

DÖDEN ÄR LIVSVIKTIG!

Om mötet mellan sjuksköterskan och den döende patientens anhöriga

FÖRFATTARE	Darko Skrobo
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120p Omvårdnad – Eget arbete
	HT 2006
OMFATTNING	10p
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Joakim Öhlén

FÖRORD

Jag vill framföra världens största tack till min handledare Ingegerd för hennes ihärdiga engagemang och stöd. Det var tufft att skriva ensam men jag har alltid känt ett starkt stöd. Tack för alla goda råd, kloka kommentarer och **speciellt alla** språkjusteringar. Utan dem hade detta arbete inte varit begripligt för resten utav mänskligheten. TACK!

Titel:	Döden är livsviktig! Om mötet mellan sjuksköterskan och den döende patientens anhöriga.
Titel:	Death is vital! Description of the meeting between the nurse and relatives of a dying patient.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng Omvårdnad – Eget arbete VOM200 SPN6 - HT 2006
Sidantal:	20
Författare:	Darko Skrobo
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Joakim Öhlén

SAMMANFATTNING

När sjuksköterskan får ansvar för en patient som är döende får han/hon också ett ansvar för de anhöriga. De flesta anhöriga har en mycket begränsad kunskap om döendeprocessen och döendet i allmänt. De anhöriga har sina egna liv, sina egna behov och i synnerligt sina egna bemärstringsstrategier. Det tillhör sjuksköterskans yrkesområde att inkludera de anhöriga i omvårdnaden och att hjälpa de finna mening samt att inge hopp. Syftet med arbetet var att belysa mötet mellan sjuksköterskan och den döende patientens anhöriga. Syftet var även att beskriva hur sjuksköterskan kan fungera som resurs och stöd för de anhöriga. Detta arbete är en litteraturstudie som baserar sig på tolv vetenskapliga artiklar. Den omvårdnadsteoretiska förankringen gjordes till Joyce Travelbee med särskilt fokus på den mellanmänskliga relationen samt begreppen lidande och hopp.

Resultatet visar att ett bra möte mellan sjuksköterskan och de anhöriga bygger på respekt och humanistiska värderingar. Brister detta leder det till dålig atmosfär, risk för konflikt och osäkerhet bland de inblandade parterna. Omvårdnadshandlingar som är anpassade efter de anhörigas behov är centrala för att lindra de anhörigas lidande. Sjuksköterskan kan tillgodose dessa behov genom att erbjuda information och undervisning, praktisk hjälp och avlastning, stöd och bekräftelse samt genom att inge hopp i en synnerligen hopplös situation.

Nyckelord: relatives, family, palliative care, professional-family-relations, nurses approach.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD

INTRODUKTION	1
Inledning	1
Relationen till döden – Då & Nu	1
Palliativ vård	2
Anhöriga	3
Anhörigas olika roller	4
Anhörigas behov	5
Relationen mellan patient-anhöriga-sjuksköterska	6
Omvårdnadsteoretisk anknytning	7
SYFTE	8
METOD	9
RESULTAT	10
Relationen mellan patient-anhöriga-sjuksköterska	10
Faktorer som påverkar mötet med anhöriga	11
Hur kan sjuksköterskan fungera som stöd för de anhöriga	12
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
REFERENSER	19
BILAGA 1: Artikelpresentation	

INTRODUKTION

Inledning

Det ställs många krav på dagens sjuksköterskor. Att vara professionell, att vara vårdande, att vara empatisk, att ta ansvar för många olika patienter. Det finns inte enbart ett omvårdnadsansvar gentemot patienter utan också mot deras anhöriga. Detta ansvar gentemot anhöriga blir extra tydlig vid omvårdnad av patienter som är döende. Inom många områden i sjukvården vårdas döende människor och bakom var och en av dem finns det oftast många individer. Vänner, föräldrar, syskon, barn, barnbarn, arbetskamrater osv. När en patient är döende uppkommer det ett ökat behov av tröst, vård, vägledning och lindrat lidande för de anhöriga. Dessa behov kan dock skapa osäkerhet bland vårdpersonal och resultera i en negativ upplevelse av kommunikation och bemötande. Därför är det ytterst viktigt att som sjuksköterska kunna se dessa behov och ha en förmåga att möta de anhöriga.

Intresset att genomföra denna litteraturstudie väcktes från egna erfarenheter, reflektioner samt efter samtal med andra. Fokus i samtalet har då varit kring sjuksköterskans ansvar att erbjuda ett tillräckligt bra bemötande till de anhöriga samt om det möte som uppkommer mellan dessa båda parter. Nedan finns en gammal svensk folkvisa av okänt ursprung, som jag känner belyser det faktum att det finns lidande människor bakom den döende. Människor är förenade med varandra och om en försvinner finns det oftast någon kvar, som sörjer och som behöver stöd i sin sorg.

*”Vem kan segla förutan vind?
Vem kan ro utan åror?
Vem kan skiljas från vännen sin,
utan att fälla tårar?”*

*Jag kan segla förutan vind.
Jag kan ro utan åror.
Men ej skiljas från vännen min
utan att fälla tårar.”* (1, sid 348)

Relationen till döden – Då & Nu

Det finns en vishetslära här i världen, en slags objektiv sanning. En självklarhet! Att vi har fötts och att vi en dag kommer att dö. Detta faktum accepterades utav generationerna före oss, men någonting har inträffat i dagens samhälle som har resulterat i en ansenlig okunskap kring döendeprocessen. Fram till mitten utav 1900-talet så dog människan fortfarande hemma bland sina nära och kära (2, 3). Döendeprocessen var en tid då barn, familj, grannar och vänner samlades för att ge den döende omvårdnad. Det fungerade också som en naturlig introduktion till döden och döendet. Det var ett tillfälle att komma i kontakt med döden, att samtala om den och att lära sig utföra de ritualer som därmed åtföljde (3, 4). I varje kultur finns det olika sätt att hedra de döda och olika ritualer som fungerar som bemästringsstrategier (5, 6).

De viktigaste bidragen till ett förändrat synsätt är institutionaliseringen av vården och utvecklingen av medicinsk teknologi (3, 4, 7). De medicinsktekniska framstegen har lett till en ökning utav människans förväntningar på botande och lindrande behandlingar. En effekt utav institutionaliseringen är att anhöriga överlämnar ansvaret för vårdandet av de döende till specialisterna på sjukhus och vårdinrättningar. När döden väl inträffar så överlämnas ansvaret till begravningsbyrån, som sedan tar över de sedvanliga ritualerna som följer efter dödsfallet (7, 8). I princip har döden blivit osynliggjord och sker bakom stängda dörrar istället för att vara en naturlig del i vardagen. En konsekvens utav detta har blivit att döden nu ses som ett tabulagt ämne kopplad till sorg, lidande och förlust. Det är något som hotar dem vi älskar, hotar vår ungdom, vår skönhet, vår sätt att leva. Många människor chockeras över hur oförberedda de är när de plötsligt ställs inför sin egen eller någon älskad närståendes död (8).

Den erfarenhet och kunskap som har överförts från generation till generation har reducerats till minimal kunskap om dödsprocessen och mötet med döden kan bestå utav några enstaka sjukhusbesök. Många går genom livet utan att se eller få en erfarenhet utav vad döden innebär. Faktum kvarstår att döden fortfarande är oundviklig, men vår attityd till den har förändrats och nu ser man mer på döden som ett misslyckande (7).

Palliativ vård

Bonniers svenska ordbok (9) definierar palliativ vård på följande sätt:

”Palliativ. Om medicinsk behandling, riktar sig enbart mot symtomen. L indring för ögonblicket, tillfällig hjälp” (9, sid 422).

Även om palliativ vård är den vård som primärt syftar till att lindra smärta och andra besvärande symtom så är den inte någon tillfällig hjälp utan en aktiv helhetsvård. Denna typ utav vård påbörjas då sjukdomen inte längre kan behandlas botande (kurativt) och när patienten, de anhöriga och sjukvårdspersonalen kommit överens om att andra symtom/problem borde prioriteras. Dessa kan vara utav fysisk, psykologisk, social eller existentiell karaktär. Ordet palliativ härleds ur latinets palliatus och betyder "bemantlad" (10). Beck-Friis (10) förklarar detta som *”rätt vård ska vara som en kärleksfull mantel som omsluter den lilla hjälpbehövande människan”* (10, sid 3). Under senare år har palliativ vård blivit en alltmer viktig filosofi, en egen vetenskap som kan hjälpa människor i livets slutskede (11).

Övergången från kurativ vård till palliativ, lindrande vård, kan vara omskakande för de inblandade. Även om situationen länge varit allvarlig så kan nyheterna komma plötsligt. En chock där man plötsligt kan ger upp all hopp (6, 7).

Nationella Rådet för Palliativ Vård (11) har översatt WHO's definition av palliativ vård på följande sätt:

”Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

- Lindrar smärta och andra plågsamma symtom.
- Bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process.
- Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden.
- Integrerar psykologiska och existentiella aspekter i patientens vård.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet.
- Tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal.
- Befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse.
- Är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier som syftar till att förlänga livets såsom cytostatika och strålbehandling. Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer” (11).

Anhöriga

Det finns ingen nationell eller global konsensus kring vilka de anhöriga egentligen är eller vilken beteckning man ska använda i litteraturen. Detta har lett till att begreppen anhöriga, närstående och ibland även familj, förekommer i litteraturen som synonymord (4, 8, 7).

Definitioner av begreppet anhörig:

- släkting (9)
- släkting, anförvant, familjemedlem, närstående, frände (12)
- med termen anhörig menas den eller de som står den sjuke närmast, det kan vara make/maka, barn med även vän eller granne (4).
- make/maka (eller motsvarande), barn, förälder, syskon, syskonbarn, svärförälder, svärdotter, svärson, andra nära släktingar eller vänner som regelbundet besöker den sjuke (13)
- begreppet anhörig associeras ofta till någon/några som har direkta blodsband eller annat släktskap med varandra. Närstående ger en vidare association till vårdtagarens närmaste sociala nätverk. En närstående kan förutom personer med släktskap till exempel vara en vän, en granne eller en person från en utvidgad familj, exempelvis en tidigare hustrus barn i en senare relation (14).

I detta arbete kommer ordet *anhörig* att stå för de personer i relationen som inte är i en palliativ omvårdnadssituation. Ordet *patient* eller *den sjuke/den döende* kommer att stå för den döende individen i relationen.

Det finns en brist på studier och litteratur som belyser de anhörigas roll som ”givare av vård” och deras delaktighet inom institutionsvården. Det beror troligtvis på ett antagande att de anhöriga slutar fungera som vårdare då det sker en överlämning till den specialiserade sjukhusvården. Detta stämmer dock inte utan de anhöriga har då bara skiftat sin roll till en annan del av sitt anhörigskap (2, 4, 7).

Anhörigas olika roller

Studier har belyst hur anhörigas situation förändras och hur anhörigas roller påverkas utav att en älskad person vårdas i livets slutskede. Dessa roller går inte alltid att separera ifrån varandra utan de är överlappande (4, 7). Whitaker (7) beskriver de anhörigas roll i sjukvården som en pendel, som går fram och tillbaka mellan olika roller. Att vara anhörig till en person som är döende är en påfrestande roll att bära. De anhörigas olika roller är inte statiska utan i högsta grad dynamiska (7).

Vårdgivare.

Oavsett om patienten är på sjukhus eller i hemmet så känner de anhöriga ett omvårdnadsansvar gentemot den döende. Detta behöver inte betyda en direkt aktiv roll i den fysiska omvårdnaden utan kan vara att se till att patienten har det bra och att det inte saknas något. Ordna med ekonomi, ordna med plats på boende, framföra information till de rätta parterna osv. Rollen som vårdgivare kan också vara mer praktisk inriktad. Kvinnor har en mer traditionell roll som vårdare med ansvar för t.ex. matning, hygien, omläggning, toalettbesök, hjälpa ur och i sängen osv. (4). Rollen som vårdgivare är en viktig roll för de anhöriga då det kan vara till tröst och ha stor betydelse för sorgarbetet om man har fått medverka i vården av den döende (15).

Vårdtagare.

Då patienten enbart är sjuk så kan de anhöriga ”bara” behöva stöd. Men när patienten övergår till att vara döende och mottagare av palliativ vård kan det faktiskt vara de anhörigas första konkreta kontakt med döden och döendet. Det kan vara en helt ny situation och de påfrestningar som berör patienten kan också i högsta grad påverka de anhöriga (4, 7). I många situationer, om de tillåts, kan de anhöriga uppta lika mycket tid och känslomässig uppmärksamhet som patienten (16).

Den sjuktes talesman.

De anhöriga har oftast kunskap om patienten och står patienten nära och kan ge personalen den information som behövs. Denna roll är oftast mest distinkt vid ett första möte. Att be de anhöriga berätta om patienten och dela med sig utav sin kunskap är en bra utgångspunkt. Det leder till en ökad känsla av delaktighet och bidrar till den döendes omvårdnad. Det leder också till att vårdpersonal kan individanpassa vården. Vården skall grunda sig på en individuellt utformad plan där man tar hänsyn till den enskildes önskemål, levnadsvanor och kulturella bakgrund (5, 15, 17). Att vara patientens talesman/advokat är oftast förbundet med ett ansvar, att se till att den döende får en bra vård som baseras på dennes önskemål (4, 10).

Mottagare.

Rollen som mottagare kan ses som en förlängning av vårdtagarrollen och innebär att de anhöriga lyssnar, är närvarande och observerar. Det är en mer passiv roll där man får information antingen från patienten eller sjukvårdspersonal, som kan användas vid ett senare tillfälle. I och med detta så är de anhöriga viktiga för kontinuiteten i patientens vård (4, 7). Genom denna kontinuerliga inblandning och förståelse av situationen ökar de anhörigas möjlighet och känsla av att hantera situationen (4).

De anhörigas behov

Som tidigare nämnts så kan de anhöriga uppleva nya och ansträngande utmaningar när en patient är döende. Dessa är av såväl praktisk, känslomässig, existentiell, ekonomisk och fysisk karaktär (4, 7, 10).

Dessa påfrestningar resulterar i olika behov hos de anhöriga som måste tillgodoses för att de ska kunna fungera normalt och kunna fortsätta uppleva välbefinnande. Som sjuksköterska är det i hög grad viktigt att kunna identifiera och möta dessa behov. Brister i detta påverkar relation med de anhöriga på ett negativt sätt (16).

Omvårdnadsteoretikern Henderson insåg vikten utav att möta människans behov och formulerade 14 behov som utgör centralt fokus i hennes omvårdnadsteori. Dessa är knutna till grundläggande mänskliga behov och kan vägleda sjuksköterskan i arbetet med anhöriga till döende patienter. De kan också ge vägledning i strävan efter att identifiera och tillgodose de behov som uppkommer. Genom att arbeta för att tillgodose dessa behov kan sjuksköterskan främja de anhörigas välbefinnande (3, 7, 10).

För att lyckas med detta ska sjuksköterskan bland annat:

- *Utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn*
- *Visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet*
- *Tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter*
- *Visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar*
- *Utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan (17, sid 10).*

I litteraturen beskrivs olika behov som anhöriga till döende patienter uppvisar.

Praktiska behov.

De anhöriga har behov av att känna sig trygga och bekanta med den närliggande miljön de befinner sig i. Hjälp med orientering kring vart kafeterian, toaletten, närmsta apotek ligger osv. är viktiga faktorer för att uppleva en känsla utav trygghet. Skåp där det är möjligt att lägga in sina saker, säng och möjlighet för övernattning behövs. Att känna till hur man kan komma i kontakt med dem som ansvarar för den sjukes vård genom t.ex. telefonnummer till läkaren, sjuksköterskeexpeditionen, avdelningen är viktigt. Det finns också behov för ett forum där frågor kring medicinering, ekonomi, undersökningar, vistelser, transport kan besvaras (3, 4, 8).

En utav de mest genomgående och märkbara behoven som anhöriga har är behovet av information kring den sjuke. De anhöriga önskar framförallt att bli informerade om hur den sjuke har det och om planer kring behandling och framtiden (2, 13). Brist i att tillfredsställa just detta behov resulterar ofta i konflikt mellan de anhöriga och personalen. De finns dock en viss förståelse från de anhörigas sida att detta behov inte alltid kan tillfredställas med tanke på personalens arbetsbörda, stressig arbetsmiljö och underbemanning (13, 18). Det finns också behov av avlastning, i den bemärkelsen att någon kan ta hand om "allting" så att man kan försvinna ett tag och tänka på annat, att uträtta ärenden (2).

Emotionella behov.

De anhöriga har stort behov utav tröst, trygghet och stöd i det de går igenom samt av att bli sedda som lidande (10). De behöver ett forum där de kan skapa kontakt med andra människor och ge uttryck för sina behov samt ventiler sina känslor. Som sjuksköterska ska man veta att detta kan uttrycka sig på ett positivt och konstruktivt sätt eller på ett negativt sätt genom aggression och skrik (2, 4 13). De emotionella behoven tillfredställs när de anhöriga får möjlighet till stödsamtal och deltar i vården av patienten, då har man möjlighet att känna sig värdefull och bidragande (15, 18).

Kulturella och existentiella behov.

Anhöriga har behov av att uttrycka sina religiösa och kulturella övertygelser i samband med omvårdnaden. Genom att anhöriga gör detta ökar känslan utav gemenskap, välbefinnande och trygghet hos samtliga parter (5). Vårdpersonalen måste respektera patientens och de anhörigas rätt att uttrycka sin kulturella och religiösa identitet och leva efter sina övertygelser (5, 10). Vårdpersonalen bör alltid tänka på att det existentiella behovet är starkt och viktigt, även om de anhöriga inte är religiöst aktiva så föreligger det alltid ett behov att samtala om existentiella frågor (10).

Fysiska behov.

De anhörigas fysiska behov kan ibland bli bortglömda då fokus ligger på patienten. Men de anhöriga har också behov utav vila och sömn, få i sig adekvat med närings- och vätsketillförsel för att fysiskt orka med situationen, byta kläder samt upprätthålla sin normala kroppshygien (2, 7, 13).

Relationen mellan patient-anhöriga-sjuksköterska

Relationen mellan patient, anhörig och sjuksköterska är patientcentrerad då det är patienten som är sjuk och döende. Samtidigt så är dessa tre förenade med varandra och litteraturen betecknar förhållandet mellan dessa som en triangel (2, 4, 7, 10). Genom patienten introduceras sjuksköterskan och de anhöriga till varandra. Dessa två jobbar sedan tillsammans för att säkerställa den bästa omvårdnaden för patienten. De anhöriga och patienten har en kontakt med sjuksköterskan och ger bekräftelse på att arbetet är betydelsefullt (16). Sjuksköterskans engagemang blir på ett väldigt intimt plan och hon/han kan inte undgå att påverkas känslomässigt (15).

Patient-sjuksköterska

Relationen mellan sjuksköterska och patient är en unik företeelse i varje vårdsituation. I vissa situationer kan dessa två ha mer kontakt med varandra än patienten har med sina anhöriga. För att skapa en äkta relation med varandra, en mellanmänsklig relation, ska båda sträva efter att komma undan sina fördomar och tillskrivna roller. Om det lyckas så blir sjuksköterskan en viktig del i patientens liv. Viktiga och fördomsfria samtal kan utspelas, patienten kan samtala om företeelser i förtroende som ingen annan vet. Att ha ett sådant öppet forum med någon i förtroende kan vara en oerhörd hjälp i patientens egen sorg/bearbetnings process (16).

Patient-anhöriga

Det finns en privat sfär som patienten bara delar med de anhöriga. Därför är anhöriga extremt viktiga i omvårdningsplaneringen. Relationen patient - anhöriga blir ännu viktigare om patienten är försvagad eller okontaktbar och kan inte föra sin egen talan. Då är det de som känner patienten bäst som måste föra talan för att omvårdnaden ska ske efter patientens önskemål (15).

Anhöriga-sjuksköterska

Sjuksköterskans främsta roll gentemot de anhöriga är att erbjuda information, att inge hopp, erbjuda lugn och trygghet, lindra lidande, hjälpa de anhöriga att finna mening och stödja dem i sorgarbetet. Sjuksköterskan har ett ansvar mot de anhöriga som också uttrycks i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (17). Relationen kan dock bli krävande och konflikter kan uppkomma om de anhörigas behov, förväntningar och förhoppningar sträcker sig bortom de resurser sjuksköterskan kan erbjuda (2, 4, 7, 18). Sjuksköterskans bör ta inspiration ifrån kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor, då denna har betydelse för sjuksköterskans arbete oavsett verksamhet och vårdform (17).

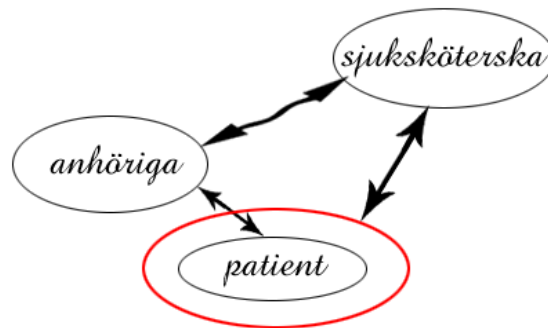


Bild 1 Relationen mellan patient-anhörig-sjuksköterska

Omvårdnadsteoretisk anknytning

Då detta fördjupningsarbete behandlar frågan om anhöriga är Travelbees beskrivning av den mellanmännsliga relationen med särskild fokus på begreppen lidande och hopp högst relevant. Travelbee (19) kände ett behov att skapa en humanistisk revolution i vården då hon ansåg att de yrkesverksamma sjuksköterskorna började tappa den sympati och engagemang som länge varit de positiva särdragen i omvårdnaden. Människan är unik och säregen, samma sak med de upplevelser och erfarenheter människan erfar. För att då lyckas med en god omvårdnad går det inte att ha en generaliserad människosyn. Därför fokuserar sig hennes omvårdnadsteori på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Kirkevold (20) beskriver denna omvårdnadsteori på följande sätt:

”Omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella omvårdningspraktikern hjälper en individ, en familj och ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelsen av sjukdom och lidande och, vid behov, att finna mening i dessa upplevelser” (20 sid 130).

God omvårdnad kan erbjudas om sjuksköterskan lyckas skapa en mellanmänsklig relation, det är sjuksköterskans ansvar mot patienten och familjen att initiera och bibehålla denna relation. Relationen kan enbart uppkomma mellan två individer om de kliver ur sina respektive roller och ser vandra, utan stereotypa uppfattningar, som unika (19).

Lidande är något som är oundvikligt, det är en fundamental allmänmänsklig erfarenhet och en del utav att vara människa. Det lidande som anhöriga upplever ingår ofta som en förberedelse för separation från den döende. Lidandet är inget generellt utan förknippas med det som varje individ ser som betydelsefullt i sitt liv och därför kan durationen, intensiteten och graden variera inom samma process, att lida. Travelbee (19) beskriver att lidande kan vara allt ifrån en övergående fysisk, emotionell eller själslig obehag till extrem ångest.

Travelbee (19) har identifierat två reaktionsmönster som människor uppvisar när de lider, ”varför jag” respektive ”varför inte jag”, där den förstnämnda är vanligast. Känslor av meningslöshet och orätvissa är dominerande känslor. Varför just jag reaktionen uppkommer då individen inte förstå varför lidande just drabbat dem, och har svårt att acceptera sin situation. I de anhörigas fall så kan det leda till ytterligare ångest, skuld och känsla av skam, skam över att man lider trots att det är någon annan som är sjuk och döende. (19).

Sjuksköterskan är den stödjande parten i den mellanmänskliga relationen och har som sin uppgift att hjälpa den sjuke och de anhöriga att finna mening i lidandet och undvika hopplöshet. Hopp är ett viktigt redskap för att en människa ska kunna bemästra sin situation och återfå en känsla av ökat välbefinnande. Hopp är en framdrivande kraft som bidrar till att öka en människas inneboende styrka, det är framtidsorienterat och knutpunkten till medmänniskor, tillit, val, mod och önskningar (19).

SYFTE

Syftet med arbetet var att belysa mötet mellan sjuksköterskan och den döende patientens anhöriga. Syftet var även att beskriva hur sjuksköterskan kan fungera som resurs och stöd för de anhöriga.

METOD

Detta fördjupningsarbete i omvårdnad är en litteraturstudie baserad på tolv vetenskapliga artiklar. Samtliga artiklar är publicerade mellan 2001 och 2006.

Tabell 1 Sökresultat

Källa	Begränsningar	Sökord	Antal artiklar	Valda artiklar
CINAHL	Research, peer-reviewed, publicerad efter 2000	Professional-Family-Relations AND family AND nurs* AND palliativ*	111	10
CINAHL	Research, peer-reviewed, publicerad efter 2000	End of life AND palliativ* care AND relatives AND hospice	56	3
CINAHL	Research, peer-reviewed, publicerad efter 2000	Hospice AND nurs* AND care AND relatives AND palliativ* AND family	110	5
CINAHL	Research, peer-reviewed, nursing, publicerad efter 2000, palliative	Hospice AND relatives AND family	85	2
PubMed/Medline	English, Croatian, Swedish Nursing journals	Professional-Family Relations AND family AND (Terminal Care OR Palliative Care) [MeSH-termer]	157	1
PubMed/Medline		Nurse's Role AND Professional-Family Relations"AND family AND (Terminal Care OR Palliative Care) [MeSH-termer]	36	0
PubMed/Medline		Hospice AND nurs* AND care AND relatives AND palliativ* AND family	82	0
Manuell sökning		Journal of Palliative Care Year 2005-2006		1
Manuell sökning		International Journal of Palliative Nursing Spring 2005- Autumn 2006		2

Artiklarna togs fram genom en rad sökningar i CINAHL och PubMed/Medline men också genom manuella sökningar i tidskrifter riktade mot palliativ vård, se Tabell 1. Sökningarna gjordes under tidsperioden 2006-11-16 till 2006-11-20. De sökord som användes gav en väldigt bra och begränsad sökresultat. Första urvalet av artiklarna gjordes genom att läsa samtliga titlar och abstracts, därefter valdes sammanlagt tjugofyra artiklar för en noggrannare analys. De tjugofyra artiklarna valdes på grund utav att deras tydliga fokus på mötet och relationen mellan sjuksköterskan och anhöriga till döende patienter, och för att de beskrev tidigt sådana omvårdnadshandlingar sjuksköterskan utförde för att hjälpa de anhöriga. De icke valda artiklarna förkastades antingen på grund utav att de inte innehållsmässigt stämde överens med studiens syfte eller på grund utav deras speciella inriktningar mot barn eller hembaserad sjukvård. Efter en djupare kvalitetsgranskning med hjälp utav en protokollgranskning checklista ifrån institutet, sållades tolv artiklar bort då dessa ansågs vara innehållsmässigt orelevanta utifrån syftet eller hade dåliga metodbeskrivningar. De resterande tolv artiklar lästes sedan vid upprepade gånger och innehållet analyserades utifrån en induktiv ansats. Genom upprepad läsning och understrykning av nyckelbegrepp kunde artiklarnas innehåll koda och kategoriseras i teman. För en utförligare beskrivning av de valda artiklarna, se Bilaga 1.

RESULTAT

Artiklarna bearbetades med hjälp av en induktiv innehållsanalys och resultatet presenteras i tre kärnteman som tydligt framkom vid innehållsanalysen.

- Relationen patient-anhöriga-sjuksköterska
- Faktorer som påverkar mötet med anhöriga
- Hur kan sjuksköterskan fungera som stöd för de anhöriga

Relationen mellan patient-anhöriga-sjuksköterska

Ett väl fungerande förhållande mellan alla tre parter, patient, anhöriga och sjuksköterska, är en nödvändig grund vid omvårdnad av patienter som är döende. De största problemen i början utav detta förhållande är att anpassa sina förväntningar, hitta sina olika roller och fördela det gemensamma omvårdnadsansvaret. Patienten har sina åsikter om den vård som skall bedrivas, de anhöriga har också en specifik uppfattning om hur bra vård ser ut samtidigt som de känner ett ansvar att verbalisera patientens önskemål, att vara patientens advokat (21, 22, 23, 24). Som det framgår i några intervjustudier så uppkommer ökad närhet men också ökad risk för konflikt eftersom det fortfarande handlar om individer med olika förhoppningar, förväntningar och resurser (25, 26). Det är en viktig del i den professionella yrkesrollen att ta hand om både patienten och de anhöriga. Genom att vara medveten om detta faktum kan vårdpersonal erbjuda individanpassad vård till de anhöriga (21, 22, 23).

Vårdpersonalens största problem är att urskilja vems behov som skall prioriteras och när fokus behöver skifta från patient till anhörig (22, 26). Läkarnas uppmärksamhet är mer riktad mot patienten på grund utav en känsla av plikt gentemot sin patient, den döende. Sjuksköterskor uppvisar också samma tendens att prioritera patienternas omvårdnadsbehov före de anhörigas. I en intervjustudie berättade sjuksköterskor att det är först efter en patients död som fokus skiftar till de anhöriga och deras behov (26). Trots känslan utav förvirring kring vems behov som ska prioriteras så betonas vikten utav att tillmötesgå de anhörigas behov och att de ses som individer (21, 22, 23).

Att vara anhörig till någon som är döende beskrivs genomgående i litteraturen som en påfrestande uppgift. Anhöriga uppger att de upplever emotionell uttömning under tiden då den sjuka är döende. Känslor utav bland annat extrem trötthet, stress, depression, sömnlöshet, sorg, ensamhet och bitterhet är vanligt förekommande (21-32). När någon blir sjuk och döende möts situationen oftast med en känsla utav uppoffring och stort ansvar, inte bara för den döende men också för de anhöriga som tar på sig olika roller för att hjälpa. En stor övergripande fråga i studierna har varit, vem ska ta huvudansvaret för den döende personens omvårdnad? Den anhörig som tar på sig huvudansvaret är oftast make eller make till den döende, i andra hand är det barnen till dessa. Kvinnor som ansvariga vårdare är i majoritet (25, 27, 28). Det är viktigt att känna till att få utav de som får huvudansvaret för den döende patienten blir tillfrågade, det bara antas att de ska ta hand patienten och ta hand om de olika aspekterna kring patientens vård (25).

Att förstå familjedynamiken är därför en viktig komponent i att erbjuda begriplig och individanpassad vård till den döende och till de anhöriga (21).

Även om den närmaste familjen och vännerna utgör den viktigaste källan till hjälp och avlastning så blir vårdpersonalen och sjuksköterskan alltmer viktigare för de anhöriga allteftersom tiden går. Det är en trygghet att ha en plats och personer som känner patienten och som kan dela omvårdnaden (26).

I sjuksköterskans yrkesroll ingår omvårdnadsansvar gentemot patienten och de anhöriga. Det är ett arbete som innefattar riktlinjer, regler och lagar som indikatorer att man arbetar på ett effektivt och tillfredställande sätt. Trots denna strukturerade arbetsbeskrivning så blir sjuksköterskan känslomässigt inblandad i omvårdnaden och de anhörigas situation. Sjuksköterskan får i utbyte utrymme att bearbeta sina personliga frågor kring den aktuella situationen, och finner någon som kan bekräfta att det arbete som görs har en mening (22, 23). En relation präglad utav tillit, öppen kommunikation och meningsfullhet byggs upp och sjuksköterskan blir en utav de nyckelpersoner patienten och anhöriga vänder sig till för stöd. Det är viktigt att sjuksköterskan inser betydelsen utav denna relation till patienten och de anhöriga, och att arbeta på att stärka dessa band. Meningen med en väl fungerande relation är att kunna vägleda och stödja de beslut som tas och försäkra sig att de sker i enlighet med patientens och de anhörigas önskemål (22, 23, 27). Patienterna i en studie svarade på sina frågeformulär att de överlag är mer nöjda med relationen till sjuksköterskan än till läkaren, och lika nöjda med sjuksköterskans insatser som prästens (27).

Faktorer som påverkar mötet med anhöriga

God omvårdnad kan erbjudas om sjuksköterskan lyckas skapa en mellanmänsklig relation, det är sjuksköterskans ansvar mot patienten och familjen att initiera och bibehålla denna relation (19). Även om det är sjuksköterskans ansvar att initiera en relation till patienten och de anhöriga så finns det många faktorer som påverkar om detta möte kommer att ske på en gemensam grund utan fördomar och tillskrivna roller. I litteraturen beskrivs de saker som de anhöriga lägger tyngdvikt på i mötet med sjuksköterskan. En positiv relation bildas om det första mötet grundas på humanistiska värderingar med respekt, öppenhet, uppriktighet, kommunikation, tanke på individens behov samt om uppriktig evidensbaserad information erbjuds (24, 27, 29, 30).

En kvalitativ studie med fokusgrupper och frågeformulär, beskriver att det finns en korrelation mellan upplevd nöjdhet med vården och kvalitén på kommunikation mellan de anhöriga, patienten och det professionella teamet (24). Tryggheten ökar hos de anhöriga när de blir ordentligt informerade om olika aspekter av patientens vård, när de upplever god kommunikation med sjuksköterskan, har möjlighet att komma i kontakt med de omvårdnadsansvariga vid behov, vara med och fatta beslut, samt får stöd och respekt i de beslut som slutligen tas (23, 24, 26, 29).

De anhöriga har väldigt mycket information om patienten och kring hela patientens situation. Om de får möjlighet att bidra med denna kunskap upplever de ökad känsla av kontroll och meningsfull delaktighet. Eftersom de anhöriga känner patienten bäst så kan de hjälpa till att utforma en vårdplan utefter patientens behov och vilja. Det är viktigt för de omvårdnadsansvariga att få konkret och kärnfull information men lika viktigt att låta de anhöriga prata av sig och komma med egna förslag på vad de anser är bäst, även om detta inte överensstämmer med sjuksköterskans egen uppfattning. Att vara lyhörd och öppen för kompromiss hjälper de

omvårdnadsansvariga i slutändan att utföra ett bättre jobb. Genom en öppen kommunikation där de anhöriga kan vara med och fatta beslut så ökar känslan utav samarbete, god atmosfär, delaktighet och kontroll. Samtidigt så minskar risken för konflikt mellan de anhöriga och omvårdnadsansvariga eftersom de beslut som tas sker gemensamt (22, 24, 27, 29).

Det är viktigt för den omvårdnadsansvarige att ta tid för att bygga upp en mellanmännisklig relation med de anhöriga och ge utrymme där de anhöriga kan prata om sina tankar och känslor. När en relation inleds så står alla i varsitt hörn men helt olika tankar, förhoppningar och förväntningar på vården. Genom att ta tiden och tala med varandra och få ta del av varandras känslor, förhoppningar, frustrationer, tankar om framtiden kan en närmare relation byggas upp (21, 23, 31). Det är fel att anta att alla som är medvetna om vikten utav att bygga upp en god relation med anhöriga till döende patienter faktiskt kan utföra det. De som genomgick en lokal utbildning/seminarium i bemötande var mer aktiva i mötet med anhöriga och avsatte tid för att lyssna, ge råd och erbjuda vägledning i svåra situationer. Medan de utan träning i bemötande var mer benägna att utföra sysslor för de anhöriga men inte kommunicera då de kände sig oförbereda att handskas med både de anhörigas och sina egna känslor. I flera intervjustudier påpekade de anhöriga om hur viktigt det var för de att bli mötta, bekräftade, informerade och stödda av personal (21, 23, 26).

Det viktigaste för de anhöriga är känslan utav att den döende patienten får bra vård. De anhöriga uppvisar väldigt stort tålamod när det gäller brister i bemötande gentemot dem själva. Om det däremot uppkommer en situation där patienten inte får bra bemötande skiftar de anhöriga till en roll av advokat, redo att ta till strid (22, 24, 29). Patienten är fortfarande den viktigaste parten i vårdtriangeln och är central för allt det som händer runtomkring. Om de anhöriga upplever dålig attityd eller oprofessionellt beteende så leder det till missnöje med vården. I en studie med frågeformulär uppger de anhöriga, att brist i att erbjuda information om patientens tillstånd eller kring planering resulterar i konflikt mellan de anhöriga och sjuksköterskan (29).

En viktig bidragande faktor till dålig atmosfär och en dålig relation mellan vårdpersonal och de anhöriga, har identifierats som tidsbrist och brist på personal. Det är en ond spiral som leder neråt om inte det finns en medveten taktik att bryta det. I takt med ökade nedskärningar och sjukskrivningar, fler utbildade vårdpersonalen som arbetar på avdelningarna finns det mindre tid att erbjuda till patienterna och de anhöriga för samtal och stöd. Personalen ansvarar för allt fler patienter och majoriteten utav tiden går åt att utföra praktiska moment. Även om de anhöriga har förståelse för personalens läge så befinner de sig fortfarande i en utsatt situation och har oro, ångest, tankar och funderingar som måste diskuteras! Brist i att möta de anhörigas behov leder enbart till ökad känsla av ångest och oro, ökad risk för konflikt och minskad upplevelse av välbefinnande (22, 24, 26, 27, 29).

Hur kan sjuksköterskan fungera som stöd för de anhöriga

Att ha omvårdnadsansvar för en döende patient och dennes anhöriga kan bli en påfrestande uppgift för sjuksköterskan. En känsla utav att vara utlämnad och inte ha något stöd när det gäller att handskas med anhöriga förekommer. Samtidigt så finns det en förväntan på att sjuksköterskan ska vara professionell och kunna handskas med allt som innefattas i yrkesrollen. Trots detta så säger sjuksköterskor att de känner sig dåligt utrustade att möta anhöriga till döende. Detta på

grund utav att det är väldigt intimt att inleda en sådan relation och på grund utav att egna känslor inför döden konfronteras. Brist på formell utbildning är en annan faktor som uppges bidra till att sjuksköterskor känner sig illa utrustade att möta anhöriga till döende (25, 26).

Det sjuksköterskan kan göra för de anhöriga är:

Erbjuda information och undervisning.

De anhörigas största behov utav information kretsar kring patientens välmående och patientens situation. Både sjuksköterskor och anhöriga ansåg information om patientens tillstånd som viktigt, brist i detta ledde till oönskad konflikt där båda parterna kan tvingas hävda sig (24, 29). När anhöriga har tillräckligt med information om patientens tillstånd upplever de sig mer delaktiga i vården (26). De anhöriga upplever ofta att de får fråga efter information och att information aldrig erbjuds till dem. Detta gäller speciellt med tanke på olika praktiska saker och ekonomiska bistånd som finns tillgängliga (26, 28, 32).

Men det måste finnas en strategi när information ges. I två kvalitativa studier med frågeformulär och fokusgrupper betonar de anhöriga behoven av lättförståelig och lättillgänglig information (24, 27). De anhöriga uppskattar inte heller att sjuksköterskan ger dåliga nyheter till patienten utan att de befinner sig där då det kan leda till att den döende mister hopp (24).

De anhöriga upplever informationen om döendeprocessen som mycket bristfällig. Det råder mycket okunskap om de symtom som associeras med döden och döendeprocessen i allmänhet. Något som sjukvårdspersonal tar för givet kan upplevas som dramatiskt och chockerande för de anhöriga. Sjuksköterskan har en undervisande roll och den ska användas för att utifrån de anhörigas behov informera om de symtom patienten kan uppleva och om dödsprocessen (21, 23, 24, 29).

Erbjuda praktiskt hjälp, avlastning.

De anhöriga är lättade över att ha tillgång till sjukvårdspersonal som de kan dela sin börda med. Även om ingen utav de anhöriga släpper det totala omvårdnadsansvaret för den döende individen så finner de en oerhörd trygghet i att kunna ta en paus då och då och lämna omvårdnaden med människor som känner patienten (23, 27, 29). Att vårda någon som man älskar måste också få ha sina gränser. Sjuksköterskan och personalen är till för att hjälpa, och en oerhörd uppskattad form utav hjälp för de anhöriga är att slippa göra de fysiska delarna av omvårdnad. Väldigt många blir illa till mods när de ska ansvara för dusch, tvätt, ombyte, matning etc. Det upplevs som mer psykiskt påfrestande än fysiskt jobbigt. (21, 25). Att ordna så att de anhöriga kan tillbringa natten med den döende patienten under svåra perioder uppskattas utav de anhöriga. Även om sjuksköterskan alltid inte kan ordna med ett privat rum så uppskattar de anhöriga alla ansträngningar som gjordes å deras vägar (27, 29).

Erbjuda stöd och bekräftelse.

Att vara stödjande är mer än att enbart tillgodose de fysiska behov de anhöriga kan ha. Andligt stöd och emotionellt stöd är minst lika viktiga som fysisk avlastning. Det är viktigt att sjuksköterskan försäkra sig om att de anhöriga har någon att tala med och att de inte är isolerade och lider i tystnad. Familjmedlemmar erbjuder den största källan av stöd till varandra under perioden en individ är döende. Många anser att de har kommit varandra närmare sedan den sjukes tillstånd försämrades (25). Det finns dock sådant man inte kan tala om med sina anhöriga och det

är där sjuksköterskan har sin primära uppgift. Att ge stöd är inte så mycket utav en aktiv handling utan snarare en passiv handling. Det stöd de anhöriga får är i form utav acceptans utav deras känslor och någon som lyssnar (28). I två kvantitativa studier med över tusen besvarade frågeformulär, anser de anhöriga att det finns ett forum för diskussion men en begränsad möjlighet att prata om något annat än den sjuke patienten och hela den situationen. De kan inte tala om andra saker de upplever i livet (28, 32).

Brist på utbildning i bemötande anses vara ett hinder i att erbjuda de anhöriga ett tillräckligt bra bemötande. Sjuksköterskor och vårdpersonal som inte är beredda på de känslor som kan dyka upp under samtal med anhöriga till döende patienter, upplever det obehagligt och blir sedan motvilliga att initiera nya samtal. I en sådan situation kan de anhöriga uppleva känsloreaktioner i form av tårar, ilska, arga utbrott, aptit förändringar, sömnlöshet, koncentrationssvårigheter. Det smärta som man känner inombords kan bli expressiv. De vårdare som förstår de varierande reaktionerna de anhöriga kan uppvisa är rustade för att kunna lindra de anhörigas lidande och hjälpa att förbereda dem för den kommande döden (21, 25, 26).

Frågor om liv och död, mening, livet efter döden etc. är vanligt förekommande bland döende patienter och deras anhöriga. Om andligt stöd inte är sjuksköterskans expertområde har hon/han en skyldighet att förmedla dessa behov till andra som har utbildning och erfarenhet att handskas med dem. Sjuksköterskor ger stöd vid existentiella kriser men denna förmåga är beroende utav sjuksköterskans kompetens, erfarenhet och personliga övertygelse. Tillgänglighet till andligt stöd, även om den döende eller de anhöriga inte var religiösa, var viktig för anhöriga. De blev kritiska till vård om denna andliga tjänst inte fanns tillgänglig (23, 27, 29, 31). Värt att belysa är också att det fanns en korrelation mellan ökat behov av stöd och försämring av den sjukes tillstånd. Ju sämre patienten blev desto mer stöd behövde de anhöriga (21, 25).

Inge hopp.

De anhöriga beskriver hopp som en inre styrka för att kunna fortsätta, det är en nödvändighet för att kunna överleva genom en svår situation. Hopp ger mod och förmåga att gå genom en svår situation (31). Hopp kan vackla väldigt snabbt under en kort tidsperiod. Det är inte enbart beroende på ens egen liv men också hur det går för den döende patienten. Dåliga nyheter som får patienten att ge upp blir automatiskt ett bekymmer för de anhöriga som måste kämpa för att inge ny hopp till patienten, även om de själva inte känner det (26). Om det händer mycket tråkigt på kort tid så kan de anhöriga uppleva uppgivenhet och hopplöshet, svårigheter att kommunicera med personal och att inte bli hörda bidar också till hopplöshet (31).

Hoppet kan leva kvar genom att de anhöriga har en positiv framförhållning till den svåra situationen, genom att leva dag för dag och främst genom stöd från övriga vänner, personal och familj. Möjligheten att behålla hopp är beroende av att ha ett stödjande vänskapsförhållande, någon som man kan prata med och dela med sig av det svåra. Stöd från personal som bryr sig är en stor källa till hopp (31). Hopp är något som pendlar fram och tillbaka, genom att utföra vissa aktiviteter så kan de anhöriga återhämta sig och i och med det kommer hoppet tillbaka. Olika sätt att återfå hopp kan varierar alltifrån att promenera, åka bort på helgen, vila, läsa eller be. Många anhöriga anser de andliga dimensionerna som ytterst viktiga och som en plats där styrka hämtas. Även för de anhöriga som inte är religiösa så var det viktigt att ha tillgång till en präst och kyrka (24, 26, 29, 31)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Under genomförandet av de sökningar som ligger till grund för detta arbete fanns det en svårighet att hitta artiklar med enbart en fokus från antingen patient, anhöriga eller sjuksköterska. Alla artiklar inkluderade åsikter, tankar och upplevelser från patientens, de anhörigas och sjuksköterskans perspektiv. Det har varit omöjligt att hitta bra och relevanta artiklar med ett perspektiv, som enbart fokuserade på att beskriva mötet mellan sjuksköterskan och de anhöriga. En styrka med detta är att samtliga valda artiklar har en bra beskrivning utav relationen mellan de anhöriga och sjuksköterskan, sett ur båda perspektiv. Målet har varit att enbart inkludera studier som har gjorts de senaste fem åren. Begränsningar på CINAHL gjorde att bara artiklar som är publicerade efter 2000 kom fram. Då PubMed inte har en inbyggd begränsningsfunktion gjordes en medveten reduktion av alla artiklar som är äldre än 2001. Två artiklar är publicerade 2006 (24, 29), sex artiklar publicerades 2005 (21, 22, 23, 27, 28, 31), två artiklar publicerades 2002 (25, 26) och slutligen är de sista två artiklarna publicerade 2001 (30, 32). Sammanlagt är åtta artiklar publicerade de senaste två åren, vilket är en styrka i denna uppsatts.

Sökorden som användes gav bra resultat och författaren fick fram relevanta och användbara artiklar. Många artiklar valdes bort redan från början då de hade en speciell inriktning mot barn eller hembaserad sjukvård. Vid en djupare analys med hjälp utav den protokollgranskning checklisten vi fick ifrån institutet valdes tolv artiklar bort då de ansågs innehållsmässigt orelevanta till arbetets syfte.

Fyra utav artiklarna är kvantitativa (27, 28, 29, 32), sju artiklar är kvalitativa (21, 22, 23, 24, 25, 26, 30) och en artikel är en litteraturstudie (30). Styrkan med kvalitativa studier är att de mer ingående beskriver den enskilda individens upplevelser, medan de kvantitativa studierna baseras på en större urvalsgrupp och därmed är lättare att generalisera till en större befolkning. Eftersom detta arbete syftar till att belysa mötet som uppkommer mellan sjuksköterskan och de anhöriga till en döende patient, har kvalitativa artiklar varit mer relevanta då de kan förklarar tankar och upplevelser mer ingående. Litteraturstudien (30) som finns med i arbetet är också en utav de äldre artiklarna som använts, publicerad 2001. Den har inkluderats då artikeln anses vara innehållsmässigt relevant till arbetets syfte och författarna är väl erkända inom palliativ forskning. Resultaten gav information som inte gick att hitta i senare publicerat material, den bidrar också till att ge en tydlig jämförelse med senare publicerat material.

Trots att en artikel är vetenskaplig granskad och publicerad hade den ett bortfall på 69 procent (24). Utav 149 tilltänkta deltagare var det bara 24 som fullgjorde frågeformulären som låg till grund för studien. Detta arbete poängterar denna brist och att resultatet troligen inte går att applicera på en större folkgrupp, utan att den ska ses som inspirerande och vägledande för framtid forskning. Den inkluderades dock in i detta arbete då den gav viktig och relevant information.

En artikel kommer ifrån Sverige, två ifrån Finland och nio artiklar kommer ifrån västerländska länder som anses vara kulturellt likartade som Sverige, för en närmare beskrivning se Bilaga 1. I

dessa artiklar förekommer det också kulturella skillnader bland urvalsgrupperna. Eftersom Sverige är ett multikulturellt land så anser författaren att resultatet ifrån dessa studier fortfarande är tillämpligt till svensk standard. Det kan råda tvivel om studien som gjordes i Israel (22) går att tillämpa till västerländsk kultur.

Artiklarna som ligger till grund för resultatet bearbetades med hjälp av en induktiv innehållsanalys. Det var väldigt användbart att använda sig utav kodning och leta efter teman eftersom man kan få en tydlig koppling alltigenom analysen. Hade ett deduktivt förhållningssätt istället använts med en omvårdnadsteori som utgångspunkt hade mycket utav innehållet sammanfogats och användbar information som kanske inte faller inom ramen för teorin hade fallit bort. En styrka med att använda sig utav en deduktiv metod är att resultatet hade varit lättare att koppla till en omvårdnadsteori och enklare att knyta teoretisk utifrån dennes syn på omvårdnad. En svårighet som upplevs med kodningen och kategorisering av teman var att hitta ett system för att samla alla begrepp under en och samma teman.

Alla artiklar har varit på engelska och nödvändiga att tolka och översätta. Även om författarens engelska kunskaper är mycket goda så är språket i dessa artiklar omvårdnadsinriktad, ett fält författaren inte har mycket erfarenhet utav. Därför kan detta ha påverkat det slutliga resultatet. Överlag är bedömningen att studierna håller hög vetenskaplig kvalitet då alla är publicerade i erkända vetenskapliga tidskrifter, samtliga är vetenskapligt granskade, har många referenser och har utförliga metodbeskrivningar.

Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var att belysa mötet mellan sjuksköterskan och den döende patientens anhöriga. Syftet var även att beskriva hur sjuksköterskan kan fungera som resurs och stöd för de anhöriga. Författaren anser att detta syfte är väl uppnått. Dessutom presenteras i resultatet konkreta förslag på hur sjuksköterskan kan minska lidande, inge hopp och öka känslan av välbefinnande hos anhöriga till döende patienter.

Anledning till att detta arbete fokuserar sig på mötet mellan sjuksköterskan och de anhöriga, inte sjuksköterskans bemötande gentemot anhöriga är okonstlad. Bemötande tillhör sjuksköterskans professionella roll och det är nästan enbart en ensidig process. Eftersom resultatet istället visar att ett välfungerande omvårdnadprocess är beroende utav flera parter är det alltså en nödvändighet att se på mötet som ett förlopp som bör ske på ett gemensamt grund, utan fördomar och tillskrivna roller. Det ska baseras på humanistiska värderingar där de anhöriga möts som lidande medmänniskor. Brister i detta leder till att man bryter mot kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor, ökad risk för konflikt mellan sjuksköterskan och de anhöriga, och sämre vård för patienten. I bakgrunden finns det också exempel på vad som sker om sjuksköterskan är blind för de anhörigas behov. Författaren anser dock inte att det enbart räcker med att identifiera och vara medveten om de anhörigas lidande. Det bör finnas en medveten plan utav handling också, som syftar till att aktivt söka upp de anhöriga, att SE de anhöriga och finnas tillgänglig för dem. Att vara medveten om anhörigas olika behov och reaktioner är ett bra första steg, men sjuksköterskan ska sedan inte vara rädd att möta dessa och vara inblandad.

Patienten, de anhöriga och sjuksköterskan befinner sig i en relation som kallas vårdtriangeln (2, 4, 7, 10). Fokuset ligger på den döende patienten, men sjuksköterskan och de anhöriga samverkar också med varandra för att erbjuda hjälp i patientens vård men också för att hjälpa varandra. De anhöriga är viktiga när det gäller att erbjuda information om patienten så att sjuksköterskan kan individanpassa vården utefter detta. Sjuksköterskan i sin tur erbjuder de anhöriga sin kompetens och kunskap. Sjuksköterskan är det stödjande elementet i förhållandet och bör hjälpa med avlastning av den stora bördan de anhöriga upplever. Det har slagits fast både i introduktionen men också i resultatet hur viktigt det är att upprätthålla en välfungerande relation med de anhöriga. Och oavsett vad man må tycka så är det faktiskt sjuksköterskans ansvar att initiera och bibehålla en bra relation. Det känns viktigt att återigen påpeka och dessutom betona de anhörigas jobbiga situation när en patient är döende. De anhöriga går genom ett stort lidande, även om de själva inte är sjuka eller döende! De har stora behov utav stöd, baserat på ett helhetstänkande.

Sjuksköterskor som genomgick en lokal kurs i bemötande återopade efter mer formell utbildning i detta ämne (21, 23, 26). Ett problem som sjuksköterskor har uppvisat när det gäller att möta de anhöriga är just bristen i självinsikt kring sina egna tankar om döden, och brist på kunskap om de olika kriser anhöriga kan gå genom. Genom dessa utbildningar skulle sjuksköterskor få mer kunskap om de anhörigas behov, olika krisreaktioner, de anhörigas olika roller etc. Människor är individer så en generaliserad utbildning kommer inte att kunna förutspå hur var och en utav dessa individer i krisfasen kommer att bete sig, men det kan fungera som ett ypperligt grund att stå på.

En del utav arbetet belyser hur sjuksköterskan genom omvårdnadshandlingar kan lindra de anhörigas lidande och inge hopp. Dessa två begrepp, att lindra lidande och inge hopp är kopplade till Travelbee (19) och hennes omvårdnadsteori. I resultatet syns det tydligt att sjuksköterskor håller med Travelbee (19) om att lidande är något subjektivt och oundvikligt. De anhörigas lidande är synligt och sjuksköterskor bekräftar de anhörigas rätt att lida även om det inte är de som är döende. Men samtidigt finns det en attitydproblematik hos sjuksköterskor. Inte många är villiga att sträcka den stödjande rollen bortom den egna patienten. En förklaring kan vara att dagens roll som sjuksköterska har förändrats i förhållande med för tjugo år sedan. Nu ansvarar sjuksköterskor för fler patienter och har andra arbetsuppgifter som anses vara stressiga. Det krävs en medvetenhet och en stark vilja att kunna ta på sig mer arbete än som man anser hör till yrket, även om stöd till anhöriga mycket riktigt tillhör yrket! De handlingar som syftar till att undervisa och informera, att erbjuda praktiskt hjälp och avlastning är mycket viktiga. Men författaren anser att den viktigaste omvårdnadshandlingen som de anhöriga behöver mest är faktiskt de stödjande. Att SE de anhöriga, att LYSSNA till deras berättelse och att BEKRÄFTA deras känslor.

Under tiden som den sjuka individen är döende dominerar känslor av meningslöshet och orätvissa. ”Varför just jag” är en typisk reaktion ifrån de anhöriga. Enligt Travelbee (19) är det ett grundläggande antagande att den professionella sjuksköterskan ska hjälpa individen att uppleva hopp. Eftersom hopp har beskrivits som en nödvändighet för att kunna överleva genom en svår situation anser författaren att mer fokus borde läggas på denna aspekt. Sjuksköterskan är den stödjande parten i den mellanmänniska relationen och har som sin uppgift att hjälpa den sjuka och de anhöriga att finna mening i lidandet och undvika hopplöshet. Hopp är en viktig redskap för att en människa ska kunna bemästra sin situation och återfå en känsla av ökad välbefinnande. Hopp är beroende utav många olika faktorer och därmed finns det många tillfällen att uppehålla

den hos de anhöriga och hjälpa de att finna mening, att orka fortsätta och till slut att bemästra situationen.

Stöd från personal som bryr sig är en stor källa till hopp för de anhöriga. En sjuksköterska bör därför sträva efter att erbjuda stöd utefter de behov som anhöriga har. Det finns många kriterier, både objektiva men också subjektiva, som kännetecknar hur en bra sjuksköterska är. Eftersom en sjuksköterska är betydelsefull i de anhörigas liv kan det uppkomma en känsla av att enbart vilja tillfredställa och agera som en positiv kraft. Men detta skapar också en rädsla att ge sig in på sådant som kan vara fränstötande och som kan väcka obehagliga känslor. Författaren anser att en sjuksköterska inte bör låta sina egna rädslor styra bort ifrån att agera för patienten eller de anhörigas bästa.

Efter att ha läst detta arbete, kan man fråga sig om författaren försöker måla upp en bild utav den perfekta självupppoffrande sjuksköterskan som gör allt för att behaga. Uppsatsen kan tyckas innehålla en undertext av att sjuksköterskans ansvar är oändligt. Att lindra lidande, inge hopp, utföra en professionell inriktad omvårdnad och detta gäller inte bara patienter utan en oändlig rad av anhöriga. Detta är självklart inte fallet. Det totala ansvaret för patienten och de anhöriga delas utav ett helt team och därmed är inte sjuksköterskan ensam ansvarig. I både bakgrunden och resultatet har det påpekats att sjuksköterskans inblandning inte är oändlig då de anhöriga förlitar sig väldigt mycket på varandra för stöd hjälp. En del utav sjuksköterskans arbete ligger i att kunna se de behov som finns och på ett bra sätt erbjuda hjälp i det mån det går.

Det finns inga markanta skillnader mellan de olika artiklarna. Alla belyser olika fält som är viktigt när det gäller omvårdnad av anhöriga till döende patienter. Den enda signifikanta skillnaden som sticker ut kommer ifrån en artikel från 2001 (32). Resultaten i denna artikel visar på att de anhöriga fick utbildning kring döendeprocessen och de olika symtomen vid döendet. Kommunikationen upplevdes som ärlig och baserad på de anhörigas behov. De anhöriga kände att sjuksköterskan lyssnade och bekräftade deras känslor. Dessutom fick de mer emotionell än informativ stöd. Detta är intressant då det går tvärtemot den senare forskningen där anhöriga känner sig oftare övergivna, att de måste ständigt fråga efter information och att kommunikationen med sjuksköterskan till och med leder till hopplöshet. En teori är att sjuksköterskeyrket kan ha genomgått en signifikant förändring de senaste fem år och lett till ännu mer administrativt göra. Kanske är det så att sjuksköterskans roll inte märks lika tydligt som för fem år sedan. Men författaren kan inte låta bli att ställa sig frågan, kan det vara så att sjuksköterskor har blivit sämre att individanpassa omvårdnaden utifrån de anhörigas behov?!

Detta arbete presenterar inte bara fram sådant som sjuksköterskor är bra på men också det som sjuksköterskor måste tänka på i omvårdnad av anhöriga till döende patienter. Det råder ingen tvekan om att utvecklingen går åt rätt håll, men den ska inte stagnera. Det tillhör varje enskild sjuksköterskas ansvar att uppdatera sina kunskaper inom det utövade yrket. Detta arbete erbjuder en sådan fördjupning med historisk tillbakablick och en betoning på utvecklingsbehoven i området. Arbetet är förankrad till verkligheten och erbjuder konkreta förslag på hur sjuksköterskan kan stödja de anhöriga.

Slutsats

Ordet bemötande hör till sjuksköterskans tillskrivna roll. När denna roll förkastas och sjuksköterskan behåller sin professionalism, äger mötet rum. Ett väl fungerande möte med de anhöriga handlar om att kunna ge god individanpassad vård, oberoende sjuksköterskans egna förutfattade meningar. Det är författarens åsikt att Travelbees omvårdnadsteori stämmer bra överens med det som har uppkommit i resultatet och diskussionen. Därför skulle det vara relevant och gynnsamt för sjuksköterskor om denna teori inkluderas i olika föreläsningar, seminarium och utbildningar med fokus på mötet mellan sjuksköterskan och de anhöriga.

Den forskning som finns just nu anses utav författaren vara mycket god och belysande. Många studier uppvisar liknande resultat och det är värt att läsa och applicera denna kunskap i yrkesutövandet. Eventuellt skulle forskningen kunna inriktas mer på att beskriva situationen ifrån en enda perspektiv och inte både patientens, de anhörigas och sjuksköterskan. På det viset hade mer djupgående information kunnat uppnås istället för den tredelade kunskapen som existerar just nu.

Att erkänna de anhörigas lidande är ett bra första steg, men det räcker inte att bara SE de anhöriga som lidande. Den döende patienten är i fokus men det ska de anhöriga också vara. Oavsett om sjuksköterskan väljer att bli en nyckelperson i de anhörigas liv eller inte, spelar inge roll. Faktumet är att sjuksköterskan blir det, en positiv kraft som är till för att dela de anhörigas börda. Det är livsviktigt att inse detta! Avslutningsvis är det betydelsefullt att nämna, att sjuksköterskan inte bör sky undan att möta de anhöriga på obehagliga villkor, för döden är också livsviktig!

REFERENSER

1. Forum. Gröna Visboken. Stockholm: Bokförlaget Forum AB; 1949.
2. Andershed B. Att vara nära anhörig i livets slut: delaktighet i ljuset - delaktighet i mörkret [dissertation]. Uppsala : Acta Universitatis Upsaliensis; 1998.
3. Olsson K. En bild av dödsögonblicket: anhörigas upplevelser vid ett hospice. Örebro läns landsting: Centrum för omvårdnadsvetenskap; 1995. (Rapportserie 1995:2)
4. Andershed B. De anhörigas roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
5. Gebru, K. Kulturanpassad vård i livets slutskede. Malmö: Samhällsmedicinska institutionen, Malmö FoU-enhet; 2003. (Vård i livets slutskede, 2003:4)
6. Socialstyrelsen. God vård i livets slut: en kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
7. Whitaker A. Livets sista boning: anhörigskap, åldrande och död på sjukhem. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan; 2004. (Rapport i socialt arbete nr 108 - 2004)
8. Reoch R. Inför döden: en handbok för den döende och de anhöriga. Stockholm: B. Wahlström; 1998.
9. Malmström S., Györki I., Sjögren A. P.. Bonniers svenska ordbok. 8th ed. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB; 2002.
10. Beck-Friis B. Att bli sedd: om palliativ vård. Borensberg: AB Danagård Grafiska; 1993.
11. <http://www.nrvp.se> Tillgänglig den 21 november 2006
12. Walter G. Bonniers synonym ordbok. 3rd ed. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 2000.

13. Gyllensköld K. Anhöriga. Stockholm: LiberFörlag; 1979. (Statens offentliga utredningar, SOU 1979:20)
14. <http://www.swenurse.se/Article.aspx?a=129&c=49> Tillgänglig den 28 november
15. Dahlin-Lindhe T. Palliativ vård : vägledning för vårdpersonal. Östergötland: Palliativa rådgivningsteam i Östergötland; 2005.
16. Wihlborg-Franck M. Att vara på samma våglängd: en studie av sjuksköterskors beskrivningar av sina upplevelser i samtal med döende patienter. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdläro- och utbildningsvetenskap; 1995.
17. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
18. Forssell E. Äldres död: anhöriga och personal berättar. Stockholm: Sköndalsinstitutets forskningsavdelning; 1999. (Sköndalsinstitutets skriftserie 13)
19. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1977.
20. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2000.
21. Waldrop-DP, Milch-RA, Skretny-JA. Understanding family responses to life-limiting illness: in-depth interviews with hospice patients and their family members. *J Palliat Care*. 2005; Summer, 21(2): 88-96.
22. Brajtman-S. Terminal restlessness: perspectives of an interdisciplinary palliative care team. *Int J Palliat Nurs*. 2005; Apr, 11(4): 170, 172-8.
23. Goodridge-D, Bond-BJ Jr, Cameron-C, McKean-E. End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *Int J Palliat Nurs*. 2005; 11(5): 226-232.
24. Royak-SR, Gadalla-SM, Lemkau-JP, Ross-DD, Alexander-C, Scott-D. Family perspectives on communication with healthcare providers during end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum*. 2006; Jul, 33(4): 753-60.
25. Patterson-LB, Dorfman-LT. Family support for hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Care*. 2002; Sep-Oct, 19(5): 315-23.
26. Main-J. Management of relatives of patients who are dying. *J Clin Nurs*. 2002; Nov, 11(6): 794-801.
27. Marco-CA, Buderer-N, Thum-D. End-of-life care: perspectives of family members of deceased patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2005; Jan-Feb, 22(1): 26-31.
28. Eriksson-E, Arve-S, Lauri-S. Informal and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. *Eur J Oncol Nurs*. 2005; 10: 48-58.
29. Vohra-JU, Brazil-K, Szala-MK. The last word: family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities. *J Palliat Care*. 2006; 22(1): 33-9.
30. Andershed-B, Ternstedt-B. Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *J Adv Nurs*. 2001; May, 34(4): 554-62.
31. Holtslander-LF, Duggleby-W, Williams-AM, Wright-KE. The experience of hope for informal caregivers of palliative patients. *J Palliat Care*. 2005; Winter, 21(4): 285-91.
32. Eriksson-E, Somer-S, Lauri-S. How relatives adjust after the death of a patient with cancer in hospice. *Cancer Nurs*. 2001; Dec, 24(6): 436-45.

BILAGA 1

Artikelpresentation

Referensnummer:	21
Författare:	Waldrop-DP, Milch-RA, Skretny-JA.
Titel:	Understanding family responses to life-limiting illness: in-depth interviews with hospice patients and their family members.
Tidskrift:	Journal of Palliative Care
Publicationsår:	2005
Syfte:	Att utforska de anhörigas upplevelser, under den sjukas sista tid vid livet, och att beskriva de anhörigas beteendemönster.
Metod:	Kvalitativa djupintervjuer med 108 familjemedlemmar. Data analyserades sedan genom ett narrativ tillvägagångssätt.
Land:	USA
Antal referenser:	44

Referensnummer:	22
Författare:	Brajtman-S.
Titel:	Terminal restlessness: perspectives of an interdisciplinary palliative care team
Tidskrift:	International Journal of Palliative Nursing
Publicationsår:	2005
Syfte:	Att utforska en tvärprofessionell teams uppfattningar av de anhörigas behov och upplevelser i samband med en patients dödsångest.
Metod:	Explorativ kvalitativ studie med två fokusgrupper. Deltagarna i fokusgrupperna tillhörde en palliativ tvärprofessionell team i en stor universitets sjukhus i Israel. Informationen som kom ifrån dessa fokusgrupper transkriberades. Data bearbetades med hjälp av kodning och tematisk analys.
Land:	Israel
Antal referenser:	40

Referensnummer:	23
Författare:	Goodridge-D, Bond-BJ Jr, Cameron-C, McKean-E.
Titel:	End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives.
Tidskrift:	International Journal of Palliative Nursing
Publicationsår:	2005
Syfte:	Att utforska sjuksköterskans och övrig vårdpersonals perspektiv utav erbjuden vård till döende patienter, de sista 72 timmarna i en patients liv.
Metod:	Kvalitativa intervjuer med 14 legitimerade sjuksköterskor och 8 undersköterskor. Data bearbetades med hjälp av kodning och tematisk analys.

Land: Kanada
Antal referenser: 24

Referensnummer: 24
Författare: Royak-SR, Gadalla-SM, Lemkau-JP, Ross-DD, Alexander-C, Scott-D.
Titel: Family perspectives on communication with healthcare providers during end-of-life cancer care
Tidskrift: Oncology Nursing Forum
Publikationsår: 2006
Syfte: Att bedöma sjukvårdspersonalens kommunikationsförmåga om hospice och livets slutskede, till döende cancer patienters anhöriga, ifrån de anhörigas perspektiv.
Metod: Kvalitativ med frågeformulär och två fokusgrupper. 24 makar och anhöriga deltog i en eller annan fokusgrupp. Data bearbetades med hjälp av kodning och tematisk analys.
Land: USA
Antal referenser: 25

Referensnummer: 25
Författare: Patterson-LB, Dorfman-LT.
Titel: Family support for hospice caregivers.
Tidskrift: American Journal of Hospice and Palliative Medicine
Publikationsår: 2002
Syfte: Att utforska det stöd de huvudansvariga för den sjukes omvårdnad får, ur de huvudansvarigas och övriga anhörigas perspektiv.
Metod: Kvalitativa intervjuer med 43 anhöriga som hade huvudansvaret för patientens vård. Data bearbetades med hjälp av kodning och sedan placering i teman.
Land: USA
Antal referenser: 33

Referensnummer: 26
Författare: Main-J.
Titel: Management of relatives of patients who are dying.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing
Publikationsår: 2002
Syfte: Att utforska de anhörigas och vårdpersonalens upplevelser och behov, när en döende patients sista tid inte sköttes väl.
Metod: Kvalitativa intervjuer med totalt 18 personer, anhöriga och personal. Data bearbetades med hjälp av kodning och tematisk analys.
Land: England
Antal referenser: 28

Referensnummer: 27

Författare: Marco-CA, Buderer-N, Thum-D.
Titel: End-of-life care: perspectives of family members of deceased patients
Tidskrift: American Journal of Hospice and Palliative Medicine
Publikationsår: 2005
Syfte: Att utforska de valmöjligheter familjemedlemmar, till bortgångna patienter, hade under den sista perioden av den sjukas liv.
Metod: Kvantitativ med frågeformulär. Frågeformulären skickades till 3891 individer som upplevt en näras bortgång de senaste 13 månaderna. Antalet som svarade var 969 (24,9%). SAS version 8 användes för att analysera den statistiska datan.
Land: USA
Antal referenser: 30

Referensnummer: 28
Författare: Eriksson-E, Arve-S, Lauri-S.
Titel: Informal and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death.
Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing
Publikationsår: 2005
Syfte: Att få reda på vad anhöriga till cancer sjuka patienter, anser om den emotionella och informativa stödet de fick, före och efter en patients död.
Metod: Kvantitativ med frågeformulär. Frågeformulären skickades till 910 individer som upplevt en näras bortgång de senaste 2 åren. Antalet som svarade var 502 (55%). Statistisk data bearbetades med SPSS (Statistical Program for Social Science) för Windows.
Land: Finland
Antal referenser: 53

Referensnummer: 29
Författare: Vohra-JU, Brazil-K, Szala-MK.
Titel: The last word: family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities.
Tidskrift: Journal of Palliative Care
Publikationsår: 2006
Syfte: Att utforska nöjdhetsgraden med omvårdnaden i livets slutskede genom att använda "Family Perception of Care Scale".
Metod: Kvantitativ med frågeformulär. Frågeformulären skickades till 375 individer som upplevt en näras bortgång de senaste 12 månaderna. Antalet som svarade var 231 (62%). Statistisk data bearbetades med SPSS (Statistical Program for Social Science) 11,5 för Windows. Data från de öppna frågorna bearbetades med hjälp av kodning och tematisk analys.
Land: Kanada
Antal referenser: 31

Referensnummer: 30
Författare: Andershed-B, Ternstedt-B.
Titel: Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing
Publikationsår: 2001
Syfte: Att skapa ett teoretiskt ramverk som förklarar de anhörigas delaktighet, baserad på analys från fyra tidigare studier.
Metod: Litteraturstudie.
Land: Sverige
Antal referenser: 35

Referensnummer: 31
Författare: Holtslander-LF, Duggleby-W, Williams-AM, Wright-KE.
Titel: The experience of hope for informal caregivers of palliative patients.
Tidskrift: Journal of Palliative Care
Publikationsår: 2005
Syfte: Att utforska upplevelsen av hopp hos vårdgivare, som vårdar patienter under palliativ vård.
Metod: Kvalitativa intervjuer som utfördes med 10 anhöriga till döende patienter, i de anhörigas hem. Alla intervjuer transkriberades ord för ord och sedan kodades och placerades i tema.
Land: Kanada
Antal referenser: 33

Referensnummer: 32
Författare: Eriksson-E, Somer-S, Lauri-S.
Titel: How relatives adjust after the death of a patient with cancer in hospice.
Tidskrift: Cancer Nursing
Publikationsår: 2001
Syfte: Att utforska 1.) hur anhöriga anpassar sig efter en cancer sjuk patients bortgång på hospice, 2.) hur dessa anhöriga har blivit stötta av sjukvårdspersonal, både före och efter patientens död.
Metod: Kvantitativ med frågeformulär. Frågeformulären skickades till 589 familjemedlemmar. Antalet som svarade var 258 personer. Statistisk data analyserades med hjälp utav (Statistical Program for Social Science) SPSS för Windows.
Land: Finland
Antal referenser: 67
