en uppföljning. Hos de närstående som av oklara orsaker inte fått någon form av uppföljning, har Billings & Kolton (1999) kunnat urskilja en ilska och besvikelse över att personalen som vårdat patienten inte brytt sig om de kvarlevande, vilket gjort att de närstående känt sig förbisedda och bortglömda.

Mätbara symptom undersöktes hos närstående som fått möjlighet att delta i en familjekonferens relaterad till livets slut utifrån speciella riktlinjer, jämfört med de närstående som fått uppföljning utifrån de olika avdelningarnas vanliga rutiner. Hypotesen var att de personer som ingick i interventionsgruppen skulle ha en lägre grad av stressrelaterade symptom samt mindre ångest- och depressionssymptom jämfört med kontrollgruppen vid uppföljning cirka 90 dagar efter patientens död. Vid uppföljning framkom det att de närstående som fått delta i familjekonferensen hade 20-30 % mindre stressrelaterade-, ångest-, och depressionssymptom jämfört med de som fått uppföljning utifrån de olika avdelningarnas ordinarie rutiner. Närstående i interventionsgruppen tyckte även att det var lättare att prata om sina känslor med personalen jämfört med de i

kontrollgruppen. Studien visade även att skriftligt material kan bidra till en ökad förståelse för exempelvis sorgeprocessen (Lautrette, et al. 2007).

Sjuksköterskornas upplevelser

Sjuksköterskornas upplevelser av de olika uppföljningsprogrammen var något splittrade beroende på vilken typ av vårdinstitution som studerats. Ett arbetsteam upplevde stöttning från både arbetskollegor och chef i uppföljningsarbetet. De kunde diskutera upplevelser med varandra och hade alltid någon att vända sig till. Vissa önskade dock mer träning i att utföra stödsamtal och mer kunskap om sorgeprocessen. Genom att delta i uppföljning av de närstående väcktes tankar kring fortsatt utveckling hos sjuksköterskorna (Jackson, 1996). Exempel på sådan tankar var utvecklandet av familjekonferenser, för att på så sätt öka närståendes förståelse för vad som sker samt även förbättra relationen dem emellan (Cuthbertson, et al. 2000). I ett team där personalen själva var tvungna att hantera existentiella frågor efterfrågades en arbetsmanual för dessa tillfällen. Detta för att kunna känna en större trygghet vid samtal med närstående (Albinsson & Strang, 2002).

Jackson (1996) valde i sin studie att rikta in sig på hur sjuksköterskorna på en intensivvårdsavdelning upplevde uppföljningen av närstående. Sjuksköterskorna var alla positiva till att skicka ut ett kondoleansbrev till patientens närstående och upplevde även att de fick bra respons på detta. I brevet fanns bland annat en uppmaning om att ringa vid frågor samt telefonnummer till avdelningen, men det visade sig dock att närstående undvek att ringa av rädsla för att störa personalen. Inställningen till vidare uppföljning via telefon rådde det delade meningar om. De sjuksköterskor som var positiva till telefonsamtalet ansåg detta vara en bra möjlighet för att komma runt problemet med att närstående inte själva vågade ta kontakt. De tyckte även att samtalet var ett bra sätt att följa upp den vård som getts patienten, samt att det i sig hade ökat deras färdigheter att hantera sörjande närstående i framtiden. Vissa av sjuksköterskorna uttryckte dock en önskan om mer utbildning i kommunikation och bemötandet av närstående i dessa sorgesituationer (Billings & Kolton, 1999).

Svårigheter som sjuksköterskorna upplevt gällande telefonsamtalen var bland annat att förutse hur närstående skulle reagera. En annan svårighet var när de närstående blivit allt för beroende av samtalen, vilket satte en känslomässig press på sjuksköterskan och gjorde det svårt att avsluta kontakten. Relaterat till detta insåg alla vikten av att inte bli för känslomässigt engagerade i de närståendes situation och betydelsen av att inse sina egna begränsningar. Sjuksköterskorna kände också att de endast kunde göra en telefonuppföljning när de själva kände sig redo att möta det som kunde komma upp hos närstående. De som valde att avstå från telefonuppföljningen ansåg sig bland annat ha tillräckligt stor arbetsbörda som det var, att de inte ville bli för personligt involverade i de närstående samt uttryckte en rädsla för att samtalet skulle uppfattas som ett intrång. De ansåg att telefonuppföljningen istället borde skötas av personal utanför avdelningen med specialistkunskap om sorg och sorgebearbetning (Jackson, 1996).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En litteraturöversikt genomfördes och antalet studier gjorda inom ämnet som svarade an till vårt syfte var relativt begränsat. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderas vilket gav resultatet ett bredare omfång. Att de inkluderade studierna var gjorda i olika

länder (England, Frankrike, Japan, Nederländerna, Nya Zeeland, Sverige och USA) ökade också bredden av arbetets resultat. Sorg upplevs på liknande sätt runt om i världen men kan hanteras olika beroende på bland annat landets och sjukvårdens kultur. Att då översätta resultaten från utländska studier till svenska förhållanden utan att beakta de religiösa och kulturella skillnader som finns kan vara missvisande och detta är något vi har tagit hänsyn till, genom att utesluta fakta som varit specifik för en viss kultur så som vissa japanska coping-strategier där närstående offrade till familjealtaret.

Urvalet bestod främst av studier gjorda under 2000-talet men innehöll även ett fåtal från mitten av 1990-talet på grund av bristen på aktuella studier inom syftesområdet. Detta såg vi som ett resultat i sig, vilket enligt oss visade på att området behöver vidare forskning för att kunna stärkas och implementeras i klinisk verksamhet. Resultatet baserades endast på artiklar som var peer reviewed för att säkerhetsställa en hög kvalitet av data. Att studierna varit etiskt godkända har varit av betydelse för oss då vi anser detta vara ett extra känsligt område för närstående. Vi valde dock att ändå ta med tre studier som inte haft någon etisk granskning då en av dem nämner att en sådan inte var aktuell i deras fall eftersom studien var en utvärdering av ett redan genomfört uppföljningsprogram och de andra två inte har någon direkt kontakt med närstående. Med stöd i detta ansåg vi därför studierna som lämpliga.

Analysen var en pågående process från det att artiklarna söktes fram till det att teman och subteman formulerades utifrån arbetets syfte. Svårigheten med att utforma teman har varit att göra dem distinkta eftersom analysresultatets olika delar har varit svåra att separera från varandra.

RESULTATDISKUSSION

Det står tydligt i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) att sjuksköterskan ska informera och kommunicera med patient och närstående på ett sätt som är stödjande och vägledande för fortsatt vård. Resultatet pekar på att det finns en vilja hos sjuksköterskorna till att utföra uppföljning och även vidareutveckla denna rutin, samtidigt som det finns hinder som ger en tröghet i arbetsprocessen. För att komma åt problemen bör fokus först läggas på att lösa bakomliggande hinder för att därefter kunna motivera sjuksköterskorna till att ta tag i uppföljningen med nya krafter. Ett av hindren som kunde utläsas var att sjuksköterskorna inte fick någon stöttning i hanteringen av existentiella frågor. Inom det holistiska synsättet måste sjuksköterskan först vara i harmoni med sina egna tankar och känslor för att kunna möta och hjälpa en annan individ, vilket brister när sjuksköterskan inte får den vägledning och hjälp från arbetslaget som hon/han behöver. Det holistiska synsättet tar vidare upp vikten av kommunikation (Montgomery Dossey, et al. 2005) vilket även i resultatet belyses som en mycket avgörande faktor för att närstående ska kunna gå vidare och bearbeta sin sorg. De närstående var mycket positiva till den uppföljning som erbjöds och en god hälsoeffekt sågs. Detta kan jämföras med Montgomery Dossey, et al. (2005) beskrivning av hur relationen mellan sjuksköterskan och närstående påverkas av hur information förmedlas och tas upp.

Det är dock inte bara avgörande att information och samtal sker utan även vilket tillvägagångssätt sjuksköterskan har. Inom den familjefokuserade omvårdnaden ska sjuksköterskan bland annat arbeta utifrån begreppet konstruktivism, vilket av Benzein, et al. (2009) beskrivs som att varje individ har sin egen verklighet och det är denna

verklighet som sjuksköterskan ska möta. Detta kan bekräftas i resultatet genom att närstående har olika åsikter angående uppföljningsformerna och även uttrycker olika behov, vilket gör att sjuksköterskan måste anpassa sitt bemötande, samtalet och uppföljningen utifrån varje individ. I resultatet framkom att vissa av sjuksköterskorna avstod från uppföljningssamtalen på grund av obehagskänslor gällande hur samtalet skulle uppfattas av de närstående. Om sjuksköterskorna hade haft begreppet konstruktivism och de närståendes olika behov som utgångspunkt inför varje erbjudande om uppföljning, skulle det kunna ha bidragit till ett stärkt självförtroende och ökad motivation inför samtalen, eftersom inget är rätt eller fel utan allt beror på vad individen själv efterfrågar.

I resultatdelen framgick vidare att vissa av sjuksköterskorna önskade få mer kunskap om kommunikationsstrategier och bemötande av människor i sorg (Billings & Kolton, 1999; Jackson, 1996). När sjuksköterskorna upplevde sig ha bristande kunskaper och kände sig obekväma i att möta närstående i sorg minskade chanserna till god samverkan mellan dem och de närstående (Albinsson & Strang, 2002; Cuthbertson, et al. 2000; Jackson, 1996). Fossum (2007) beskriver olika kommunikationshinder som kan försvåra mötet av vilka språkbruket kan nämnas. Sjuksköterskan bör här undvika medicinska termer och sjukhusjargong som närstående inte förstår eller som kan missuppfattas. Flertalet närstående uttryckte en önskan om förklaring av medicinska termer då detta har varit oklart under vårdtiden eller i exempelvis medicinska dokument (Parris, et al. 2007). Våra egna tankar kring detta är att om sjuksköterskan informerat och kommunicerat med närstående på ett sätt som de förstått direkt under vårdtiden, så hade extra tid och resurser inte behövt läggas på förtydliganden som skulle kunna ha skett tidigare. Denna tid skulle istället kunna ha lagts på att samtala kring andra frågor.

Inom den palliativa vården ska familj och närstående genom hela vårdtiden inkluderas i patientens vård både innan och efter dödsfallet (Hench, 2007). Ett exempel på hur detta synsätt tillämpats är i studien av Lautrett et al. (2007) i vilken de närstående fick delta i en familjekonferens för att på så sätt förberedas på det kommande dödsfallet. Att erbjuda en sådan konferens innan patienten avlidit sågs som en förebyggande åtgärd mot ångest och depression som kan drabba de närstående efter dödsfallet. En bra relation mellan sjuksköterskan och närstående är en viktig komponent inom både den familjefokuserade- och palliativa omvårdnaden (Benzein, et al. 2009; Hench, 2007) och kan genom familjekonferenser stärkas där närstående exempelvis känner sig tryggare i att uttrycka sina tankar och känslor (Lautrett, et al. 2007).

I tre av studierna skedde uppföljning mellan två till sex veckor efter dödsfallet då detta ansågs lämpligt. Enligt Cullberg (2006) och Lundmark (2007) befinner sig de närstående då i sorgeprocessens reaktionsfas, i vilken reaktionerna på vad som hänt börjar infinna sig. Eftersom stödet från det sociala nätverket avtar i detta skede är det en lämplig tidpunkt för hälso- och sjukvården att undersöka behovet av vidare stöttning. Resultatet visar även att det mesta stödet vanligtvis kommer från det sociala nätverket men att sjuksköterskan bör vara observant på när detta inte finns eller fungerar för att då kunna finnas där som stöd. Detta gör att hälso- och sjukvården kan komma att behöva erbjuda någon form av stöd redan i chock- eller kontrollfasen. Lundmark (2007) betonar även vikten av att bearbeta sorgen för att undvika att drabbas av en komplicerad sorg med psykosomatiska och psykiatriska sjukdomar som följd. Detta går att se i resultatet där individuell uppföljning haft positiv påverkan på närståendes fysiska och psykiska hälsa (Lautrette, et al. 2007; Valdimarsdóttir, et al. 2005). Om hälso- och sjukvården i

tid uppmärksammar närstående i riskzonen för komplicerad sorg kan då de sjukdomar som följer förebyggas och närståendes lidande samt kostnaderna för hälso- och sjukvården minska? Transaktionskostnader är ett begrepp som tar upp detta och beskrivs av E. Carlström (2009) som de extra kostnader som uppkommer vid friktion i vårdkedjan, där ett icke fungerande samspel mellan olika vårdinstanser bidrar till ökade kostnader för hälso- och sjukvården i stort. Att lyfta blicken från den enskilda avdelningens ekonomi till att se hela hälso- och sjukvården som en helhet är en grundläggande faktor i resonemanget kring detta begrepp.

I resultatdelen framkommer olika tankar från sjuksköterskorna gällande uppföljningen. Vissa hade svårt att inse sina begränsningar, andra ansåg sig ha otillräcklig kompetens inom ämnet och en tredje grupp såg uppföljningen som en lärandeprocess i vilken nya kunskaper och erfarenheter gav dem redskap inför framtida möten med närstående (Billings & Kolton, 1999; Jackson, 1996). Det kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) pekar på är att sjuksköterskan utifrån sin kompetens på bästa sätt ska bemöta närstående i sorg och enligt ett palliativt synsätt ska både fysiskt, psykiskt, andligt och socialt stöd erbjudas (Hench, 2007; Jakobsson, et al. 2009). Den problematik som uppstår är då hur långt sjuksköterskans ansvar egentligen sträcker sig och när vidarelotsning till andra stödformer ska ske. Enligt Cuthbertson, et al. (2000) är uppföljningens främsta syfte att i tid upptäcka eventuella problem eller svårigheter som de närstående upplever sig ha samt se hur dödsfallet påverkat dem. När detta väl har uppmärksammats kan vidare vägledning ske till andra verksamheter så som exempelvis sorgeterapeuter.

Frågor som väckts under arbetsprocessen har varit vilken typ av stöd till närstående som är det ultimata? Bör fokus läggas på tiden innan dödsfallet så som familjekonferenser eller bör det läggas på uppföljning efter det att patienten avlidit. Kanske är det rent av bäst att kombinera dessa två metoder för att nå ett optimalt resultat? För att det i framtiden ska ske en mer utbredd användning och vidareutveckling av uppföljningsservicen till närstående behövs det mer forskning inom området. Både kvalitativa och kvantitativa studier behövs, dels för att kontinuerligt utvärdera närståendes och sjuksköterskors upplevelser gällande vad som fungerar respektive kan förbättras och dels för att se både kort- och långsiktiga resultat till följd av uppföljningen. För att en intervention som denna ska få genomslagskraft krävs det också tydligt redovisade ekonomiska vinster och ett noggrant beskrivet tillvägagångssätt så att det lätt kan spridas vidare till landets institutioner.

KONKLUSION

Uppföljning efter ett dödsfall är ett känsligt ämne för både närstående och sjuksköterskor. De närstående har förlorat en viktig person i sitt liv och behöver olika former av stöd för att kunna gå vidare och undvika en komplicerad sorg. Att bli bekräftad, sedd och få samtala har visat sig ha stor betydelse för närståendes sorgebearbetning. Sjuksköterskan kan då fungera som en hjälpare genom att erbjuda en god kommunikation och observera eventuell problematik som kan uppkomma hos den sörjande. Situationen kan även vara känslig utifrån sjuksköterskans perspektiv om upplevelser av obekvämlighet relaterat till att kunskaps- och tidsbrist råder. Uppföljning är något som behövs och mer resurser bör läggas på detta.

REFERENSER

- Albinsson, L. & Strang, P. (2002). A palliative approach to existential issues and death in end-stage dementia care. *Journal of Palliative Care*, 18(3), s. 168-174.
- Asai, M., Fujimori, M., Akizuki, N., Inagaki, M., Matsui, Y. & Uchitomi, Y. (2010). Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 19(1), s. 38-45.
- Benkel, I., Wijk, H. & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, 23(2), s. 141-149.
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2009). Familj och sociala relationer. I F, Friberg & J, Öhlén (red.) *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (s.67-87). Lund: Studentlitteratur
- Billings, J.A. & Kolton, L. (1999). Family satisfaction and bereaved care following death in the hospital. *Journal of Palliative Medicine*, 2(1), s. 33-49.
- Carlström, C. (2009). Vårdchefer – konsten att leda. Lund: Studentlitteratur.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5:e uppl.) Stockholm: Natur och Kultur.
- Cuthbertson, S.J., Margetts, M.A. & Streat, S.J. (2000). Bereavement follow-up after critical illness. *Critical Care Medicine*, 28(4), s. 1196-1201.
- Dahlin Lindhe, T. & Malm, Å. (2004). *Vårdprogram för palliativ vård i västra Östergötland* Hämtad 25 januari, 2011, från <http://www.lio.se/upload/28905/VardpgrPallvard04.pdf>
- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B, Fossum (red.) *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. (s. 23-39). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F, Friberg (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Henoch, I. (2007). *Palliativ vård – vad är det?*. Hämtad 21 januari, 2011, från <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/3405/3878/6057.pdf?objectId=9518>
- Jackson, I. (1996). Critical care nurses' perception of a bereavement follow-up service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(1), s. 2-11.
- Jakobsson, F., Andersson, M. & Öhlén, J. (2009) Livets slutskede – välbefinnande och död. I F, Friberg & J, Öhlén (red.) *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (s. 328-354). Lund: Studentlitteratur
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L.M., Chevret, S., Adrie, C. & et al. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 356(5), s. 469-478.

- Lundmark, A-K. (2007). *Sorgens olika ansikten*. Ingarö: Columbus Förlag AB.
- Malmström, S., Györki, I. & A. Sjögren, P. (1994). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bonnier
- Milberg, A., Olsson, E-C., Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(1), s. 58-69.
- Montgomery Dossey, B., Keegan, L. & Guzzetta, C.E. (2005) *Holistic Nursing: a handbook for practice*. (4: e uppl). Sudbury: Jones and Barlett Publisher, Inc. (E-bok).
- Nationalencyklopedin (2011). *Holism*. Hämtad 24 januari, 2011, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/holism>
- Nationalencyklopedin (2011). *Hälsa*. Hämtad 20 januari, 2011, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/institutionsvard>
- Parris, J. R., Schlosenberg, J., Stanley, C. & et al. (2007). Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service. *Emergency Medicine Journal*, 24(5), s. 339-342.
- Raadu, G. (2010). *Författningshandbok 2010 för personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber
- Segesten, K. (2006). Att välja en modell för sitt examensarbete. Ingår i F. Friberg (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 85-96). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 20 januari, 2001, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsens termbank (2011). *Anhörig*. Hämtad 20 januari, 2011, från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
- SOU (2001:6). *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut*. Hämtad 24 januari, 2001, från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/82/a9b91231.pdf>
- Strömberg, A. (1998). *Stora synonymordboken*. Malmö: Intergraf AB.
- Valdimarsdóttir, U., Helgason, Á. R., Fürst, C.J., Adolfsson, J. & Steineck, G. (2005). Need for and access to bereavement support after loss of a husband to urologic cancer: a nationwide follow-up of Swedish widows. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 39(4), s. 271-276.

van der Klink, M.A., Heijboer, L., Hofhuis, J.G.M., Hovingh, A., Rommes, J.H., Westerman, M.J. & et al. (2010). Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(4), s.215-22

WHO (2002). *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines* 2:a uppl. Hämtad 8 april, 2011, från <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

Östlinder, G (red.) (2004). *Närståendes behov – omvårdnad som akademiskt ämne III*. Hämtad 4 mars, 2011, från <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Omv%c3%a5rdnad%20som%20akademiskt%20%c3%a4mne%20III%20N%c3%a4rst%c3%a5endes%20behov.pdf>

BILAGA

ARTIKELÖVERSIKT

Artikel: A

Titel: Bereavement follow-up after critical illness

Författare: Cuthbertson, S.J., Margetts, M.A. & Streat, S.J.

Tidskrift: Critical Care Medicine

Årtal: 2000

Land: Nya Zeeland

Syfte/problem: Att beskriva ett sorgeuppföljningsprogram riktat till närstående till patienter som avlidit på en intensivvårdsavdelning, kvantifiera de närståendes upplevelser av uppföljningen och vårdkvaliteten på avdelningen, samt hur detta påverkat de närståendes sorg.

Metod: Kvantitativ intervjustudie.

Urval: 99 närstående intervjuades.

Antal referenser: 13

Artikel: B

Titel: Critical care nurses' perception of a bereavement follow-up service

Författare: Jackson, I.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 1996

Land: England

Syfte/Problem: Att ta reda sjuksköterskornas upplevelser av vinster respektive brister med ett sorgeuppföljningsprogram inom intensivvården.

Metod: Kvalitativ intervjustudie.

Urval: 8 sjuksköterskor intervjuades.

Antal referenser: 24

Artikel: C

Titel: Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service

Författare: Parris, J. R., Schlosenberg, J., Stanley, C. & et al.

Tidskrift: Emergency Medicine Journal

Årtal: 2007

Land: England

Syfte/Problem: Att göra en retrospektiv granskning av en redan befintlig uppföljningsservice på en akutavdelning i syfte att vidareutveckla denna.

Metod: Kvantitativ studie.

Urval: Data gällande uppföljning av 1179 dödsfall.

Antal referenser: 29

Artikel: D

Titel: Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study

Författare: Asai, M., Fujimori, M., Akizuki, N., Inagaki, M., Matsui, Y. & Uchitomi, Y.

Tidskrift: Psycho-Oncology

Årtal: 2010

Land: Japan

Syfte/Problem: Att beskriva psykologiska tillstånd och coping-strategier bland närstående efter en make/makas död i cancer.

Metod: Kvalitativ intervjustudie.

Urval: 24 närstående intervjuades.

Antal referenser: 34

Artikel: E

Titel: Family members' perceived needs for bereavement follow-up

Författare: Milberg, A., Olsson, E-C., Jakobsson, M., Olsson, M., & Friedrichsen, M.

Tidskrift: Journal of Pain and Symptom Management

Årtal: 2008

Land: Sverige

Syfte/Problem: Att kvantifiera närståendes upplevda behov av sorgeuppföljning och att kvalitativt beskriva dessa behov.

Metod: En kombinerad kvalitativ och kvantitativ enkätstudie

Urval: 377 närstående inkluderades.

Antal referenser: 48

Artikel: F

Titel: Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit

Författare: van der Klink, M.A., Heijboer, L., Hofhuis, J.G.M., Hovingh, A., Rommes, J.H., Westerman, M.J. & et al.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 2010

Land: Nederländerna

Syfte/Problem: Hur har närstående till avlidna patienter uppfattat vården och informationen på en intensivvårdsavdelning. För att vidare kunna utvärdera om avdelningen var i behov av ett uppföljnings program.

Metod: En kombinerad kvalitativ och kvantitativ intervjustudie.

Urval: 51 närstående intervjuades.

Antal referenser: 20

Artikel: G

Titel: A palliative approach to existential issues and death in end-stage dementia care

Författare: Albinsson, L. & Strang, P.

Tidskrift: Journal of Palliative Care

Årtal: 2002

Land: Sverige

Syfte/Problem: Undersöka hur vårdpersonal hanterade existentiella frågor, palliativa processen och sorg hos närstående utifrån den palliativa filosofin.

Metod: En kvalitativ intervjustudie.

Urval: 31 sjuksköterskor/undersköterskor intervjuades.

Antal referenser: 45

Artikel: H

Titel: Family and friends provide most social support for the bereaved

Författare: Benkel, I. Wijk, H. & Molander, U.

Tidskrift: Palliative Medicine

Årtal: 2009

Land: Sverige

Syfte/Problem: Utforskar det sociala stödet från närstående för att förstå vilket behov, till gång och önskningar som finns och behövs. Även att bedöma känsla av sammanhang (KASAM) under sorgeprocessen.

Metod: En kombinerad kvalitativ och kvantitativ enkät- och intervjustudie.

Urval: Totalt 55 närstående deltog.

Antal referenser: 20

Artikel: I

Titel: Family satisfaction and bereaved care following death in the hospital

Författare: Billings, J.A. & Kolton, L.

Tidskrift: Journal of Palliative Medicine

Årtal: 1999

Land: USA

Syfte/Problem: Vilken typ av sorgeuppföljning fanns tillgänglig för familjer på det sjukhus som undersöktes.

Metod: Kombinerad kvalitativ och kvantitativ intervjustudie.

Urval: 53 närstående intervjuades.

Antal referenser: 59

Artikel: J

Titel: Need for and access to bereavement support after loss of a husband to urologic cancer: A nationwide follow-up of Swedish widows

Författare: Valdimarsdóttir, U., Helgason, Á. R., Fürst, C.J., Adolfsson, J. & Steineck, G.

Tidskrift: Scandinavian Journal of Urology and Nephrology

Årtal: 2005

Land: Sverige

Syfte/Problem: I vilket behov var änkor som förlorat deras makar i urologisk cancer av sorgeuppföljning de första sex månaderna efter dödfallet.

Metod: En kvantitativ enkätstudie.

Urval: 379 närstående inkluderades.

Antal referenser: 13

Artikel: K

Titel: A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU

Författare: Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L.M., Chevret, S., Adrie, C. & et al.

Tidskrift: The New England Journal of Medicine

Årtal: 2007

Land: Frankrike

Syfte/Problem: Genomföra och utvärdera en konferens om livets slutskede tillsammans med närstående. Hypotesen var att om den invention, jämfört med de vanliga rutinerna, kunde minska stress, depression och ångest symtom hos närstående 90 dagar efter dödsfall.

Metod: Kvantitativa telefonintervjuer.

Urval: 108 närstående intervjuades.

Antal referenser: 34