

Behov av stöd när döden är oväntad och plötslig – En litteraturöversikt

Daniel Alstermark & Petter Hagman

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats

Omvårdnad

Jönköping, *Maj*, 2015

Sammanfattning

Att drabbas av en plötslig och oväntad död som familj innebär en komplex situation där omvårdnaden fokuserar på den avlidne. Den överlevande familjen och de behov som uppstår för dem efter dödsfallet ignoreras för att istället centreras kring praktiskt omvårdnadsarbete kring den avlidne. **Syftet** med litteraturöversikten var att beskriva anhörigas behov av stöd vid plötslig och oväntad död av en närstående. **Metod** för studien var en litteraturöversikt av kvalitativ forskning med en induktiv ansats. I **resultatet** framkom fyra kategorier som beskriver anhörigas behov av stöd vid plötslig och oväntad död. Kategorierna är: *Behov av god information*, *Behov av gemenskap*, *Behov av tröst* och *Behov av gott bemötande*. **Slutsatsen** för litteraturöversikten är att anhöriga har ett stort behov av stöd från både sjuksköterskor och närstående samt att anhöriga blir förbisedda i deras behov av stöd.

Nyckelord: Anhörig, information, gemenskap, tröst, stöd, bemötande, familjecentrerad omvårdnad, kvalitativ.

**Supportive needs regarding sudden and
unexpected death -
A literature review**

Daniel Alstermark & Petter Hagman

Thesis, 15 hp, Bachelor Degree
Nursing Science
Jönköping, *May*, 2015

Summary

Being affected by a sudden and unexpected death as a family means a complex situation. The surviving family and their needs after the death is ignored and the care executed by the personnel is usually focused on the deceased. Little time or none is given to the affected family and the support they need is often overlooked.

The **aim** of this literature review is to describe relative's need of support in sudden and unexpected death of a relative. A literature review of qualitative studies with an inductive approach was implemented as the chosen **method**. In the **result** four categories are presented that describe the relative's perception of support in sudden and unexpected death. The categories are as follows: *Need for valuable information*, *Need for social network*, *Need for consolation* and *Need for positive reception*. The **conclusion** of the literature review suggest that relatives have a great need for support from both healthcare personnel and relatives and that the relatives' need of support is easily overlooked.

Keywords: Relatives, information, social network, consolation, reception, family centered care, qualitative.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Familjefokuserad omvårdnad.....	3
Syfte	5
Metod	6
Design	6
Urval & Datainsamling	6
Tabell 1	7
Dataanalys.....	8
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	9
Behov av god information	9
Behov av gemenskap	10
Behov av tröst	10
Behov av gott bemötande.....	11
Diskussion.....	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	15
Slutsats	18
Kliniska implikationer	18
Referenser	19
Bilaga 1: Granskningsprotokoll	
Bilaga 2: Artikelmatris	

Inledning

En sjuksköterska ställs inför olika patientfall, med både allvarliga och mindre allvarliga åkommor som kan resultera i en plötslig och oväntad död. Socialstyrelsen (2015) beskrev att år 2013 var hjärt- och kärlsjukdomar den vanligaste dödsorsaken bland svenska män och kvinnor. Globalt är hjärt- och kärlsjukdomar den mest förekommande dödsorsaken enligt World Health Organization (2015). Socialstyrelsen (2015) beskrev även andra tillstånd som kan resultera i plötslig död såsom sjukdomar i andningsorganen men även yttre orsaker som bil- och fallolyckor. Anhöriga som plötsligt och oväntat förlorat en närstående upplever att deras behov av stöd ofta förbises och upplever en avsaknad av att vara involverad i omvårdnaden (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2011; Eggenberger & Nelms, 2005).

Bakgrund

Vid ett oväntat dödsfall skapas en smärta som aldrig försvinner helt och en livslång sorg börjar för de närstående (Clements, DeRanieri, Vigil, Benasutti, 2004). Ett oväntat dödsfall gör det också svårt för anhöriga att bearbeta och förstå att en familjemedlem har avlidit. Då dödsfallet skett plötsligt förhindrar det även överlevande familjen ifrån att ta farväl (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012). Kaltman och Bonnano (2003) undersökte 87 personers mentala hälsa efter en plötslig eller våldsam död av en partner 70,1% av de tillfrågade upplevde att de åtminstone var måttligt deprimerade 6 månader efter dödsfallet. I en studie av Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski och Thompson (1992) visade det sig att personer som förlorat anhöriga i en plötslig död upplevde det svårare att återgå till ett normalt liv i jämförelse med anhöriga till personer som avlidit av ett väntat dödsfall.

Symptom av sorg upplevdes under en längre period i förhållande till de som hade förlorat anhöriga i väntade dödsfall. Kübler-Ross (1969) sammanfattade sorgprocessen i en femstegsmodell som lyder: 1, Förnekelse. 2, Ilska. 3, Köpslagning. 4, Depression. 5, Accepterande. Denna modell förenklar de symptom som framkommer i sorgprocessen där förnekelse tyder på att man ignorerar det som har hänt, ilska inkluderar de initiala emotionella reaktionerna, köpslagning talar för sökandet efter religion och svar, depression sammanställer den sorg som upplevs och det slutgiltiga steget accepterande menar på när man går vidare från sorgen och finner ny mening i livet. En del personer följer modellen helt medan andra inte upplever vissa stadier eller går igenom modellen i "oordning" (Kübler-Ross, 1969). Stöd till anhöriga som befinner sig i sorg efter ett dödsfall, existerar i olika former och implementeras i olika tider i sorgprocessen. Direkt efter dödsfallet kan stöd ta form i att sjukvårdspersonal ger information, svarar på frågor och ger anhöriga tid för sina emotionella reaktioner (Kurian et al., 2014)

Patient, anhöriga och familj behöver medverka i beslut kring omvårdnad, speciellt i situationer som hotar patientens liv (Porter, Cooper & Sellick, 2013). Då behov av hjärt- och lungräddning krävs har studier visat att anhöriga uppskattar att få vara närvarande.

Det har visat sig ge de närstående en positiv bild av vårdsituationen samt en större tillit till sjukvården och vårdpersonalen, även om patienten avlider. Då patienten inte överlever får anhöriga en förståelse för att vårdpersonalen gjorde vad de kunde (Porter et al., 2013). Även om vårdpersonal gör mycket för de sörjande anhöriga så får de mest stöd ifrån sina egna sociala nätverk. Storleken på det sociala nätverken har mindre betydelse för sorgbearbetningen, utan det är funktionaliteten av den närståendes nätverk som är viktigt (Benke, Wijk & Molander, 2009). Vid ett ickefunktionellt socialt nätverk har vårdpersonal som störst ansvar att hjälpa de närstående att bearbeta sorg (Benke et al., 2009). I sjukvården sätts anhörigas behov ofta i andra hand och i vissa fall glöms deras behov bort helt vid plötslig död av en närstående (Bremer et al., 2011). Sjuksköterskor väljer ofta att fokusera på det praktiska omvårdnadsarbetet kring en plötsligt avlidet patient då de upplever att ge information till anhöriga som besvärligt (Rejnö, Åberg & Danielsson, 2012).

Även akutvårdssjuksköterskor tycker det är svårt att hantera mötet med sörjande närstående och många skulle föredra att enbart vara involverade i arbetet kring den döende eller avlidne (Scott, 2013). Det beskrevs även av Lloyd-Williams, Morton och Peters (2009) där de fann att anhöriga ofta upplevde sig förbisedda och att deras emotionella behov helt ignorerades. I en studie av Eggenberger och Nelms (2005) framkom att familjer upplevde det besvärligt när de inte kände att de var involverade i vården kring sin närstående i slutskedet. De anhöriga upplevde även att sjuksköterskan blev för uppgiftsorienterad och ignorerade den övriga familjen för att enbart fokusera på patienten. De anhöriga beskrev att de förstod att sjuksköterskan var där för patientens skull men att de gärna hade inkluderats i omvårdnaden kring deras anhörig.

Bremer et al. (2011) beskriver att det inte är tillräckligt för vårdpersonal att enbart ha praktisk erfarenhet vid omhändertagandet av sörjande anhöriga vid plötslig död. Samma studie menade även att det krävdes en utvecklad etiskt omvårdnadskompetens som innefattar djupare kunskap om både etik i dessa situationer samt omvårdnad som fokuseras på sörjande anhöriga. Hur man som sjuksköterska ska förhålla sig till anhöriga efter en plötslig död berörs för lite i utbildningen och behöver lyftas mer för vidare kompetensutveckling (Kurian et al., 2014). Både yrkesverksamma sjuksköterskor samt sjuksköterskestudenter önskar ytterligare utbildning kring detta ämne för att kunna hantera de oväntade situationerna på bästa sätt möjligt (Kurian et al., 2014).

Vid mötet med anhöriga efter en plötslig död är sjuksköterskans insatser av stor vikt då de kan förebygga onödigt lidande under sorgarbetet och sjuksköterskans insatser kan motverka en negativ sorgutveckling bland barn, ungdomar och vuxna. Därför är det viktigt att se hela familjen vid en närståendes plötsliga och oväntade död (Bugge, 2001). Gavaghan och Carroll (2002) beskrev att anhöriga upplevde det viktigt att erhålla adekvat och ärlig information, att vårdpersonalen brydde sig om deras anhöriga samt att vara inkluderad i vården. Samma studie beskrev även att sjuksköterskan är den viktigaste länken mellan sjukvården och anhöriga. Därför behöver sjuksköterskan kunna se familjen som en helhet - en helhet som kräver omvårdnad anpassad efter varje familjs individuella behov.

Familjefokuserad omvårdnad

Enligt International Council of Nursings etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) ska sjuksköterskan i vårdarbetet främja en miljö där värderingar, mänskliga rättigheter, sedvänjor och trosuppfattningar hos familjer, enskilda personer och allmänheten respekteras. Det innebär att sjuksköterskor har ett ansvar att erbjuda omvårdnad till enskilda personer, allmänheten samt familjer.

Hälsa i en familj har beskrivits av Benzein, Hagberg och Saveman (2012b) som ett övergripande begrepp för familjens välbefinnande och funktion. Det innebär att begreppet familjehälsa inkluderar hälsa hos familjen i helhet men också hälsa för varje individuell medlem i familjen. I begreppet familjehälsa läggs stort fokus på att belysa vilka faktorer som påverkar familjens övergripande hälsa. I mötet med en sörjande familj måste dessa resurser identifieras, mobiliseras och stödjas för att ge familjen så gott stöd som möjligt i sorgearbetet (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012b). Bleich (1996) menade att familjefokuserad omvårdnad ska ses som ett system av omvårdnadsåtgärder istället för uppdelade och separata omvårdnadsåtgärder. Systemet ska anpassas efter varje unik familj och deras unika behov, där varje vårdpersonal delaktig i vården måste förmedla meningsfull och individanpassad omvårdnad.

Inom familjefokuserad omvårdnad har familjen ett systemiskt förhållande till varandra där förändringar påverkar alla delar av systemet, detta i både positiv och negativ bemärkelse. Det betyder att om en person i systemet utsätts för sjukdom eller dylikt så kommer även de andra personerna i systemet påverkas. Om familjesystemet används korrekt och på ett effektivt sätt kan det bidra till ett minskat lidande, förbättrad hälsa och ökad välbefinnande för alla delaktiga i familjen (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012c). För att sjuksköterskan ska kunna använda systemet korrekt har Leahey och Harper-Jaques (1996) beskrivit kriterier för familjefokuserad omvårdnad. De menade att relationen mellan sjuksköterskan och familjen ska vara icke-hierarkisk samt karakteriseras av en ömsesidighet. Relationen ska också präglas av att sjuksköterskor och familjer bidrar med sina styrkor samt att sjuksköterskan kontinuerligt ska återkoppla till familjen med information.

När en familj utsätts för plötslig död påverkas familjens synsätt gentemot varandra och sjukvården, därför behöver sjuksköterskan ha ett öppet förhållningssätt gentemot den drabbade familjen för att kunna hjälpa dem på bästa sätt (James, 2012). För att utnyttja familjesystemet helt menade Benzein, Hagberg och Saveman (2012a) att sjuksköterskan i familjefokuserad omvårdnad behöver se patienten i första hand men också familjen som en kontext till patienten för att då kunna räkna familjen som en del av patienten. Detta innebär att vid vård av en avliden person ska familjen ses som en förlängning av patienten själv och även dom ska få vård och stöd från sjukvården. När en familj förlorar en anhörig skapas en komplex situation där olika teoretiska synsätt angående hur sjukdom och död hanteras, men även hur sorg har en påverkan på familjen som system. Därför behöver familjer förstås utifrån ett familjefokuserat sammanhang (James, 2012).

Vårdpersonal upplever ofta hanteringen av sörjande anhöriga som komplex, besvärlig och emotionellt krävande (Rejnö et al., 2012). De familjer som befinner sig i sorg och möter sjukvården upplever således ofta att deras behov av stöd blir förbisett (Bremer et al., 2011). Därmed behöver anhörigas behov av stöd studeras för att kunna få en förståelse för den komplexa situation som uppstår vid förlusten av en närstående.

Syfte

Att beskriva anhörigas behov av stöd vid plötslig och oväntad död av en närstående.

Metod

Design

Studiens utformning var en induktiv litteraturoversikt av kvalitativa vetenskapliga artiklar då kvalitativ forskning fokuserar på upplevelser och svarar därmed på det valda syftet (Forsberg & Wengström, 2013; Henricson & Billhult, 2012). Detta för att kunna beskriva det valda forskningsområde och för att lägga en grund för vidare forskning inom stöd till familjer när en anhörig plötsligt och oväntat avlidit (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval & Databasinsamling

Vid genomförandet av litteratursökning användes elektroniska databaser, som var tillgängliga genom högskolebiblioteket i Jönköping. De databaser som användes för litteratursökning var följande: CINAHL, Medline och Psycinfo. Sekundärsökningar utfördes vilket innebar att referenslistor i artiklar funna genom litteratursökningen granskades efter lämpliga och relevanta artiklar. Listor från litteraturdatabaserna med "liknande artiklar" granskades efter relevanta artiklar i samband med primärsökningen (Östlundh, 2012).

Vid litteratursökningen användes inklusionkriterier (Friberg, 2012b) för att kunna specificera litteratursökningen och erhålla ett sökningsresultat som upplevdes relevant utifrån det valda syftet. Även de artiklar som uppkom i sekundärsökningen (Östlundh, 2012) granskades utifrån de här kriterierna.

De valda inklusionskriterierna innefattade att enbart söka efter publikationer mellan åren 2000 till 2015, att artiklarna skulle vara peer reviewed, publicerade på engelska och att artiklarna skulle vara av kvalitativ karaktär.

Vid litteratursökning användes trunkering och booleska söktermer i fritext (Backman, 2008a; Backman, 2008b; Karlsson, 2012). Att använda sig av Trunkering innebär en sökning på en begynnelse av en sökterm för att få med alla variationer av ändelser och implementeras i sökning med en asterisk (*), (Backman, 2008a). Booleska söktermer innefattar begreppen AND, OR och NOT som användes inom en sökning för att utöka eller begränsa träffarna i databaserna, fånga upp de begrepp som är relevanta och att sälla ut de begrepp som ej är relevanta (Backman, 2008b). Sökorden samt sökningen är presenterad i Tabell 1.

Vid litteratursökningen användes samma inklusionskriterier och samma sökmatrix i de olika databaserna för att vara konsekventa i litteratursökningen. Det innebar att vi använde oss av samma sökord och inklusionskriterier i alla databaser när sökningarna genomfördes (Tabell 1).

De eventuella artikeldubbletter som uppkom vid litteratursökning i de olika databaserna exkluderades vid genomgång av artikeltitlar.

Vid litteratursökning användes också exklusionkriterier (Friberg, 2006b). Artiklar som berörde ämnet SIDS - Sudden Infant Death Syndrom (Matthews & Moore, 2013) eller plötsligt död av barn exkluderades eftersom litteraturoversikten fokuserades mot vuxna människor.

Även artiklar som riktade sig mot stöd till barn och artiklar som enbart granskade en enskild persons upplevelser om plötslig död av en anhörig exkluderades.

De artiklar som inkluderades i kvalitetsgranskningen berörde olika typer av plötslig och oväntad död samt även stöd med fokus på familjen. Vid kvalitetsgranskning av de artiklar som

framkom igenom den litteratursökning som genomfördes och igenom sekundärsökning (Östlundh, 2012) användes ett granskningsprotokoll anpassat för kvalitativa studier (Bilaga 1). Granskningsprotokollet användes för att kunna avgöra vilka studier som var lämpade att inkluderas i resultatet och där en maxpoäng på 12 poäng kunde erhållas för att påvisa god kvalitet i de granskade artiklarna.

Tabell 1

Sökning i CINAHL, 15-03-20.

Sökning	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Till Resultat
Support OR bereavement	126,666				
Sudden death OR Unexpected death OR unanticipated death	5,827				
Relativ* OR famil* OR next of kin	185,161				
Experienc* OR Management	264,402				
(Support OR bereavement) AND (sudden death OR unexpected death OR Unanticipated death) AND (famil* OR relativ* OR next of kin) AND (experienc* OR Management)	64	64	32	11	4 (5*)

*(I sekundärsökningen framkom ytligare en artikel till resultatet från CINAHL)

Sökning i Medline, 15-03-20.

Sökning	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Till Resultat
Support OR bereavement	491,987				
Sudden death OR Unexpected death OR unanticipated death	21,979				
Relativ* OR famil* OR next of kin	1,171,172				
Experienc* OR Management	957,721				
(Support OR bereavement) AND (sudden death OR unexpected death OR Unanticipated death) AND (famil* OR relativ* OR next of kin) AND (experienc* OR Management)	111	111	41	6	2

Sökning i Psycinfo, 15-03-20.

Sökning	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Till Resultat
Support OR bereavement	191,840				
Sudden death OR Unexpected death OR unanticipated death	1,788				
Relativ* OR famil* OR next of kin	274,766				
Experienc* OR Management	343,816				
(Support OR bereavement) AND (sudden death OR unexpected death OR Unanticipated death) AND (famil* OR relativ* OR next of kin) AND (experienc* OR Management)	68	68	14	5	3 (4*)

*(I sekundärsökningen framkom ytterligare en artikel till resultatet från Psycinfo.)

Dataanalys

Dataanalysen utgick ifrån Fribergs analysmodell av kvalitativ forskning (Friberg, 2012a; Segesten, 2012). Analysen genomfördes i olika steg för att få en tydlig struktur att följa. Strukturen löd följande:

Steg ett innebar att de artiklar som framkom under granskningen lästes igenom flera gånger för att få en övergripande förståelse av materialet. Fokus låg dock på att resultat skulle läsas noga för att kunna få en tydlig kunskap om vad varje artikelsresultat visade.

I steg två granskades studiernas resultat mer djupgående för att identifiera nyckelfynd och kategorier i relation till valt syfte. Under granskningen av resultaten antecknades huvudfynd och citat tagna ur artiklarna som arrangerades i en översiktstabell/artikelmatrix (Bilaga 2; Friberg, 2012b).

Under steg tre sammanfattades artiklarnas resultat på ett separat dokument med stöd av översiktstabellen/artikelmatrixen (Bilaga 2) som gjordes i andra steget (Friberg, 2012b). Detta för att få en schematisk översikt av varje artikels innehåll och över det som skulle analyseras.

Steg fyra innebar att likheter och olikheter från de olika studierna fördes samman utifrån resultatsammanfattningen för att skapa övergripande kategorier i relation till valt syfte.

Slutligen i steg fem formulerades ett resultat med grund i de formade kategorierna. Resultatet byggdes upp på ett sätt som ger läsaren en god insikt i området (Friberg, 2012a).

Forskningsetiska överväganden

Eftersom vald metod var en litteraturöversikt togs inget eget forskningsetiskt övervägande utöver att de artiklar som inkluderades granskades för att se om författarna tagit etiska överväganden ur informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.). Denna granskning resulterade i att alla artiklar som inkluderades i resultatet hade ett väl utformat etiskt ställningstagande.

Resultat

Efter analys av det vetenskapliga materialet framkom fyra övergripande kategorier: *Behov av god information*, *Behov av gemenskap*, *Behov av tröst* och *Behov av gott bemötande*.

Behov av god information

Anhöriga som var närvarande vid ett dödsfall hade vetskap om hur dödsfallet hade gått till och kunde börja bearbeta dödsfallet tidigare. De anhöriga som inte var närvarande vid dödsfallet upplevde att de ansträngde sig för att erhålla information angående den närståendes sista tid. Anhöriga beskrev att de ansträngde sig oerhört för att erhålla specifik information som berörde dödsfallet (Janzen, Cadell & Westhues, 2003). Behovet av adekvat information var oerhört stort för anhöriga efter ett dödsfall, detta var ett grundläggande behov vid trauma och plötslig död (Janzen et al, 2003)

Anhöriga som just hade skakats av ett plötsligt och oväntat dödsfall behövde enligt dem själva simpel, ärlig och tydlig kommunikation för att kunna hantera den information som berörde det oväntade dödsfallet (Rodger, Sherwood & O'Connor, 2006). Om anhöriga inte fick den information de behövde upplevde de sig som irriterande och som ett hinder för sjukvården då de behövde kämpa för att få sjukvårdspersonal att tilldela dem information angående deras närståendes död.

Utöver kontinuerlig information behövde överlevande familjemedlemmar konkreta detaljer om dödsfallet. De kvarstående frågor som fanns kvar angående dödsfallet hade av anhöriga identifierats som en källa till oro och ångest (Harrington & Sprowl, 2011). Chapple, Swift och Ziebland (2011) beskrev att anhöriga kunde söka sig till medium eller andra spirituella personer för kontakt med deras avlidne närstående för en förståelse om sorgen de upplevde och vad som hade hänt.

I intervjuer berättade anhöriga till personer som avlidit plötsligt till följd av en större invasiv hjärtoperation att patienten som avled hade fått information om riskerna med operationen, men informationen nådde inte de anhöriga. De fick istället denna information efter att patienten hade avlidit (Ivarsson, Larsson, Johnsson, Lühns & Sjöberg, 2008).

Efter dödsfallet av en anhörig beskrev Brysiewicz (2006) att anhöriga upplevde det jobbigt att ta kontakt med professionella instanser för stöd och hjälp. Samma studie (Brysiewicz, 2006) beskrev att anhöriga uttryckte ett behov av information angående professionell tröst i form av psykolog eller stödjure skulle ges tydligare och oftare för lättare åtkomst. Rodger et al. (2006) menade att när anhöriga upplevde att de inte respekterades, lyssnades på eller inte fick information om dödsfallet så projicerade anhöriga skulden för dödsfallet på vårdpersonalen.

Behov av gemenskap

Anhöriga har beskrivits att behovet av en stabil och fungerande familjerelation är som störst efter en traumatisk upplevelse, som efter plötslig död (Handsley, 2001). Den ursprungliga familjerelationen upplevdes som svår att upprätthålla då dagliga rutiner, semestrar, högtider och sociala aktiviteter blev obekväma och en ständig påminnelse av den avlidne (Mayer et al., 2013). Begley och Quayle (2007) menade att den intensiva smärtan och ångesten som följde dödsfallet påverkade hela familjedynamiken. Ytterligare en komplicerande faktor var att överlevande familjemedlemmar varierade i sitt förhållningsätt till varandra. Det fanns en stor variation i deras förmåga och vilja att interagera med varandra i sorgearbetet (Wiegand, 2012). Efter att ha förlorat en familjemedlem riskerade den ordinarie familjestrukturen att brytas ner och de en gång stabila förhållandena riskerades att brista, samtidigt som sorgen kunde forma nya starka band inom familjen (Handsley, 2001). Sorgen kunde påverka familjen positivt när familjemedlemmarna upplevde en gemenskap i sorgen och en tillhörighet gentemot varandra (Handsley, 2001).

Familjer upplevde ett behov av att få stöd ifrån sin bekantskapskrets i sorgearbetet som familjen bearbetade. Dock upplevde familjen att bekanta blev undvikande efter en plötslig död av en familjemedlem (Brysiewicz, 2006). Begley och Quayle (2007) beskrev att överlevande familjemedlemmar självmant upphörde att kommunicera med utomstående på grund av att de kände sig olustiga i sociala interaktioner.

Anhöriga beskrev ett upplevt behov av att övervinna sorgearbetet på individnivå, att vid förlusten av en närstående så låg ansvaret på en enskild individs axlar att upprätthålla en fungerande familjerelation (Wisten & Zingmark, 2007). Anhöriga upplevde att de föredrog att inte inkludera familjen i sitt sorgearbete, för att inte påverka familjen negativt med sin sorg (Brysiewicz, 2006). Den följande upplevda ensamheten i sorgen kunde leda till isolering vilket i sin tur riskerade personens mentala hälsa (Handsley, 2001). Chapple et al. (2011) beskrev att anhöriga upplevde ett behov av att deras vänner och familj gav tröst genom att vara närvarande men att de inte alltid var tillgängliga. Det var då religionen fanns för att tillgodose deras behov av gemenskap som familj eller bekanta inte gav. Religionen sågs av de troende som konstant, alltid tillgänglig och förstående. Chapple et al. (2011) menade dock att i vissa fall hade religionen negativ effekt på sorgen, då vissa upplevde sig övergivna av sin gud och att deras gud straffade dem för något genom att ta deras närstående ifrån dem i en traumatisk död.

Behov av tröst

Wisten och Zingmark (2007) beskrev fyra behov relaterade till tröst som anhöriga upplevde vid plötslig och oväntad död av närstående. Första behovet var bevis eller svar på vad som hade hänt och framförallt vad som hade gjorts av sjukvården. Anhöriga upplevde ofta tröst i att få veta vad sjukvården gjort för den avlidne då detta gav en känsla av att den avlidne ej var förbisedd (Wisten & Zingmark, 2007). Det andra behovet som beskrevs var återskapande, en återberättelse av dödsförloppet för att anhöriga skulle få en övergripande bild av händelserna som ledde fram till dödsfallet (Wisten & Zingmark, 2007).

Brysiewicz (2006) beskrev detta som ett behov av att söka sig till andra i samma situation för att få ett utlopp till sina egna känslor, finna tröst hos andra genom återberättelse och reflektion. Det tredje behovet var förklaring, varför det hände och varför just de blev drabbade (Wisten & Zingmark, 2007). Janzen et al. (2003) visade att anhöriga till den avlidne försökte att förstå och sökte mening i dödsfallet. De som upplevde sig ha en stark religiös tro fick ofta tröst i tron att deras närstående dog av en anledning och fanns kvar på ett spirituellt plan (Chapple et al., 2011). De som trodde på ett liv efter döden fann stöd och tröst i att de upplevde att de kände av närvaron av den avlidne men att liknande upplevelser även kunde ge personer obehag då de blev skrämnda av att se eller känna sin avlidne närstående (Chapple et al., 2011).

Det fjärde behovet var känslighet för att betona vikten av ett värdigt bemötande av sjukvården (Wisten & Zingmark, 2007). Janzen et al. (2003) beskrev att föräldrar upplevde en emotionell kontrollförlust och att deras värld förändrades efter att deras barn avlidit. Samma studie beskrev att föräldrar uppskattade att vårdpersonal assisterade dem att återfå en känsla av kontroll samt många föräldrar beskrev att vårdpersonal inte alltid gav dem det stödet. Janzen et al. (2003) beskrev även att anhöriga hade behov av att säga farväl då det var en tröst för anhöriga och underlättade sorgearbetet. Under visningen av den avlidne innefattade det att vårdpersonal skulle respektera den avlidne och visa medkänsla till de anhöriga.

Behov av gott bemötande

Anhöriga upplevde ett behov av att sjukvårdspersonalen behövde vara bemötande och hjälpsamma vid plötslig död av en närstående. Detta behov upplevde anhöriga att sjukvården inte alltid tillgodosedde (Brysiewicz, 2006). Rodger et al. (2006) beskrev att anhöriga upplevde ett behov av att vårdpersonal som mötte överlevande familjemedlemmar var tillmötesgående. Sjukvårdspersonal behövde vara förberedda med god kunskap och etablerade rutiner att förhålla sig till i mötet med anhöriga för att ge kontinuitet i vården. Harrington och Sprowl (2011) menade att anhöriga upplevde det viktigt att vårdpersonal visade respekt och medkänsla mot både anhöriga och mot den avlidne. Den kritik som framkom från anhöriga i mötet med sjukvården efter plötslig och oväntad död var angående brist på information, ansvar och känslighet (Wisten & Zingmark, 2007). Även anhöriga i mötet med sjukvården i Sydafrika vid plötslig död av en närstående upplevde sjukvårdspersonalen som känslökall, undvikande och distraherande (Brysiewicz, 2006).

Efter att ha tagit del av anhörigas upplevelse efter ett plötsligt dödsfall så menade Rodger et al. (2006) att anhöriga beskriver ett behov av att vårdpersonalen har ett förhållningssätt som är utformat efter varje individs behov och innefattar öppenhet, ärlighet och känslighet. Rodger et al. (2006) påpekade även att ett av de mest uppenbara behoven för de överlevande familjemedlemmarna var ärlighet från vårdpersonalen.

I en svensk studie upplevde anhöriga mötet med sjukvården på en intensivvårdsavdelning att de fått de stödet från personalen som de behövde, de kände sig sedda, hörda och väl bemötta (Ivarsson et al., 2008).

Harrington och Sprowl (2011) beskrev ett fenomen där anhöriga tyckte att vårdpersonal visade på stor empati, medkänsla, respekt, omtanke och ärlighet. Anhöriga fick då en känsla av att de inte var en del av ett jobb utan att sjuksköterskans såg dem både professionellt och personligt. Harrington och Sprowl (2011) beskrev även att anhöriga kom ihåg vänlighet från vårdpersonal som något av det mest betydande under hela vårdförloppet då en anhörig plötsligt avlidit.

Även om emotionellt stöd från sjukvården utgjorde en stor bit av sorgbearbetningen så påpekade anhöriga ett behov av stödjande gester. De upplevde att det fanns en avsaknad av kringliggande frågor (Harrington & Sprowl, 2011). Små gester som att vårdpersonal frågade anhöriga om de behövde något att dricka eller om det fanns något kunde göra för att underlätta i situationen, detta värderade anhöriga högt vilket byggde upp tilliten (Brysiewicz, 2006; Harrington & Sprowl, 2011; Ivarsson et al., 2008). Janzen et al. (2003) beskrev att anhöriga upplevde att de bästa hjälpsamma insatserna från vårdpersonal handlade om att visa ödmjukhet och medkänsla. Andra hjälpsamma insatser som var betydande inkluderade att vårdpersonal gav instrumentell assistans exempelvis erbjudandet av något att dricka och att sjukvårdspersonal gav information till de anhöriga om vad som pågick. Anhöriga beskrev detta som oerhört hjälpsamt för en inledande bearbetning av dödsfallet och sorgprocessen (Janzen et al., 2003). Större gester som iordningställningen av den avlidne var något som anhöriga mindes som att vårdpersonalen har visast stor vördnad för den avlidne (Brysiewicz, 2006). Anhöriga upplevde ett behov under visningen av den avlidne att den avlidne såg rofylld ut och att det fanns personal tillgänglig om det skulle behövas som stöd vid det sista avskedet (Ivarsson et al., 2008). Janzen et al. (2003) menade att vårdpersonal hade en stor påverkan på anhöriga efter ett plötsligt dödsfall, i både positiv och negativ aspekt. Då anhörigas behov bekräftades underlättades hanteringen av dödsfallet men då anhörigas behov nonchalerades förstärktes traumat.

Diskussion

Metoddiskussion

Metodens trovärdighet gentemot syftet anses god eftersom syftet är att undersöka behov utifrån anhöriga, vilket en litteraturöversikt ger en god överskådlig blick av (Henricson, 2012). I de första litteratursökningarna som genomfördes användes en annan sökordsformatering än i de slutgiltiga litteratursökningarna. De första sökningarna som utfördes resulterade inte i tillräckligt med artiklar för resultatskrivning. Sökningen utökades då med ytterligare trunkerade ord för att erhålla ett ökat antal träffar i litteratursökningen och för en hög nivå av trovärdighet (Henricson, 2012). En markant skillnad som uppstod vid de utökade sökningarna gentemot de tidigare, var inkluderingen av sökorden "support" och "unanticipated death", vilket resulterade i vad som upplevdes som mer specifika artiklar. De initiala litteratursökningar som genomfördes innehöll även det trunkerade sökordet "Nurs*", för att kunna erhålla träffar relaterade till sjuksköterskan och plötslig död. I den slutgiltiga sökningen exkluderades dock sökordet "Nurs*" efter att sökningsresultatet vinklades mot sjuksköterskan upplevelser och inte anhörigas upplevelser om behovet av stöd som var syftet med litteraturöversikten.

Intervall gällande publiceringsår utökas efter den initiala litteratursökningen, från 10 till 15 år i den sista litteratursökningen. De första litteratursökningarna genomfördes alltså med ett tidsintervall mellan åren 2005-2015, för att erhålla ett forskningsresultat som upplevdes aktuellt och relevant. Däremot krävdes det senare att publiceringsintervallet utökades till 15 år, mellan år 2000-2015, på grund av lågt antal träffar. Att utöka publiceringsintervallen över 15 år upplevdes däremot inte aktuellt utifrån att kunna hålla syftet relevant mot aktuell forskning.

Den slutgiltiga litteratursökningen som genomförs med alla inklusionskriterier resulterade i nio artiklar efter kvalitetsgranskning som lämpade sig till resultatet. Då nio artiklar upplevdes vara otillräckligt för en hållbar analys av syftet utfördes även sekundärsökningar (Östlundh, 2012). Under sekundärsökningen fokuserades det framförallt på att granska valda artiklars referenslistor samt en granskning av listor med "liknande artiklar" i databaserna, vilket ledde till ytterligare två artiklar till resultatet. Tidigare under litteratursökningsprocessen hade möjligheten att använda sig av sekundärsökningar (Östlundh, 2012) missats och allt fokus i litteratursökning resulterar i ändringar bland sökorden, till liten eller ingen nytta.

De litteratursökningar som genomförs skedde ursprungligen i databaserna *CINAHL*, *Medline*, *Psycinfo* och *PUBmed*. Genom att söka efter litteratur i flera databaser ökar chanserna till relevant litteratur och en högre nivå av trovärdighet (Henricson, 2012). Vid den slutgiltiga sökningen exkluderas dock artiklar ur *PUBmed* eftersom sökningen i denna databas genomfördes sist och gav samma resultat som de tidigare databaserna. *PUBmed* exkluderas även på grund av att de artiklarna som framkom i sökningen var inriktade på fel områden utifrån valt syfte.

Det diskuteras om den slutgiltiga sökningen, som inkluderade fler sökord, var bättre eftersom den svarade mer mot syftet trots att antal träffar i databaserna blivit mindre, men desto mer specifika. Det existerar också en generell åsikt att större artikelresultat i litteratursökningarna skulle resultera i fler artiklar som godkändes i kvalitetsgranskningen. De artiklar som inkluderas i resultatet uppnådde alla fulla poäng enligt kvalitetsgranskningsprotokollet. Då båda författarna genomför granskningen av alla artiklarna ses resultatet av granskningen som trovärdigt. En åsikt som förändras i och med att de tidigare sökningarna inkluderade artiklar i sökningarna som inte alls var relevanta mot vårt syfte. Den slutgiltiga litteratursökningen ansågs därmed som mest lämplig för syftet och för en högre nivå av trovärdighet (Henricson, 2012).

Initialt diskuterade förförståelsen emellan författarna där det konstateras att ingen av parterna har någon större insyn i ämnet. Författarna har erfarenheter av att jobba kring avlidna patienter men ingen har erfarenhet av plötslig och oväntad död av en patient. Detta anses positivt eftersom dataanalysen och resultatet inte påverkas av förutfattade meningar och tidigare kunskap om valt ämne, vilket ger en hög nivå av tillförlitlighet (Henricson, 2012).

Vid kvalitetsgranskningen av resultatartiklarna granskar båda författarna artiklarna först individuellt för att senare genomföra en gemensam granskning för att kvalitetssäkra dataanalysen och höja nivån av trovärdighet. Något som skulle kunna minska nivån av trovärdighet är att ingen utomstående granskar resultatbeskrivningen som framkom vid granskningen. Kategorierna formas efter dataanalysen med svårighet eftersom det första resultatet initialt är felvinklat. Det första resultatet visar på anhörigas behov och perspektiv men inkluderar även vårdpersonalens perspektiv samt emotionella reaktioner. Därefter omformuleras resultatet för att relateras uteslutande till valt syfte och kategorierna formas. Under uppsatsskrivningen används grupphandledning, vilket stärker både trovärdighet och tillförlitlighet eftersom kontinuerlig återkoppling ges (Henricson, 2012).

Artiklarna som inkluderas i resultatet hämtas ifrån olika länder, där totalt åtta studier hämtas ifrån Sverige, USA, Storbritannien och Kanada. Totalt tre studier hämtas ifrån Irland, Australien och Sydafrika. Utifrån begreppet överförbarhet diskuteras att alla artiklar som inkluderas förutom en artikel från Sydafrika har en tydlig överförbarhet eftersom artiklarna genomförts i västvärlden. Artikeln från Sydafrika anses ha god överförbarhet eftersom resultatet liknar resultaten ifrån övriga länder. Dock betonar författarna att det förekommer skillnader i sjukvårdssystemen mellan de olika länderna och att överförbarheten därmed inte kan garanteras (Henricson, 2012).

Ett resonemang har förts om att fler experimentsökningar skulle ha genomförts, för att kunna hitta en större variation i sökorden med ett mål att hitta den bästa sökordskombinationen för litteratursökningen (Östlundh, 2012). Den "färdiga" sökmatrisen behövdes göras om flertalet gånger eftersom det resulterade i få artiklar. Det upplevs att det skulle experimenterats mer kring den initiala sökningen för att få fram fler relevanta sökord och en lämpligare sökning. Denna översikt relateras till den upplevda tidspressen som uppstod i skrivandets början då en "färdig" sökmatris hastigt tvingade fram.

Resultatdiskussion

Resultatet visar på ett behov av stöd, både av sjuksköterskan och familjen i samband med plötslig död av en närstående. Det visar sig även att anhöriga behöver anstränga sig för att få information och att informationen inte alltid når dem. Resultatet kan likställas till Leahey och Harper-Jaques (1996) kriterier för familjefokuserad omvårdnad som säger att familjer behöver kontinuerlig information för att bygga upp en fungerande vårdrelation samt att relationen ska vara icke-hierarkisk. Att anhöriga eftersträvar information efter ett plötsligt dödsfall är tydligt både enligt resultatet och familjefokuserad omvårdnad.

Scott (2013) menar att anhöriga värdesätter all information som gör att de kan få en uppfattning om omständigheterna kring en anhörigs dödsfall och att information ibland kan behöva upprepas. Benzein, Hagberg och Saveman (2012a) beskriver att tidigare har information och rådgivning utgått ifrån sjuksköterskans perspektiv när det varit lämpligt att ge information, vilket har förändrats när familjer har stöd i hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) och patientlagen (SFS, 2014:821) som stärker patientens integritet, självbestämmande och framförallt delaktighet. Familjefokuserad omvårdnad har troligtvis en stor betydelse för anhöriga efter ett plötsligt dödsfall eftersom omvårdnaden fokuserar på hela familjens dynamik och behov.

Resultatet tyder på att anhöriga upplever sig som ett irritationsmoment eller att de hindrar vårdpersonalen när de kontinuerligt efterfrågar information. Leahey och Harper-Jaques (1996) menar att sjuksköterskor och familjen måste ses som jämlika för att kunna föra en öppen dialog och förstå varandra. Om tilldelning av information till anhöriga upplevs som en svårighet för sjuksköterskor resulterar det i att anhöriga inte upplever att de får den kontakt som behövs, att de upplever sig exkluderade och därmed förlorar tilliten till sjukvården (Rejnö et al., 2012). När anhöriga informeras angående dödsfall menar Scott (2013) att vårdpersonal ska undvika otydliga termer för att inte inge falskt hopp eller förvirra anhöriga. Detta ställs i relation till resultatet som visar att information som ges till anhöriga ska vara ärlig, konkret och kontinuerlig för att anhöriga ska kunna bearbeta dödsfallet. Det kan likställas till Rejnö et al., (2012) som påstår att efter ett plötsligt dödsfall ska information som ges av vårdpersonal vara kontinuerligt för att få anhöriga att förstå situationen samt att få dem att känna en tillit till sjukvården. Resultatet betonar däremot att det inte enbart krävs kontinuitet utan även konkreta detaljer i den information som ges till anhöriga. Detta för att antagligen besvara de kvarstående frågor som kan existera hos anhöriga.

Dödens påverkan är ett svårt ämne att lära ut och att förhålla sig till eftersom det är emotionellt och påfrestande för individen. Det är antagligen svårt eftersom flertalet människor har förlorat en närstående och kan känna sig obekväma i att reflektera kring döden. Dessutom ser skolväsendet inte vikten av undervisning i "döds-undervisning" och kurser som behandlar effekten av död erbjuds inte i den utsträckning som krävs för att skapa ett allmänt intresse (Purves & Edwards, 2005). Detta kan liknas med en studie utförd av Kurian et al. (2014) som säger att anhörigstöd vid plötslig död är ett ämne som saknas i utbildning och därmed behövs belysas ytterligare. Samma studie menar även att såväl yrkesverksamma sjuksköterskor som sjuksköterskestudenter efterfrågar utbildning inom detta område.

Resultatet visar att sjukvårdens roll i anhörigstöd framstår som en betydelsefull källa som har stor påverkan för stöd av sörjande anhöriga. Resultatet tyder även på att om sjukvården inte ger adekvat stöd upplever anhöriga hela situationen som negativ. Enligt Leahey och Harper-Jaques (1996) ska relationen mellan sjuksköterskan och familjen i familjefokuserad omvårdnad vara icke-hierarkisk, ömsesidig och båda parter resurser samt styrkor ska tas tillvara. Det framkommer även när Rejnö et al. (2012) sammanställer att tillit mellan anhöriga och vårdpersonalen benämns som den centrala byggstenen för att etablera en vårdkontakt som motverkar de etiska problem som oväntad och plötslig död av en patient medför. Enligt vårdpersonal formas denna tillit av gott bemötande och inkludering av anhöriga (Rejnö et al., 2012). Anhöriga upplever ärlig, öppen kommunikation anpassad från sina individuella behov, respekt och medkänsla som betydelsefullt i mötet med vården. Inom familjefokuserad omvårdnad beskriver Benzein et al. (2012a) att samtliga parter i vårdmötet ses som jämlika i dialogen och såväl anhörig som vårdpersonal anses likvärdiga.

Resultatet menar att små gester är något som anhöriga bedömer hela vårdsituationen utefter. Purves och Edwards (2005) presenterar handlingar som anhöriga värderar högst som sjuksköterskan utför i anslutning till plötslig död som tilldelning av information, visning av den avlidne samt respekt för personliga och religiösa önskemål. Scott (2013) menar att för att kunna ge effektiv stöd till anhöriga måste sjukvårdspersonal vara säkra i sin yrkesroll och kunna uttrycka empati. Att uttrycka medkänsla samt empati igenom fraser som "jag beklagar sorgen" kan hjälpa de sörjande anhöriga. Sjuksköterskor kan även visa hur mycket de bryr sig igenom praktiskt stöd, en fråga som "är det något jag kan hjälpa dig med?" kan vara oerhört viktigt för anhöriga. Dessa små gester förbises troligtvis om inte vårdpersonal inte har ett ödmjukt förhållningssätt emot anhöriga och deras behov. Purves och Edwards (2005) konstaterar dock att akutvårdspersonal inte ser uppföljning med anhöriga till en plötsligt avlidne som en del av deras yrkesbeskrivning. I dessa fall väljer vårdpersonal att inte utföra uppföljningen även om de inser att det är en viktig del för återhämtning och bearbetning av sorgen för anhöriga.

Resultatet visar att anhöriga upplever att stödet från vårdpersonal och möjligheten att ta farväl av den avlidne, underlättar sorgprocessen avsevärt. Lloyd-Williams et al. (2009) menar dock att anhöriga upplever sig förbisedda av vårdpersonal och att deras emotionella behov ignoreras. James (2012) beskriver att familjer som drabbas av att en familjemedlem avlidit ofta har en tro om att den avlidne fortfarande lever kvar på ett högre plan, vilket ger tröst i sorgen. Det kan relateras till resultatet som beskriver att när anhöriga upplever att deras närstående finns kvar efter döden blir det en möjlighet till tröst, trots att det kan ge obehag när anhöriga får se den avlidne. Den tröst som ändå uppkommer i den här situationen kan relateras till den ensamhet som anhöriga upplever i sin sorg, samt även behovet av att få ta farväl.

I resultatet sammanställs fyra behov som anhöriga upplever sig behöva vid stöd av sorg. Tre av dessa; Bevis, återskapande och förklaring kan alla relateras till Kübler-Ross (1969) modell angående sorgprocessen och framförallt stegen förnekelse, köpslagning och accepterande. För att erhålla stöd i förnekelsen behöver anhöriga bevis i form av visning av den avlidne (Kübler-Ross, 1969; Purves & Edwards, 2005).

Stöd i köpslagningen relaterar till återskapandet av dödsfallet och resultatet menar att anhöriga upplever stöd i återskapandet av dödsfallet (Kübler-Ross, 1969). För att acceptera bortgången av en närstående behöver anhöriga en förklaring till det plötsliga dödsfallet (Kübler-Ross, 1969), detta kan relateras till resultatet som menar att information till anhöriga ska vara simpel, ärlig och tydlig för att ge anhöriga en förståelse om situationens förlopp.

James (2012) menar att sorg kan ses ur ett positivt perspektiv, som något som påminner oss om den samhörighet vi hade med den avlidne och att det kan vara skönt att gråta i sorgen. Att förlora en familjemedlem som har varit en stor del av ens liv beskriver James (2012) som att förlora en del av sig själv. Resultat visar att den gemensamma sorgen inom familjen kan bidra till starkare gemenskap och skapa nya familjeband, att familjemedlemmar ändrar förhållningssätt gentemot varandra och anhörigas förmåga att interagera med varandra ständigt förändras. Detta menar Benke et al. (2009) blir ett stort problem för de drabbade anhöriga som får det största stödet ifrån det egna sociala nätverket, vilket försvåras ytterligare enligt resultatet som beskriver att utomstående bekanta till familjen känner sig obekväma runt den förändrade familjesituationen. Resultatet visar även att troende familjer inte enbart söker stöd från bekanta eftersom de upplever att de inte alltid finns tillgängliga. Dessa familjer vänder sig istället till religionen för stöd.

Slutsats

Litteraturöversikten som genomförts visar att anhöriga upplever ett behov av information, gemenskap, tröst och gott bemötande efter en plötslig död av en närstående samt att behoven tillgodoses ses som av stor signifikans. Anhörigas behov av stöd vid plötslig och oväntad död är enligt litteraturstudien ofta förbisett. Litteraturöversikten beskriver detta utifrån att de närstående upplever att vårdpersonal saknar utbildning inom området samt att de upplever mötet med sörjande anhöriga som obekvämt. Såväl yrkesverksamma sjuksköterskor som sjuksköterskestudenter menar att utbildning inom området anhörigstöd efter plötslig död berörs för lite i utbildning och upplevs som komplicerat.

Vidare forskning samt bredare utbildning inom området rekommenderas för att sjuksköterskan ska få en djupare förståelse om sörjande anhörigas behov.

Kliniska implikationer

Litteraturöversikten tyder på att sjukvården måste bli bättre på att se anhörigas behov av stöd vid plötslig död av en närstående. Sjukvården måste även anpassa sig kring varje familjs individuella situation för att ge god omvårdnad i sorgebearbetningen. Detta kan implementeras i utformandet av en vårdplan med fokus på gott bemötande mot överlevande anhöriga, kontinuerlig och ärlig informationsdelning och ett förändrat omvårdnadsfokus från den avlidne till de överlevande anhöriga.

Referenser

Backman, J. (2008a). Hur man söker litteratur i elektroniska referensdatabaser. I J. Backman (Red.), *Rapporter och Uppsatser*. (s. 167-178). Lund: Studentlitteratur.

Backman, J. (2008b). Referensdatabasen Artikelsök. I J. Backman (Red.), *Rapporter och Uppsatser*. (s. 195-202). Lund: Studentlitteratur.

Begley, M., & Quayle, E. (2007). The Lived experience of adults bereaved suicide: A phenomenological study. *Crisis*, 28(1), 26-34.

Benke, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*. Vol 23(2):141-149.

Benzein, E., Persson, C., & Syrén, S. (2012). Familjecentrerad forskning. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (s. 79-97). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012a). Relationen mellan familj och sjuksköterska - ett systemiskt förhållningssätt. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (s. 47-58). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012b). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (s. 29-46). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012c). Varför ska familjen ses som en enhet. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (s. 23-28). Lund: Studentlitteratur.

Bleich, M. (1996). Review of family-centered care: an approach to implementation. *Family, systems, & health*, 14(2), 270-271

Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2011). Balancing between closeness and distance: emergency medical service personnel's experiences of caring for families at out-of-hospital cardiac arrest and sudden death. *Prehospital and Disaster Medicine*, 27(1), 42-52. doi: 10.1017/s1049023x12000167

Brysiewicz, P. (2006). The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 224-231. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01972.x

- Bugge, K-E. (2001). Hur stötta familjer i sorg? I M. Kirkevold & K. Strømsnes Ekern (Red.), *Familjen - I ett omvårdnadsperspektiv*. (s. 100-126). Stockholm: Liber.
- Chapple, A., Swift, C., & Ziebland, S. (2011). The role of spirituality and religion for those bereaved due to a traumatic death. *Mortality*, *16*(1), 1-19. doi: 10.1080/13576275.2011.535998
- Clements, P., DeRanieri, J., Vigil, G., & Benasutti, K. (2004) Life after death: grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*, *40*(4), 149-154.
- Ediich, R-F., & Kubler-Ross, E. (1992). On death and dying in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, *10*(2). 225-229.
- Eggenberger, S., Nelms, T. (2005). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of clinical nursing*, *16*, 1618-1628
- Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, *47*, 357-366.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Gavaghan, S., Caroll, Diane. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of critical care nursing*, *21*(2), 64-71
- Handsley, S. (2001). "But what about us?" The residual effect of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*, *6*(1), 9-29. doi: 10.1080/13576270020028610
- Harrington, C., & Sprowl, B. (2011). Family member experiences with viewing in the wake of sudden death. *Omega: Journal of Death and Dying*, *64*(1), 65-82. doi: 10.2190/OM.64.1.e
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination*. (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.

Ivarsson, B., Larsson, S., Johnsson, P., Lührs, C., & Sjöberg, T. (2008). From hope and expectation to unexpected death after cardiac surgery. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 242-250. doi: 10.1016/j.iccn.2008.02.002

James, I. (2012). En familjs vardag vid livets slut. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (s. 207-219). Lund: Studentlitteratur.

Janzen, L., Cadell, S., Westhues, A. (2003). From death notification through the funeral: Bereaved parents' experiences and their advice to professionals. *Omega*, 48(2), 149-164.

Kaltman, S., & Bonanno, G-A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders* 17(2). 131-147. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00184-6

Karlsson, E. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012) Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry* 75(1). 76-97. DOI: 10.1521/psyc.2012.75.1.76

Kurian, M., Daniel, S., James, A., James, C., Joseph, L., Malecha, A., ... Mick, J. 2014). Intensive Care Registered Nurses' Role in Bereavement Support. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1), 31-39. doi: 10.1097/NJH.0000000000000018

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York NY: Springer.

Leahey, M., Harper-Jaques, S. (1996). Family-nurse relationships: core assumptions and clinical implications. *Journal of family nursing*, 2, 133-151.

Lloyd-Williams, M., Morton, J., Peters, S. (2009) The end of life experience of relatives of brain dead intensive care patients. *Journal of pain and symptom management*, 37(4), 659-664. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.04.013

Matthews, R., & Moore, A. (2013). Babies are still dying of SIDS. *American Journal of Nursing*, 113(2), 59-64.

Mayer, D., Rosenfeld, A., & Gilbert, K. (2013). Lives forever changed: family bereavement experiences after sudden cardiac death. *Applied Nursing Research*, 26(4), 168-174.

Palese, A., Petean, M., & Cerne, D. (2014) Unexpected deaths in medical wards during night shifts: a narrative analysis of nursing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2599-2608. doi: 10.1111/jocn.12477

Porter, J., Cooper, S., & Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing*, 22(2), 69-74.

Purves, Y., & Edwards, S. (2005). Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency Nurse*, 13(7), 28-34.

Rejnö, Å., Danielsson, E., & Berg, L. (2012). Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death. *Nursing Ethics*, 19(5), 642-653. doi: 10.1177/0969733011412099

Rodger, M., Sherwood, P., & O'Connor, G. (2006). Living beyond the unanticipated sudden death of a partner: A phenomenological study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54(2), 107-133.

Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. *Emergency Nurse*, 21(8), 36-39. doi: 10.7748/en2013.12.21.8.36.e1237

Segesten, K. (2012). Att göra en begreppsanalys. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 101-110). Lund: Studentlitteratur.

SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ Hämtat: 24/4-2015.

SFS (2014:821). *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/ Hämtat: 6/5-2015.

Socialstyrelsen. (2015). *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Vetenskapsrådet (u.å.) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Uppsala: Vetenskapsrådet

Wiegand, D. (2012). Family management after the sudden death of a family member. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 146-163. doi: 10.1177/1074840711428451

Wisten, A., & Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with cardiac death - a qualitative study. *Resuscitation*, 74(1), 68-74.

World Health Organization. (2015). Cardiovascular diseases (CVDs). Hämtad 20 april, 2015, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Granskningsprotokoll

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja Nej

Är urvalet beskrivet? Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja Nej

Hänger metod och syfte ihop?
(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod) Ja Nej

Beskrivs datainsamlingen? Ja Nej

Beskrivs dataanalysen? Ja Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/
ställningstagande? Ja Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i
diskussionen? Ja Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? Ja Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign:

Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping

Bilaga 2: Artikelmatris

ARTIKLAR FRÅN ORIGINALSÖKNING

CINAHL				
Författare, titel, tidskrift, år, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Brysiewicz, P.</p> <p>Titel: <i>The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa.</i></p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing, Jan:17(2). s224-231.</p> <p>År: 2006</p> <p>Land: Syd-afrika</p>	<p>“-To describe the lived experiences of families in KwaZulu-Natal, South Africa, who had lost a loved one to a sudden death”</p>	<p>Hermeneutisk fenomenologisk studie. “Face to face” intervjuer med personer som förlorat någon plötsligt och går i stödgrupp för detta. Män: 1, Kvinnor: 4 (s=5) medverkade, 4 “fall” bearbetades.</p>	<p>Behovet av sympati och sympatisk personal</p> <p>Behovet av information</p> <p>Behovet av stöd ifrån nära vänner och bekanta</p> <p>Behov av tröst</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Etiskt godkännande från deltagarna. Garanterade konfidentialitet.</p> <p>Få intervjuer.</p>
<p>Författare: Handsley, S.</p> <p>Titel: <i>“But what about us?” The residual effect of sudden death on self-identity and family relationships.</i></p> <p>Tidskrift: Mortality. Mars:6(1). s.9-29.</p> <p>År: 2001</p> <p>Land: UK</p>	<p>“-Examine the residual effects of Kevin's untimely death upon the family and how it may have altered their values, beliefs, visions of self and significant others, in order to facilitate explicit and implicit meaningful expression and dialogue”</p>	<p>Kvalitativ metod med fenomenologisk struktur.</p> <p>En familj intervjuad efter att en son dött (i vuxen ålder). Familjen bestod av 2 män och 3 kvinnor, åldersspann 25-63.</p>	<p><i>“Har JAG verkligen förändrats”, “Pojkar gråter inte - eller gör dom?”, “Religion och verklighet”, “Avbryta kontakter och bygga broar - skadan på familjebanden”, “Abstrakt och artefakter”.</i></p> <p>Behovet av familjen. Olika sorgeprocesser. Skada/förändringar på familjedynamiken. Män får mindre tröst, förväntas vara starka. Mycket långt sorgearbete.</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Författaren har personligt band till familjen som undersöks.</p> <p>Familjen benämns under pseudonym.</p>
<p>Författare: Ivarsson, B., Larsson, S., Johnsson, P., Lühns, C. & Sjöberg, T.</p> <p>Titel: <i>From hope and expectation to unexpected death after cardiac surgery.</i></p> <p>Tidskrift: Intensive and critical care nursing</p> <p>År: 2008</p> <p>Land:Sverige</p>	<p>“-Interview relatives of patients who have died in connection with cardiac surgery and describe their experiences of information, reception and care.”</p>	<p>Fenomenologisk med intervjuer, dataanalys enligt Burnard.</p> <p>18 personer deltog M: 5, K: 3.</p>	<p>Behov av stöd och information</p> <p>Vikten och behovet av gott bemötande av personal gentemot anhöriga.</p> <p>Healthprofessionals took time necessary to inform, dock svårt att förstå info- speciellt negativ info, Gott bemötande -samtal & lyssnande, personliga önskemål Mer ärlighet, mer personal kontinuitet, personal fanns tillgängliga för stöd</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Garanterad konfidentialitet. Helsingforsdeklaration</p>

<p>Författare: Mayer, D., Rosenfeld, A. & Gilbert, K.</p> <p>Titel: <i>Lives forever changed: family bereavement experiences after sudden cardiac death.</i></p> <p>Tidskrift: Applied Nursing research</p> <p>År: 2013</p> <p>Land: USA</p>	<p>“-Describe the bereavement experiences of families who survived the sudden cardiac death of a family member and identify meanings of loss.”</p>	<p>Kvalitativ metod med berättande analys.</p> <p>17 personer deltog åldersspann mellan 22-60. M: 5, K: 12.</p>	<p>“<i>Sudden cardiac death.boom</i>”, “<i>Saying goodbye</i>”, “<i>Grief unleashes volatile emotinal reactions</i>”, “<i>Life goes on but never back to normal</i>”, “<i>Meaning in loss</i>”.</p> <p>Behovet av empatisk personal - förstående, shock och andra emotionella reaktioner, skuld, ilska, ensamhet livet föralltid förändrat, inget är längre likadant inte få tillfällighet att ställa frågor till personal, jobbigt</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Etiskt prövad av universitet. Alla deltagande fick skriftlig information om etik.</p>
--	--	---	---	--

Medline				
Författare, titel, tidskrift, år, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Wiegand, D.</p> <p>Titel: <i>Family management after the sudden death of a family member.</i></p> <p>Tidskrift: Journal of family nursing: 18(1). s.146-163.</p> <p>År: 2012</p> <p>Land: USA</p>	<p>“-Define Family Management Styles and determine distinctive characteristics of each FMS used by families after the death of a family member who had lifesustaining therapy withdrawn as a result of an unexpected, life-threatening illness or injury”</p>	<p>Uppföljnings intervjuer med 8 familjer (22 familjemedlemmar) av 19 familjer från början, intervjuades 1-2 år efter dödsfallet av en familjemedlem (ålder 45-82).</p>	<p>Behovet av familjen. FMSs: “<i>progressing</i>”, “<i>accommodating</i>”, “<i>maintaining</i>”, “<i>struggling</i>”, “<i>floundering</i>”.</p> <p>^olika sätt att hantera situationen på inom familjen. 1a: att kunna fortsätta framåt som en familj efter förlusten. 2a: att kunna anpassa sig så gott som det går till situationen och förstå den. 3e: endast vissa familjemedlemmar kunde anpassa sig till den förändrade familje situationen. 4e: största delen av familjen kunde ej anpassa sig. 5e: problem både på individ och familjeplan.</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Informellt godkännande i samband med intervjuerna.</p>
<p>Författare: Wisten, A. & Zingmark, K.</p> <p>Titel: <i>Supportive needs of parents confronted with cardiac death – a qualitative study</i></p> <p>Tidskrift: Resuscitation, vol 74. s. 68-74.</p> <p>År: 2007</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>“-Elucidate the perceived support and the needs of bereaved parents confronted with sudden cardiac death (SCD) in a young son or daughter.”</p>	<p>Kvalitativ, Fenomenologisk.</p> <p>28 föräldrar till 20 avlidna 15-35 åringar intervjuades 5-12 år efter dödsfallet.</p>	<p>“<i>Bevis</i>”, “<i>återberättelse</i>”, “<i>förklaring</i>”, “<i>gott bemötande</i>”.</p> <p>Behov av/Brist på information, säkerhet, ansvar och känslor från sjukvården. Brist på stöd direkt efter dödsfallet, psykolog/stödare erbjöds sällan.</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Etiskt godkänd.</p> <p>Kliniska implikationer.</p>

PsycInfo				
Författare, titel, tidskrift, år, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Begley, M. & Quayle, E.</p> <p>Titel: <i>The lived experience of adults bereaved by suicide.</i></p> <p>Tidskrift: <i>Crisis</i></p> <p>År: 2007</p> <p>Land: Irland</p>	<p>“-Describe the bereavement experiences of adults whose relative had died by suicide and to explore challenges faced in coping after the death”</p>	<p>Semistrukturerad intervju som spelades in.</p> <p>M: 3, K: 5.</p>	<p>“<i>Controlling the impact of the suicide</i>”, <i>making sense of the suicide</i>”, <i>social uneasiness</i>”, <i>purposefulness</i>”.</p> <p>Behov av gemenskap & familj. I början stark smärta och saknad, både för partner och hela familjen, barn uttryckte inte känslor, söka förklaringar, Kände skuld och övergiven som förälder. svårigheter i sociala situationer & undvek dem - fann stöd i stödgrupper. Fann nya aktiviteter “mental bond with the deceased”.</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Etiskt tillstånd erhöles av etisk kommitté.</p>
<p>Författare: Harrington, C. & Sprowl, B.</p> <p>Titel: <i>Family members experiences with viewing in the wake of sudden death.</i></p> <p>Tidskrift: <i>Omega</i></p> <p>År: 2011</p> <p>Land: Kanada</p>	<p>“-Explored the perspectives and experiences of the suddenly bereaved with respect to: viewing or not having viewed”</p>	<p>Datinsamling i semistrukturerad intervju med de 16 deltagarna M: 1, K: 15. ålder över 18år.</p>	<p>“<i>Painless, empty pain</i>”, “<i>kindness and Cruelties - professional interactions</i>”, “<i>I’ve been through everything difficult, and I will go through this too - a viewing</i>”,</p> <p>Emotionella reaktioner, gråt ilska. Behov av professionellas stöd - upplevelse av att vara en person med känslor. konkreta detaljer om dödsfallet, information. “finding peace” genom att se den döde.</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Personer initierade kontakt med undersökarna för att inte orsaka ytterligare trauma.</p>
<p>Författare: Rodger, M., Sherwood, P., O’Connor, M. & Leslie, G.</p> <p>Titel: <i>Living beyond the unanticipated sudden death of a partner: A phenomenological study</i></p> <p>Tidskrift: <i>OMEGA. Vol.54(2). s107-133</i></p> <p>År: 2006</p> <p>Land: Australien</p>	<p>“-Describe and attempt to understand the experience of a group of people whose partners had died suddenly and unexpectedly.”</p>	<p>Fenomenologisk, Intervjuer. K: 10, M: 5. förlorat sin partner (ålder 18-65) plötsligt. Max 5 år efter dödsfallet.</p> <p>Uppställning av tabeller och handlingsplaner vid plötsligt dödsfall av en partner. Undersökande av vad som händer för individen m.m.</p>	<p>“-<i>The suddenly bereaved person requires simple, open, honest and unambiguous communication to help him or her process the information, from all of those involved prior to and following the death.</i>”</p> <p>“-<i>Information packages should be available that give contact details and practical information on “what to do next” following a sudden and unexpected death.</i>”</p>	<p>12/12 enligt matris.</p> <p>Personerna fick själva söka upp författarna för intervjuerna, info via radio och tidningar. Fritt val att medverka. Stödgrupper och liknande erbjöds vid behov.</p>

Artiklar från sekundärsökning

CINAHL				
Författare, titel, tidskrift, år, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Chapple, A., Swift, C. & Ziebland, S.</p> <p>Titel: The role of spirituality and religion for those bereaved due to a traumatic death</p> <p>Tidskrift: <i>Mortality</i>, Vol. 16(1), February</p> <p>År: 2011</p> <p>Land: UK</p>	<p>-”In this article we look at the role of religion and spirituality in people’s accounts of their lives after the sudden traumatic death of a relative or close friend”.</p>	<p>Intervjuer med 40 personer som förlorat vän eller familj till följd av traumatisk död. ålder: 27-70 M: 13, K: 27. Transkribering och analys av intervjumaterial. Brett urval av deltagare och traumatiska situationer.</p>	<p>Behov av gemenskap/religion “When religion played a minor role, none at all, or caused distress” “The role of religion in bringing comfort” “Religion enabled people to make sense of what had happened” “The comfort of belief in life after death” “The role of religion in healing” “The role of religion in providing practical support”</p>	<p>12/12 enligt matris</p> <p>Deltagare fick information och sökte själva upp författarna för intervju. Fritt deltagande.</p> <p>Etisk kommitté.</p>
Psycinfo				
Titel, författare, tidskrift, år, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Janzen, L., Cadell, S. & Westhues, A.</p> <p>Titel: From death notification through the funeral: Bereaved parents’ experiences and their advice to professionals</p> <p>Tidskrift: <i>Omega</i> 48(2) år 2003</p> <p>Land: Kanada</p>	<p>The purpose of this research was to establish insights to begin building a model of intervention based upon the experiences of parents who have lost a child to sudden death</p>	<p>The approach used in this research was qualitative, drawing upon heuristic inquiry, in that the first author had experienced the sudden death of her own son.</p> <p>M: 5, K: 15</p>	<p>Behov av avslut/ta farväl, information.</p> <p>Need to reconstruct the death scene of the child.</p> <p>Need for information</p> <p>Need to say goodbye</p>	<p>12/12 enligt matris</p> <p>Deltagare skrev under på att delta i studien.</p>