

“En dag var hen här, nästa var hen plötsligt
borta”

Upplevelsen av bemötande och stöd efter ett traumatiskt
dödsfall

Mikaela Nybäck

Examensarbete för (YH)-examen

Sjukskötare

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare:

Mikaela Nybäck

Utbildning och ort:

Vasa 2023

Handledare:

Jannica Andtfolk

Titel: "En dag var hen här, nästa var hen plötsligt borta" Upplevelsen av bemötande och stöd efter ett traumatiskt dödsfall

Datum: 24.10.2023 Sidantal: 37

Bilagor: 1

Abstrakt

Att förlora en anhörig genom ett traumatiskt dödsfall leder till att en krisreaktion utvecklas och att en sorgprocess startar. Till följd av det traumatiska dödsfallet kan anhöriga uppleva en stark psykisk smärta, ångest eller överklighetskänslor. Ett tryggt och lugnt bemötande från vårdpersonal är viktigt för de anhöriga

Syftet med examensarbetet är att ta reda hur anhöriga upplever bemötandet av personal inom sjukvården då en anhörig oväntat avlidit, att ta reda på vilket stöd som gavs och vilken typ av stöd som saknades, samt hur information om befintligt stöd getts. Detta för att sjukskötare och annan yrkesutbildad personal ska få en djupare förståelse av hur anhöriga till någon som plötsligt och oväntat avlidit, vill och behöver bemötas. Samt för att ta reda på vad de anhöriga har för behov av stöd och nätverk.

Frågeställningarna i examensarbetet är: Hur upplevde anhöriga bemötandet från vårdpersonalen efter den anhörige oväntat avlidit, vilket stöd gavs till de anhöriga efter dödsfallet samt vilket stöd skulle anhöriga ha önskat eller behövt.

Studien utfördes med hjälp av en webbenkät som publicerades på Facebook. Personer som hörde till målgruppen förlorat en anhörig genom ett traumatiskt dödsfall deltog genom att fylla i webbenkäten. Svaren analyserades med en kvalitativ innehållsanalys och sammanställdes därefter. Resultatet visade att endast hälften av de anhöriga hade upplevt ett gott bemötande av vårdpersonalen och att många inte hade erbjudits det stöd de behövt. De framförde att behovet av att bli kontaktade för att erbjudas stöd och att det borde göras i flera omgångar.

Språk: svenska

Nyckelord: traumatiskt dödsfall, bemötande

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Mikaela Nybäck
Koulutus ja paikkakunta: Vaasa
Ohjaaja: Jannica Andtfolk

Nimike: ”Yhtenä päivänä hän oli täällä, seuraavana hän oli yhtäkkiä poissa” Kokemus vastaanottamisesta ja tuesta traumaattisen kuoleman jälkeen

Päivämäärä 24.10.2023 Sivumäärä 37 Liitteet 1

Tiivistelmä

Omaisien menettäminen traumaattisen kuoleman seurauksena johtaa kriisireaktion kehittymiseen ja suruprosessin alkamiseen. Traumaattisen kuoleman seurauksena omaiset voivat kokea voimakasta psyykkistä kipua, ahdistusta tai epätodellisuuden tunteita. Turvallinen ja rauhallinen hoito terveydenhuollon henkilökunnalta on tärkeää omaisille.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten omaiset kokevat terveydenhuollon henkilöstön kohtelun, kun omaisen on kuollut yllättäen, mitä tukea annettiin ja millaista tukea puuttui sekä miten tietoa olemassa olevasta tuesta annettiin. Näin sairaanhoitajat ja muu ammatillisesti koulutettu henkilökunta ymmärtävät paremmin, kuinka äkillisesti ja odottamatta kuolleen omaiset haluavat ja tarvitsevat hoitoa. Sekä selvittää, mitä omaiset tarvitsevat tukea ja verkostoja.

Opinnäytetyön kysymykset ovat: Miten omaiset kokivat hoitohenkilökunnan hoidon omaisen odottamattoman kuoleman jälkeen, mitä tukea läheisille annettiin kuoleman jälkeen ja mitä tukea omaiset olisivat halunneet tai tarvinneet.

Tutkimus tehtiin Facebookissa julkaistulla verkkokyselyllä. Kohderyhmään kuuluneet henkilöt, jotka menettivät sukulaisensa traumaattisen kuoleman seurauksena, osallistuvat täyttämällä verkkokyselyn. Vastaukset analysoitiin kvalitatiivisella sisältöanalyysillä ja koottiin sitten yhteen. Tulokset osoittivat, että vain puolet omaisista oli kokenut hyvää hoitoa hoitohenkilökunnalta ja että monille ei ollut tarjottu tarvitsemaansa tukea. He ilmoittivat, että heihin on otettava yhteyttä tuen tarjoamiseksi ja että se tulisi tehdä useissa erissä.

Kieli: ruotsi
Avainsanat: traumaattinen kuolema, vastaanotto, tuki

BACHELOR'S THESIS

Author:

Mikaela Nybäck

Degree Programme:

Nurse

Supervisor:

Jannica Andtfolk

Title: "One Day He Was Here, The Next He Was Suddenly Gone"

The Experience Of Treatment And Support After A Traumatic Death

Date 24.10.2023 Number of pages 37

Appendices 1

Abstract

Losing a relative through a traumatic death leads to a crisis reaction developing and a grieving process starting. As a result of the traumatic death, relatives may experience strong psychological pain, anxiety or feelings of unreality. A safe and calm treatment from healthcare staff is important for the relatives.

The aim of the thesis is to find out how relatives experience the treatment of personnel in the healthcare system when a relative has died unexpectedly, to find out what support was given and what type of support was missing, as well as how information about existing support was given. This is so that nurses and other professionally trained staff will understand how relatives of someone who has died suddenly and unexpectedly want and need to be treated. As well as to find out what the relatives need for support and networks.

The questions in the thesis are: How did relatives experience the treatment from the care staff after the relative died unexpectedly, what support was given to the relatives after the death and what support would the relatives have wanted or needed.

The study was conducted using a web survey published on Facebook. People belonging to the target group who lost a relative through a traumatic death participate by completing the online survey. The responses were analyzed using a qualitative content analysis and then compiled. The results showed that only half of the relatives had experienced good treatment from the care staff and that many had not been offered the support they needed. They expressed the need to be contacted to offer support and that it should be done in several rounds.

Language: swedish

Key words: traumatic death, meet, support

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Traumatisk kris	2
2.1.1	Krisens faser	3
2.2	Sorg.....	4
2.2.1	Sorgen efter ett traumatiskt dödsfall.....	5
2.2.2	Barn och sorg.....	6
2.3	Trygghet lugn, tillit, samhörighet och hopp.....	7
2.3.1	Det inledande samtalet.....	7
2.4	Stöd relaterat till plötsliga traumatiska händelser	9
2.4.1	Psykiska första hjälpen.....	9
2.4.2	Olika typer av stöd i en krissituation	9
2.4.3	Anhörigas behov av stöd.....	10
2.5	Copingstrategier.....	11
3	Teoretisk utgångspunkt.....	14
4	Syfte och frågeställningar	16
5	Metod.....	16
5.1	Urval.....	17
5.2	Datainsamling	17
5.3	Dataanalysmetod	18
5.4	Etiska överväganden	20
6	Resultat.....	21
6.1	De anhörigas upplevda bemötande samt stöd av vårdpersonal	21
6.1.1	Traumatiskt, rörigt, chockerande - trygghet, lugn, empati	22
6.1.2	Blev inte bemött	22
6.1.3	Egentligen inget stöd alls.....	23
6.1.4	Närhet, kramar och information.....	23
6.1.5	Följder efter ett traumatiskt dödsfall	24
6.1.6	Kan ännu bli ledsen över bemötandet och chocken	24
6.1.7	Upplevt stöd av andra än vårdpersonal.....	25
6.2	Informationen om, samt avsaknad av stöd	25
6.2.1	Ett häfte i min hand.....	26
6.2.2	Vården behöver erbjuda stöd	26
6.2.3	Stöd till alla anhöriga.....	27
6.2.4	Stöd först en vecka senare	27
7	Diskussion	28

7.1	Metoddiskussion.....	29
7.2	Resultatdiskussion.....	31
7.3	Konklusion.....	33
8	Referenser:.....	34

Bilaga 1

1 Inledning

”I ena stunden fanns hen där, i nästa var hen plötsligt borta”, Att plötsligt och oväntat mista en nära anhörig kommer som en stor chock. År 2021 avled 57632 personer i Finland, av dessa avled 2444 personer av olycksrelaterade orsaker och våld, samt 747 personer avled till följd av självmord (Statistikcentralen, u.å.). Det vill säga 3191 personer i Finland, dog plötsligt till följd av olycka, våld eller självmord år 2021. Siffran skulle bli högre om plötslig spädbarnsdöd, plötsliga sjukdomsattacker och dylika fall skulle tas med, men statistiken avgränsades här till olycka, våld och självmord.

Att arbeta inom vården innebär många gånger att möta och bemöta en avlidnes nära anhöriga. De flesta gångerna har dödsfallet varit väntat, personen kan ha varit obotligt sjuk, eller haft en hög ålder. Då känns dödsfallet mer naturligt och de anhöriga har hunnit förbereda sig och börjat bearbeta sorgen. I de fall då döden inträffat hastigt till följd av olycka, våld eller självmord, kommer det oväntat, de nära anhöriga drabbas av en traumatisk kris, som kan vara svår att hantera. Den anhörige kan ha tankar om vems skulden är, söka syndabock, eller anklaga sig själv. (Elmqvist & Almerud Österberg, 2019, s.187-188)

De nära anhöriga som drabbas av krisen och sorgen är många, det plötsliga dödsfallet leder till en traumatisk kris dessa personer. Det fanns ingen möjlighet att förbereda sig för vad som skulle komma, ingen möjlighet till avsked. En psykisk kris som uppstår vid ett dödsfall kan ge en upplevelse av övergivenhet, självförkastelse, ångest, aggressiva eller självdestruktiva handlingar. (Cullberg & Lundin, 2006)

Då en akut traumatisk händelse sker så är det viktigt att psykosocialt stöd ordnas på rätt vis, för att återhämtningen ska underlättas. För att resultatet av det psykosociala stödet ska förbättras behöver det ordnas under en längre tid, i stället för enstaka krissamtal. Ordandet av psykosociala tjänster och psykosocialt stöd ingår i den lagstadgade verksamheten inom hälso- och sjukvården (Social- och hälsovårdsministeriet, 2019).

Efter att själv ha varit med om en nära anhörigs plötsliga dödsfall och upplevt bemötandet från vården i akutskedet ur den drabbades synvinkel ville jag undersöka hur det fungerat

för andra i liknande situation och hur deras upplevelse var. Det här examensarbetet är således tänkt att hjälpa vårdpersonal att få en djupare förståelse för personer som plötsligt och oväntat mist en nära anhörig, deras behov av hjälp och stöd, vilken typ av stöd gavs, samt vilket stöd som de hade behövt, men inte erbjöds/var tillgängligt. Samt hur de ser på det bemötande de fick genast efter det plötsliga dödsfallet, men även i senare skede då det sökt hjälp hos vården av anledning till bearbetningen av krisen och sorgen.

2 Bakgrund

I bakgrunden tas olika begrepp upp, som hör ihop med en traumatisk kris, då en närstående oväntat dör. Bland dessa begrepp finns Krisen, sorgen och sorgprocessen, hantering av sorg, bemötandet av den som sörjer samt behovet av stöd och olika stödformer. I detta kapitel finns även tidigare forskning inom området.

2.1 Traumatisk kris

Det är en stor psykisk påfrestning att vara med om en händelse eller situation, som är okontrollerbar och överväldigade (Hedrenius & Johansson, 2021, s.32). Ett plötsligt dödsfall är en akut traumatisk kris och tidvis kan krisprocessen och sorgprocessen följas åt. (Benkel, 2020, s. 38-39). Den traumatiska krisen kan vara av olika intensitet, den kan vara lätt och kortvarig eller intensiv och vara flera år. Krisreaktionen utlöser stress med både psykologiska och fysiologiska reaktioner. Det finns flera faktorer som har stor betydelse i krisens förlopp, först och främst, vad som var den utlösande faktorn och hur händelsen påverkar personen. Vilket livsskede personen befinner sig och hur det sociala nätverket, ekonomi och arbetsliv ser ut har stor inverkan. Om personen har ett bra fungerande socialt nätverk är förutsättningen för att klara av en kris större (Brenner, Rydell & Skog, 2016, s. 126-127). En del av de som är med om en kris återhämtar sig på egen hand, men konsekvenser av krisen kan vara PTSD, posttraumatiskt stressyndrom, depression, missbruk och självskadebeteende. (Hedrenius & Johansson, 2021, s. 33-34).

2.1.1 Krisens faser

Den traumatiska krisen har *fyra olika faser, chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas*. De olika faserna kan gå in i varann och ibland saknas någon av faserna. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 108)

Chockfasen varar från en liten stund till några dygn, då håller den drabbade bort verkligheten, medvetandet kan vara grumlat, hen kan skrika, säga samma mening upprepade gånger, eller vara helt tyst och orörlig. För de som ger personen medicinsk information är det viktigt att känna till att den drabbade kan ha svårt att i efterhand minnas vad som hänt eller sagts. Viktig information ska därför inte ges allt för nära inpå en chockerande händelse. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 108)

Olika symtom som kan förekomma i chockfasen är självdestruktivitet, känslö-, eller handlingsförlamning, apati, överaktivitet, gråt eller panik. Även kroppsliga symtom förekommer, som blockerade smärtsignaler, snabbare puls och andning, nedsatt hörsel, tunnelseende, synförändringar, tremor, bröstsmärtor, blekhet, andnöd, snabba reaktioner eller ökade kroppskrafter. Det förekommer också tankemässiga symtom som minnesluckor i kombination med tydliga minnesbilder, svårt att komma ihåg information, förändrad tidsuppfattning, tidigare trauman kommer till ytan, mental distansering, förvirring eller förändrat medvetande. (Brenner, Rydell & Skog, 2016, s. 126-127).

Reaktionsfasen pågår 4-6 veckor och börjar i det skede då den drabbade börjar ta in det som hänt, försvarsmekanismerna sätts igång. Den drabbade frågar sig upprepade gånger varför det skedde, har skuldkänslor eller försöker hitta någon mening med det som skedde. Hallucinationer kan förekomma då den drabbade hör den avlidnes röst, och hen finns i tankarna dygnet runt. Dessa försvarsmekanismer kan göra det lättare att möta den svåra verkligheten men de kan ibland försvåra och förlänga bearbetningsprocessen. Till reaktionsfasen hör också förnekelse av händelsen, samt att projektera skuldkänslor på andra. Känslorna kan omedvetet isoleras och förnekas, om det pågår en längre tid kan ångestsymtom utvecklas. Att däremot medvetet undertrycka känslorna och inte visa sin sorg och försöka vara duktig för att anpassa sig till omgivningen kan förlänga krisprocessen. Reaktionsfasen kan kompliceras av att hela händelsen trängs bort från medvetandet, detta

kan verka lättare att uthärda, men är en skör grund för det fortsatta livet. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 109-113)

Vanliga symtom i reaktionsfasen är snabba stämningsförändringar, gråtattacker, ångest, irritation, rädsla, ilska, apati, tomhetskänsla, nedstämdhet skuld, skam eller överdriven oro. Personen kan även ha svårt att sova, vara hyperaktiv, isolera sig socialt, vara överkänslig för ljus och ljud, ha muskelspänningar kroppslig oro, muskelsvaghet, smärtor eller trötthet. Det är också vanligt att ha svårt att minnas eller koncentrera sig, ha svårt att växla mellan arbetsuppgifter och tänka logiskt, ha långsammare tankegång och försämrade kommunikationsförmåga, fundera på meningen med det som skett och ha återkommande tankar eller repetition av händelseförloppet. (Brenner, Rydell & Skog, 2016, s. 130-131)

Bearbetningsfasen pågår ½-1 år, i stället för att fokusera på händelsen börjar den drabbade nu blicka framåt och förnekandet avtar och gamla aktiviteter påbörjas igen. Den drabbade får distans till händelsen och ansvaret och skulden blir lättare. Det kan behövas sakkunnig hjälp om detta inte sker, för att komma vidare i processen. Hos mammor som mist ett barn kan starka reaktioner ses, hon tänker ständigt på barnet för att inte känna att hon överger barnet. Detta blir problematiskt då övriga familjemedlemmar tar sig vidare i processen. Mamman kan då behöva tas in på sjukhus och/eller behandlas för depression. (Cullberg & Lundin, 2016, s. 115-117)

Nyorienteringsfasen har inget slut, krisen blir en del av livet, den kan få ny betydelse under livets gång. Om den som drabbats har bearbetat händelsen och försonats med den finns den nu kvar som ett ärr. Det kan fortfarande kännas smärtsamt vid årsdagar eller andra påminnelser, men livet går vidare. (Cullberg & Lundin, 2006, s. 117)

2.2 Sorg

Sorg är en normal reaktion efter en förlust, något de flesta någon gång upplever under livstiden. Förluster orsakar en smärta, sorgprocessen läker smärtan och gör att den sörjande så småningom finner en ny tillvaro och livsmönster. På svenska finns endast ett ord för sorg, med flera olika betydelser. Dels kan betydelsen vara den kulturella eller sociala

innebörden, eller hur en enskild individ uttrycker sin sorg. Det engelska språket har fler ord som beskriver sorg, bereavement avser individens tillstånd under sorgeprocessen, medan grief är den känslomässiga reaktionen. Mourning avser sorgens kulturella och sociala uttryck. (Benkel, 2020, s.13-16) Sorgeprocessen sägs ha flera faser som den sörjande går igenom, men det är sällan den sörjande går igenom de faserna. (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s.29-30) Då ett oväntat dödsfall sker uppstår en traumatisk kris, sorgeprocessen och krisprocessen följs då tidvis åt. (Benkel, 2020, s.39)

2.2.1 Sorgen efter ett traumatiskt dödsfall

Traumatiska, eller plötsliga dödsfall sker när någon, ung, vuxen eller ett barn plötsligt dör, utan förvarning. Ett sådant trauma förorsakar den sörjande fantasier, eller starka sinnesintryck, vilket gör att fortgående psykosociala svårigheter skapas (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s. 23). En sådan förlust är svårare att sörja och den drabbade kan känna stark psykisk smärta, ångest, eller psykologiskt förnekande (Michel, Lundin, Bergh, Johannesson, Nilsson & Arnberg, 2018, s.75-76). En överklighetskänsla över det som hänt, en förlamande känsla och upplevelse om att gå runt i en dimma, mardrömmar samt påträngande bilder om händelsen, även om personen inte var med då dödsfallet inträffade kan också förekomma. (Worden, 2006, s. 142-143)

Skuld känslor är vanliga vid alla dödsfall, men i anslutning till ett oväntat dödsfall blir dessa skuld känslor starkare. Den som sörjer sin närstående kan ofta uttrycka "om bara" eller "om inte" påståenden, t ex. "Om jag inte släppt iväg hen". Att utse en syndabock och ge någon skulden för dödsfallet är också vanligt, ofta är det barnen i familjen som den skulden läggs på. Rättsliga och medicinska instanser blir inblandade vid traumatiska dödsfall, vilket gör det svårare att gå vidare i sorgeprocessen, innan den rättsliga utredningen blir klar. Den sörjande kan uppleva en stress som ger "flykt-Kamp" reaktion, vilket kan leda till en depression. (Worden, 2006, s 143-144)

Den sörjande kan känna hjälplöshet och känna att dödsfallet inkräktar på makten och känslan av ordning. Hjälplösheten kan vara sammankopplad med ilska, den sörjande kan ge utlopp och rikta ilskan mot vårdpersonal, eller hota personer i omgivningen med rättsliga åtgärder. Ilskan kan motverka känslan av hjälplöshet som den sörjande känner. Vid

sorgerådgivning är en av de viktigaste aspekterna skuld känslan den sörjande har efter ett plötsligt dödsfall, den kan bearbetas genom att "om" påståendena realitets prövas. (Worden, 2006, s 143-144).

2.2.2 Barn och sorg

Barnen i en familj drabbas också vid någon anhörigs traumatiska död, speciellt om det är en förälder som dör. De förlorar då en trygghet och det kan innebära att deras liv förändras på många sätt. Barnens sorg kan göra att negativa beteenden utvecklas hos dem. Sorgen kan ta tid och det är viktigt att barnen får sörja i egen takt. Barnens förmåga att känna trygghet och lugn behöver stödjas. De behöver få känna sig säkra och få en känsla av tillhörighet, samt ha en tillit till ett socialt nätverk. (Michel, Lundin, Johannesson, Nilsson & Arnberg, 2018, s. 83-86)

De symtom som barnen kan drabbas av är sömnstörningar, energibrist, ätstörningar, frustration, ilska ock koncentrationssvårigheter. De kan också drabbas av ångest, depression, försvagad självbild, identitetskris eller självmordstankar. Precis som vuxna kan barnen också drabbas av påträngande minnesbilder. Dyregrov & Dyregrov, 2008, s. 79-80.

Barnen behöver stöd av någon utomstående den första tiden, efter som de annars lätt glöms bort i kaoset som uppstår efter ett traumatiskt dödsfall inom familjen. Oftast är den hjälp och stöd som familjen får riktad till de vuxna. Barnens problem kan uppstå först efter en tid, då andra kanske inte förknippar problemen med det de upplevt. Barnen behöver få umgås med sina vänner, som de vill ha stöd av på sina egna villkor. De behöver få umgås med vännerna precis som vanligt, men också prata med dem om det som hänt då de känner för det. Alla barn vill inte prata med sina vänner om händelsen, eftersom de inte vill att de ska bli ledsna. Barnen behöver även få professionellt stöd, denna hjälp måste erbjudas, då barnen inte klarar av att be om den själva, hjälpen behöver erbjudas upprepade gånger om barnen inte vill ta emot den i början. De behöver känna at de inkluderas och får information om sådant som berör det traumatiska dödsfallet. (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s 89-91, 93-95)

2.3 Trygghet lugn, tillit, samhörighet och hopp

Att möta en person i kris kan vara svårt, som vårdpersonal är det i chockfasen som mötet ofta sker, och det goda bemötandet består av god kompetens, omvårdnad, inlevelse samt en professionell relation. Stöd ska helst ges redan under första dygnet och sjukvården borde ta initiativet till det (Brenner, Rydell & Skog, 2016, s. 43-45). För att minska risken för posttraumatiska problem är det viktigt att främja lugnet, trygghet, samhörighet, tillit och hopp. (Hedrenius & Johansson, 2021, s 41-42).

Mötet med den drabbade kan även ske senare i reaktionsfasen. Då kan hen ha sömnsvårigheter, ångestattacker, depression, självmordstankar eller psykosomatiska besvär till exempel i form av mag- eller hjärtproblem. Det kan också vara så att bearbetningsprocessen avstannat och den drabbade söker vård ett till flera år efter händelsen. (Cullberg & Lundin 2006, s. 119)

2.3.1 Det inledande samtalet

Det inledande samtalet har stor betydelse, det är viktigt att inge trygghet och visa respekt. Eftersom vårt samhälle är mångkulturellt behöver bemötandet anpassas efter den drabbades kulturella bakgrund. Efter att ha presenterat sig och erbjudit hjälp ska vårdaren först och främst lyssna på patienten, ha ögonkontakt och undvik att anteckna eller se i journalen medan patienten berättar. Om patienten har stor ångest kan det vara bra att bryta tystnaden som kan uppstå, men en stunds tystnad kan leda till att samtalet blir djupare. Patienten kan visa sorg ilska eller ångest, tillåt känslorna att komma och berätta att det är tillåtet med dessa känslor. Om det behövs så kan det vara bra att hjälpa patienten hitta ord om händelsen är svår att prata om. Då samtalet slutar är det bra att sammanfatta vad patienten sagt samt ge hen möjlighet att rätta eller tilläga något om det behövs. Information kan ges både skriftligt och muntligt, viktig information kan upprepas så blir chansen att informationen uppfattas större. (Brenner, Rydell & Skog, 2016, s. 43-45, 137-138)

En studie om hur anhörigas upplevelse av att meddelas om ett traumatiskt dödsfall, samt hur det påverkade deras anpassning till händelsen, beroende på hur de fått informationen

gjordes av De Leo et al., B, (2022). Det var till största delen kvinnor som svarade på enkätundersökningen. Familjemedlemmar som oväntat förlorat en anhörig påverkades av både ordval, tonfall och kroppsspråk då de informerades om händelsen. Både hur och i vilken miljö, informationen gavs påverkade sorgprocessen. De anhöriga påverkades negativt av att meddelas om dödsfallet i en kaotisk miljö, genom telefon, eller ifall om tonfallet eller blicken gjorde att hen kunde gissa sig till vad som hänt. Deltagarna beskrev att de senare starkt kunnat förknippa lukt, hörsel samt visuella detaljer till ögonblicket då de delgavs informationen. Många anhöriga behövde någon form av formellt stöd genast efter att de meddelats om det som inträffat.

Traumat kan lindras genom att informationen ges personligen, på en plats som är lugn och trygg, så den anhöriga kan ge uttryck för sina känslor. Den som ger informationen behöver vara empatisk, lyhörd och vara tydlig. Många ser det viktigt att få psykologisk stöd, genast efter att de fått reda på vad som hänt. De anhöriga uttryckte även en önskan om att olika yrkespersoner skulle samarbeta, för att vården av den sörjandes skulle vara god, efter ett traumatiskt dödsfall inträffat. (De Leo et al., B, 2022)

De Leo et al., 2022 A, gjorde en studie om hur vårdutbildade, samt andra yrkesgrupper upplever att informera anhöriga om ett traumatiskt dödsfall. Många vårdutbildade och personer i andra yrkesgrupper saknar kunskap i uppgiften och kände sig otillräckliga. Det upplever en känsla av orättvisa för att dödsfallet kommit oväntat, var våldsamt eller drabbat en för ung person. De beskriver upplevelser av tomhet, överklighetskänsla, frossa, adrenalinkick, klump i halsen, hjärklappning, illamående och svettning, samt rädsla för långsiktiga konsekvenser för deras hälsa.

Speciellt svårt upplevs det att ge dödsbud till anhöriga med alkoholmissbruk, psykiska- eller sociala problem, språkproblem och kulturella skillnader kan också försvåra uppgiften. Det uppges att utbildning för att delge ett oväntat traumatiskt dödsbesked inte fått, utan de måste lita på sina tidigare erfarenheter. (De Leo et al., A, 2022)

2.4 Stöd relaterat till plötsliga traumatiska händelser

Kommunerna ansvarar för det psykosociala stödet, som är en del av myndigheternas lagstadgade beredskapsplaneringen. I en akut traumatisk situation har alla rätt att få psykosocialt stöd, som innefattar krisarbete, det ska ges av yrkesutbildade personer och dokumenteras på ändamålsenligt vis, stödet ska aktivt erbjudas till personer som varit med om en plötslig traumatisk kris. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2019)

2.4.1 Psykiska första hjälpen

Omhändertagande av den drabbade i det akuta skedet kallas psykisk första hjälpen, den ska vara stöttande och påbörjas så fort som möjligt då krisen skett. Grunden i psykisk första hjälp är att ge basal omvårdnad som kan bestå av beröring, vila, värme och dryck. Att ge något att dricka skapar trygghet och motverkar uttorkning och muntorrhet och underlättar ett inledande samtal. Den drabbades reaktioner i akutskedet är naturliga och övergående, visa acceptans till dessa reaktioner och möjliggör förutsättningar för verklighetsanpassning. Ge korrekt, kortfattad information, det har lugnande effekt och är bidragande till verklighetsanpassningen. (Brenner, Rydell & Skog, 2016, s. 136-137)

2.4.2 Olika typer av stöd i en krissituation

Det finns olika typer av stöd i en krissituation, det kan vara *psykologiskt stöd*, som gör det lättare att förstå situationen, ge information om vilka reaktioner som kan förekomma och är normala, samt att stärka strategier för hantering av situationen som uppstått. *Praktiskt stöd*, som hjälper till att göra situationen hanterbar, ge känsla av trygghet och säkerhet, det kan vara att ge tak över huvudet, mat, dryck eller annan hjälp. *Socialt stöd*, bidrar till meningsfullhet och bekräftar den egna personligheten, det sociala stödet kan vara att se till att personen får vara nära sina anhöriga. (Hedrenius & Johansson, 2021, s. 35)

Om stödet ordnas på rätt sätt vid en akut traumatisk krissituation, hjälper det individen att återhämta sig. Tätt samarbete mellan myndigheter, och stöd som ges under längre tid ger det bästa resultatet. Rekommendationen är att i stället för enstaka krissamtal, ska stödprocessen vara långvarig samt ges av yrkesutbildade under hela processen, men kan

innefatta tredje sektorns aktörer om behov finns. Stödprocessens viktiga faser är vid mottagande av ett eventuellt larm, chockfasen, krismöten, uppföljning samt eftervård. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2019)

2.4.3 Anhörigas behov av stöd

Anhöriga behöver snabb och rutinmässig hjälp, samt hjälp till självhjälp för kunna gå vidare i livet så snabbt som möjligt. I ett tidigt skede ville de ha hjälp med att förstå vad som hänt, de önskade ett system som säkerställer att de får kontakt med stödgrupper. De önskade sig också individuellt flexibelt anpassat stöd av kompetenta stödpersoner, samt kontinuitet och stabilitet i stödet. Sörjande vill ha stöd av professionella i vissa delar av sorgprocessen, medan de sociala nätverken är viktiga i andra delar av processen. De vill ha hjälp med att genom föreningar eller grupper, komma i kontakt med andra som har liknande upplevelse. I efterhand har de sörjande varit frustrerade över att veta att hjälp skulle funnits och att de haft rätt att få den, men deras krafter räckte inte till för att själv söka den. De önskade att hjälpen varit av tidigt uppsökande karaktär, så att de själv inte skulle behövt bett om den. Fast de fått kontaktuppgifter och uppmaning om att det bara var att ta kontakt, så hade de inte varit i stånd att själva söka hjälp. (Dyregrov & Dyregrov, 2008, s. 72-74)

Enligt en studie av Pitmana, A., Stevenson, F., Osborn, D. & King, M. (2018), finns det stigmatisering relaterat till den plötsliga förlusten till följd av traumatiska dödsfall. De som hade mist en anhörig till följd av självmord uppgav att på grund av andras undvikande, och att stöd inte erbjudits, vilket resulterar i orättvis tillgång till resurser och undergivenhet att erbjuda stöd, detta förstärker en stark självstigmatisering. Det här gör också att erbjudande av stöd försenas samt att informellt stöd från omgivningen uteblir. De anhöriga kände en övergivenhet på grund av det uteblivna stödet.

Studien visar också att även då socialt stöd gavs kände de anhöriga sig isolerade på grund att andra människor var förlägna av tabu kring dödsorsaken, därför styrde de anhöriga bort samtal från döden, för att bespara andra bevärande situationer men också för att dämpa nyfikenhet. Deltagarna uppgav också att det var svårt att sörja öppet, skam, skuld samt att medmänniskor hade svårt att tala om dödsfallet. (Pitmana et al., 2018)

För personer som har mist en anhörig till följd av ett traumatiskt dödsfall kan det vara svårt att prata om händelsen eller ens erkänna att det inträffat. En del anhöriga upplever att vänner och bekanta försvinner då ett traumatiskt dödsfall skett. Det fanns de som fann stödgrupper och andra personer med liknande upplevelse som väldigt stöttande. De anhöriga upplevde också en uppfattning om att de endast fick sörja en kort tid, sedan var de tvungna att trycka undan sorgen och att de då inte kände att de fick något socialt stöd. Då en person avlidit i självmord eller till följd av en olycka där personen tog onödiga risker så upplevdes det att det att personer i omgivningen visade mindre sympati. Detta kan leda till att de anhöriga känner sig isolerade och att de inte kan prata om det som hänt. Det fanns också upplevelser av stigmatisering och skam speciellt bland de som sörjde efter självmord, men också efter andra traumatiska dödsfall. (Chappelle, Zieblad & Hawton, 2015)

I en studie gjord av Lenferink, Keijser, Eisma, Smid & Boelen (2020), undersöktes behovet av stöd efter en anhörigs traumatiska dödsfall, där framkom att 63% av deltagarna hade fått eller fortfarande använde en eller flera olika stödtjänster till följd av dödsfallet. Av de deltagare som led av komplicerad sorg använde 70% sig av en eller flera stödformer. 19% av deltagarna konstaterades ha vårdbehov som inte hade tillgodosetts efter den traumatiska förlusten. Orsaken till att personerna inte hade sökt stöd var att de själv trodde att problemen skulle gå över av sig själva eller att de inte trodde att de hade känslomässiga problem. Det fanns också uppfattningar om att de trodde att ingen kunde hjälpa dem, eller att de tyckte att det var för smärtsamt att prata om förlusten. Av deltagarna var 35% positiva till sorgbearbetning online, men färre deltagare 25% kunde tänka sig att ersätta sorgbearbetning ansikte mot ansikte mot samma tjänst online. I studien framkom det att psykoterapi var den stödform som användes mest, följt av läkemedelsbehandling och stödgrupper.

2.5 Copingstrategier

De föräldrar som sörjer sitt vuxna barns bortgång, kan ge förlusten olika betydelser. En del ger naturliga förklaringar som olycka eller slumpmässiga omständigheter. Att förlora ett barn anses bryta mot naturlagarna och att det sårar kroppens eller själens helhet. Många

av föräldrarna ser ingen mening med förlusten, de känner att den kunde undvikits och därför inte har någon mening. För föräldrarna är barnet själva meningen med livet, då upplevs förlusten som en förlust av livet. De fortsätter att konfrontera de grundläggande frågorna eller helt undvika att kämpa med dem. Dessa föräldrar har svårt att förstå sin förlust och att se någon logik i det. (Aizenkot, 2022)

Andra ger övernaturliga förklaringar som ödet eller guds vilja, vilket är okontrollerbart och oundvikligt. Det här tankesättet innebär att då personen fullgjort sin uppgift här på jorden gå de vidare. Föräldrarna tror att deras avlidna barn också kände, medvetet eller omedvetet, att tiden var begränsad. De pekar på den intensitet i vilken deras barn levde sitt liv som bevis: dottern som kände det förestående slutet och strävade efter få ut det mesta av hennes korta liv, dra nytta av varje minut, packa in en hel livstid i denna korta tid. (Aizenkot, 2022)

Ett annat bevis på barnets förhandskänsla av den förestående döden är återspeglas i hans eller hennes acceptans och avsked före döden. Föräldrarna känner att i sista dagarna av sitt barns liv skildes de från familj och vänner och gjorde fred med de som de var i konflikt med. För föräldrarna innebar detta avslutning i förberedelserna för döden. föräldrarna beskriver sitt barns känsla av deras förestående död och deras förberedelser bidrar till att se döden som förutbestämd och oundviklig. Denna betydelse stärker familjen och underlättar att acceptera och kämpa med sin förlust. (Aizenkot, 2022)

Att ge förlusten en mening, gör det mera definierat, begripligt och förstås med en inre logik, det verkar som om föräldrarna är medvetna om detta. En mamma berättar att tron på en annan värld hjälper till med att klara av förlusten. Det är lättare att tro på något som är okänt, det andliga, än att inget finns. (Aizenkot, 2022)

Då en äldre person tar sitt liv försöker anhöriga hitta en förståelse och förklaring till händelsen. De försöker förklara det med omständigheter som att hen var psykiskt illamående, kognitiv funktionsnedsättning, rädsla för att åldras och hamna på ett boende. De försöker också hitta en mening med dödsfallet genom att försöka se på det ur den avlidnes perspektiv, vilket gjorde sorgprocessen lättare och förlusten lättare att

acceptera. De anhöriga upplevde också att det var till hjälp att stöda andra som var i samma situation. (Michaud-Dumont, Lapierre & Viau-Quesnel, 2020)

Efter självmordet kände de anhöriga att de fick lite stöd av familj eller vänner, men att det stödet inte var tillräckligt. De uppgav en känsla av att känna sig isolerade och att självmord uppfattas som ett tabubelagt ämne. De var tvungna att själva söka efter stödinsatser, det erbjöds inget stöd automatiskt. (Michaud-Dumont, Lapierre & Viau-Quesnel, 2020)

Efter terrorattacken i utöya gjordes en studie om de anhörigas upplevelse av att besöka platsen där terrorattentatet skedde. De anhöriga fick information om var deras egen närstående hittats. Anhöriga kan behöva få besöka platsen där det traumatiska dödsfallet inträffade, det kan hjälpa dem att förstå vad som hänt och för att undvika onödiga fantasier om händelsen. Detta kan också få de anhöriga att känna närhet till den avlidne. Men för en del kan det orsaka sorg och saknad, det kändes svårt för de som försökt tränga undan sorgen för att hantera förlusten. Alla anhöriga fick information om vad som hänt deras närstående. (Kristensen, Dyregrov & Dyregrov, 2017)

I en studie som gjordes av Mathieu, Todor, De Leo & Kölves (2022) undersöktes om de som sörjde efter ett självmord använde andra sätt att hantera sorgen jämfört med de som sörjde efter plötslig död av annan orsak, under de första sex månaderna efter dödsfallet. Det undersöktes också om en tidigare diagnos av mental ohälsa, upplevt stigma och/eller skam påverkade användningen av adaptiv och maladaptiv bearbetning av sorgen.

Det fanns inga märkbara skillnader i bearbetningen bland de två grupperna. Oavsett typen av sorg hade personer med mental ohälsa sedan tidigare, ett ökat undvikande beteende och ökad problemfokuserad bearbetning, stigma och skam var båda förknippad med ökad undvikande beteende. Kvinnor använde adaptiv coping i större utsträckning än män. Studien visar ingen skillnad av typ av sorg i de båda grupperna, implikationer fanns för skraddarsytt stöd till män och personer med mental ohälsa men också för de som är känsliga för upplevd stigma/skam, för att bättre underlätta utnyttjandet av adaptiv känslufokuserad coping. (Mathieu, et. Al., 2022)

3 Teoretisk utgångspunkt

Som utgångspunkt har det använts Joyce Travelbee, 1961 teorin om *omvårdnadens medmänskliga aspekter*. Travelbees teori publicerades i hennes bok "Interpersonal Aspects of Nursing" (Nursing Theory, 2023). En senare upplaga av boken utkom år 1971 (Kirkevold, 1994, s.104). Travelbees teori baserar sig på filosofin om existentialism av Soren Kirkenggaard samt Viktor Frankls logoterapi (Nursing Theory, 2023). Hon anser även att en individ är oersättlig och unik, som i denna värld endast existerar en gång (Kirkevold, 1994, s.105).

Travelbee ansåg att omvårdnadens mål var att hjälpa antingen individen, familjen eller samhället att hantera samt förebygga en upplevelse av lidande eller sjukdom, samt att hitta en mening med händelsen. Det ultimata målet var att skapa en känsla av hopp. (Alligood, 2022, s. 19) Hon ansåg att sjukskötaren ska förhålla sig till individens upplevda lidande, inte till en diagnos som läkarens eller den egna objektiva bedömningen (Kirkevold, 1994, s. 105-106). De mänskliga relationerna börjar med det första mötet och relationen mellan sjukskötare och patient byggs upp genom fem faser: det första mötet, framväxt av identiteten, empati, sympati samt en ömsesidig förståelse och kontakt. (Nursing Theory, 2023)

De sju huvudsakliga aspekterna i Travelbees omvårdnadsteori innefattar: *Lidande, mening, omvårdnad, hopp, kommunikation, självterapi samt ett riktat intellektuellt förhållningssätt.* (Nursing Theory, 2023)

Lidande, kan upplevas i varierande intensitet och varaktighet. Lidandet kan upplevas fysiskt, själsligt eller emotionellt och uppstår av olika förluster som separation från en anhörig, eller förlust av hälsan. (Kirkevold, 1994, s.105-106).

Mening, att hitta en mening i livets upplevelser har en grundläggande betydelse för människan. Men människan är till stor del i behov av hjälp, för att kunna hitta en mening med en händelse, enligt Travelbee är detta ett av omvårdnadens viktigaste syfte. (Kirkevold, 1994, s.106-107)

Omvårdnad, har som syfte att skapa en mellanmänsklig relation mellan sjukskötaren och den hjälpbehövande. Sjukskötaren har ansvar över att etablera samt upprätthålla relationen, som dock behöver vara ömsesidig. (Kirkevold, 1994, s.107)

Hopp, innebär att ha en tro på att det kommer att ske en förändring mot det bättre. (Nursing Theory, 2023)

Kommunikation, är en komplicerad process som kan stärka eller lindra den hjälpbehövandes ensamhet och isolering. Sjukskötaren behöver kunna ha kunskap samt en känslighet och kunna använda olika kommunikationstekniker i förhållande till individens behov. (Kirkevold, 1994, s.110)

Självtterapi, sjukskötaren är fysiskt och psykiskt närvarande och använder medvetet sin personlighet för att etablera omvårdnadsinsatser. (Nursing Theory, 2023)

Ett riktat intellektuellt förhållningssätt, innebär att sjukskötaren använder sig av sin professionella kunskap för att identifiera den hjälpbehövandes behov samt hur dessa kan tillgodoses. (Kirkevold, 1994, s. 111)

I den mellanmännsliga relationen uppnås efter att interaktionsfaserna gått igenom, faserna är: *det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati samt ömsesidig förståelse och kontakt*. (Kirkevold, 1994, s. 107-108)

Det första mötet, personerna är obekanta för varandra, det kan finnas generaliserade förväntningar på den andre. Parterna får ett första intryck av varann, vilket sjukskötaren behöver vara medveten om, så hen kan upptäcka det unika i individen hen möter. (Kirkevold, 1994, s 108)

Framväxt av identitet, sker då sjukskötarens och den hjälpbehövandes interaktion utvecklas och ett band mellan dem växer fram. För den hjälpbehövande blir sjukskötaren en individ och sjukskötaren förstår hur den andre parten upplever situationen. (Kirkevold, 1994, s. 108)

Empati, är att ha en förmåga att förstå motpartens psykologiska tillstånd, känslor och tankar, men att fortfarande vara en egen individ. För att kunna känna empati behöver parterna ha liknande erfarenheter. (Kirkevold, 1994, s. 108-109)

Sympati, är att ha en medkänsla och vilja att lindra den andres lidande. För att detta ska vara möjligt behöver parterna känna en närhet till varandra. Sjukskötarens sympati gör att den hjälpbehövande inte känner sig ensam i sitt lidande. (Kirkevold, 1994, s. 109)

Ömsesidig förståelse och kontakt, är resultatet av att parterna genomgått de tidigare faserna och de har fått en ömsesidig kontakt och förståelse för varandra. Parterna delar nu känslor, tankar samt attityder och relationen blir betydelsefull för dem. (Kirkevold, 1994, s. 109)

Enligt Travelbee omfattar omvårdnadsprocessen att observera samt undersöka individens omvårdnadsbehov samt bekräfta detta genom att samtala med individen. Sedan ska det bedömas om man själv kan bemöta behoven eller om individen bör hänvisas till någon annan. Man ska planera på vilket sätt man kan tillgodose de behov som identifierats samt sedan utvärdera ifall om de blivit tillgodosedda. (Kirkevold, 1994, s 111)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att ta reda hur anhöriga upplever bemötandet av personal inom sjukvården då en anhörig oväntat avlidit, att ta reda på vilket stöd som gavs och vilken typ av stöd som saknades, samt hur information om befintligt stöd getts. Detta för att sjukskötare och annan yrkesutbildad personal ska få en djupare förståelse av hur anhöriga till någon som plötsligt och oväntat avlidit, vill och behöver bemötas. Samt för att ta reda på vad de anhöriga har för behov av stöd och nätverk.

Frågeställningarna i examensarbetet är:

Hur upplevde anhöriga bemötandet från vårdpersonalen efter den anhörige oväntat avlidit?

Vilket stöd gavs till de anhöriga efter dödsfallet?

Vilket stöd skulle anhöriga ha önskat eller behövt?

5 Metod

En kvalitativ metod, i form av en enkät med ett flertal öppna frågor användes för att utföra studien. Denna metod kan användas i studier där individens upplevelse om något samt förståelsen för något ska undersökas. Vid en kvalitativ studie behöver den egna erfarenheten om ämnet reflekteras, då detta kan ha betydelse för studiens resultat. Den som utför studien behöver vara flexibel och ha ett öppet förhållningssätt, då det kan ske förändringar under studiens gång. där deltagarna fritt kan svara, berätta om upplevelsen och uttrycka sin åsikt. (Henricson & Billhult, 2017, s.111-114)

5.1 Urval

Vid urvalet bör det väljas informanter som har erfarenhet av det som studien syftar till. Det bör tas i beaktande att det bör finnas variation bland informanternas ålder och kön, utbildning, inkomst med mera, för att resultatet ska bli så omfattande som möjligt. (Henricsson, 2017, s.115) Bekvämlighetsurval kan göras genom att enkäten publiceras någonstans, så kan de som vill frivilligt delta genom att fylla i den. (Trust &Hultåker, 2016, s. 31)

Enkäten publicerades i Facebookgruppen, "Sorg efter dem vi saknar", med administratörernas tillstånd, samt i det egna Facebookflödet, flera vänner delade sedan inlägget. På det här viset kunde personer som hör till målgruppen, "förlorat anhörig genom plötsligt dödsfall" delta, genom att gå in via länken som delades. Deltagandet i studien var således helt frivilligt och anonymt, deltagaren kunde i lugn och ro svara på enkäten.

5.2 Datainsamling

För att samla in data framställdes en webenkät, som innehållande ett antal flervalfrågor, samt ett flertal öppna frågor. Webenkäten finns med som bilaga, efter källförteckningen, för att det ska gå att ta del av frågorna informanterna besvarade.

En webenkät skapades med hjälp av Microsoft Forms, i enkätens början gavs deltagarna information om enkätens syfte, frivilligt deltagande, konfidentiell behandling av svaren, samt att det går att ta del av examensarbetet på Theseus då det färdigställts. Ejlertsson, (2019, s.43-44) skriver att informera om möjligheten att ta del av resultatet är en faktor som höjer motivationen till att delta. Längden på enkäten är en annan faktor som påverkar andelen deltagare, en för lång enkät gör att deltagarna tappat koncentrationen och svarens kvalitet försämras.

Språket och ordvalen i en enkät, ska anpassas så att det är lätt för allmänheten att förstå frågorna, som även ska vara ställda på ett sådant sätt att de inte går att tolka på olika sätt. (Ejlertsson, 2019, s.55-56) De första frågorna var bakgrundsfrågor om kön samt ålder, samt hur lång tid som gått sedan dödsfallet inträffat, detta för att vid analysen av materialet se

om det finns skillnader angående upplevelsen med tanke på tid som gått, kön, eller åldern på deltagaren. Ejlertsson (2019, s.92-94) skriver att som svarsalternativ angående kön bör finnas, man, kvinna samt annat, detta för att enkäten skulle vara inkluderande gällande könsidentitet.

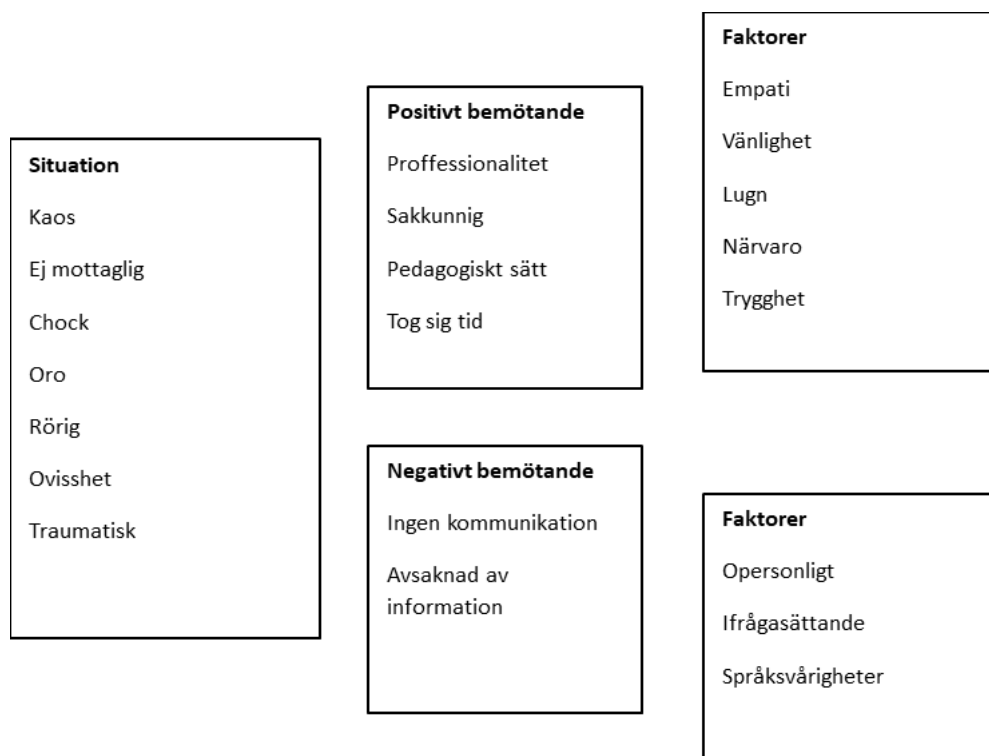
Sedan följde ett antal öppna samt icke öppna frågor angående omständigheterna av dödsfallet, bemötande, upplevt stöd samt behov av stöd. Öppna frågor är frågor som deltagarna kan svara fritt på, icke-öppna frågor har fasta svarsalternativ. Dessa kan även benämnas som strukturerade och icke-strukturerade frågor. (Trost & Hultåker, 2016, s.74) Då en enkät framställs behöver formuleringen av frågorna noggrant övervägas, för att sedan missförstånd ska undvikas och svaren kan tolkas rätt (Billhult, 2017, s. 124). Frågorna behöver ställas på så sätt att det som undersöks i studien kommer fram i svaren (Billhult, 2017, s. 124). Då frågorna formuleras ska negationer undvikas, eftersom sådana frågor kan vara svårtolkade. (Trost & Hultåker, 2016, s. 83) Om deltagarna är motiverade till att fylla i enkäten blir bortfallet mindre (Ejlertsson, 2019, s.29-30). Efter handledarens godkännande av enkäten publicerades den på Facebook.

5.3 Dataanalysmetod

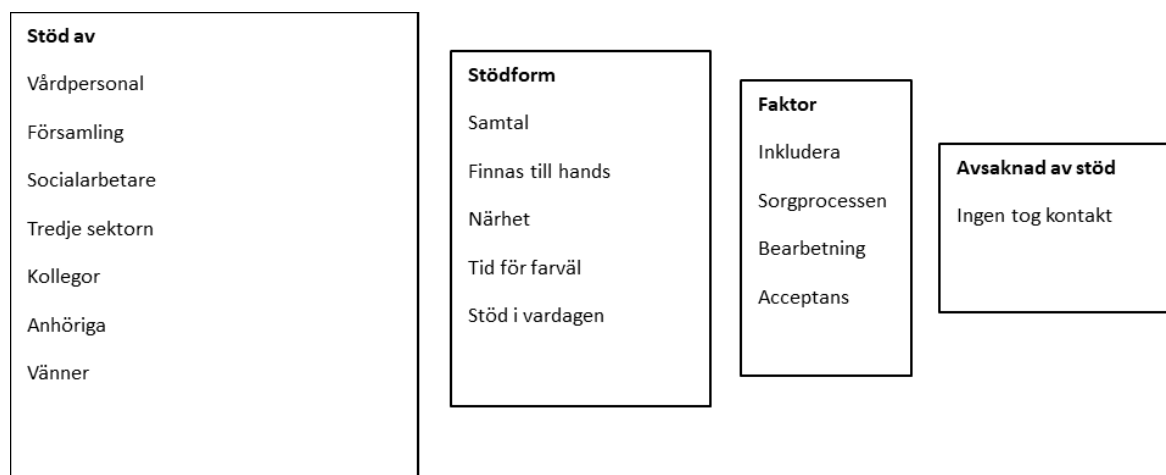
Som dataanalysmetod användes kvalitativ innehållsanalys för att analysera svaren på de öppna frågorna. Innehållsanalys används för att på ett vetenskapligt sätt analysera textinnehåll. Genom analysen går det att relatera innehållet och knyta det till en teori. Metoden innebär att den insamlade informationen struktureras och sammanställs och olika nyckelbegrepp identifieras. (Ohlsson & Sörensen, 2021, s 162-163, 213-214) Svaren från de öppna frågorna delas in i kategorier, en kategori ger svar på innehållet i texten. Därefter delas kategorierna upp i subkategorier. (Danielsson, 2017, s.286-287)

Då enkätens stängts skrevs resultatet ut, svaren lästes igenom noggrant ett flertal gånger. Svaren kodades och kategoriserades i kategorier samt subkategorier, för att få en överskådlig bild av resultatet. Därefter sammanställdes resultatdelen, en del av svaren från

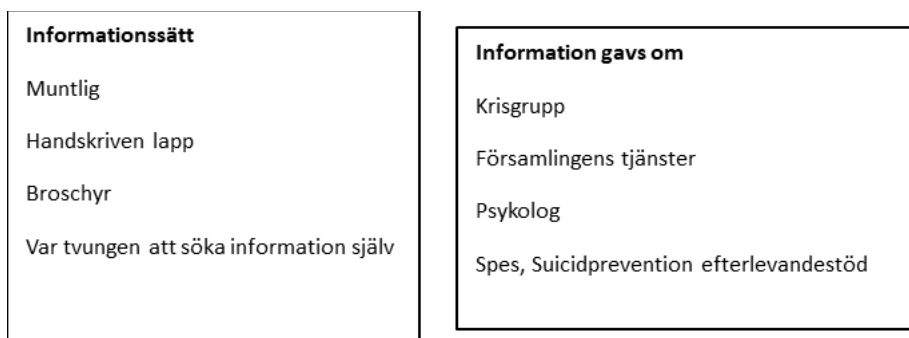
de öppna frågorna finns med som citat, för att de lättare ska kunna urskiljas kursiverades texten.



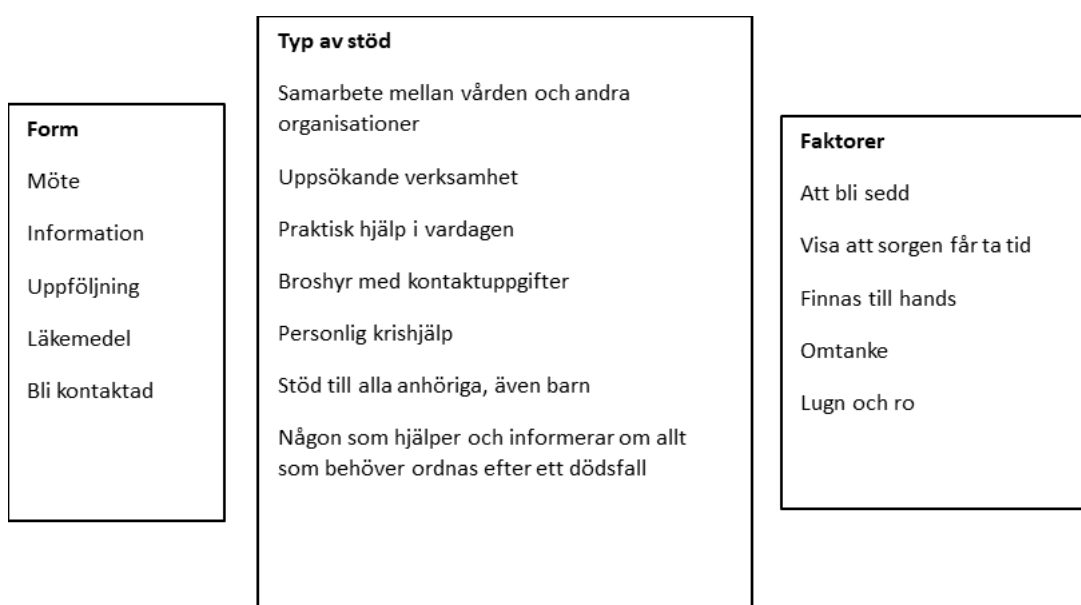
Figur 1. Kategorisering av bemötande.



Figur 2. Kategorisering av upplevt stöd



Figur 3. Kategorisering av information om stödtjänster.



Figur 4. Kategorisering av stöd som de anhöriga upplevde hade behövts

5.4 Etiska överväganden

I enlighet dataskyddslagen och dataskyddsförordningen ska deltagarnas rättigheter tryggas, personuppgifter ska bearbetas och behandlas på ett korrekt sätt. Den som är med i studien ska få information om undersökningen samt ge sitt samtycke till deltagandet. (Arene, 2020, s. 6). Då det är fråga om en webbenkät samtycker deltagaren sin medverkan i undersökningen genom att svara på enkäten (Ejlertsson, 2019, s.36). I examensarbetet ska Integritetsskyddet tillgodoses, samt beaktas att personer kan identifieras både direkt och indirekt (Arene, 2020, s. 12)

För att följa de etiska principerna informerades deltagarna om att det medverkan är frivillig, vad informationen kommer att användas till, att informationen endast kommer att användas till att sammanställa examensarbetet samt att alla svar kommer att behandlas konfidentiellt. De etiska riktlinjerna för examensarbete, samt studerandes checklista kommer att följas (Arene, 2020, s 13).

6 Resultat

Enkäten var öppen under två veckors tid, sammanlagt 44 personer besvarade den, en kvalitativ innehållsanalys gjordes och resultatet redovisas i det här kapitlet. Majoriteten av deltagarna, 93% var kvinnor och endast 7% var män. Alla som besvarade enkäten hade förlorat en anhörig till följd av olycka, självmord, mord eller plötslig sjukdomsattack. Majoriteten av deltagarna, 45% var 36-55 år, 30% var 56-75 år och 35% var 18-35 år.

På frågan om hur lång tid som gått sedan det oväntade dödsfallet inträffade, svarade 36% att det hade gått mer än 5 år, 27% svarade att det gått 1-5 år, 30% att det gått 7-12 år och 7 % svarade att det var 0-6 månader sedan, alla deltagare besvarade frågan. Majoriteten av deltagarna, 41% informerades om dödsfallet av en anhörig, 22% informerades av polis och 22% av vårdpersonal och 15% av annan person. 2 deltagare svarade att både polis och anhörig informerade och en person svarade att det var polis samt vårdpersonal, en deltagare valde att inte besvara frågan.

6.1 De anhörigas upplevda bemötande samt stöd av vårdpersonal

Ungefär hälften av deltagarna, 51% upplevde att de fått bra emottagande av vårdpersonal i samband med dödsfallet, 49% upplevde att emottagande inte var bra, en deltagare valde att inte besvara frågan. Majoriteten, 67% ansåg att Stödet som gavs av vårdpersonalen inte var tillräcklig, 33% av deltagarna ansåg att de erbjudits tillräckligt med stöd. En deltagare valde att lämna frågan obesvarad.

6.1.1 Traumatiskt, rörigt, chockerande - trygghet, lugn, empati

Situationen som uppstod vid det traumatiska dödsfallet upplevdes som kaotisk, rörig, chockerande och traumatisk, med upplevelse av oro, ovisshet och att inte vara mottaglig för information. Det som uppskattades i bemötandet var att vårdarna var professionella, sakkunniga och att de tog sig tid. En deltagare uppger att Vårdpersonalen var lugna, pedagogiska och omhändertagande. Att visa empati, lugn, trygghet, närvaro och vänlighet från vårdarna upplevdes som positivt i bemötandet. Här följer några citat av svaren i webenkäten.

”De var lugna, pedagogiska och omhändertagande”

”Empati, tröst, några ord på vägen”

”Vi fick i lugn och ro sitta så länge vi ville i rummet med den bortgångna och ingen kom och störde”

6.1.2 Blev inte bemött

Av de deltagare som uppgav att de inte blev bra bemötta av vården, uppgavs att bemötandet var opersonligt och att vårdpersonalen inte tog kontakt. Även bristfällig information hade upplevts negativt. En deltagare uppgav i sitt svar att det endast var strikt medicinskt prat. Flera deltagare inte alls haft kontakt med, eller blivit bemötta av vårdpersonal Att ambulanspersonal som gjort återupplivningsförsök på ett barn, inte gått fram till föräldern och pratat, hade efteråt känts fel, uppger föräldern i webenkätens svar.

”Ambulanspersonalen som gjort återupplivningsförsök på mitt barn, kom inte fram och pratade med mig, så här i efterhand känns det väldigt fel att de inte gjorde det. Poliserna som på plats där gav ett lugnt och tryggt bemötande”

”En vårdare bara ojjade sig att det gick för snabbt”

6.1.3 Egentligen inget stöd alls

”Egentligen inget stöd alls, vi uppmanades att besöka jourhavande sjukskötare, men upplevde inget direkt stöd. Hon hade även svårt med svenskan så det gjorde kanske att stödet uteblev”

Så skrev en av deltagarna som svar på webenkätens fråga, om vilket stöd som vårdpersonalen gett. Det framkom att det tog tid att acceptera dödsfallet samt bearbeta händelsen. Det upplevdes att sorgen inte fick ta sin tid och att alla anhöriga, i flera fall barnen, inte fick stöd för att bearbeta händelsen. En deltagare uppgav att hen endast fick en sjukskrivning, ingen följde upp hur det var, inget samtalsstöd gavs. Många deltagare uppgav att ingen från vården hörde av sig för att erbjuda dem stöd.

”Ingen från vården hörde av sig. När jag själv tog kontakt var de mest nervösa och hade inget att erbjuda”

”Endast sjukskriven, inget samtalsstöd eller uppföljning gjordes efter sjukskrivningen”

6.1.4 Närhet, kramar och information

Av de som upplevde att de fått vårdpersonalens stöd, gavs enskilda svar om att de gavs tid att ta farväl, tröstande ord samt att kontakt till tredje sektorn ordnades. Enskilda deltagare svarade att de fått närhet och kramar, vilket hade känts viktigt. Det upplevdes positivt att vårdpersonalen fanns till hands samt att de gav information om det som hänt. En deltagare uppgav at hen fått bra stöd av barnrådgivningen.

”Barnrådgivningen var fantastisk, erbjöd hjälp och hade tid att lyssna på mig vid besöken med babyn”

6.1.5 Följder efter ett traumatiskt dödsfall

Till följd av dödsfallet hade 22 deltagare utvecklat ångest, 17 depression, 14 PTSD (posttraumatiskt stressyndrom), fem hade missbruk av alkohol eller droger och två deltagare hade utvecklat självskadebeteende. Många av deltagarna hade dessutom utvecklat kombinationer av dessa, sex deltagare hade ångest+depression+PTSD, tre deltagare hade ångest+depression samt tre deltagare hade ångest+PTSD. Två deltagare hade Ångest+depression+PTSD+missbruk och enstaka deltagare hade ångest+självskadebeteende, missbruk+depression och PTSD+depression, därtill fanns det också en deltagare med alla dessa symtom. 59% av dem svarade att de inte fått behandling för sina symtom.

6.1.6 Kan ännu bli ledsen över bemötandet och chocken

16 deltagare svarade att det gått mer än 5 år sedan det traumatiska dödsfallet inträffade. Av dem uppger 12 deltagare att de inte längre är i behov av något stöd. De som upplever att de är i behov av stöd ännu uppger att de vill ha terapi, rehabiliteringsperiod, samtalsstöd samt information om orsaken till att den anhörige avlidit. En deltagare berättar i webenkätens svar, om hur hen som terapi utbildat sig och nu hjälper andra.

”Nej. Jag kraschade i en djup depression 2,5 år efter min brors bortgång, sedan det har jag gått i terapi, gått erfarenhetsexpertsutbildning och studerat till socionom. Jag jobbar nu inom missbrukarvården och där får jag lyfta mina känslor öppet. Allt detta har blivit min terapi”

”Ja, jag skulle gärna vilja prata med någon. Helst har jag velat/vill jag komma till ett rehabställe där jag bara kan få vara och prata med någon hela tiden. Så jag kan släppa på allt och försöka att komma till grunden med sorgen. Det känner jag inte att jag har gjort ännu tyvärr”

”Nej, men kan ännu bli ledsen över bemötande och chocken”

6.1.7 Upplevt stöd av andra än vårdpersonal

Stöd hade även fåtts från annat håll än av vårdpersonal, 13 deltagare fick stöd från sina anhöriga och lika många upplevde att stödet kom från vänner och bekanta. Sex deltagare hade fått stöd från församlingen, två från psykolog, och två från arbetskollegorna. Enskilda deltagare fick stöd av begravningsentreprenören, psykosociala centret samt socialarbetare och att de fått hemhjälp. Det fanns även åtta deltagare som inte hade fått något stöd från annat håll. Av deltagarna valde fem att inte besvara frågan. En deltagare uppger att socialjouren kom till platsen men att det inte upplevts att de gett något stöd.

”Socialjouren kom på plats genast det hänt, men inget direkt stöd gavs, endast information om att en krisgrupp skulle ta kontakt. Krisgruppen tog kontakt flera dagar senare och mötet blev nästan en vecka efter händelsen, det borde ha ordnats snabbare och varit mer än ett tillfälle”

”Jag var inte i min hemkommun när det skedde, via vänner fick församlingens diakonissa höra om det skedda och kontaktade mej och erbjöd krissamtal”

”Ingen, diakonin erbjöd samtalsstöd åt mina föräldrar, men jag blev inte erbjuden någonting”

”Njaa, inte egentligen av nåt sådant stöd jag sku ha behövt. Mera liksom att bekanta fanns för en”

6.2 Informationen om, samt avsaknad av stöd

Majoriteten 71%, upplevde att informationen om olika stödtjänster inte var tillräcklig, medan 29% upplevde att de fick bra information. Två deltagare valde att lämna frågan obesvarad. Majoriteten av deltagarna 82% beskrev de stödfunktioner som de upplevde saknades genast efter det traumatiska dödsfallet, men också under tiden efteråt.

6.2.1 Ett häfte i min hand

”Fick ett häfte i min hand. Som jag knappt fattade vad det var”

Så svarade en av deltagarna på frågan om vilken sorts information som gavs om olika stödtjänster. Åtta av deltagarna fick muntlig information, tre deltagare fick en broschyr och fyra deltagare fick annan skriftlig information. fyra deltagare fick information om krisgrupper, två fick information om församlingens tjänster och två fick telefonnummer till jourhavande psykiatrisk skötare. En deltagare fick kontaktuppgift till psykolog och en till SPES (suicidprevention efterlevandestöd). Tre av deltagarna mindes inte om de fått någon information, nio deltagare hade inte alls fått någon information om vart de kunde vända sig och en deltagare hade själv sökt information.

”Jag minns inte så mycket om den info jag fick, men det jag kommer ihåg var att krisgruppen som kom hem sa inte mycket, de bara satt där, fick inte alls någon info, bara deras visitkort som man kunde ringa om man ville prata”

6.2.2 Vården behöver erbjuda stöd

18 deltagare uppgav att de önskat att någon tagit kontakt med dem och frågat hur de mårde och om de behövde någon form av stöd. Hälften av dem föreslog att någon uppföljning borde göras de följande veckorna, månaderna upp till år efteråt, eftersom sorgen kommer i omgångar och tar tid att bearbeta. Det uppgavs även att det borde finnas bättre samarbete mellan vården och organisationer som kan erbjuda stöd till drabbade.

”Vården behöver vara mer aktiv och erbjuda stöd. Allt ligger på den drabbade. Viktigt med ett inkännande stöd. Man är inte kapabel att vara trevlig eller förnuftig. Allt är kaos”

”Att få den drabbade att förstå att sorg tar tid. Oerhört mycket mera tid än vad samhället verkar tycka att är rimligt. Vi pratar om år, inte veckor. Se till att det finns möjlighet till stöd i omgångar över tid eftersom sorgprocessen går framåt ryckvis under en väldigt lång tid”

”Att någon hade tagit kontakt efteråt, med jämna mellanrum för att kolla läget.”

”Det är så traumatiskt för en anhörig att int förstår man själv fråga efter hjälp eller stöd. Ibland kan det vara svårt att bearbeta det hela då det just hänt, men att tex 1-2år senare redan kan det funka bättre att bearbeta saker”

6.2.3 Stöd till alla anhöriga

Sju av deltagarna, upplevde att alla anhöriga inte fick tillräckligt med stöd, flera av dem uppgav att barnen inte fått den hjälp de behövt med hjälp och att de hade varit i behov av att få krisstöd. Det som erbjudits var endast skolans kurator, men det upplevdes inte vara tillräckligt, krisstöd som gavs var mest anpassat för de vuxna. En deltagare hade också önskat personligt krisstöd, krisstöd som finns ges endast gruppvís.

”Stödet till barnen uteblev helt, de uppmanades bara att gå till kuratorn, vilket dom inte gjorde. Det lämnade på oss själva att försöka söka stöd, men det var en allt för stor uppgift just då. Orken att själv söka hjälp fanns inte.”

”Att ta i beaktande om det finns barn inom den närmaste kretsen att det sku sättas in mera stöd åt dom än den krishjälpsom finns nu den är mer anpassad åt vuxna”

6.2.4 Stöd först en vecka senare

Deltagarna upplevde även att de hade behövt krisstöd genast, i flera fall hade krisstödet getts först flera dagar efteråt, då det traumatiska dödsfallet inträffat under ett veckoslut. Deltagare saknade också en broschyr med information och telefonnummer dit de hade kunnat ta kontakt. Det kom förslag på att ambulanspersonal kunde dela ut en broschyr med var olika stödtjänster finns.

”Det var helg och vi fick inget stöd förrän en vecka senare”

Flera deltagare upplevde att de hade behövt information eller hjälp med alla praktiska arrangemang som behöver ordnas efter att en person avlidit, även praktisk hjälp i hemmet saknades. Enskilda deltagare hade velat ha ett möte med vårdpersonal som varit inblandade, information om hur dödsfallet kunnat inträffa saknades också, samt läkemedel för att kunna sova. Övrigt som de drabbade upplevde saknas var att bli sedda och att medmänniskor visar omtanke. Att andra fanns till hands samt att få höra att sorgen tar tid att bearbeta.

”Det tog två år innan jag kunde acceptera att personen var borta. Nu efteråt då man kan se det från en annan sida borde man nog ha haft någon utomstående att prata ut med. Det skulle också ha varit bra med sömnmedicin, jag sov inte en enda ordentlig natt på 6 månader”

”Vad som händer näst, vem alla ska kontaktas, vem måste man anmäla dödsfallet åt... Skulle ha varit skönt med en lista att pricka av på vad allt som ska skötas i viktighetsordning, en lista på begravningsbyråer i närheten, allt sånt för att underlätta. Då man sörjer är det svårt att komma ihåg allt”

7 Diskussion

Syftet med examensarbetet var att ta reda hur anhörigas upplevelse samt bemötandet av personal inom sjukvården då en anhörig oväntat avlidit, samt att ta reda på vilket stöd som gavs och vilken typ av stöd som saknades. I det här kapitlet diskuteras om metodvalet gett svar på studiens syfte samt om resultatet stämmer med tidigare forskning samt den teoretiska utgångspunkten.

Syftet med metoddiskussionen är att visa hur kvaliteten i studien har säkerställts, både svagheter och styrkorna tas i beaktande. De begrepp som används då en kvalitativ metod diskuteras är pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet. I diskussionen läggs det vikt på om metoden svarat på syfte och frågeställningar. Metoddiskussionens innehåll

struktureras på samma vis som i metodkapitlet, så i det här kapitlet diskuteras först urval, följt av datainsamling, dataanalysmetod och etiska aspekter. (Henricson, 2017, s. 412)

Resultatdiskussionen utförs för att tolka resultatet och delas in i olika steg som börjar med beskrivning, de viktigaste fynden som kan relateras till studiens syfte och frågeställningar lyfts fram. Därefter följer en förklaring, där dessa fynd fördjupas med hjälp av bakgrundens litteratur samt tidigare forskning samt de egna tankarna om detta. Fynden jämförs sedan med tidigare forskning inom området. Detta reflekteras sedan med den teoretiska utgångspunkten i relation till resultatet. kliniska implikationer görs för att utreda om studien har bidragit till ny kunskap inom området, eller om nya frågor uppstått i samband med arbetets gång. Det framkommer även ifall om det finns behov av fortsatt forskning inom området. (Henricson, 2017, s.416-417)

7.1 Metoddiskussion

Till en början var tanken att utföra studien genom att hitta personer med erfarenhet av en anhörigs traumatiska död och utföra en kvalitativ studie genom att intervjua deltagarna. Men då ämnet i studien är av känslig karaktär, kunde en webenkät vara lättare för deltagarna att besvara och på det viset få ett pålitligt resultat.

Webenkäten publicerades i Facebookgruppen "Sorg efter dem vi saknar", med administratörernas godkännande. Men inlägget försvann rätt snabbt i sidans flöde och endast ett fåtal deltagare besvarade enkäten. Därefter publicerades enkäten i mitt eget Facebookflöde, flera vänner och bekanta delade inlägget svar på enkäten kom i rätt så snabb takt. Deltagarantalet blev högre än förväntat, vilket var bra eftersom det då blev en bra spridning på svaren med tanke på deltagarnas ålder samt hur länge sedan de upplevt sin anhöriges traumatiska dödsfall. Men med tanke på könsfördelningen var deltagandet väldigt ojämnt, då 41 kvinnor och 3 män deltog, det hade förväntats lite mer jämn fördelning. Detta medförde en fundering på om det rent generellt är så att kvinnor är mera benägna än män att svara på enkäter, eller om enkätens innehåll gjorde att män inte deltog

i samma utsträckning som kvinnorna. Det höga deltagarantalet kunde tänkas påvisa studiens överförbarhet, men eventuellt kan den ojämna könsfördelningen påverka överförbarheten på ett negativt sätt.

Webenkäten innehöll både öppna samt icke öppna frågor som sammanstälts med tanke på att besvara studiens syfte samt frågeställningar. Innan frågorna i enkäten konstruerades, skrevs kapitlet bakgrund, för att på det viset få bredare kunskap inom området. Bakgrundskapitlet innehåller fakta från böcker lånade från det vetenskapliga biblioteket Tritonia, samt vetenskapliga artiklar som sökts på internet. Nackdelen med en webenkät är att det i en enkät inte går att ställa följdfrågor på samma sätt som det går att göra i en intervju. Utan följdfrågor blir svaren inte lika omfattande, enkäten kunde ha gjorts längre med fler frågor för mer omfattande svar, men risken hade då varit större för internt bortfall eller avbrytande av deltagandet. Flera deltagare gav ändå väldigt innehållsrika svar på de öppna frågorna, vilket var positivt för sammanställningen av resultatet. En egentlig bortfallsanalys går inte att göra då Webenkäten publicerades på sociala media, vilket gör att det inte går att säga hur många som sett webenkäten.

För att analysera innehållet i enkäterna användes kvalitativ innehållsanalys, vilket var en lämplig metod, med tanke på att webenkäten innehöll ett flertal öppna frågor. Då webenkäten stängts skrevs innehållet ut och lästes igenom flera gånger. Sedan kodades innehållet och sorterades upp i kategorier och underkategorier. Eftersom deltagarantalet var stort var det tidskrävande att gå igenom materialet, i detta avseende kunde en intervjustudie ha underlättat arbetsmomentet, men det skulle då ha sänkt studiens överförbarhet.

Det etiska aspekterna beaktades då enkäten framställdes i Microsoft Forms, vem som svarat på enkäten framkom inte och skribenten hade således inte vetskap om deltagarnas identitet. På detta sätt kunde informationen behandlas konfidentiellt. Med tanke på att det låga deltagandet bland män gjordes heller inga jämförelser bland män och kvinnor, detta för att det inte skulle gå att lista ut vem någon deltagare var. Då enkäten var öppen på

internet var deltagandet helt frivilligt och deltagarna kunde därmed avbryta sitt deltagande när som helst.

7.2 Resultatdiskussion

I studien framkom det hur deltagarna upplevde bemötandet i samband med det traumatiska dödsfallet, samt hur de upplevde stödet som gavs, samt hurudant stöd de saknade, vilket var syftet med studien. Det framkom att ungefär hälften av deltagarna upplevde att bemötandet av vårdpersonal var bra, i samband med ett traumatiskt dödsfall och att empati, lugn, trygghet, närvaro och vänlighet upplevdes som positivt vid bemötandet, negativt ansågs att vara opersonlig och ifrågasättande då den drabbade upplevde situationen traumatisk, chockerande, rörig samt kände oro och att de var oemottagliga i det akuta skedet. Flera av deltagarna hade fått stöd av anhöriga, vänner, kolleger, församling och tredje sektorn. Att finnas till hands, ge närhet och praktisk hjälp uppskattades. Många deltagare ansåg att stöd inte getts till alla anhöriga, speciellt barns stöd uteblev. Det önskades att vårdpersonal skulle kontakta de anhöriga för att erbjuda stöd, både direkt efter händelsen, samt regelbundet under tiden efteråt. Enligt Travelbee, 1961, ska det bedömas om sjukskötaren själv kan bemöta behoven eller om individen bör hänvisas till någon annan.

Deltagarna upplevde att vårdpersonalen inte bemötte dem, var nervösa och gav bristfällig information. Detta kan förknippas med studien gjord av De Leo et al., A, 2022, där vårdpersonal uppgav att de inte fått tillräcklig utbildning om att delge traumatiska dödsbud. Att delge sådan information borde ingå i utbildningen då vårdpersonal, beroende på var de arbetar troligen kommer att behöva delge anhöriga om ett traumatiskt dödsbud.

Deltagarna hade önskat få stöd direkt efter det traumatiska dödsfallet och upplevde att situationen var rörig, men att de upplevt att lugn och trygghet var viktigt, vilket stämmer överens med det som De Leo et al., B, 2022, konstaterade i sin studie. Att de anhöriga inges

en känsla av lugn och trygghet inverkar nog på hur upplevelsen av bemötandet är i en situation som i övrigt känns chockerande kaotisk.

En stor del av deltagarna upplevde att de inte fått stöd för att hantera situationen, att kontakt med dem inte togs, vilket även beskrevs i studien av Pitmana et al., 2018. Flera deltagare uppgav att stöd uteblivit eftersom det inte erbjudits åt dem, vilket stämmer överens med resultatet av Michaud-Dumont et al., 2020. Där framkom att inget stöd hade erbjudits åt dem automatiskt.

22 deltagare i den här studien hade fått symtom som t ex ångest eller depression till följd av händelsen, 59% hade inte fått behandling för detta. I en studie av Lenferink et al., 2020, konstaterades det att 19% av deltagarna inte hade fått vårdbehoven tillgodosedda, orsaken uppgavs vara att personerna hade trott att problemen går över av sig själva. Siffrorna skiljer sig åt väldigt mycket. Många deltagare i den här studien uppgav att de behövt stöd av uppsökande karaktär, Att någon skulle kontaktat dem och erbjudit stöd. Detta uppger också Dyregrov & Dyredrov, 2008, s.72-74. Det kunde tänkas att antalet personer med utebliven vård kunde sänkas markant ifall om de drabbade aktivt kontaktades och vårdbehovet undersöktes. Detta skulle då behöva ske direkt efter händelsen med även efteråt, då bearbetningen av händelsen pågår under lång tid, vilket ett flertal deltagare i den här studien också upplevde behövts.

Många av deltagarna uppgav att de hade behövt samtal upprepade gånger vid bearbetningen av händelsen, en del uppgav att endast ett krismöte ordnats. I teorin av Tavelbee, 1961, beskrivs det att sjukskötaren ska vara till hjälp för att hantera och förebygga lidandet och att efter det första intrycket måste fem faser genomgå för att en mellanmänsklig relation ska skapas. Vid endast ett möte kan denna kontakt skapas, därför finns också behovet av upprepade samtal, för att upplevelsens lidande ska kunna lindras.

Examensarbetet har gett en förståelse för hur anhöriga upplever bemötande samt vilket stödbehov de har efter en anhörigs traumatiska dödsfall, och kunde på det viset bidra till att utveckla redan befintliga stödtjänster. Eftersom flera deltagare uppgav att deras barn inte fått stöd för bearbetning av händelsen, verkar det finnas behov för utveckling av en sådan tjänst.

7.3 Konklusion

Under tiden som examensarbetet skrivits har jag fått en djupare kunskap om reaktioner och beteenden vid traumatiska händelser, sorgen och dess olika skepnader. Vid analyserna av enkäterna reflekterade jag över hur många som inte fått något stöd alls efter en anhörigs traumatiska död. Det framkom att anhöriga själv inte hade ork att söka information, eller kontakta vården för att begära och att de inte ha kontaktats eller blivit erbjudna någon form av stöd. Till följd av detta föddes idéer på hur stödtjänster som redan finns kunde utvecklas för att dessa personer som är i behov av dem kunde få dem. Jag anser att samarbetet mellan vården och de olika organisationerna som erbjuder stödtjänster kunde utvecklas. Vården har, idag små resurser och besparingar görs hela tiden, trots detta kunde det med dagens teknik inte vara svårt eller dyrt att genomföra. Vårdpersonal som kommer i kontakt med dessa hjälpbehövande, kunde tipsa organisationerna om dessa personer, med deras samtycke, och de skulle då kunna kontaktas för att erbjudas stöd samt uppföljning av stödbehovet.

I chockfasen kan en person ha svårt att ta emot muntlig information, eller minnas den efteråt. Många deltagare ansåg att de fått bristande information om var de kan hitta olika stödtjänster och att de inte haft kunskap om vad som behöver ordnas efter ett dödsfall. Någon form av broschyr som vårdpersonalen kunde dela ut, kunde tänkas vara till stor hjälp för de anhöriga. Broschyren kunde innehålla information om kontaktuppgifter till olika stödorganisationer, men också information om allt som behöver ordnas och vilka som behöver kontaktas angående dödsfallet. Då dödsfallet kommer oväntat blir chocken stor, då kan detta vara till hjälp, för att komma ihåg allt som behöver ordnas.

Under tiden jag skrev examensarbetet och sökte litteratur kom jag i kontakt med studier om sekundärt trauma. Sekundärt trauma är vårdpersonalens traumatisering av att komma i kontakt med traumatiska händelser i sitt arbete. Det vore intressant att studera även den aspekten av traumatiska dödsfall.

8 Referenser:

Aizenkot , D., (2022) Meaning-Making to Child Loss: The Coexistence of Natural and Supernatural Explanations of Death, *Journal of Constructivist Psychology*, 35:1, 318-343, <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1819491>

Alligood, M. R. (2022). *Nursing Theorists and their work*. 10th edition. Elsevier inc.

Anderson Höglund, I., Hedman Ahlström, B. (2014). *Psykiatri 2*. Stockholm: Utbildning AB

Arene, (2022) Etiska principer. Hämtad 7.5.2023 från https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20F%C3%96R%20EXAMENSARBETEN%20P%C3%85%20YRKESH%C3%96GSKOLOR_2020.pdf? t=1578480382

Berg Johannesson, K. & Lundin, T. (2018). Barn och sorg. I:M.Michel, red. *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur

Billhult. A., (2017). Enkäter. I:M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB

Borglin. G., (2017). Enkäter. I:M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB

Brenner, E., Rydell, P., & Skog, I. (2016). *Akut psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Chapple, A. Ziebland, S. Hawton, K. (2015) Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death *Sociology of Health & Illness*. May 2015, Vol. 37 Issue 4, p610-625. 16p. 2 Charts. DOI: 10.1111/1467-9566.12224.

Cullberg, J., & Lundin, T. (2006). *Kris och utveckling*. Natur och Kultur.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB

A, De Leo, D., Congregalli, B., Guarino, A., Zammarrelli, J., Valle, A., Paoloni, S., & Cipolletta, S. (2022). Communicating Unexpected and Violent Death: The Experiences of Police Officers and Health Care Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 11030.

B. De Leo, D., Congregalli, B., Guarino, A., Zammarrelli, J., Valle, A., Paoloni, S., & Cipolletta, S. (2022). Receiving Notification of Unexpected and Violent Death: A Qualitative Study of Italian Survivors. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 10709. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710709>

Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Midenstrand, M. (2008). *Det sociala nätverkets stöd vid plötslig död: När livet måste gå vidare*. Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken, en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Elmqvist, C., & Almerud Österberg, S., (2019). *Akut omhändertagande av trauma – på skadepplats och akutmottagning*. Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB

Hedrenius, S., & Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier, analys och utvärdering*. Studentlitteratur: Lund

Kristensen, P. Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2017) Can visiting the site of death be beneficial for bereaved families after terror? A qualitative study of parents' and siblings' experiences of visiting Utøya Island after the 2011 Norway terror attack. *European Journal of Psychotraumatology*. 8(6) DOI: 10.1080/20008198.2018.1463795

Lenferink, LIM, de Keijser, J, Eisma, MC, Smid, GE, Boelen, PA. Treatment gap in bereavement care: bereavement support needs and use after traumatic loss. *Clin Psychol Psychother*. 2021; 28: 907–916. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1002/cpp.2544>

Mathieu S, Todor R, De Leo D, Kőlves K. (2022) Coping Styles Utilized during Suicide and Sudden Death Bereavement in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health*. 19(22):14709. doi: 10.3390/ijerph192214709.

Nursing Theory, (2023) Joyce Travelbee. Hämtad 14.10.2023. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Joyce-Travelbee.php>

Ohlsson, H. & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 4:de uppl. Liber AB.

Pitman AL, Stevenson F, Osborn DPJ, King MB. The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Soc Sci Med*. 2018 Feb;198:121-129. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.12.035. Epub 2018 Jan 2. PMID: 29316512; PMCID: PMC5884304.

Smith, M. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice*. 5th edition. Davis company

Social- och hälsovårdsministeriet, (2019) Psykosocialt stöd vid krissituationer. Hämtad 5.5.2023 från <https://stm.fi/sv/-/tyoryhmalta-12-suositusta-psykososiaalisen-tuen-kehittamiseksi-kriisitilanteissa>

Statistikcentralen, (u.å.) "dödsorsaker". Hämtad 10.5.2023 från https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/sv/StatFin/StatFin_ksyvt/statfin_ksyvt_pxt_11ay.px/table/tableViewLayout1/

Trost, J. & Hultåker, O (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur

Wiklund Gustin, L. & Lindwall L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & kultur: Stockholm.

Worden, J. W. (2006). *Sorgerådgivning och sorgeterapi. En bok för alla som möter och vill hjälpa sörjande*. Stockholm: Svenska institutionen för sorgearbete

Bilaga 1

Bemötande och stöd efter ett oväntat dödsfall

Mitt namn är Mikaela Nybäck, jag studerar tredje året, till sjukskötare vid yrkeshögskolan Novia, jag håller nu på med mitt examensarbete.

Syftet med examensarbetet är att ta reda hur anhöriga upplever bemötandet av personal inom sjukvården då en anhörig oväntat avlidit, samt att ta reda på vilket stöd som gavs och vilken typ av stöd som saknades. Detta för att sjukskötare och annan yrkesutbildad personal ska få en djupare förståelse av hur anhöriga till någon som plötsligt och oväntat avlidit, vill och behöver bemötas. Samt för att ta reda på vad de anhöriga har för behov av stöd och nätverk.

För att ta reda på detta har en enkät utformats, deltagandet är frivilligt. För att skydda deltagarna kommer alla svar att behandlas konfidentiellt, svaren kommer inte att användas till något annat än för att färdigställa examensarbetet.

Examensarbetet kommer att laddas upp på Theseus, www.Theseus.fi, där det går att ta del av det när det färdigställts.

1.Kön

Man

Kvinna

Annat

2.Ålder

18-35

36-55

56-75

75-

3.Har du förlorat en nära anhörig till följd av olycka, självmord, mord eller oväntad sjukdomsattack?

Ja

Nej

4.Hur lång tid har gått sedan dödsfallet inträffade?

0-6 månader

7-12 månader

1-5 år

Mer än 5 år

5.Vem informerade dig om dödsfallet

Vårdpersonal

Polis

Anhörig

Annan person

6.Blev du bra emottagen av vårdpersonal i samband med att dödsfallet inträffat?

Ja
Nej

7.Om du svarade ja på föregående fråga, vad uppskattade du i bemötandet?
Om du svarade nej på föregående fråga, vad saknade du i bemötandet?

8.Vilket stöd fick du av vårdpersonalen i samband med dödsfallet

9.Fick du bra information om var stöd och hjälp kan sökas?
Ja
Nej

10.Hurdan information fick du?

11.Fick du stöd från någon annan än vårdpersonal, av vem?

12.Var den hjälp du erbjöds tillräcklig
Ja
Nej

13.Vilken typ av stöd tycker du saknades?

14.Har det gått mer än 5 år sedan dödsfallet?
Ja
Nej

15.Om du svarade ja på föregående fråga, är du fortfarande i behov av stöd och i så fall vilken typ av stöd?

16.Har du till följd av det plötsliga dödsfallet utvecklat ett eller flera av följande symtom?
Ångest
PTSD Post traumatiskt stressyndrom
Depression
Missbruk av alkohol eller narkotika
Självskaðebeteende

17.Om du utvecklat något av symtomen i föregående fråga, har du fått behandling för dem?
Ja
Nej

18.Finns det något annat du tycker är viktigt då det gäller bemötande och stöd efter ett oväntat dödsfall?