

**Plötslig, oväntad död:
Sjuksköterskans bemötande av närstående.**

Författare	Linda Nilsson
Program/Kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 120 p Omvårdnad - Eget arbete VT 2007
Omfattning	10 p
Handledare	Irma Lindström
Examinator	Ina Berntsson

Titel (svensk):	Plötslig, oväntad död: Sjuksköterskans bemötande av närstående.
Titel (engelsk):	Sudden, unexpected death: The nurse treatment of close relatives.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN7
Arbetes omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18
Författare:	Linda Nilsson
Handledare:	Irma Lindström
Examinator:	Ina Berntsson

Sammanfattning

Varje år dör ca 9 000 personer plötsligt och oväntat i Sverige. Det innebär en kris för de närstående och därför är det av största vikt att sjuksköterskan har kunskap och kompetens att bemöta dem. I enlighet med Travelbee's omvårdnadsteori där den mellanmänskliga relationen är ett centralt begrepp, tar hon även upp vikten av att sjuksköterskan skall ha kunskap om lidande, sjukdom, ensamhet och död. Föreliggande litteraturstudie syftade till att beskriva sjuksköterskans bemötande av närstående i samband med en persons plötsliga och oväntade död. För att begränsa urvalet, inkluderades endast artiklar som handlade om plötslig, oväntad död i vuxensjukvården och bemötande av närstående. Litteraturstudien bygger på tolv vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes i vetenskapliga databaser och alla artiklarna höll god kvalitet och var relevanta. Resultat visade att bemötande och omhändertagande av närstående var skiftande. Artiklarna gav exempel på vad som var bra respektive dåligt bemötande. Ett gott bemötande var när närstående kände sig respekterade, delaktiga och deras behov blev tillfredställda. Ett gott bemötande kunde även underlätta den kommande sorgeprocessen och minimera risken för ohälsa. Studien visade att sjuksköterskor saknade kunskap och riktlinjer inom området. Sammanfattningsvis visade resultatet att det fanns brister i hur närstående blev bemötta vid plötslig och oväntad död. Dessutom att sjuksköterskor saknar kunskap och kompetens inom området.

Nyckelord: Plötslig och oväntad död, närstående, omvårdnad och bemötande.

Förord

Jag vill först och främst tacka min familj som har gjort det möjligt för mig att författa den här litteraturstudien. Tack för att Ni har varit så förstående, hjälpande under studiens gång och inspirerat mig när jag ibland kände en hopplöshet. Även för att Ni har tillåtit mig sitta både dagar, kvällar och nätter framför datorn, vilket har lett till att jag inte alltid uppmärksammat allt Ni sagt och gjort. Därefter vill jag tacka min handledare för alla goda förslag och råd och för att du motiverat och hjälpt mig att genomföra studien. Eftersom jag har författat denna studie själv har det medfört att jag varit i behov av extra mycket stöd för "bollning av idéer" etc. och jag har alltid upplevt att min handledare varit öppen och tillgänglig för mig, tusen tack!

Att författa studien har varit synnerligen intressant och har tillfört mig som person mycket ny kunskap. Ämnesvalet står mig personligen mycket nära då jag själv mist en anhörig i plötslig och oväntad död. Men trots att jag själv upplevt plötslig död, har jag känt en rädsla för att möta andra närstående i samma situation och önskade mera kunskap inom området. Att skriva vetenskapligt har för mig varit bra träning, då jag önskade utveckla mitt språk och träna mig på att formulera mig vetenskapligt.

Innehållsförteckning	Sid
Introduktion	5
Inledning	5
Bakgrund	5
Historik	6
Närstående	6
Bemötande	6
Plötsligt dödsfall	8
Närståendes kris-, chock- och sorgereaktioner	8
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	10
Syfte	11
Frågeställning	11
Metod	11
Datainsamling	11
Databassökningar	11
Sökordens innebörd enligt MeSH databas/PubMed	12
Dataanalys	12
Inklusioner	12
Exklusioner	12
Tabell 1	13
Resultat	13
Vilka omvårdnadshandlingar anser närstående vara värdefulla vid ett plötsligt, oväntat dödsfall? Tabell 2	13
Hur kan sjuksköterskans bemötande lindra närståendes lidande?	17
Vilken kunskap behövs för att kunna bemöta närstående vid plötslig, oväntad död?	19
Diskussion	20
Metod diskussion	20
Resultatdiskussion ur ett omvårdnadsperspektiv	21
Vetenskaplig artikeldiskussions	23
Konklusion & vidare forskning	23
Bilagor	
Vetenskaplig artikeldiskussions. Tabell 3	

Introduktion

Inledning

Varje år dör ca 9000 personer i Sverige av plötslig, oväntad död. Den vanligaste dödsorsaken vid plötslig och oväntad död är hjärtinfarkt, andra orsaker är olycksfall, trafikolycka, självmord, plötslig spädbarnsdöd. (1)

Som blivande sjuksköterska är jag intresserad av på vilket sätt sjuksköterskor kan bemöta närstående i samband med att en person plötsligt och oväntat riskerar att dö. Jag hoppas att jag som sjuksköterska kommer att ha kunskapen och kompetens tillräckligt, för att kunna vara ett stöd för närstående i den här svåra situationen. För även om alla vet om att vi en gång skall dö och att även nära och kära kommer att göra det, så krävs det kunskap om människors reaktioner, framförallt i denna plötsliga och oväntade situation där närstående inte haft en chans att förbereda sig. Min förhoppning är att finna ett underlag som gör att jag som sjuksköterska skall känna mig säkrare i bemötandet och omvårdnaden av närstående i kris. Kock-Redfors (2) beskriver om det svåra mötet med närstående som plötsligt och oväntat förlorat någon, samt att sjuksköterskor som inte har kunskap om bemötande av närstående i kris, hellre väljer att gå undan och vågar inte möta närstående.

Bakgrund

Historik:

Döden är slutet av livet och definieras som den totala avstanningen av de vitala funktionerna i en biologisk organism. I biologin ses det som ett permanent stadium och alla levande ting anses förr eller senare dö. Döden kan inträffa på många sätt, till exempel på grund av naturliga orsaker såsom ålder, sjukdom eller onaturliga sådana som en olycka. Tidigare var det i Sverige överlämnat till den medicinska vetenskapen och beprövad erfarenhet att på klinisk väg bestämma när döden inträtt för en människa. Numera är det enligt svenskt lag reglerat, att en människa har avlidit när man med teknisk apparatur har kunnat fastställa att hjärnaktiviteten upphört enligt Wikipedia, den fria encyklopedin (3).

Förr i tiden dog människor ofta i sina egna hem, där både barn och vuxna naturligt vistades omkring den döende enligt Arlebrink (4). Under mitten av förra århundradet började sjukvården allt mer ta över vården av den döende och nu förtiden har de det största ansvaret för vård i livets slut. Detta har lett till att många människor inte upplever döden som en naturlig del av livet längre. Vad sker egentligen när vi dör och varför måste vi dö? För några är döden ett naturfenomen enligt Newth (5) för andra handlar det om Gud. Oavsett vad vi tror är döden ett av livets största mysterium, som sysselsatt människan i tusentals år. Döden är något som vi alla helst vill slippa tänka på och tala om, för döden är skrämmande och ofta omgiven av

tystnad och rädsla. Döden förknippas med något sorgligt och smärtsamt och då är det lättare för människan att förringa och förtränga frågan om vår död, till att säga; *Alla ska dö en dag*. Det märks också i vårt språk att ordet död är tabubelagt, istället används metaforer som exempelvis, att någon lämnat oss, gått bort eller somnat in.

Närstående:

Närstående kan enligt Benzein (6) utöver personer med släktskap exempelvis vara en vän eller en granne och förknippas ofta till en person men kan också omfatta flera personer. Vilka närstående är, ska i största tänkbara omfattning definieras av patienten själv. Närstående i kris är en försummad grupp enligt Kock-Redfors (2) och de behöver ett utarbetat kvalificerat omhändertagande för att kunna bearbeta sin sorg. För när en person plötsligt avlider, kan närstående befinna sig på akutmottagningen som ofta är för dem en helt ny miljö. Att då även i den nya miljön få beskedet om att någon anhörig plötsligt och oväntat har avlidit leder det till att chocken förstärks. Sjuksköterskan är den som bär ansvaret för närstående och skall ha en uppfattning om vilka de är för att ha möjlighet att ge dem stöd och hjälp. Många sjuksköterskor upplever sig ha bristande kunskaper i hur de omhändertar närstående i kris. Kirkevold (7) anser att det hör till sjuksköterskans kompetensområde att främja och stärka den drabbade familjens förmåga att hantera situationen. I det akuta omhändertagandet av svårt skadade eller sjuka patienter, är det nödvändigt att sjukvårdpersonalen i första hand fokuserar på att rädda liv, vilket medför att de närstående kommer då av naturliga skäl i andra hand. Det är dock vid dessa tillfällen som de närstående är i behov av extra mycket stöd, omvårdnad och empati.

Bemötande:

Enligt Nationalencyklopedin (8) ordbok betyder bemötande att ”uppträda mot” någon/något eller svar på kritik. Bemötande är inom vården enligt Benzein (6) att ha förmåga att kommunicera med patienter på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt. En undersökning som Läkarförbundet gjort och som Handikappsorganisationen i Lund (9) presenterar på sin hemsida, visade att 90 % av inkomna klagomål till hälso- och sjukvården handlar om hur patienter och närstående blivit bemötta och inte om behandlingen eller vårdinsatsen. Samtidigt har både lagstiftning och praktisk erfarenhet påvisat att ett gott bemötande och en patient och närstående som känner sig delaktiga i vård- och behandling, är förutsättningen för en positiv vårdupplevelse och vårdberedhet. Enligt Socialstyrelsen SOSFS 1 993:17 (10) är grundläggande delar i omvårdnaden att skapa en trygg relation, så att ett bra samarbete mellan patient och vårdpersonal uppstår. Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidandet samt att ge möjlighet till en värdig död. Hälso- och sjukvården skall även arbeta efter ett kvalitetssystem enligt SOSFS 1 996:24 (11), som skall säkerställa bl. a. att patienten och dennes närstående

visas omtanke och respekt och att patient och dennes närstående informeras och görs delaktiga, samt att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas. Om dessa förslag behandlas kan även kvalitets- och tidsvinster göras för hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Enligt Croona (12) kännetecknas det goda bemötandet i vården av att sjuksköterskan bemöter patienten på ett sätt som skyddar deras integritet och självbestämmande och som svarar upp mot det behov av förståelse och trygghet som uppkommer i samband med vården. Dessutom uppenbarar sig förväntningar om tid och medverkan, tillsammans med önskemål om glädje, som aspekter som inte kan negligeras. Den viktigaste förmågan en sjuksköterska kan ha är att se helheten dvs. hela patienten inklusive de närstående och inte ha förutfattade meningar eller själv skapa egna tolkningar om vilka behov eller önskemål de egentligen har. Croona (12) beskriver vidare att bemötande omfattar de sociala relationer där det finns en sändare och en mottagare. Om bemötandet upplevs som bra eller dåligt beror på upplevelsen av de intryck och uttryck som förmedlas. I dagens samhälle förväntar sig patienten få ett bra bemötande av sjukvården. Det innebär att sjuksköterskan tillsammans med patienten och övrig vårdpersonal skapar en god relation. För att kunna ge god vård krävs det att sjuksköterskan kan skilja på vad som är rätt och fel och därför ingår även etik och lagar i begreppet. Det finns många goda och dåliga exempel på hur möten i vården kan se ut och handlar mycket om den egna inställningen sjuksköterskan har och hans/hennes etiska värdegrund. Allt för ofta kommer patienten och de närstående i underläge gentemot olika personalkategorier inom vård- och omsorgsverksamheten enligt Croona (12).

Kock-Redfors (2) anser att det är svårt att ta hand om närstående i samband med plötslig, oväntad död och att göra det bra är en konst. Om bemötandet blir bra handlar enligt henne om det förhållningssätt sjuksköterskan har gentemot de närstående. Kock-Redfors (2) anser att den sjuksköterska som tar hand närstående, inte också kan vara delaktig i patientens behandling, för det skulle bli en professionell utmattning. Utan en sjuksköterska skall utses för att endast ta hand om de närstående. De viktiga frågorna för närstående i den akuta situationen är om patienten kommer dö, bli allvarligt invalidiserad eller har ont. Informationen till närstående i detta skede är mycket viktigt och det är bättre att informera många gånger under kort tid och upprepa, än att sitta ner och redogöra för alla behandlingsinsatser. Att mista någon i ett plötsligt och oväntat dödsfall är svårt och då krävs det professionell och kunnig personal som tar emot dem. Ett gott bemötande underlättar för de närståendes fortsatta sorgeprocess, detta för att närstående i samband med ett oväntat, plötsligt dödsfall alltid blir chockade av beskedet. Ett bra omhändertagande i det akuta skedet kan förhindra det faktum att närstående drabbas av psykiska eller även somatiska sjukdomar. Det har även visats att ett bra

omhändertagande också kan ha en samhällsekonomisk fördel. Att vårda patienter som dör och ta hand om närstående, väcker starka känslor hos människan. Känslorna som är naturliga och självklara, måste också få utlopp någonstans, en metod som används mycket inom sjukvården är debriefing. Metoden innebär att berörd personal träffas, helst inom ett dygn efter den jobbiga, svåra händelsen och pratar igenom sina känslor och upplevelser. Men Kock-Redfors (2) lägger ingen större vikt vid just denna metod, utan hon anser även att ett gott arbetsklimate där daglig bearbetning av vardagsarbetet kan gör lika stor nytta. Huvudsaken är att berörd personal har någon de kan tala med om händelsen och att det finns tid för reflektion och bearbetning inom den ordinarie arbetstiden.

Plötsligt dödsfall:

Nationalencyklopedins hemsida (8) definierar plötslig död: Dödsfall som beror på sjukdom och som inträffar omedelbart, utan förgående symtom eller kort efter de första aktuella symtomen. Kock-Redfors (2) definierar plötslig, oväntad död, att dödsorsaken inte skall vara åldersrelaterad eller till följd av sjukdom. Dödsfall förorsakat av sjukdom eller ålder kan vara både plötsliga och smärtsamma för närstående men inte ofta oväntade. De kan i vissa fall istället kännas som en befrielse. Döden uppfattas ofta som överklig av människan, men för att närstående skall kunna påbörja sorgprocessen är det nödvändigt för dem att de har insikt om förlusten. Ett plötsligt dödsfall är en traumatisk kris enligt Cullberg (13), och då upplever människan hela sin fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller andra livsmål allvarligt hotade. Hela självbilden är på väg att störta samman, och människan kan känna en stark smärta eller ångest.

Närståendes kris-, chock- och sorgereaktioner:

Ekselius (14) definierar begreppet kris: Ordet kris kommer från det grekiska krisis och betyder avgörande vändpunkt, plötslig förändring, ödesdiger rubbning. En psykisk kris innebär reaktionen på en livssituation, där tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att människan skall kunna hantera den aktuella situationen. Hur kraftig krisreaktionen blir, enligt Jourhavande Krisgrupps hemsida (15) bestäms av den grad som skadan innebär för människan och om tidigare kriser genomarbetats. Dvs. reaktionens styrka beror inte enbart på den utlösande faktorn, utan även av underliggande olösta kriser som exempelvis om närstående till den avlidna inte var överens innan dödsfallet och hade olösta konflikter sins i mellan. Enligt Cullbergs (13) inträder krisreaktionen först när något oväntat och plötsligt har hänt och uppträder efter några minuter upp till en timme, efter krisreaktionen följer chockfasen.

Sjukvårdsrådgivningen (16) definierar begreppet chock: Människan försätts i ett tillstånd där han/hon skyddar sig mot verkligheten. Enligt Cullberg (13) uppstår

chockfasen utav att människan inte klarar av att hantera verkligheten och kännetecknas ofta av förnekande och bortträngning och varar vanligtvis mellan tre dygn och en vecka. Människan kan i denna fas reagera häftigt med att klänga på folk och skrika hysteriskt. Men chocken kan också yttra sig genom apati, avtrubbade känslor och desorientering. Ett normalt krisförlopp delar Cullberg (13) in i fem faser: krisreaktion, chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas.

Det är ofta i de två första faserna som vi inom sjukvården möter de närstående, enligt Kock-Redfors (1) och det är i denna period inte ovanligt att hot eller anmälningar från närstående inkommer till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Cullberg (13) beskriver sorg som en mycket stark känsla och som tar kraft av oss människor. Sorg är den känsla vi upplever när vi förlorat någon eller något som stått oss nära och som blivit en del av oss själva. Sorgeprocessen ändrar sig från dag till dag och med tiden sker en gradvis frigörelse från alla tusentals trådar som utgjort bandet med den döde. Denna process kan liknas vid att utföra ett arbete, för sorgen likt ett arbete behöver tid, kraft och energi. Sorgen är en allmänsklig erfarenhet enligt Kallenberg (17) den drabbar oss vid förlust av något eller någon som betyder mycket för oss. Förlusten utlöser chock och protest, som övergår i sorgens smärta och förtvivlan. Att mista en nära anhörig påverkar en människas totala livssituation: känslor och tankar, sättet att uppfatta tillvaron, liksom relationer till vänner och anhöriga. Kallenberg (17) anser att om sjuksköterskan känner till den normala sorgprocessen kan det underlätta i omvårdnaden av de närstående vid ett plötsligt, oväntat dödsfall. För en människa som förlorat någon som stått dem nära, har ofta en känsla av skuld, ångest och ilska. Detta pga att det kan finnas många ouppklarade frågor eller att de inte hann tala om för den döde personen vad den betydde för dem. Eftersom sjuksköterskan har ett ansvar att ge de efterlevande en hälsosam start på sorgearbetet, så måste de ha kunskap och kompetens att hantera närståendes sorgereaktioner. Den "naturliga" döden är för närstående mer acceptabel och rimlig, men den "orättvisa" upplever närstående ofta, i synnerhet när en ung människa dör plötsligt i samband med en olycka eller katastrof och är svårare att acceptera. Nedan följer ett citat ur Kallenberg's bok: Den mognande sorgen:

"Man måste ju acceptera att det har hänt i och för sig va, för han finns ju inte längre, det har jag accepterat va... men däremot... ja hur ska man uttrycka saken... det blir så motsägelsefullt... om man ska försöka beskriva det på något sätt... men jag kan inte acceptera att en 20-årig människa dör på det här viset, det kan jag inte acceptera..." (s. 41, 17).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv:

Omvårdnad är en omsorgsprofession och är också sjuksköterskans eget kompetensområde. Det omfattar såväl den tekniska som det medicinska kunnandet,

men även att visa omsorg och sörja för enligt Kirkevold (7). För begreppet omsorg är inte enbart arbetsinriktat, utan handlar även om den inställning sjuksköterskan har till det han/hon utför och hur det utförs. En sjuksköterska kan ge god omvårdnad utifrån sin yrkesskyldighet, men det betyder inte, att sjuksköterskan utifrån ett omsorgsperspektiv ger omsorg från hjärtat. Enligt Travelbee (18) omvårdnadsteori är det elementära i omvårdnaden relationen mellan människor. Den mellanmänniska relationen skapas genom kommunikation och bygger på fem interaktionsfaser; första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse. Relationen inleds med en kontakt, ett första intryck, där en känsla för den andra människans person grundas. När kontakten fördjupas och individens identitet börjar framträda uppkommer empatin dvs. förmåga att uppfatta betydelsen av den lidandes tankar och känslor. Sympatin uppkommer när sjuksköterskan upplever en önskan och en vilja att hjälpa den lidande och vill lindra. Sympatin i sig medverkar till att lindra lidande, då den andre upplever sig sedd och en ömsesidig förståelse, en tillit och en starkare relation bildas. Ett positivt bemötande kännetecknas av respekt för den individ sjuksköterskan möter. Sjuksköterskan och patienten skall vara två jämbördiga individer enligt Travelbee (18). De skall avkläda sig roller som kan inverka på synen på motparten och då bör sjuksköterskan följa de fem interaktionsfaserna. Sjuksköterskan skall också skapa gynnsammare förutsättningar för närståendes självständighet och handlingskraft, istället för att förstärka den beroendeställningen närstående befinner sig i. En avvikelse till ovan, är de närstående som av olika orsaker inte själva kan förmedla sina behov och önskemål eller vill tala om sitt lidande. Att närstående främjar sig kan bero på brist i kontinuitet hos personalen, brist på tid eller en känsla att sjuksköterskan inte kan förstå deras situation.

Centrala begrepp i teorin är: lidande, hopp och mening. Det främsta redskapet sjuksköterskans innehar är kommunikationen en process med ett syfte, att sjuksköterskan lär känna patienten och identifierar hans/hennes behov. Travelbee (18) anser att om sjuksköterskan skapar en mellanmännisklig relation och använder sig själv terapeutiskt, kan han/hon hjälpa den lidande att finna mening i lidandet. Det är av nödvändigt att sjuksköterskan inser att han/hon själv är det främsta redskapet i omvårdnaden, framförallt i krissituationer när sjuksköterskan plötsligt måste bemöta och ta hand om chockade närstående. Lidande är en allmänsklig erfarenhet, men lidandet är mycket personligt för varje människa. Alla människor reagerar på sitt personliga sätt, utifrån sin personlighet och erfarenhetsbakgrund. Sjuksköterskans omhändertagande av närstående kan delas in i två områden, dels den mellanmänniska processen det vill säga samspelet mellan två individer och dels de handlingar sjuksköterskan gör för att tillgodose närståendes behov. Begreppet hopp framställer Travelbee (18) som en kontrast till lidandet. Med hopp menas att det finns en möjlig utväg att en förändring kan ske och att det finns en möjlighet till att välja olika vägar ur en svår situation. Sjuksköterskan skall hjälpa den lidande att

upptäcka dessa möjligheter, även om de är minimala. För att sjuksköterskan skall kunna hjälpa, bör han/hon ha kännedomen om och kunna handha frågor som rör lidande, sjukdom, ensamhet och död. Sjuksköterskan bör också ha beredskap för att möta de krav som vårdandet medför. Vilket innebär att han/hon skall kunna hjälpa den lidande och dennes närstående att förebygga, hantera och lindra lidande och om möjligt finna mening med lidandet och även i relation till hoppet. Travelbee (18) teori påvisar en praktisk grund, för vad sjuksköterskan kan göra för att hjälpa. Syfte är att hjälpa den sjuka människan att bemästra lidande och sjukdom, samt att förhindra sjukdom och understödja hälsa.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans bemötande av närstående i samband med en persons plötsliga och oväntade död, samt vilka behov närstående har i denna svåra stund.

Frågeställning för att uppnå syftet:

Vilka omvårdnadshandlingar anser närstående vara i behov av vid ett plötsligt, oväntat dödsfall?

Hur kan sjuksköterskans bemötande lindra närståendes lidande?

Vilken kunskap behövs för att kunna bemöta närstående vid plötslig och oväntad död?

Metod

Datainsamling

Litteraturstudien är baserad på fakta hämtad från tolv stycken vetenskapliga artiklar ifrån två olika databaser. Studien är induktiv, där de granskade artiklarnas meningsbärande enheter lyftes fram och presenterades i resultatdelen.

Databassökningar:

Artikelsökningen gjordes via Studietorget på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, Biomedicinska bibliotekets och även hemifrån via Göteborgs Universitet biblioteks hemsidas databaser. Sökningen av de vetenskapliga artiklarna som resultatet är baserat på är ifrån två stycken databaser:

- CINAHL/Nursing and allied health: Vårdvetenskap.
- PubMed/Medline: Medicin, naturvetenskap, odontologi och vårdvetenskap.

I CINAHL och PubMed avgränsades sökning utav de vetenskapliga artiklarna till

dem som innehöll människor och fanns i Nursing Journals. För att bygga upp en strategi och identifiera olika begrepp och finna sökordens innebörd användes MeSH databas i PubMed, se nedan.

Sökord och dess innebörd enligt MeSH databas/PubMed:

- Death, sudden: The abrupt cessation of all vital bodily functions, manifested by the permanent loss of total cerebral, respiratory, and cardiovascular functions.
- Family: A social group consisting of parent's substitutes and children.
- Bereavement: Refers to the whole process of grieving and mourning and is associated with a deep sense of loss and sadness.
- Nursing: The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.
- Critical illness: A disease or state in which death is possible or imminent.
- Intensive care: Advanced and highly specialized care provided to medical or surgical patients whose conditions are life threatening and require comprehensive care and constant monitoring. It is usually administered in specially equipped units of health care facility (20).

Dataanalys

Urvalet av de vetenskapliga artiklarna gjordes, genom att först granska titeln och abstractets innehåll. De artiklar som innehöll närståendes upplevelse vid ett plötsligt, oväntat dödsfall, om sjuksköterskans bemötande och kändes relevanta mot syftet söktes i fulltext möjligheter. Vidare för att upptäcka artiklar inom samma kunskapsområde, som stämde in på syftet och var relevanta vid första granskningen söktes relaterande artiklar. Av de tolv vetenskapliga artiklarna som resultatet är baserat på, var två stycken relaterande artiklar. Vid andra granskningen lästes artiklarna först i sin helhet för att ge en övergripande uppfattning av innehållet. Vid upprepade läsningar identifierades meningsbärande ord/meningar. Detta gjordes med hjälp av öppen kodning (19). Sökschema se tabell 1.

Inklusionskriterier

Artiklarna skulle innehålla plötslig/oväntad död, närståendes upplevelse av sjuksköterskans bemötande och omvårdnad, i vuxensjukvården.

Exklusionskriterier

För att begränsa studien till plötsligt, oväntat dödsfall i vuxensjukvården exkluderades artiklar som i titeln eller i abstractet innehöll barnsjukvård, plötslig spädbarnsdöd, långtidssjukvård, och palliativ vård. Även suicidartiklar exkluderades för att avgränsa studiens omfattning.

Tabell 1 Sökschema:

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal använda artiklar	Utvalda artiklars Ref.nr:
CINAHL	2007-02-27	Nursing AND Sudden death	74	1	21
	2007-03-26	Sudden death AND nursing AND families	10	1	22
PubMed	2007-02-27	Nursing AND Sudden death	603	1	23
	2007-03-19	Sudden death AND families	325	2	24, 25
	2007-03-19	Bereavement AND nursing AND families	784	1	26
PubMed, related articles	2007-03-19	Related to ref. nr: 26	130	2	27, 28
PubMed	2007-03-26	Intensive care AND families	1179	3	29, 30, 31
	2007-03-26	Critical illness AND families AND nursing	176	1	32

Resultat

Introduktionsanalys av resultatet

Resultatet kommer att beskrivas utifrån syftets frågeställningar:

Vilka omvårdnadshandlingar anser närstående vara värdefulla vid ett plötsligt, oväntat dödsfall? Hur kan sjuksköterskans bemötande lindra närståendes lidande? Vilken kunskap behövs för att kunna bemöta närstående vid plötslig, oväntad död?

Vilka omvårdnadshandlingar anser närstående vara värdefulla vid ett plötsligt, oväntat dödsfall?

Resultatet visade olika omvårdnadsåtgärder som närstående ansåg vara viktiga i

samband sjukhusvistelsen dvs. från att de fått beskedet om att en anhörig riskerade att plötsligt och oväntat dö, till dess att de återvänder hem. Det gick att urskilja att närståendes behov ändrades under sjukhusvistelsen som en i process och har av den orsaken delats in i fyra faser, se Tabell 2.

Tabell 2 Närståendes behovsprocess:

Fas 1	Fas 2	Fas 3	Fas 4
Första beskedet	Kontinuerlig information	Möjlighet att få se den avlidna	Identifiera självmordsbenägenhet
Förberedelser på sjukhuset	Möjlighet att närvar i behandlingsrummet	Respekt för religion och kultur	Uppföljningssamtal
Mottagandet	Barns behov		
Avskildhet			

Första fasen:

- Första beskedet
- Förberedelser
- Mottagandet
- Enskilt rum

Den första kontakten närstående har med sjukhuset är enligt Williams et al. (27) att de antingen följt med patienten in i ambulansen eller per telefon. Är den första kontakten via telefon, skall sjuksköterskorna enligt studien be närstående komma in till sjukhuset, även om patienten redan avlidit. Det är då viktigt att sjuksköterskan försäkrar sig om att någon kör dem in så att inte de närstående sätter sig chockade bakom ratten. Adamowski (29) tar upp att det är bra om den sjuksköterskan som kontaktar närstående, även uppger sitt namn, ger dem en vägbeskrivning till sjukhuset och bestämmer en mötesplats, så de inte behöver fråga sig fram.

Förberedelser är av stor vikt enligt Purves och Edwards studie (26). Med det avses att sjukhuset skall innan närstående ankommer, ha utsett en sjuksköterska som möter upp dem entrén. Den här sjuksköterskan bör ha kunskap om patientens tillstånd och vad som hänt så han/hon kan ge det första beskedet av information. Informationen bör vara saklig och sjuksköterskan skall inte tala symboliskt exempelvis, han/hon har gått bort, utan vara tydlig så inga missförstånd kan begås. LeBrocq et al. (25) tar upp vikten av att närstående erbjuds en möjlighet till avskildhet, ett privat rum när de ankommer till sjukhuset. Rummet skall enligt studiens resultat vara hemtrevligt, erbjuda tillgång till telefon och toalett möjligheter och bör även innehålla leksaker för de mindre barnen.

Andra fasen:

- Kontinuerlig information
- Möjlighet att närvara i behandlingsrummet
- Barns behov

Att få vänta på information om en patients tillstånd är enligt LeBrocq et al. (25) i hög grad stressande för närstående. För att minska deras stress bör som även påvisades i studien ovan, en och samma sjuksköterska ansvara all information till närstående. Sjuksköterskan skall då respektera att alla närstående inte är mottagliga för en grundlig informationsgenomgång, enligt Fontana (24) studie. För resultatet visade att det fanns närstående som inte ville ha någon information mer än om personen levde eller inte, men det fanns även de som vill ha all information och vara delaktiga i alla beslut. Hur mycket information närstående mäktar med är en avväjning som sjuksköterskan skall göra från närstående till närstående. Betydelsen av att sjuksköterskan gör detta kan ses i följande citat där en närstående beskriver sin upplevelse av personalens påtryckning av information: *"I'm not that kind of person that wants to be in denial. To me, tell me what it is, and I'll deal with it, as bad as it is, but not in this case. NOPE, I DID NOT WANT TO KNOW! Is he alive? Yes? Okay, I don't need to know anything else"* (s. 227, 24). Vilken slags information som gavs om patientens tillstånd var också av stor betydelse. För att endast erhålla positiv information, visade sig gav närstående hopp och blev inte utgången då positiv, var den svårare att acceptera. Enligt Williams och Frangesch (22) skall alltid de närstående erbjudas en möjlighet att närvara i behandlingsrummet. Om de närstående valde den möjligheten skulle de innan förberedas på hur rummet kommer att se ut, om deras anhöriges tillstånd och pågående insatser, samt vad de kan tänkas känna vid mötet. De skall också följas av ansvarig sjuksköterska, som skall vara deras stöd och fortsätta informera om de eventuella medicinska insatserna som ges till patienten. En motsägelse till närståendes önskan att delta i behandlingsrummet var av personalen som deltog i Hallgrimmsdottirs studie (32). Där det framkom i resultatet att över hälften av personalen inte ville att närstående närvarade. De ansåg att miljön i behandlingsrummet redan var stressande och att det skulle förvärras om närstående observerade dem.

Li et al. (28) resultat visade att även yngre närstående önskade få liknande information som de äldre och erbjudas möjligheten att vara närvarande i behandlingsrummet. Barns fantasi är ofta värre än verkligheten och därför är det enligt Knutsson och Bergboms (30) studien nödvändigt att även de får information och ges möjlighet att närvara i behandlingsrummet. Men i studiens resultat påvisades att det inte fungerade så ute i verkligheten. För de olika sjukhusen som deltog i studien var oense i den frågan och några klara riktlinjer fanns inte heller. Personalen på de olika sjukhusen hade också delade meningar i denna fråga, då en del tyckte det berodde på barnets ålder medan andra ansåg det var patientens grad av skada som var

avgörande. Det fanns även personal i studien som var helt emot att barnen skulle närvara. Studiens resultat visade också att de reaktioner barnen fick vid mötet med patienten var skiftande, men de flesta reagerade glatt på återföreningen. Det framkom att barn som var yngre än 10 år var mer nyfikna på miljön i behandlingsrummet, medan de som var äldre gärna önskade vara nära patienten, helst sitta i sängen. Sammanfattningsvis påvisade resultatet i Knutsson och Bergbom (30) studie att barn som fick vara med inne i behandlingsrummet och dela oron, fick en bättre förståelse och var mer förberedda ifall patienten dog.

Tredje fasen:

- Få se den avlidna
- Respekt för religion och kultur

Innan närstående erbjuds möjlighet att se patienten för att ta farväl, skall all medicinsk utrustning avlägsnas och eventuellt blod torkas bort enligt Adamowski (29). Att ta farväl är enligt McDowells (21) betydelsefullt för närståendes vidare sorgeprocess. De närstående som i studien avstod från att se den avlidna, kunde senare i sorgen ångra sig och en del närstående uttryckte även att de då inte upplevde dödsfallet som verkligt. Att se den avlidna med egna ögon kunde enligt studien underlätta för sorgearbetet att påbörja och reducera skuld känslor som naturligt uppkommer hos de flesta vid ett plötsligt och oväntat dödsfall. Sjuksköterskan skulle även ha i åtanke att organdonationsfrågan kan uppkomma och förbereda sig för den reaktion som de närstående då får. Purves och Edwards (26) betonade även att bemötandet närstående fick på sjukhuset påverkade vidare sorgarbetet, men också att det som personalen sa vid den tidpunkten och hur de agerade, kom att finnas kvar länge i närståendes tankar. Därför var det nödvändigt att sjuksköterskan bemöter dem med respekt, samt även tar hänsyn till deras kultur.

Le Brocqs et al. (25) studies resultat visade att sjukhuspersonal i största allmänhet vet alldeles för lite om olika kulturers traditioner i samband med dödsfall, samt att det är ett område som personalen borde få mer utbildning i för att kunna ge en god omvårdnad i livets slut. I Li et al. (28) studie var respekten för närståendes individuella kultur- och religions önskemål en central fråga i samband med ett dödsfall. I resultatet framkom det att en stödjande omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskor kunde erbjuda närstående, var att de fick möjlighet att se den avlidna för att ta farväl medan den fortfarande var varm.

Fjärde fasen:

- Identifiera självmordsbenägenhet
- Uppföljningssamtal

William et al. (27) kom i resultatet fram till att sjuksköterskan bör innan närstående lämnar sjukhuset, identifiera om det fanns en risk att de kan begå självmord. De

kriterier som påvisade öka självmordsbenägenheten hos närstående var; *plötslig och oväntad död, om personen som avled var ett barn, olösta konflikter, om närstående själva trodde sig ha någon skuld till dödsfallet eller om de redan innan var deprimerade*. När risk uppvisades skulle sjuksköterskan försöka ordna att de närstående kunde bo hos en vän eller släkting de första dagarna efter dödsfallet. Detta för att tidigare forskning har enligt studien påvisat att det var de första dygnet efter dödsfallet som var de mest kritiska. Det var också viktigt för närstående att efter dödsfallet få veta att deras anhörig hade erhållit bästa möjliga vård. Betydelsen av den kunskapen framkom även i Li et al.s studie (28) där närstående ville att personalen skulle intyga dem, att de gjort sitt yttersta för att rädda deras anhörig, vilket uttrycks i följande citat. *"Are you sure the medical personell did everything possible?"* Sjukhuspersonalens uppriktighet och ärlighet om dödsfallet värderades högt av närstående i studien, där de även önskade få vetskap om något mer hade kunnat göras för att rädda personens liv. Denna kännedom var enligt William et al. (27) betydelsefull för att närstående efter dödsfallet ofta var i behov av att samtala om och få en förklaring varför det inte gick att rädda patientens liv. Närstående i studien ville också att sjuksköterskorna skulle tala om för dem, när det är dags att gå hem. Detta för att närstående ansåg själva att de var så chockade över händelsen, vilket medförde att de hade svårt att överge patienten även om den var död.

McDowell (21) rekommenderade i resultatet att sjukhuspersonalen bör planera in ett uppföljningssamtal med närstående 1- 2 veckor efter dödsfallet inträffat. Detta samtal kunde ske via telefon eller bokad möte, men syftet med samtalet var densamma, att närstående skulle få möjlighet att diskutera eventuella frågor som dykt upp angående behandlingsinsatserna, omvårdnaden och dödsfalls orsak. I Li et al.s studie (28) ville närstående så snart som möjligt efter dödsfallet få en enskild detaljerad information om händelseförloppet kring dödsfallet, samt en skriftlig redovisning av den behandling och insatser som givits.

Hur kan sjuksköterskans bemötande lindra närståendes lidande?

Att ett gott bemötande från sjuksköterskan var lindrande för närstående i deras krissituation, återkom i samtliga artiklar och visade sig vara den viktigaste omvårdnadsåtgärden. Det goda bemötande kunde minska risken för en längre sorgprocess och ohälsa enligt Krueger (23). För att närstående skulle uppleva bemötandet som gott, ansågs det i McDowell (21) resultat nödvändigt att sjuksköterskan inte distanserade sig utan visade omtanke, empati, samt en vilja att stödja. Det finns enligt Li et al. (28) studie två infallsvinklar av bemötandet, närheten till sjuksköterskan och närheten till patienten och de tar upp betydelsen av att dessa sammansvetsas.

Fontana (24) använder en metafor i resultatet, *"The Rolling coster ride"*. Metaforen

har för avsikt att förtydliga den känsla närstående upplever på sjukhuset, då de kastar mellan hopp och förtvivlan om deras anhörig kommer att överleva eller inte. William och Frangesch (21) tar också upp i deras studie om den omfattande process närstående genomgår under sjukhusvistelsen. Sjukhusmiljön i sig är för närstående många gånger ny och främmande och kan skapa en känsla av rädsla. Att då även i denna nya miljö få beskedet om att någon nära anhörig löper risk att plötsligt och oväntat dö förstärker den känslan. Då är det enligt studien sjuksköterskans ansvar att bemöta dem väl, vägleda dem genom processen och ordna så deras behov blir tillfredställda. De närstående som deltog i Fontanas (24) studie ansåg att hela deras värld blev överklig i samband med att de fick beskedet om att en anhörig riskerade att dö och de framställde sjukhusvistelsen som en enda lång skrämmande tid. Kommande citat beskriver en närståendes känsla från sjukhusvistelsen: *"It was like I was numd. I was like, I don't believe this. I didn't have normal reactions"* (s. 225, 24). *"All I could do was sit there with my thoughts. It was horrible. There was nothing I could do except sit there"* (s. 226, 24). Närstående i Fontanas studie (24) ansåg att bemötandet ifrån sjukhuspersonalen antingen kunde lindra eller förstärka dess lidande. I bemötandet spelade även personalens kroppsspråk en betydelsefull roll. För närstående ansåg att de kunde förstå mer i vilket tillstånd patienten verkligen befann sig i, genom att läsa av doktors eller sjuksköterskans beteende och kroppsspråk än vad som egentligen sades till dem. En närstående i studien beskrev hur hon tolkade en doktors kroppsspråk: *"He looked a little shaken up, and he was talking too softly. That is when I got it. This is serious"* (s. 226, 24). En annan närstående i studie beskrev hur hon upplevde en sjuksköterskas beteende: *"I didn't really know how bad it was until the nurse come into the room crying. And that was like a brick against my head."* (s. 226, 24). Att visa känslor som sjuksköterska uppfattades som positivt i Williams (27) resultat, där sjuksköterskan ansåg vara mer human då. Även relationen upplevdes som mer jämlik när närstående kände en vänskap och intimitet med sjuksköterskan.

Krueger (23) tar upp att sjuksköterskan borde ha kunskap om den normala sorgprocessen, för att kunna ha förståelse i att ett plötsligt och oväntat dödsfall kan ge en längre och mer utdragen sorgprocess, som är fylld av ambivalenta känslor. Följande citat är från studien och är en beskrivelse av sorgprocessen: *"numbing that lasts a few hours to week and may be interrupted by outbursts of extremely intense distress and/or anger; a yearning and searching for the lost figure that can last for month or even years; a phase of disorganization and despair; and finally, a phase of reorganization"* (s. 164, 20). Plötslig död kan även enligt Kruegers (23) studie ge post- traumatiska syndrom, där de närstående inte kan minnas upplevelsen på sjukhuset, men kan paradoxalt nog inte glömma den heller. *"The stop of the rolling coaster"* (24).

Vilken kunskap behövs för att kunna bemöta närstående vid plötslig, oväntad död?

Plötslig, oväntad död är enligt William (27) en laddad och känslofylld upplevelse, för både personal och närstående. Personalen i studien uttryckte att det var svårt att veta vad de skulle göra för närstående pga. att de inte hade någon utbildning inom området och inga utarbetade riktlinjer att rätta sig efter. Resultatet i studien visade också att en del av personalen var rädda för att visa känslor och kände en stor fasa för döden. Detta medförde att mötet med de närstående då blev ännu mera stress- och känsloladdat. Studien berörde även närståendes upplevelse i det kritiska skedet, där de ansåg att situationen var mycket stressande för dem och att de i denna stund var i stort behov av kunnig personal för att klara av att hantera den.

Det är först och främst personal på akutintaget enligt Chaboyer (31), som tar emot patienter vilka plötsligt, utan förvarning varit med om en olycka och riskerar att dö. Detta möte kräver speciellt utbildade sjuksköterskor, för att kunna ge patienten och dess närstående god omvårdnad. För även om över 75 procent av fallen i denna studie överlevde så visade det sig, att för närstående få beskedet om att en olycka hänt och ankomsten till akutintaget var mycket stressfyllt. Studiens resultat visade också att närstående till den kritiska patienten ofta kände sig oviktiga, utanför och att ingen såg eller brydde sig om dem, när de var på sjukhuset. Li et al. (28) ansåg att det behövs utvecklade handlingsplaner för omhändertagandet av närstående vid plötslig och oväntad död, detta för att klara rutiner på arbetsplatsen försvårar sjuksköterskans arbete. Drygt hälften av de skotska sjuksköterskor som deltog i Hallgrimmsdottirs (32) studie saknade kunskap om hur de skulle omhänderta närstående. Resultatet visade att sjuksköterskorna behövde mer kunskap inom området. Det framkom också att inga av de sjukhus som deltog i studien hade några riktlinjer, detta trots att de ansåg att sjuksköterskan hade en betydelsefull roll och var den som bar ansvaret för omvårdnaden av närstående.

I Adamowski (29) studie framkommer det att förutom utbildning var det viktigt att de sjuksköterskor som medverkat i ett traumatiskt patientfall, får stöd att bearbeta händelsen. Studien tog även upp att om olika vårdteam samverkade, skulle omvårdnaden av de närstående bli mer effektiv och säker. Enligt LeBrocqs et al. (25) tar det på personalens kraft och energi att medverka vid ett dödsfall. Personalen behöver vid varje tillfälle då något traumatiskt inträffat få en möjlighet att samtala om händelsen och få feedback på det arbete de utfört. Ett stort antal av personalen som deltog i studien var rädda för, att närstående inte upplevde att de brydde sig om dem eller att de hade gjort sitt bästa för rädda patienten liv.

Diskussion

Metod diskussion

Det var svårt att hitta en omvårdnadsteoretiker som utgick från de närståendes perspektiv och inte utifrån patientperspektivet. Travelbee (15) omvårdnadsteori som använts, tog däremot upp många frågor som kretsade runt lidande, sjukdom, ensamhet och död. Teorin var relationsinriktad och handlade mycket om hur sjuksköterskan skall bemöta närstående, samt vad han/hon kunde göra för att lindra lidandet. Syftet med litteraturstudien var att ta reda på hur sjuksköterskan kunde ge närstående en god omvårdnad i samband med att en person plötsligt och oväntat avlider. Att utgå från omvårdnadsmodellen i resultatet valdes bort, för önskan med studien var att beskriva artiklarna utan en mall och därför ansågs användandet av Travellbee (18) modell då vara en begränsning. De tolv artiklarnas innehåll analyserades induktivt, för att lyfta fram vad de hade kommit fram till i deras resultat, diskussioner och sammanfattningen av det presenterades i studiens resultat. Den röda tråd som framkom i samtliga artiklar, var att sjuksköterskans bemötande var av stor betydelse för de närstående, både i krissituationen och för den kommande sorgeprocessen. Vad närstående ansåg som gott bemötande i de granskade artiklarna, grenade ut sig i olika omvårdnadsåtgärder och som delades in i fyra olika underkategorier/faser för att underlätta läsningen. I den vetenskapliga artikelsökningen upptäcktes det att bemötandet av närstående till plötsligt och oväntat dödsfall var ett utforskat område, genom att många av de vetenskapliga artiklarna refererade till varandra. Det fanns däremot en hel del skrivet om palliativ vård och plötslig spädbarns död, men den oväntade döden i vuxensjukvården verkade ännu vara ett nytt forskningsområde. Databaserna CINAHL och PubMed som valdes för att söka artiklar i, visade sig vara tillräckliga och var bra både innehålls- och kvalitetsmässigt. Även sökorden har fungerat bra för att finna de artiklar som önskades och motsvarade syftets frågeställningar. Att innan gå igenom sökordens innebörd i Mesh Databas, är något att rekommendera då svenska ord inte alltid har samma innebörd när de översätts till engelska. Det fanns ett stort utbud med artiklar som handlar om bemötande vid dödsfall, tyvärr begränsades antalet artiklar i och med exklusionskriterierna, för många handlade om palliativvård och plötslig spädbarnsdöd. Den artikeln som trots exklusionskriterierna valdes in var Knutsson och Bergbom. (30) pga. att barn tillhörde gruppen närstående och deras upplevelse och känslor kring plötslig och oväntad död var av stor vikt att lyfta fram.

De flesta av artiklarna var från år 2000 och framåt och därmed ansågs de ha god relevans tidsmässigt. Det var endast Adamowski (29) studie från 1993 och Hallgrimsdottir från 1999 (32) som var äldre. Där kunde relevans gentemot nyare forskning diskuteras, men dess innehåll stämde bra överens med de andra artiklarna

och därför bedömdes de relevanta. Artiklar kom från många olika länder och naturligtvis fanns möjligheten att det kan ha förkommit vissa kulturella skillnader. Men samtliga förutom Li et al. (28) hade sin grund i västvärldens kulturella ram, varför resultatet ändå kan anses kunnat appliceras i Sverige. De flesta av artiklarna har använt sig av en kvalitativ eller kvantitativ metod. En del av de kvalitativa hade även en fenomenologisk eller deskriptiv ansats. Två av artiklarna hade kvantifierat kvalitativ data eller hade gjort en kvalitativ respektive kvalitativ del så kallad Cross Sectional studie och det var (26, 28). Att kombinera kvalitativ och kvantitativ metod ansågs gav ett bredare dataunderlag och en säkrare grund. En artikel var en litteraturstudie (23) och gav i sig ingen ny forskning, men tillförde ändå mycket, eftersom den visade att det bemötande närstående hade fått påverkade vidare sorgeprocess och kunskap om vad den processen betydde var av avgörande roll, därför valdes den artikeln in i studien. Alla artiklar var vetenskapliga och tio av dem var etisk granskade, men i de övriga två artiklar har det inte framkommit om de var granskade (21, 23). Resultaten i samtliga granskade artiklar var påfallande lika, med avseende på närståendes upplevelse av sjuksköterskans bemötande, och därför kunde de anses ha stor relevans. Men det går inte att bortse från att det gjorts egna tolkningar, utifrån mitt perspektiv och därför kunde resultatet ha sett annorlunda ut om någon annan gjort det. Uppsatsen har författats enskilt och det hade både för och nackdelar, men olyckligtvis mest nackdelar. Detta blev uppenbart under uppsatsens gång, då det uppstod många tankar och funderingar som hade underlättat att få ventilerat med någon.

Resultatdiskussion

Mötet mellan människor är centralt inom vården, det talas om korta och långa möten och vikten av att de blir bra för att sjuksköterskan skall kunna ge en god omvårdnad. Denna studie byggde på det korta mötet som uppstod när närstående kom chockade in till akutintaget och vikten av att de blev bra bemötta, samt att deras behov blev synliga av sjuksköterskan. Närståendes behovsprocess kunde återspeglas i Travelbees (18) fem interaktionsfaser: första mötet, framväx av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse. För att mötet skulle bli bra påvisades det i resultatet att sjuksköterskan skulle ha förberett sig på mottagandet, dels mentalt och dels ordnat det praktiska som ett avskilt rum, för att minska närståendes chock och stress. Men hur det ser ut i verkligheten och vilka erbjudande närstående får kan diskuteras, med tanke på dagens sjukhus dåliga ekonomi och att personalen ofta arbetar underbemannat, samt att många avdelningar är överbelagda. Även att alla sjukhus hade ett utvecklat förberedelseprogram skulle i dagens utvecklade samhälle vara en självklarhet, men artiklarna påvisade också här att tyvärr inte så var fallet. I mötet med närstående framträder sjuksköterskans egen inställning, som är kopplat till den etiska värdegrund han/hon har. För att bemötandet skulle anses vara lindrande skall sjuksköterskan kunna ha förmågan att visa respekt, empati, sympati och

förståelse för närståendes situation. Detta skulle vara en naturlig fallenhet att vi som väljer denna yrkesroll innehar, men det är tyvärr inte alltid sant. Framväxten av sjuksköterskan och närståendes identitet blev synlig när närstående hade ankommit till sjukhuset. Sjuksköterskan skall då visa respekt för närstående situation och ha en vilja och önskan att hjälpa dem. Sjuksköterskan kunde här som Travelbee (18) också ansågs vara hans/hennes främsta redskap, använda sig terapeutiskt och bjuda in närstående, genom att erbjuda dem kontinuerlig information i den grad närstående mäktade med och möjligheten till att delta i behandlingsrummet. För när den lidande blir synlig uppstår sympati. Att sjuksköterskan visade empati och sympati framkom av resultatet vara en betydelsefull omvårdnadsåtgärd. Betydelsen av att alltid se till hela patienten och närstående är något vi sjuksköterskor får kunskap om redan tidigt i vår utbildning, men trots detta verkar det fortfarande vara något som sjuksköterskan brister i när han/hon utför omvårdnad.

När patienten hade dött var det av stor vikt för närstående att sjukhuspersonalen använde ordet död, istället för att en metafor. Det framkom i resultatet att om sjuksköterskorna använde en metafor som exempelvis "gått bort" kunde det skapa förvirring och ökar närståendes stress. Ordet död är något som använts mycket i denna litteraturstudie därför att vi sjuksköterskor måste bli mer komfortabla och orädda för döden. Att närstående efter dödsfallet gavs möjlighet till att ta farväl och att sjuksköterskan då respekterade eventuella kultur och traditioner, känns som en naturlig sak. Det ger också närstående en verklighetsuppfattning att dödsfallet hade ägt rum. Resultatet visade också att det var betydelsefullt för vidare sorgeprocess och därav kan det vara av nytta sett utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Ömsesidig förståelse borde finnas från organisation, personal och närstående, att denna traumatiska situation tar kraft av oss människor och det borde redan finnas utarbetade handlingsprogram och avsatt reflektionstid för alla inblandade. Denna studiens resultat visade att det här fanns stora svagheter i vården, genom att de flesta studier inte hade några uppföljningssamtal med närstående, där de kunde diskutera vad som hänt och om eventuellt nya tankar dykt upp. Att också personalen fick möjlighet till handledning där de kunde reflektera över händelsen och vad som hade gått bra och vad de behövde bli bättre på saknades. Detta fick kanske till följd av att personalen tog med sig arbetet hem och sett utifrån sekretessperspektivet kan detta betraktas som oetiskt och olagligt. Men att inte få en möjlighet att dela upplevda händelser och bära allt inom sig är inte rimligt och kan leda till en professionell utmattnings, som i sin tur kanske leda till att personalen blir utbrända och sjukskriver sig och då kostar även det samhället pengar.

Hur bemötandet kunde lindra lidandet hos de närstående anses har besvarats i resultatet, som visade på hur närstående önskade bli bemötta vid plöslig och oväntad död. Studiens resultat visade att bemötandet och omhändertagandet av närstående var

av varierade kvalité. Ett gott bemötande där närstående kände sig respekterade och delaktiga, underlättade för dem och den kommande sorgeprocessen där risken för ohälsa då minimerades. Att kunna reducera riskerna och arbeta i förebyggande syfte är en självklar grund i omvårdnaden och därav borde det redan finnas utvecklade handlingsprogram och riktlinjer för omhändertagandet av närstående i kris. Men olyckligtvis har resultatet påvisat att vårdens grundläggande syfte inte alltid stämmer överens med hur det ser ut i verkligheten. Cullberg (13) tog upp krisförloppet och vikten av att de reaktioner som då kunde uppkomma tilläts. Därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan har kunskap om hur ett normalt krisförlopp ter sig och kompetensen för att kunna bemöta närstående i den fas de befinner sig i. Enligt Travelbee (18) skall sjuksköterskan inneha kunskapen om och kunna hantera frågor som kretsar kring sjukdom och död. Men orsaken till att ett bemötande blev dåligt berodde enligt resultatet på att sjuksköterskorna inte visste hur de skulle agera och ansåg sig ha brist på kunskap inom området och att de var i behov av mer. Om sjuksköterskan saknar kunskap och kompetens ledde det till att de närståendes behovsprocess inte kunde tillgodoses och det resulterade i sin tur att omhändertagandet av närstående inte blev bra. Detta tros stämma bra med hur det är i verkligheten och är något som vi sjuksköterskor faktiskt kan göra något åt.

Vetenskaplig artikel diskussion

Se bilaga 1.

Konklusion & Vidare forskning

Studien har påvisat vilka behov närstående har i samband med att de riskerade att förlora någon i plötslig och oväntad död. Att ett gott bemötande kunde lindra närståendes chock, stress och sorg framkom också i resultatet, men tyvärr fanns det stora brister i både bemötandet och omhändertagandet av närstående. Mer kunskap om hur vi sjuksköterskor ska bemöta närstående och vikten av vad ett gott bemötande gör för dem i deras krissituation är ett område som det behövs vidare forskning i. Detta för att kunna utveckla handlingsplaner och riktlinjer som medför att vården blir tryggare och säkrare för patient och närstående. Men också för att sjuksköterskor skall veta att den omvårdnad som de utför är baserad på vetenskaplig grund.

Referenser

1. Socialstyrelsens hemsida.
<http://www.socialstyrelsen.se/sokresultat.htm?SoSQuery=pl%3%b6slig%20d%c3%b6d> Tillgänglig: 2007-03-08.
2. Kock-Redfors M. Plötslig oväntad död: Att ta hand om anhöriga i akut kris. Sävedalen: Warne Förlag; 2002.
3. Wikipedia Den fria encyklopedin Hemsida Sökord: döden
<http://sv.wikipedia.org/wiki/D%C3%B6den> Tillgänglig 2007-04-18
4. Arlebrink J. Döden och döendet: etiska, existentiella och psykologiska aspekter. Lund: Studentlitteratur AB; 1999.
5. Newth E. Varför dör man? Stockholm: Alfabetabokförlag; 2006.
6. Benzein E. Svensk sjuksköterskeförening. Kap 1 - Närståendes behov. Stockholm: SSF Material, 2004.
7. Kirkevold M, Strömsnes Ekern K. Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. Stockholm: Liber AB; 2002.
8. Nationalencyklopedins Hemsida. Sökord: plötslig död och bemötande.
http://www.nationalencyklopedin.com/jsp/notice_board.jsp?i_type=1.
Tillgänglig: 2007-03-15.
9. Handikappsorganisationens Samarbetsorgans Hemsida i Skåne.
<http://www.skane.hso.se/index.asp?h=rdm&aid=278>. Tillgänglig: 2007-03-15.
10. Wilow K. Författningshandboken 2004: SOSFS 1 993:17. Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Trettifjärde upplagan. Stockholm: Liber AB; 2003.
11. Wilow K. Författningshandboken 2004: SOSFS 1996: 24, § 2. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Trettifjärde upplagan. Stockholm: Liber AB; 2003.
12. Croona G. Etik och Utmaning: Om lärande av bemötande i professionsutbildning. Växjö: Växjö Universitet press; 2003.
13. Cullberg J. Dynamisk psykiatri. 6: e upplagan. Stockholm: Natur och Kultur; 2000.
14. Ekselius E. Människor i kris. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
15. Jourhavande Krisgrupp DOSOM hemsida.
<http://www.krisberedskapsförbundet.se/Ytterligare%20info-htm>. Tillgänglig: 2007-01-29.
16. Sjukvårdsrådgivningens hemsida. Sökord: chock.
<http://sjukvardsradgivning.se/artikel.asp?CategoryID=23005>. Tillgänglig 2007-03-13.
17. Kallenberg K. Den mogna sorgen: En treårsuppföljning av sörjande som mist en nära anhörig i plötslig och oväntad död. Lund: Nya Doxa AB; 1992.
18. Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia: Davis; 1971.

19. Patel, R. Davidsson, B. Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003.
20. MeSH databas hemsida:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>. Sökord: Deth, sudden, family, bereavement, nursing, critical illness and intensive care.
 Tillgänglig: 2007-01-31.
21. McDowell H. K. Sudden bereavement in acute care settings. *Nursing Standard* 2004; **19**, 6, 38-42.
22. Williams M, Frangesch B. Developing to assist sudden-death families: A 10-years perspective. *Journal of Advance Nursing* 2001; **19**: 475-487.
23. Krueger G: Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome. *Nursing Inquiry* 2006; **13**: 163-171.
24. Fontana J. S. A Sudden, Life-treating, medical crisis: The family's perspective. *Advances in Nursing Science* 2006; vol. **29**, No 3, pp. 22-231.
25. LeBroq P, Charles A, Chan T, Buchanan M. Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 2003; **11**, 85-90.
26. Purves Y, Edwards S. Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency Nursing* 2005; vol. **13** No 7, pp. 28-35.
27. Williams A. G, L O'Brien D, Laughton K, Jelin G. Improving service to bereaved relatives in the emergency department: Making healthcare more human. *The Medical journal* 2000; **173**: 480-487.
28. Li S. P, Chan C. W.H, Lee. D. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 2002; **40** (2), 170-180.
29. Adamowski K. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *Medical Journal* 1993; **149** (10), 1445-1451.
30. Knutsson S, Bergbom I. Custodian's viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2005; **16**, 362-371.
31. Chaboyer W. Intensive care and beyond: Improving the transitional experiences for critically ill patients' and their families. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; **22**, 187-193.
32. Hallgrimsdottir E. Accident and emergency nurse's perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing* 2000; **9**, 611-619.

Bilaga 1

Vetenskaplig artikeldiskussions:

Ref.nr	21
Titel	Sudden bereavement in akut care settings.
Författare	Kent H McDowell
Tidskrift	Nursing Standard
Publ. år	2004
Land	England
Syfte	Syftet var att belysa närståendes psykiska reaktioner vid plötsligt dödsfall, samt hur sjuksköterskans bör bemöta dem.
Metod	Kvalitativ metod, intervjuer.
Kort sammanfattning	Resultatet gav riktlinjer för hur de närstående ville bli bemötta och hur sjuksköterskor kan vara ett stöd för dem.
Artikels relevans	Studien anser jag har god relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	40

Ref.nr	22
Titel	Developing strategies to assist sudden-death families: A 10- year's perspective.
Författare	Marcia Williams & Bette Frangesch
Tidskrift	Journal of Advanced Nursing
Publ. år	2001
Land	USA
Syfte	Syftet var att testa ett uppföljningsprogram, om närstående till plötsligt, oväntat dödsfall.
Metod	Kvantitativ metod, frågeformulär
Kort sammanfattning	Resultatet utgick ifrån de närståendes perspektiv av vad de ansåg var som de viktigaste omvårdnadshandlingarna från sjuksköterskan i denna stund.
Artikels relevans	Studien utgick från de närståendes perspektiv och var i både innehåll och centrala begrepp relevant gentemot mitt syfte. Det står inget om studien är etisk granskad eller inte.
Antal referenser	10

Ref.nr	23
Titel	Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome.

Författare	Guenther Krueger
Tidskrift	Nursing Inquiry
Publ. år	2006
Land	Canada
Syfte	Syftet var att lyfta fram vad plötslig, oväntad död kan ge för bestående symtom hos de närstående.
Metod	Litteraturstudie
Kort sammanfattning	Studiens resultat visade att om de närstående har ett bra stöd från familj och vänner, så kan det underlätta sorgprocessen. Även vilket liv de närstående levde innan, spelar roll för hur de klarade av sorgen, med tanke på social- och ekonomiska relationer.
Artikelns relevans	Studien handlar om sorgprocessen och hur den bör bearbetas, vilket inte ingår i mitt syfte. Men den tar upp viktiga detaljer som behövs för att veta varför bemötandet och stöd i det kritiska skedet är viktigt och därför anser jag att studien är relevant. Det står inget om studien är etiskt granskad eller inte.
Antal referenser	51

Ref.nr	24
Titel	A sudden, life-threatening medical crisis: The familie´s perspective.
Författare	Joyce S Fontana
Tidskrift	Advance in Nursing Science
Publ. år	2006
Land	USA
Syfte	Syfte var att ta upp de närståendes upplevelser vid ett plötsligt, oväntat dödsfall.
Metod	Studien har använt en kvalitativ och deskriptiv fenomenologisk metod, intervjuer. Den fenomenologiska metoden som användes var av Husserl.
Kort sammanfattning	Resultatet beskriver den ”Rolling coster ride” de närstående upplever vid plötslig, och oväntad död. Metaforen används för att beskriva hur fasansfull denna tid i verkligheten är för närstående.
Artikelns relevans	En mycket bra och ny studie som besvarar många av mina frågeställningar och har en bra relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	20

Ref.nr	25
Titel	Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department.
Författare	Patricia LeBrocq & Amanda Charles & Thomas Chan & Mary Buchanan
Tidskrift	Accident and Emergency Nursing
Publ. år	2003
Land	Australien
Syfte	Syftet var att ta upp vikten av att ha riktlinjer vid ett plötsligt, oväntat dödsfall, dels för personalens trygghet och dels för de närstående.
Metod	Kvalitativ metod, intervjuer.
Kort sammanfattning	Studiens resultat beskriver närståendes upplevelser och känslor för döden och vilka behov som måste tillgodoses, utifrån bådas perspektiv.
Artikelns relevans	Studien har god relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	12

Ref.nr	26
Titel	Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death.
Författare	Yvonne Pures & Sharon Edwards
Tidskrift	Emergency Nursing
Publ. år	2005
Land	England
Syfte	Syftet var att se vilka behov närståendes hade vid plötslig, oväntad död.
Metod	En Cross Sectional studie, med kvantitativ ansats med vissa kvalitativa data har samlats in dvs. både intervju och frågeformulär har använts för att få fram resultatet.
Kort sammanfattning	Studien resulterade i ett 8- stegs program som testades och presenteras i resultatet.
Artikelns relevans	Studien har god relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	28

Ref.nr	27
Titel	Improving services to bereaved relatives in the emergency department: Making healthcare more human.
Författare	George Williams & Debra L O'Brien & Kylie J Laughton & George A Jelin.
Tidskrift	The Medical Journal

Publ. år	2000
Land	Australien
Syfte	Syftet var att testa framtagna riktlinjer för hur akutsjukhus personal bör bemöta närstående till patienter som avlider.
Metod	Kvantitativ metod, frågeformulär
Kort sammanfattning	I resultat påvisade att det viktigaste enligt de närstående var att de blev bemötta av kunnig och professionell personal, som även hade hjärtat med i arbetet.
Artikelns relevans	Studien har god relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	17

Ref.nr	28
Titel	Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accidents and emergency setting in Hong Kong.
Författare	Serena P Li & Carmen W H Chan & Diana T F Lee.
Tidskrift	Journal of Advanced Nursing
Publ. år	2002
Land	Hong Kong
Syfte	Syftet var att få lärdom av de omvårdnadshandlingar sjuksköterskorna gör för närstående som plötsligt förlorat någon, samt att se om det fanns skillnader i hur närstående reagerar på förlusten vad det avser kön, ålder, religion, inkomst och utbildning.
Metod	En Cross Sectional studie, med kvantitativ ansats med vissa kvalitativa data har samlats in dvs. både intervju och frågeformulär har använts för att få fram resultatet.
Kort sammanfattning	Resultatet åskådliggjorde att närstående ansåg att det var viktigast i en rankad ordning, där den bästa omvårdnadsåtgärden var skriftlig information om vilka insatser som gjordes för patienten innan dödsfallet. Yngre människor uttryckte ett större behov av information än äldre.
Artikelns relevans	I denna studie var det en stor kulturskillnad gentemot de övriga granskade artiklarna och relevansen gentemot västerländsk sjukhusvård kan diskuteras.
Antal referenser	39

Ref.nr	29
Titel	Sudden unexpected death in the emergency department: Caring for the survivors.

Författare	Kazimiera Adamnowski & Garth Dickinson & Brian Weizman & Carin Roessler
Tidskrift	Medical Journal
Publ. år	1993
Land	Canada
Syfte	Syftet var att se om akutvårdspersonalen bemötte de närståendes behov vid ett oväntat, plötsligt dödsfall, även för att utvärdera om riktlinjer behövs.
Metod	Kvantitativ, frågeformulär
Kort sammanfattning	Resultatet påvisade att de när det behövs riktlinjer för att kunna tillgodose de närståendes behov vid plötsligt dödsfall.
Artikelns relevans	Studien är år 14 år gammal men jag anser att den trots det har god relevans nutida forskning och gentemot mitt syfte.
Antal referenser	16
<hr/>	
Ref.nr	30
Titel	Custodians viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit.
Författare	Susanne Knutsson & Ingegerd Bergbom
Tidskrift	Journal of Clinical Nursing
Publ. år	2005
Land	Sverige
Syfte	Syftet var att beskriva barns och föräldrarnas upplevelse av att barnen erbjöds möjlighet att delta i behandlingsrummet, när en av föräldrarna låg på intensivvårdsavdelning
Metod	En kvantitativ och deskriptiv metod har använts, frågeformulär.
Kort sammanfattning	Det framkom tydligt i resultatet att föräldrarna tyckte det var viktigt för dem att barnen fick möjligheten att vara nära dem. Även barnen uppfattade mötet som positivt och deras fantasier blev mindre skräckinjagande. Personalen däremot tyckte ofta att det inte var lämpligt att barnen skulle närvara i behandlingsrummet och därför utlämnade de också information till dem.
Artikelns relevans	Studien har god relevans mot en del av min studie och behövdes för att få in hela de närståendes perspektiv, där barn är medräknade.

Antal referenser	34
Ref.nr	31
Titel	Intensive care and beyond: Improving the transitional experiences for critically ill patients and their families.
Författare	Wendy Chaboyer
Tidskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Publ. år	2006
Land	Australien
Syfte	Syftet var att beskriva kritiskt sjuka patienter och deras närståendes upplevelser av akutsjukvård.
Metod	Kvalitativ metod, intervju
Kort sammanfattning	Resultatet visade att det krävs specialutbildade sjuksköterskor för att kunna ge en god omvårdnad. Detta pga. Att miljön på ett akutintag är ofta mycket stressfyllt och att det är då lätt att både patienter och närstående hamnar i skymundan och känner sig osedda.
Artikels relevans	Studien har god relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	24
Ref.nr	32
Titel	Accident and emergency nurses perception and experiences of caring for families.
Författare	Elin M Hallgrimsdottir
Tidskrift	Journal of Clinical Nursing
Publ. år	2000
Land	Island
Syfte	Syftet var att kartlägga akutsjuksköterskors uppfattning och erfarenheter av omhändertagandet av närstående som plötsligt, oväntat mist någon.
Metod	Kvantitativ metod, frågeformulär
Kort sammanfattning	Resultatet bekräftade att personalens inställning av sjuksköterskansvaret inkluderade omhändertagandet av närstående. Personalen var förtroga med forskning om närståendes behov och kände att den frågan behövdes lyftas vidare och att även riktlinjer borde utvecklas.
Artikels relevans	Studien har god relevans gentemot mitt syfte.
Antal referenser	47