



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskors upplevelser av oväntade dödsfall bland barn

En litteraturstudie

Författare: Tina Wester & Victoria Ström

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2016

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskors upplevelser av oväntade dödsfall bland barn

## En litteraturstudie

Författare: Tina Wester & Victoria Ström

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2016

## Abstrakt

**Bakgrund:** Barn som oväntat avlider är det mest traumatiska sjuksköterskor kan vara med om i sitt yrke. Mellan åren 1999-2003 var den största orsaken till barnadödlighet efter nyföddhetsperioden olyckor och skador. År 2013 rapporterades 58 avlidna barn till följd av olyckor. Aktuell studie genomfördes för att bidra till ökad kunskap inom ämnet och för att ge yrkesverksamma sjuksköterskor verktyg för att kunna hantera framtida, liknande situationer på ett professionellt sätt för att så god omvårdnad som möjligt ska kunna ges till både barn och anhöriga. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser vid oväntade dödsfall bland barn inom sjukvården utifrån befintlig forskning. **Metod:** En systematisk litteraturgenomgång gjordes där tio artiklar valdes ut efter granskning. Dessa tio artiklar analyserades sedan genom en kvalitativ metasyntes. **Resultat:** Ur analysen framkom tre övergripande teman; Behov av debriefing och samtal, Behov av förberedelse och information och Erfarenhet och utbildning ger förutsättningar. **Konklusion:** Resultatet i studien visar att sjuksköterskor behöver mer utbildning och kunskap inom det undersökta området, samt att erfarenhet inom den kliniska verksamheten ger förutsättningar för att både ge en bättre omvårdnad till drabbade barn och deras anhöriga samt för att sjuksköterskan ska kunna bearbeta och gå vidare efter en påfrestande händelse.

## Nyckelord

Upplevelse, sjuksköterskor, oväntade dödsfall, barn, debriefing

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Problemområde.....	4
Bakgrund.....	6
Definitioner.....	8
Perspektiv och utgångspunkter.....	9
Syfte.....	10
Metod.....	10
Urval.....	10
Instrument.....	10
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat.....	13
Behov av debriefing och samtal.....	14
Behov av förberedelse och information.....	15
Erfarenhet och utbildning ger förutsättningar.....	17
Diskussion.....	19
Metoddiskussion.....	19
Urval.....	19
Instrument och datainsamling.....	20
Dataanalys.....	21
Resultatdiskussion.....	23
Känslor av sorg och otillräcklighet.....	23
Stöd till anhöriga.....	24
Varje vårdtillfälle är unikt.....	25
Konklusion och implikationer.....	27
Författarnas arbetsfördelning.....	28
Referenser.....	29
Bilaga 1 (4).....	4
Bilaga 2 (4).....	4
Bilaga 3 (4).....	4
Bilaga 4 (4).....	4
Matris.....	4

## Introduktion

Att vårda ett barn i och efter livets slut är en komplicerad del av sjuksköterskans arbetsuppgifter (Pearson, 2010). Sjuksköterskan möter inte enbart barnet utan står även inför uppgiften att möta och ta hand om föräldrar, syskon och andra familjemedlemmar. Sjuksköterskan kan råka ut för dessa händelser och träffa berörda familjer en eller upprepade gånger under sin karriär och det är därför betydelsefullt att sjuksköterskan har god självkännedom och känner trygghet i vad som förväntas av henne/honom när situationer som dessa uppstår (ibid).

## Problemområde

Traumatiska händelser som när patienter avlider är en del av yrket som yrkesverksam sjuksköterska. Det händer att ett barn avlider på en akutmottagning eller inom den pediatrika sjukvården vilket ställer stora krav på sjukvårdspersonalen (Pearson, 2010). I en studie genomförd av Theophilos, Magyar & Babl (2009) framkommer det att sjuksköterskor ser dödsfall bland barn och unga som det mest traumatiska som kan hända på arbetsplatsen samt den händelse som kräver mest debriefing och uppföljning för att inte personalen ska bli rädd och osäker inför kommande, liknande situationer (ibid). Det framkommer i en studie av Somville, De Gucht & Maes (2016) att sjuksköterskor som arbetar inom barnsjukvården samt akutsjukvården är speciellt utsatta för risken att drabbas av posttraumatiska- och kroniskt stressrelaterade symtom på grund av att de ofta stöter på oväntade, traumatiska händelser på sin arbetsplats. Vidare har det visat sig att flertalet sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal går igenom hela sin utbildning utan att vara med om eller lära sig att hantera ett plötsligt dödsfall, samtidigt som det mycket väl kan bli en del i deras framtida profession och som de förväntas kunna hantera när en sådan situation inträffar (Theophilos et al., 2009).

Theophilos et al (2009) förklarar vidare att så många som 90 % av de 24 deltagarna i studien, som i detta fall var sjukvårdspersonal, önskade att det fanns särskilda riktlinjer för hur debriefing och uppföljning efter ett dödsfall eller annan oväntad allvarlig händelse på arbetsplatsen ska hanteras (ibid). I en studie av Healy & Tyrrell (2013) som gjorts i England bland personal på en akutmottagning framkommer att 84 % av deltagarna tyckte att det var viktigt eller väldigt viktigt med debriefing och uppföljning efter allvarlig händelse på

arbetsplatsen. Det framkommer dock även att så många som 63 % av de tillfrågade aldrig hade fått chansen eller blivit tillfrågade att delta i en sådan debriefing (ibid). Vidare har det framkommit att sjuksköterskor som varit med om traumatiska upplevelser på arbetsplatsen önskade debriefing och uppföljning så snart som möjligt för att kunna bearbeta händelsen. Flera av sjuksköterskorna hade också önskat att arbetsplatsen hade kunnat ge möjligheten för sjuksköterskan att stanna hos föräldrarna till det avlidna barnet så länge som möjligt den dagen, samt att slippa ta hand om andra barn i anslutning till händelsen så att det fanns tid att landa i vad som hänt (Lawrence, 2010).

Att meddela en familj att deras barn avlidit samt att finnas där för dem under den första tiden efter det tunga beskedet är ett ansträngande arbete för all sjukvårdspersonal (Marrow, 1996). Det kräver att sjuksköterskan kan sätta sig in i familjens situation och våga stanna kvar. Sjuksköterskan är med och delar en upplevelse och en känsla av något som de själva kanske inte varit med om eller ens kan föreställa sig. Detta kräver lyhördhet och empatisk förmåga, att veta vad som ska sägas och hur det ska sägas. Det anses vara svårare att vara delaktig i en ordlös kommunikation (ibid). I en akutvårdsinriktad organisation kan det finnas svårigheter att skapa tid och plats för att bedriva en god vård i livets slutskede, särskilt när förloppet händer plötsligt och oväntat och detta kan i sin tur skapa frustration för sjuksköterskan (Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2014).

Sjuksköterskan har en central roll inom barnsjukvården i mötet med både patient och närstående och i enlighet med Kompetensbeskrivningen för barnsjuksköterskor ska barnsjuksköterskan ha fördjupade kunskaper, färdigheter och kompetens i bland annat vård vid akuta situationer samt vård vid livets slut (Riksföreningen för Barnsjuksköterskor [RfB] & Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Av de studier som författarna funnit i planeringen inför studien läggs fokus främst på föräldrars och vårdnadshavares upplevelser när ett barn dör oväntat samt den stora okunskap som verkar finnas hos vårdpersonal att kunna bemöta och trösta i en svår situation. Av de studier som belyser personalens upplevelser finns det främst studier kring dödsfall inom den palliativa vården av barn, där dödsfallet således är mer väntat (Granek, Bartels, Scheinmann, Labrecque & Barrera, 2015).

För att uppmärksamma hur sjuksköterskor upplever plötsliga och oväntade dödsfall bland barn inom sjukvården är aktuell studie av vikt för att sammanställa befintlig forskning, för att bidra till ökad kunskap i ämnet samt för att ge yrkesverksamma sjuksköterskor verktyg för att

kunna hantera framtida liknande situationer på ett professionellt sätt så att så god omvårdnad som möjligt kan ges till både barn och anhöriga.

Med anledning av nämnda punkter önskar författarna undersöka hur sjuksköterskor inom barnsjukvården upplever det då ett barn oväntat avlider genom att göra en systematisk litteraturgenomgång där samlade resultat möjligen kan ge en ny och bredare bild. Genom en systematisk litteraturöversikt kan resultat från tidigare redan utforskade områden vägas samman så att ny och mer riktad forskning kan bli synlig inom det specifika ämnesområdet (Friberg, 2006).

## **Bakgrund**

Globalt avlider varje dag omkring 21 000 barn som är under 5 år. Det är 7,6 miljoner barn varje år. Vanliga orsaker till att barn avlider är lunginflammation, diarrésjukdomar, malaria och komplikationer relaterat till prematur födsel (UN Inter Agency Group for Child Mortality Estimation, 2011). Barnadödligheten har minskat med en tredjedel från år 1990 till år 2010 (ibid). I Sverige låg under nämnda tid barnadödligheten bland barn under fem år på 2,9 av 1000 levande födda barn. Mellan 1999-2003 var olyckor och skador den största dödsorsaken bland barn efter nyföddhetsperioden inom Sverige. Bland skadorna är olycksfall såsom bilolyckor, drunkning, skador av brand, kvävning det som flest barn avlider av (ibid). Sverige har en av världens lägsta barnadödlighet orsakat av just olyckor (Folkhälsorapport, 2009). På 1970-talet rapporterades omkring 400 dödsfall till följd av olyckor eller skadehändelser per år, 2013 rapporterades den lägsta siffran någonsin; 58 avlidna (Socialstyrelsen, 2015). Ytterligare en orsak till att barn oväntat och plötsligt avlider är på grund av plötslig spädbarnsdöd, även känt som SIDS. Mellan åren 2005 och 2010 avled 136 barn i plötslig spädbarnsdöd i Sverige (Alm, 2016). Orsaken till SIDS är okänd och flertalet av barnen avlider i hemmet men sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal kommer i kontakt med dessa barn då vårdnadshavare ofta söker akut eller kommer i ambulans med ett barn som hittats livlöst i hemmet (ibid). I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS, 1982:763), 1 §, står det att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att ta hand om avlidna. I HSL (SFS, 1982:763), 2 d §, står det även att hälso- och sjukvårdens uppgifter skall utföras med respekt för den avlidne och att de efterlevande ska visas hänsyn och omtanke i samband med detta.

Marrow, J. (1996) beskriver i sin studie hur oerhört känslösamt och påfrestande det är för både familjemedlemmar och den vårdpersonal som är involverad när ett barn avlider samt att det krävs mycket av den närvarande sjukvårdspersonalen för att kunna ta hand om och stötta familjemedlemmar i den svåra situationen (ibid). Rådestad, 1998 beskriver hur vårdpersonal kan förhålla sig till föräldrar och anhöriga till ett barn som avlidit, råden är allmänna och handlar om att våga möta föräldrarna, se dem i ögonen och våga stanna kvar. Att våga fråga och prata är viktigt samtidigt som tystnaden i sig inte är farlig (ibid). Föräldrar upplever att vårdpersonal agerat okänsligt och flera föräldrar uttrycker sig ha saknat ett känslomässigt stöd från personalen, som föräldrarna upplevt sig skulle behövts i den svåra situationen (Marrow, 1996; Brooten, Youngblut, Seagrave, Caicedo, Hawthorne, Hidalgo & Roche, 2013)

En studie av Mangurten et al (2006) visade på att 95 % av föräldrar önskade vara närvarande vid återupplivningsförsök samt andra akuta situationer kring sitt barn och ansåg att detta underlättade bearbetningen i efterförloppet om utgången var att barnet avled. Studiens resultat visade även att föräldrarnas närvaro inte störde eller påverkade sjukvårdspersonalens arbete (ibid). Föräldrars upplevelser av sjuksköterskans bemötande i samband med att deras barn avled på en intensivvårdsavdelning belyses i en studie av Brooten et al., (2013). Studien genomfördes i USA och inkluderade 63 föräldrar som besvarade en enkät sju månader efter att deras barn avlidit. Resultatet visade att sjuksköterskans förmåga till ett lyhört och empatiskt bemötande hade stort inflytande på hur föräldrarna kunde hantera situationen. Individanpassad och kontinuerlig information om barnets tillstånd och händelseförlopp var till stor hjälp för föräldrarna. Föräldrarna uppgav även negativa upplevelser av personalens bemötande såsom diskriminering efter kulturella skillnader, bristande kommunikation och att oerfarna sjuksköterskor hade sämre förmåga att bemöta föräldrarna i de akuta situationerna samt efterförloppet (ibid).

I en svensk retrospektiv intervjustudie undersöktes föräldrars upplevelser av deras behov och det stöd de fick av hälso- och sjukvårdspersonal i samband med att deras barn plötsligt avlidit. Studien utfördes fem till tolv år efter att dödsfallet ägt rum där 28 föräldrar deltog. Majoriteten av föräldrarna saknade uppföljning från vårdpersonalen och kände sig lämnade ensamma i en ovisshet. Föräldrarna sammanfattade fyra viktiga faktorer för att underlätta den tragiska händelsen; bevis, förklaring, lyhördhet och återspeglning av händelsen. De fyra faktorerna var av särskild vikt då de hjälpte föräldrarna att förstå och känna sig förstådda vilket sedan i sin tur underlättade processen för dem att gå vidare i livet (Wisten & Zingmark,

2007). Sjukvården spelar stor roll i föräldrarnas sorgearbete. De föräldrar som ansett sig ha fått bra och personinriktat stöd samt gott om information har uppgett sig må bättre (El Halal et al., 2013; Meert, Thurston & Thomas, 2001).

Vid en preliminär sökning visade det sig att det fanns ett tillräckligt underlag och bedömningen blev därmed att det fanns möjlighet att kunna ge en god överblick inom det aktuella ämnesområdet med fokus på sjuksköterskors upplevelser av när barn avlider hastigt och oväntat inom sjukvården. Genomgången av befintlig litteratur genomfördes med stöd av studiens problemområde för att på så vis svara mot studiens syfte.

### *Definitioner*

Föreliggande studie utgår ifrån Förenta nationernas konvention om barns rättigheter där ett barn definieras som varje människa under 18 år (UNICEF, 2009). Plötslig, oväntad död är att döden sker utan förvarning vilket kan härledas till ett flertal underkategorier exempelvis olyckor, mord, självmord och plötslig spädbarnsdöd. Plötslig död kan även innebära att en person avlider till följd av en sjukdom med nya oväntade och plötsliga symtom eller att symtomen pågått under en kort tid. Dessa typer av dödsfall är ofta chockerande och omskakande för de anhöriga i och med att situationen förändras drastiskt och även så framtiden (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006; Jakobsson, Andersson & Öhlén, 2014). Det är beskrivna definition av "oväntade dödsfall" författarna utgått ifrån i aktuell studie.

En upplevelse definieras som en händelse som en person har upplevt. Ordet kan innefatta både positiva och negativa aspekter (Malmgren, 2009). Sorg är en normal känslomässig reaktion på en förlust av något slag som i stort sett alla människor drabbas av någon gång i livet. Sorg kan bland annat uppkomma efter dödsfall, trauma, separation, förlust av arbete, sjukdom eller besvikelse när något som man förväntar sig ska hända inte blir av (Rosengren, Grimberg & Nyberg, 2015). Sorge-reaktionen vid plötsliga dödsfall blir ofta kraftigare än vid förväntade dödsfall. Närstående kan ha svårt att acceptera dödsfallet och söker efter en förklaring. Känslan av skuld, ilska och självanklagelser kan vara starka (Rosengren et al., 2015).



## *Perspektiv och utgångspunkter*

Föreliggande studie utgår från ett sjuksköterskeperspektiv inom barnsjukvården.

Sjuksköterskors upplevelser av oväntade dödsfall bland barn inom sjukvården undersöktes genom en systematisk litteraturstudie. Föreliggande studies syfte ämnar belysa sjuksköterskors upplevelser i möten med patient och familj varför fokus läggs på Ida Jean Orlandos omvårdnadsteori (1990) om antaganden för sjuksköterskor där sjuksköterskans reaktion baseras på hur hon eller han upplever sin egen roll i relationen sjuksköterska-patient. Handlingar som kan äga rum mellan sjuksköterska och patient är exempelvis de automatiska personliga reaktioner som kan uppstå vilka innebär att handlingen förbiser hänsynstagande till patientens uppfattning. I sådana här fall tillgodoses inte patientens omedelbara hjälpbehov och kommunikationen mellan sjuksköterska och patient blir bristfällig. Det är därför av vikt att belysa sjuksköterskors upplevelser i sådana situationer som exempelvis när barn oväntat avlider, där den automatiska reaktionen kan tänkas ta över (Schmieding, 1995).

Ida Orlando utvecklade på 50- och 60-talet, omvårdnadsteori på induktiv väg utifrån empiriska studier av praktisk omvårdnad. Hon anses vara den första forskande sjuksköterskan som tillämpade fältstudier och deltagande observationer som metod (Schmieding, 1995). Orlando upptäckte att god omvårdnad uppnåddes i de kontakter där sjuksköterskan genom empati och förmåga att ta patientens perspektiv kunde utforska och tillfredsställa patientens och stundtals även anhörigas omedelbara behov av hjälp. I sin omvårdnadsmodell, lägger hon fokus på vad som händer i relationen mellan sjuksköterska och patient, samt hur väl omvårdnadshandlingen svarar upp mot både patientens och anhörigas behov. Enligt Orlando (1995) har en medveten omvårdnadsprocess ett återkommande inslag av reflektion hos sjuksköterskan. Ett självreflekterande beteende hos sjuksköterskan som leder till en förbättring i vad hen säger och gör innebär en inverkan på omvårdnadsprocessen som helhet och kan hjälpa patienten att minska lidandet/problemen (Orlando, 1990).

Orlando delar in sin omvårdnadsprocess i tre steg där patientens beteende observeras av sjuksköterskan på ett verbalt eller icke verbalt sätt utifrån de förutsättningar som finns vid specifik händelse (Orlando, 1990). Sjuksköterskan kan därefter använda sinnet för att tolka reaktioner från patient eller anhöriga och utvärderar sedan reaktionerna tillsammans med patienten, om möjligt, för att se om handlingen främjar patientens välmående och hur god omvårdnad på bästa sätt ska levereras. Således är sjuksköterskans fokus riktade mot vilket

eller vilka slags omvårdnadsbehov patienten besitter och kan därför utvärdera och utveckla sina erfarenheter och kunskaper inom den specifika omvårdnaden därefter (Orlando, 1990).

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser vid oväntade dödsfall bland barn inom sjukvården utifrån befintlig forskning.

## **Metod**

För att besvara studiens syfte valdes att göra en systematisk litteraturstudie med en kvalitativ metasyntes där resultaten från kvalitativa artiklar sammanställdes till en samlad kunskap för att därmed bli användbar inom omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2008). Samtliga artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av ett granskningsprotokoll i enlighet med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2000). En integrerad analys och syntes baserad på SBUs metodbok (2014) av utvalda artiklar gjordes därefter och beskrivs i resultatet (Forsberg & Wengström, 2008; Friberg, 2012).

## **Urval**

För att rama in sökresultaten och hitta relevanta artiklar som svarade mot studiens syfte användes inklusions- och exklusionskriterier i enlighet med Polit & Beck (2006).

Inklusionskriterier var följande: barn; således personer mellan 0-18 år; artiklar publicerade år 2005 till och med november år 2016. Vidare inkluderades enbart artiklar med kvalitativ metod då kvalitativ forskning bäst kan beskriva upplevelser av olika slag (Polit & Beck, 2014).

Samtliga studier skulle finnas tillgängliga på engelska eller svenska. Studier som enbart berörde patienter äldre än 18 år, enbart beskrev väntade dödsfall eller palliativ vård, samt *enbart* berörde SIDS exkluderades ur studien.

## **Instrument**

Datainsamlingen genomfördes i tre databaser; PubMed, CINAHL och PsycInfo, samt gjordes en sökning i LubSearch för att täcka in material som eventuellt förbisågs från andra databaser då det är en samlingskatalog för samtliga av Lunds Universitets bibliotek. För att erhålla önskad ämnesinriktning användes MESH-termer alternativt headings beroende på databas.

Samtliga sökord hittades genom Karolinska Institutets hemsida (svensk MeSH, UÅ) som identifierar aktuella medicinska termer både på svenska och engelska.

## **Datainsamling**

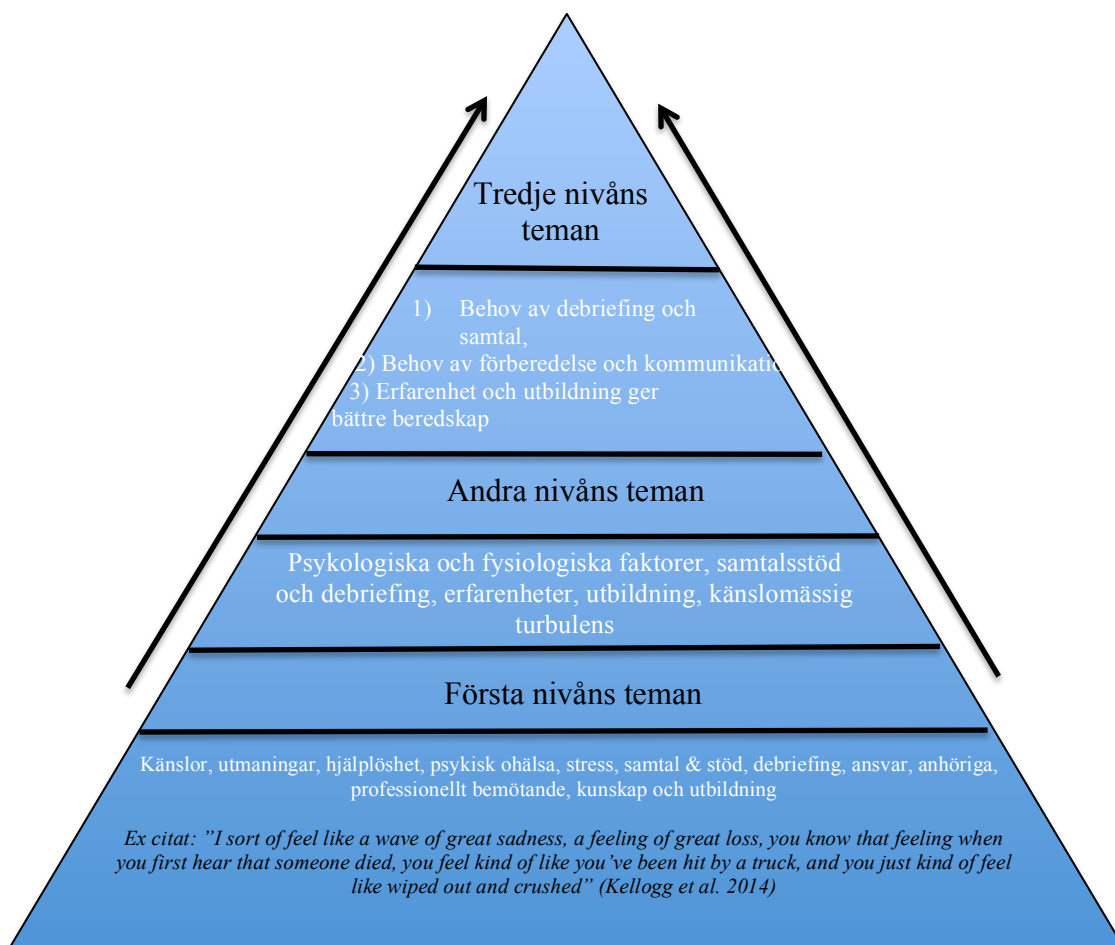
Inledningsvis hittades tre artiklar genom så kallade “quick and dirty”-sökningar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011) där endast fritextord användes för att få en överskådlig blick över sökfältet. Flertalet artiklar kunde sällas bort baserat på titel enbart då det redan där kunde utläsas att artikeln inte svarade mot föreliggande studies syfte, exempelvis föräldrarnas perspektiv. Sökning enbart med MeSH-termer respektive headings gav färre sökträffar än då även fritext inkluderades i blocksökningarna varför söktermerna blandades. Totalt hittades 14 artiklar genom blocksökning i CINAHL (Bilaga 1, tabell 1). Hjälp av bibliotekarie togs emot vid ett tillfälle. I samband med detta hittades sex artiklar genom blocksökning i PubMed (bilaga 1, tabell 2). I LubSearch hittades ytterligare två artiklar medan inga artiklar som överensstämde med ovannämnda inklusionskriterier hittades i PsycInfo. Slutligen hittades tre stycken genom manuell sökning i referenslistor vilket slutligen gav totalt 28 artiklar att granska. Efter granskning sällades 18 artiklar bort på grund av att de inte var av kvalitativ metod eller inte svarade mot syfte. Dessutom valdes en short report bort. Tio artiklar kvarstod och ingick i analysen (bilaga 2).

## **Analys av data**

Utvalda artiklar granskades med stöd av SBUs granskningsmall för systematisk litteraturöversikt (SBU, 2000). För att klassificera artiklarna i olika grupper och överskådligt följa huruvida de kunde bedömas vara av tillräckligt god kvalitet eller ej tilldelades varje positivt svar ett poäng och inadekvata eller negativa svar gav noll poäng. Poängsumman räknades sedan ut i procent av den totala, möjliga poängsumman. Artiklarna delades efter bedömning in i en tregradig skala: Grad I 80-100%, Grad II 70-79% och Grad III 60-69% (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Fem artiklar graderades till grad I, tre till grad II och två till grad III. Respektive artikels gradering som beskrivs i Matrisen (Bilaga 4).

Inledningsvis gjordes en oberoende analys av bägge författarna individuellt som sedan diskuterades fram till enighet uppnått (SBU, 2014). Därefter gjordes vidare syntes i fyra steg (bilaga 3, figur 2) där det första steget innebar identifiering av teman genom bland annat citat utifrån de tio artiklar som kvalitetsgranskats. Kondenseringen av dessa teman mynnade ut i

så kallade första nivåns teman som var elva till antalet, se figur 1 nedan. Teman som ansågs vara besläktade reducerades därefter ner till andra nivåns teman som slutligen blev fem till antalet, se figur 1. För att fastställa tredje nivåns teman och på så vis kunna presentera övergripande teman i resultatet tolkades och utvärderades teman från nivå två ytterligare och mynnade så småningom ut i tredje nivåns teman som blev tre till antalet, se figur 1. Dessa tre övergripande teman låg sedan till grund för det resultat och de slutsatser som presenteras i studien (ibid).



Figur 2. Figur över analysprocessen och framställningen av teman.

## Forskningsetiska avvägningar

Aktuell studie utgick ifrån ICNs etiska kod för sjuksköterskor där den yrkesverksamma sjuksköterskan i sitt vårdarbete ska främja en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Hälso- och sjukvården vilar på tre grundläggande etiska principer för att skapa en tydlig och öppen prioriteringsordning för tillämpning inom

hälso- och sjukvården. De tre grundläggande principerna är: människovärdesprincipen; behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna fördelas utefter var behovet är som störst, det vill säga att de med mindre behov ska avstå resurser till de individerna med större behov. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär slutligen att de val som görs mellan olika verksamheter eller åtgärder bör hålla en rimlig relation mellan kostnader och effekt samtidigt som det överensstämmer med förbättrad hälsa och livskvalitet (Werntoft, 2014).

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013) har både författare och utgivare etiska skyldigheter. Vid publicering av forskningsresultat är man skyldig att redovisa både positiva och negativa resultat för allmänheten (Polit & Beck, 2014; Helsingforsdeklarationen, 2013). Etiskt ansvar utgör grunden för all forskning och enligt Polit & Beck (2014) är forskning som berör omvårdnad särskilt utsatt för etisk problematik. Utifrån detta har samtliga artiklar som ingått i resultatet ha beaktat etiska principer samt deltagare som ingått i analyserade studier ska ha erhållit information om studien samt gett sitt samtycke till att medverka (ibid). I enlighet med Forsberg & Wengström (2008) ska artiklar som används ha tillstånd av en etisk kommitté eller liknande. Samtliga av de presenterade artiklarna i resultatet har fått godkännande från en etisk kommitté. Vid genomförandet av aktuell studie har författarna haft en objektiv inställning till materialet som granskats genom att vara medvetna om sin förförståelse för att på så vis undvika förutfattade meningar (Ibid).

## Resultat

Litteraturstudiens resultat bygger på tio kvalitativa, vetenskapliga artiklar där samtliga behandlar yrkesverksamma sjuksköterskors upplevelser av oväntade dödsfall bland barn inom den pediatrika vården. Efter genomförd metaanalys framkom tre övergripande huvudteman: *Behov av debriefing och samtal; Behov av förberedelse och kommunikation samt Erfarenhet och utbildning ger bättre beredskap.*

## Behov av debriefing och samtal

Oväntade dödsfall bland barn anses vara den enskilt mest traumatiska händelse hälso- och sjukvårdspersonal kan vara med om i sitt arbete (Youngblood, Zinkan, Tofil & Lee White, 2012). Att förlora ett barn beskrivs som att förlora en del av sig själv. Sjuksköterskor uttryckte behov av debriefing eller samtalsstöd i sju utav tio artiklar varav tre (Kellogg, Barker & McCune, 2014; Honkavuo & Lindström, 2014, Forster & Hafiz, 2015) uppnådde grad I i kvalitetsgranskningen, tre artiklar (Cook et al., 2012; Furingsten, 2015; Youngblood et al., 2012) uppnådde grad II och en (Keene, Hutton, Hall & Rushton, 2010) grad III.

Sjuksköterskor upplevde starkt lidande och personlig sorg då ett barn avled under deras arbetspass. Frustration hos sjuksköterskorna uppstod då de upplevde svårigheter att på ett professionellt sätt slutföra sitt arbetspass och vänligt samt positivt bemöta resterande patienter och familjer. Flera av sjuksköterskorna i en studie av Cook et al., (2012) talade om att distansera sig från barnet och familjen känslomässigt för att orka med då verksamheten inte tillät tid för att sörja och bearbeta dödsfallen direkt efteråt. Både skam och skuld känslor uppstod hos sjuksköterskorna då de ändå kände sig ledsna och berörda av händelsen (ibid). Sjuksköterskor som endast arbetade nattsift uppgav att de sällan fick utrymme att prata om händelsen då samtal kring händelsen uteslutande skedde under dagtid eller inte alls (Kellogg, Barker & McCune, 2014). Vidare skedde samtalsstöd eller debriefing sällan i anslutning till händelsen utan kunde dröja vilket upplevdes frustrerande då detta innebar att alla inblandade sällan hade möjlighet att närvara och att det påverkade arbetet negativt (Honkavuo & Lindström, 2014; Furingsten, 2015) medan andra sjuksköterskor menade att dödsfall är en del av arbetet och att det är sjuksköterskans jobb att "byta ansikte från ett patientrum till ett annat" varför debriefing kunde vänta (Cook et al., 2012).

*"When things are difficult I would like to get a supporting conversation immediately with the nearest nurse leader. Not after a day, weeks or months. I'll rather stay overtime and process the situation right away instead of doing it the next day..."* (Honkavuo & Lindström, 2014. s, 123)

Att få diskutera och dela med sig av sina tankar och känslor med andra medverkande kollegor efter en händelse där ett barn avlidit var ett stort behov hos sjuksköterskor (Forster & Hafiz, 2015; Cook et al., 2012; Honkavuo & Lindström, 2014; Kellogg, Barker & McCune, 2014).

Det visade sig dock att dela det med andra även kunde stärka känslan av chock och bidra till utveckling av nya känslor såsom förödelse och otillräcklighet vilket då ledde till ineffektiv coping. Samtliga deltagare var medvetna om möjligheten till psykologkontakt men ansåg att det hjälpte mer att tala med kollegor som också de var involverade i händelseförloppet kring dödsfallet. Andra tyckte att den uppföljning som verksamheten tillhandahöll var tillräcklig tillsammans med det kollegiala stödet. Att vårda döende barn och dess föräldrar är starkt förknippat med hög risk att utveckla stressrelaterade symtom såsom fysisk smärta, symtom på utbrändhet och i viss mån sjukskrivning och att det är av stor vikt att adekvat stöd erbjuds till personalen (Forster & Hafiz, 2015; Cook et al., 2012).

En av de vanligaste anledningarna till att sjuksköterskor önskade ha debriefing var då barn avled oväntat. Sjuksköterskorna menade även att det var en utav de mest påfrestande psykologiska faktorerna i sitt arbete och att känslan av otillräcklighet ofta var stor (Keene et al., 2010). Tre år efter att debriefing ägt rum rapporterade sjuksköterskorna att debriefing och samtal gällande de dödsfall bland barn de varit med om under arbetstid varit till stor hjälp sett till återhämtning och vidare arbete. Det framkom även att de sjuksköterskor som varit med på debriefing hade bättre förmåga att hantera sin sorg och bibehålla professionell integritet än de som inte hade deltagit på debriefing (ibid).

### **Behov av förberedelse och kommunikation**

Temat rörande sjuksköterskors behov av förberedelse och information framställdes utifrån sju artiklar varav tre (Meyer, 2014; Kellogg, Barker & McCune, 2014; Forster & Hafiz, 2015) var av grad I och fyra (Bloomer, 2015, Furingsten, 2015; Cook et al., 2012; Youngblood et al., 2012) av grad II. Sjuksköterskor upplevde personlig sorg när ett barn eller spädbarn avled under deras arbetspass och den känslan kunde förstärkas och förlängas om förberedelserna inte hunnits med och om informationen gällande "vem som gör vad" under förloppet var oklara eller vaga. Detta resulterade vidare i känslor kring osäkerhet och funderingar på om det fanns något mer som kunde ha gjorts för att rädda barnet (Bloomer, 2015; Furingsten, 2015).

Enligt Meyer (2014) fanns ett antal mönster för hur sjuksköterskorna hanterade och mådde i en situation när ett barn plötsligt blev väldigt sjukt och livräddande insatser påbörjades som började med ett kontrollerat kaos där alla medverkade och sprang runt för att hämta och förbereda rätt saker för att sedan mynna ut i insikten och förståelsen att alla försök var fruktlösa. Sjuksköterskorna i studien beskrev ett känslomässigt bortkopplande, en vägg eller

mur som snabbt byggs upp för att kunna vara närvarande i situationen och för att inte själva känna sorg och vemod i en situation där omvårdnaden av barnet och i många fall närvarande föräldrar måste fortsätta (ibid).

*“We do what we need to do, pushing, doing, no emotion, no thought. I wasn’t processing anything else, but I was still in the moment.”* (Meyer, 2014, s. 26).

Både Meyer (2014) och Kellogg, Barker & McCune (2014) beskrev att det var först efter att alla livräddande åtgärder samt efterarbetet med patienten var över som sjuksköterskorna tillät känslorna att komma fram, känslor som beskrevs som: ångest, hjärtesorg och ledsamhet (ibid). Sjuksköterskor uppgav att dessa känslor endast släpptes fram genom den uppbyggda ”muren” om tid fanns (Meyer, 2014; Kellogg, Barker och McCune, 2014; Cook, 2012). Fanns det andra patienter som väntade på hjälp fick man bara skaka det av sig och gå vidare. En sjuksköterska beskrev det såhär:

*“I just remember having to change my thought process of that incident, and move on. You don’t have any time to process what happened.”* (Meyer, 2014, s. 26).

Sjuksköterskan var ofta den som fanns kvar hos familjen när de andra i teamet avvikit efter ett dödsfall på akutmottagningen eller på en avdelning. Enligt Youngblood et al., (2012); Furingsten (2014) samt Forster & Hafiz (2015) spelade sjuksköterskan här en vital roll då hen ofta varit närvarande hos familjen under hela förloppet och kunde därmed ge familjen stöd och vara uppmärksam på vilka stödåtgärder olika familjer behövde, samtidigt som bristen på kommunikation och förståelse från sjuksköterskan gjorde det svårare för föräldrar att acceptera och förstå vad som hänt. Forster & Hafiz (2015) beskriver svårigheter som sjuksköterskor upplever när det kommer till att ge föräldrar stöd vid situationer när deras barn är dödssjuka:

*‘I guess we don’t really get taught exactly. No one can prepare you for that situation. You’re just sort of thrown into that situation and you’ve just got to sort of bum your way through it in the best way that you can. I don’t know whether I did it right, whether I did it wrong, what [the parents] thought of me. I know that I got on with them really well when he was quite well but I don’t know how they felt the experience went because you don’t sort of get that feedback. They went home at the end of the day and I went to his funeral and that’s it. You don’t see them again. So yeah, I really don’t know.’* (Forster & Hafiz, 2015. S, 298).



Relationen mellan sjuksköterska och familj har visat sig vara betydelsefull för hur tillfreds föräldrarna blir i samband med återupplivandet samtidigt som sorgeprocessen visade sig bli enklare för föräldrarna om de haft en god relation med en eller flera av sjuksköterskorna som var närvarande (Youngblood et al., 2012). Sjuksköterskans nyckelroll stärktes ytterligare i en studie av Bloomer et al., (2015) där en sjuksköterska beskrev hennes egen roll som den som är närmast familjen, närmast föräldrarna i en situation där deras barn snart kommer att avlida och på så vis kan av deras avgöra föräldrarnas behov bäst:

*”Doctors and other members of the multidisciplinary team come in and out, and fair enough, they get to know the parents too, but you do get a sense of what is appropriate the more time you spend with a patient, and what is going to be important to them might not be important to another set of parents. Every family is different...”* (Bloomer et al., 2015, s. 90).

### **Erfarenhet och utbildning ger bättre beredskap**

Det tredje och avslutande temat berör sjuksköterskors upplevelser av vilken nytta erfarenhet och utbildning har i situationer där barn plötsligt avlider. Resultatet utgjordes av sex artiklar varav två (Meyer, 2014; Kellogg, Barker och McCune, 2014) kvalitetsgranskades till grad I, tre (Furingsten, 2014; Bloomer et al., 2015; Youngblood et al., 2012) till grad II och en (Keenan, 2016) till grad III.

I en studie av Keenan (2016) belyses nyttan av att sjuksköterskor är både utbildade och erfarna i handhavandet av när ett barn avlider. Sjuksköterskor som fått en adekvat utbildning inom ämnet eller som har varit med om liknande situationer tidigare tenderar att ta hand om situationen bättre samtidigt som omvårdnaden och stödet till berörda familjer blev bättre.

*“I felt so useless – I felt I was neither capable of relieving his pain or his family’s pain.”* (Keenan, 2016, s. 20).

Vidare nämns att sjuksköterskor som fått utbildning själva ansåg sig må bättre efteråt och kände sig mindre hjälplösa när det kom till att stötta familjen och att uttrycka sina egna känslor om händelsen (Keenan, 2016). De sjuksköterskor i studien som inte ansåg sig ha tillräckligt med erfarenhet eller kunskap uttryckte en djupare känsla av hjälplöshet än de som arbetat länge eller genomgått specifikt riktad utbildning. Keenan (2016) menar att detta visar

på vikten av att vid dylika händelser ha erfaren sjuksköterska med som kan stötta både mindre erfarna kollegor och familjemedlemmar alternativt erbjuda både stöd och utbildning förebyggande för nyanställda så att de på så vis har bästa förutsättningar (ibid). Furingsten (2014) bekräftade i sin studie vikten för erfarna sjuksköterskor att ha en erfaren kollega med sig vid sin sida i svåra sammanhang som vid vård av döende barn.

Sjuksköterskor kände sig oförberedda i de fall då barn i deras vård avled oväntat då de saknade information och utbildning både under sin sjuksköterskeutbildning men även i form av stöd från sin arbetsplats (Kellogg, Barker och McCune, 2014). Det framkom att sjuksköterskorna i sin grundutbildning fått undervisning i att hantera och bemöta familjen eller föräldrarnas sorg i bortgången av en patient men att det nästintill ingenting nämnts om hur sjuksköterskor reagerar i de situationer där de mister en patient. Då det inte förekom utbildning var erfarenhet den källa till framtida yrkesmässig utveckling sjuksköterskorna i studien angav. Sjuksköterskor som varit med om flera dödsfall på arbetsplatsen upplevde att den erfarenheten underlättade för dem inför liknande händelser i framtiden (ibid).

Sjuksköterskor accepterade döden som en del av sitt arbete men poängterar att varje enskilt dödsfall påverkade dem och deras fortsatta arbete i efterloppet (Bloomer et al., 2015). Efter att ha varit med om flera dödsfall rationaliserades ofta döden av sjuksköterskorna och jämfördes med andra liknande fall som dem varit med om eller hört talas om. Det ansågs lättare att acceptera döden om de tänkte på den som slutet på ett lidande, eller som något som skulle ha inträffat oavsett förr eller senare på grund av barnets tillstånd eller diagnos (ibid).

I en Amerikansk studie (Youngblood et al., 2012) utvärderades om förberedelser samt utbildning för vårdpersonal ger förutsättningar och trygghet inför situationer där barn oväntat avlider. The Children's of Alabama Pediatric Simulation Center startade en kurs för sjukvårdspersonal med inriktningen barn och unga som avlider på sjukhus. Kursen gav möjlighet för bland annat nyutbildad vårdpersonal att öva samt lära sig genom simulerade akuta situationer där somliga utfall innebar att barnet avled. Kursens innehåll gav deltagarna bättre förutsättningar att hantera liknande situationer i framtiden då de fick lära sig utan stressen att skada någon samt fick en bättre förståelse inför framtida dödsfall och livshotande situationer hos barn och unga (Youngblood et al., 2012). Vidare betonas arbetsgivarens ansvar att föra sådan utbildning och träning kontinuerligt för att på så vis ge

både sin personal men också vårdnadshavare bästa möjliga förutsättningar när traumatiska, livshotande situationer uppstår (ibid).

Det framkom att sjuksköterskor upplevde en signifikant skillnad när det gällde ett förväntat dödsfall eller när det handlade om ett oväntat dödsfall, som exempelvis ett oväntat hjärtstopp (Meyer, 2014). Flera av sjuksköterskorna beskrev att dem "stängde av" sin egen sorg och frustration när det blev uppenbart att barnet inte kom att klara sig. Att fortsätta fokusera på det praktiska gav en distans som var nödvändig för att inte bryta ihop. Detta sätt att fokusera på nuet och att skjuta sin egen sorg åt sidan återkommer i flera av studierna och flertalet gånger nämns att detta är en förmåga som blir bättre och mer fördjupad med tiden, desto mer erfarenhet och kunskap sjuksköterskan besitter; desto enklare blir det att fokusera på omvårdnaden och familjen för att sedan efteråt fokusera på sig själv och sin egna eventuella sorg (Bloomer et al., 2015; Kellogg et al., 2014; Keenan et al., 2016; Meyer, 2014).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Pilotsökning gjordes för att ta reda på om tillräcklig mängd forskning fanns kring ämnet för att kunna genomföra en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013).

Sökningarnas årtal begränsades från 2005 till då sökningarna inleddes, det vill säga november månad 2016, för att få så aktuell forskning som möjligt.

### *Urval*

I aktuell litteraturstudie valdes tio vetenskapliga artiklar ut att analyseras i form av en kvalitativ metasyntes för att till slut bilda resultatet. Valda artiklar representerar länder med västerländsk vårdstandard vilket stärker aktuell studies överförbarhet till svensk hälso- och sjukvård (SBU, 2014). Ett annat inklusionskriterie som användes var studier skrivna på engelska eller svenska vilket kan ha medfört att viss forskning som hade kunnat vara aktuell föll utanför författarnas vetskaper. En systematisk litteraturstudie i enlighet med SBU (2014) skall uppfylla särskilda krav där ett av dessa krav är att all relevant forskning inom området inkluderas och bearbetas. Då sökningarna begränsades till engelska och svenska resultat relaterat till att det var dessa språk författarna till aktuell studie behärskade, kan detta ha

påverkat studiens tillförlitlighet. Hade artiklar skrivna på andra språk inkluderats hade dock risken för feltolkning i analysen likväl kunnat påverka tillförlitligheten samt giltigheten av aktuell studie. Artiklar som enbart studerat upplevelser kring SIDS utgick oftast ifrån ett föräldraperspektiv varför SIDS uteslöts som sökterm. Detta kan ses som en svaghet om relevanta artiklar genom detta förlorades. De artiklar som berörde sjuksköterskors upplevelser av SIDS kom dock ändå med i sökresultaten genom andra söktermer, exempelvis “death, sudden”. Större svårigheter med att identifiera inklusions- respektive exklusionkriterier uppfattades inte utan de initiala “quick and dirty”-sökningarna gav en god överblick. Specifika söktermer från artiklar funna i dessa sökningar kunde vidare användas till de senare systematiska sökningar som gjordes. Artiklar som slutligen inkluderades i studiens resultat var gjorda i Sverige, Finland, USA, Australien och Irland.

### *Instrument och datainsamling*

De inkluderade databaserna valdes utifrån att de erbjuder en bred samling vetenskapliga artiklar inom området medicin och omvårdnad. PsycInfo inriktar sig något mer på psykologi (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Då ämnet kring dödsfall bland barn är psykologiskt påfrestande inkluderades även denna databas. Majoriteten artiklar försvann dock från sökresultaten i PsycInfo när “children” eller “pediatrics” användes antingen som sökterm eller som filter. Sökningarna som gett omkring 120 resultat i de andra databaserna gav endast en sökträff i PsycInfo. Modifieringar i sökningen såsom färre MeSH-termer eller headings gjordes för att försöka få fler sökträffar dock utan resultat. En styrka med studiens genomförande är att hjälp togs emot av bibliotekarie vilket bekräftade att tidigare sökningar gjorts korrekt och söktermerna som använts till största del stämde överens med de söktermer bibliotekarien identifierat. I samband med bibliotekarie-hjälpen poängterades ett av de använda filterna som en svaghet: full text. Anledningen till att detta inte skulle filtreras bort var att Lunds Universitet har tillgång till en hel del full texter som filtrerades bort vid användningen av det filtret. Ny sökning gjordes i CINAHL med samma söktermer som i bilaga 1, tabell, 1 dock hittades inga nya artiklar till resultatet varför sökningen inte har redovisats. En svårighet i sökningarna var att gruppera rätt söktermer samt rätt antal för att få optimalt antal träffar. Användes för få eller för många i en grupp blev sökträffarna för många och oväsentliga eller blev de för få samt riktade mot annan population. Varför det blev så få träffar och riktade mot fel population står oklart då sökningarna specifikt inkluderade “nurses”. Ett par sökningar gjordes där den booleska termen “NOT” användes för att

exkludera "parents". Dessa sökningar gav dock inga användbara sökresultat och den booleska termen användes inte vid fler sökningar.

Sökträffarna var färre i PubMed än i CINAHL vilket var ett förvånande resultat i sökprocessen då PubMed innehåller cirka 22 miljoner referenser till vetenskapliga artiklar från över 5000 tidskrifter medan CINAHL innehåller cirka 2,3 miljoner referenser ur omkring 3000 tidskrifter (SBU, 2014). Anledningen till antalet träffar antas vara att syftet handlade om sjuksköterskors upplevelser inom området omvårdnad vilket CINAHL fokuserar något mer på än PubMed (Polit & Beck, 2013) där sökträffarna var mer riktade mot läkare och läkarkandidaters case-beskrivningar av barn som oväntat avlidit.

Artiklar vars full-text behövde beställas eller kostade pengar exkluderades vilket är en svaghet då det påverkar litteraturstudiens systematiska litteraturgenomgång då all relevant litteratur för aktuell fråga ska behandlas. Motsvarande är beskrivningen av litteraturstudiens genomförande en styrka då det ger läsaren möjlighet att själv bedöma huruvida viktig litteratur inte kommit med i bedömningen samt slutsatsens trovärdighet (SBU, 2014). Exklusionen av artiklar som kostade pengar kan ha påverkat att väsentliga artiklar som svarade mot föreliggande studies syfte förlorades. I enlighet med Forsberg & Wengström (2013) kan det vara omöjligt att inkludera all relevant forskning relaterat till praktiska och ekonomiska skäl. Då det endast rörde sig om ett till två abstrakt som var av intresse att läsa vidare i full text har det sannolikt inte påverkat resultatet på ett avgörande sätt och de tio artiklar som inkluderades kan bedömas utgöra ett tillräckligt omfattande resultat för att kunna ge en god inblick i hur sjuksköterskor inom sjukvården upplevde oväntade dödsfall bland barn.

### *Dataanalys*

Kvalitetsgranskningen av de tio inkluderade artiklarna tydde på att samtliga artiklars resultat byggde på subjektiva upplevelser som framkommit ur korrekt dataanalys och var tillförlitligt. Bias innebär att förutfattade meningar kan komma att påverka resultatet (Forsberg & Wengström, 2013). Risk för bias finns alltid vid dataanalys och bör beaktas i hög grad både vid granskning av varje enskild artikel samt i samband med dataanalysen för föreliggande studie. Genom att författarna inledningsvis identifierade de elva första nivåns teman var och en för sig kunde risken för bias minskas.

Utav de tio artiklarna graderades fem stycken till Grad I, det vill säga hög kvalitet. Dessa var från Sverige, Finland, USA och Australien. Tre artiklar gav Grad II och var från Australien respektive USA. Till sist graderades två artiklar, en från Irland och en från USA, till Grad III. Dessa valdes ändå ingå i aktuell studies resultat då de ansågs tillföra viktig data till resultatet. Anledningen till att de endast uppnådde grad III var bland annat otydlighet i resultatens giltighet och överförbarhet, exempelvis att det saknades information om specifikt antal deltagare samt ofullständig diskussion vilket försvårade läsarens förmåga att avgöra tillförlitligheten. Enligt Forsberg & Wengström (2013) bör det inte ingå artiklar av låg kvalitet. Graderingen beslutades i enlighet med Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) vilket även låg till grund för att låg kvalitet beslutades innebära artiklar som uppnådde lägre än 60 % och därmed under grad III. Ingen av de utvalda artiklarna granskades till lägre än 60 %.

Analysförfarandet genomfördes inledningsvis individuellt av båda författare för att minska risken att gå miste om viktiga aspekter ur de tio inkluderade artiklarna. Analysen gjordes i form av en kvalitativ metasyntes som beskrivs kunna sammanställa kvalitativ data genom en process av tolkning och syntes. Till skillnad från en kvantitativ metaanalys där data reduceras till en enhet kan den kvalitativa metasyntesen bidra till nya tolkningar och en förtydligande mening av resultaten i de inkluderade studierna (Forsberg & Wengström, 2013).

Vid kondenseringen av första nivåns teman framkom elva teman som speglade upplevelser och viktiga aspekter för sjuksköterskorna; känslor, utmaningar, hjälplöshet, psykisk ohälsa, stress, samtal och stöd, debriefing, ansvar, anhöriga, professionellt bemötande samt kunskap och utbildning. Samtliga elva teman diskuterades och analyserades av författarna.

Psykologiska och fysiologiska faktorer spelade stor roll i likhet med samtal och stöd samt behovet av debriefing. Erfarenhet och utbildning var även det faktorer som lös igenom och tillsammans med uttrycket ”känslomässig turbulens” mynnade nämnda delar ut i andra nivåns teman som till synes slutade i fem till antalet. För att landa i övergripande teman som gav helhet och styrka till studien plockades dessa fem teman isär ytterligare för att sedan kopplas ihop igen och när metaanalysen var färdig landade valet på tre övergripande teman som presenteras i resultatet; *Behov av debriefing och samtal; Behov av förberedelse och information samt Erfarenhet och utbildning ger förutsättningar*. Då de slutliga tre tredje nivåns teman fastställts bearbetades materialet ytterligare en gång för att på så sätt säkerställa resultatets tillförlitlighet genom att all väsentlig data inkluderades. Efter genomförd

metasyntes presenterar de tre teman en förtydligande mening av de inkluderade studiernas resultat samt bidrar med svar mot aktuell studies syfte.

## **Resultatdiskussion**

De artiklar som ligger till grund för studiens resultat handlar till stor del om sjuksköterskors känslor och upplevelser angående när ett barn oväntat avlider inom sjukvården, vikten av erfarenhet eller erfaret stöd i sådana här situationer var även det en återkommande markör. Ur det tre teman som utgör resultatet: *Behov av debriefing och samtal; Behov av förberedelse och information samt Erfarenhet och utbildning ger förutsättningar* kunde ett tydligt mönster ses i att samtliga sjuksköterskor tyckte det var oerhört sorgesamt när ett barn avled samt hur mycket utbildning och erfarenhet kan göra för att påverka sjuksköterskan positivt samt ge henne bättre förutsättningar i sin omvårdnad och i sitt handlande.

### *Känslor av sorg och otillräcklighet*

Samtliga studier presenterade i resultatet belyser det faktum att sjuksköterskor blir känslomässigt påverkade när ett barn avlider hastigt och oväntat på deras respektive arbetsplats. (Youngblood et al., 2012; Cook et al., 2012; Honkavuo & Lindström, 2014; Furingsten, 2015; Keene et al., 2010) Flera studier belyser även att sjuksköterskorna bygger upp en "mur" gentemot sina egna känslor för att på så vis kunna "stanna i nuet" och göra sitt jobb även när det är påfrestande (Meyer, 2014; Kellogg, Barker och McCune, 2014; Cook, 2012). Följaktligen innebär det att känslorna försvinner för stunden men kommer att behöva bearbetas senare vilket även det presenteras i bland annat (Meyer, 2014) där känslor som bland annat sorg och otillräcklighet dyker upp. I relation till sorg och känslan av att inte räcka till fanns det sällan tid att reflektera och diskutera med sina kollegor efter en händelse under arbetspasset och i några av studierna beskrev sjuksköterskorna att de önskade en mer uppstyrd debriefing eller samtalskontakt av arbetsgivaren i efterhand (Honkavuo & Lindström, 2014; Furingsten, 2015). I relation till att vissa tillfrågade sjuksköterskor upplevde stödet och debriefingen från arbetsgivaren bristfällig upplevde andra att den var gott och väl tillräcklig och att man kom långt på det kollegiala stödet som erbjöds i samband med att liknande händelser inträffade (Forster & Hafiz, 2015; Cook et al., 2012). Som slutsats är det möjligt att samtliga tillfrågade tänker och reagerar olika utifrån sina olika erfarenheter och tidigare upplevelser vilket kokar ner till att stöd är viktigt och bör finnas, men att hur stödet ska riktas

beror på personen som varit med om händelsen. De flesta blir ledsna och bearbetar, men på olika sätt.

### *Stöd till anhöriga*

Flertalet av studierna presenterade i bakgrunden belyser föräldrars upplevelser av när deras barn oväntat avlider samt hur föräldrarna uppfattar vårdpersonalen samt stödet som erbjuds (El Halal et al., 2013; Wisten & Zingmark, 2007). El Halal et al., (2013) beskriver att flertalet föräldrar upplevde en brist i kommunikation mellan vårdpersonal och förälder i samband med deras barns bortgång. Vidare framkommer att bristen på förståelse och adekvat information från sjukvårdspersonalen i barnets sista stund bidrog till ökade skuldkänslor samt depression och ångest hos föräldrarna. Föräldrar beskrev att om personalen hade tagit sig tid att informera och tala på ett sätt som föräldrarna förstod hade de känt sig mer delaktiga och på så vis sluppit mycket av skuldkänslorna och ångesten efteråt (ibid). Både i forskning presenterad i bakgrunden samt det som framkommer i aktuell studie ter det sig som att sjuksköterskorna även de kan samlas under denna åsikt och att de vid vissa tillfällen känner sig osäkra och otillräckliga när det gäller att stötta en familj i kris (Forster & Hafiz, 2015). Att veta vad man ska säga, vad man ska göra eller vad föräldrarna tycker och tänker om en var samtliga tankar som sjuksköterskorna brottades med (ibid). Även Marrow (1996) påtalar redan i sin studie hur svårt det är för sjukvårdspersonal när ett barn avlider på arbetsplatsen vilket stärker studiens resultat ytterligare. Forskning i ämnet gjord 1996 kan i stor utsträckning visa samma resultat angående sjuksköterskans upplevelser i aktuella ämne som forskning gjord 2016. Theophilos et al., (2009) nämner att många sjuksköterskor har ingen eller ringa utbildning från sin grundutbildning angående hur man hanterar ett plötsligt dödsfall, både praktiskt och känslomässigt vilket speglar sig i ovan nämnda osäkerhet från sjuksköterskornas sida när det kommer till att prata, trösta och ta hand om anhöriga.

Både Youngblood et al., (2012); Furingsten (2014) samt Forster & Hafiz (2015) beskrev i sina studier att sjuksköterskan spelar en viktig roll för familjen då sjuksköterskan ofta varit närvarande hos familjen under hela vårdförloppet vid ett dödsfall och därmed var förmögna att ge familjen stöd och tröst utifrån situationen. Samtidigt gjorde bristen på kommunikation mellan sjuksköterska och familj samt förståelse från sjuksköterskan det svårare för föräldrarna att acceptera utfallet och förstå vad som hade inträffat. Sammanfattningsvis kan det tolkas som att sjuksköterskan i sin roll som patientnära och vårdande är otroligt viktig för familjen,



viktig på det sättet att hon ger trygghet och stöd när hon ger en bra omvårdnad och viktig på det sättet att föräldrar upplever att det saknas något när hon inte är förmögen att ge det stödet.

Ett antagande enligt Orlandos omvårdnadsteori (Schmieding, 1995) är att sjuksköterskans uppgift är hjälpa patienten att undvika eller lindra obehag och problem. Aktuell studies resultat samt bakgrund påvisar hur påfrestande och frustrerande sjuksköterskor upplever det när ett barn avlider, flertalet sjuksköterskor känner sig otillräckliga och undrar om det har kunnat göras något mer samt känner sig inte tillräckligt förberedda eller kompetenta för att stötta anhöriga (Forster & Hafiz, 2015; Marrow, 1996; Kellogg, Barker och McCune (2014). En uppgift som för många sjuksköterskor är självklar men inte alltid genomförbar medför osäkerhet och ångest (Schmieding, 1995).

### *Varje vårdtillfälle är unikt*

Författarna valde att ha stöd i Ida Jean Orlandos omvårdnadsteori då flera av antaganden angående både sjuksköterskor och patienter som Orlando presenterar var applicerbara på studiens syfte. Ett antagande om sjuksköterskor som framkommer i Orlandos omvårdnadsteori handlar om att "Sjuksköterskans reaktion på varje patient är unik". Enligt Orlando baseras varje reaktion utifrån hur sjuksköterskan själv upplever sig själv i relationen patient-sjuksköterska och kan således aldrig på förhand riktigt veta hur hon eller han kommer att reagera vid situationer som innebär interaktion med patient eller anhörig. (Schmieding, 1995).

Flera av studierna i resultatet pekar mot att sjuksköterskor upplever stress och svårigheter att arbeta personcentrerat vid handhavandet av barn i akuta situationer (Forster & Hafiz, 2015; Cook et al., 2012) och där tycks resultatet i studien se beskriva en risk att omvårdnaden kan bli lidande om sjuksköterskan samtidigt som hon är stressad inte tar sig tid att "läsa in" barnet eller diskutera med anhöriga om barnets omedelbara behov. Utbildning och erfarenhet tenderar att göra sjuksköterskorna mer säkra på sitt arbete och möjligheten att arbeta utifrån individen blir större.

Ett begrepp som Orlando har format är begreppet "Omvårdnadsfunktion". Med Omvårdnadsfunktion menas att sjuksköterskan fokuserar på patientens egenupplevda akuta behov (Schmieding, 1995). Orlando menar att patientens behov inte behöver vara samma som de grundläggande mänskliga behoven, utan om varje enskild patients subjektiva upplevelse av

behov. Ibland kan patientens behov uttryckas med hjälp av frågor eller icke verbal kommunikation som exempelvis plågat ansiktsuttryck, gnyende, tårar i ögonen eller mätbara vitalparametrar (ibid). I aktuell studie skulle det akuta omvårdnadsbehovet kunna vara kopplat till både barnet som patient, med smärtlindring, lugn och ro, eller närhet, och samtidigt till anhöriga och deras behov av information, stöd och tröst. Ett barn i livets slutskede kanske inte själv kan uttrycka sina behov av omvårdnad samtidigt som det är svårt eller nästintill omöjligt att utvärdera om behovet på något sätt kunde tillfredsställas om barnet avlider. Här blir det istället sjuksköterskans professionella och etiska ansvar samt de anhörigas uppgift att avgöra om omvårdnaden var riktig och individanpassad. Om patienten inte kan göra sig förstådd kan sjuksköterskan antingen lita på sig själv och sin egen erfarenhet för utvärdera vilket behov just denna patient har, eller så kan sjuksköterskan ta hjälp av anhöriga som då får bli förespråkare för barnet. Orlando (1990) nämner att i pressade och akuta situationer tenderar sjuksköterskan att bli mer automatiserad i sitt arbete och på så vis fallerar den individanpassade omvårdnaden för barnet (ibid).

*“Tillämpande av automatiska reaktioner hindrar sjuksköterskan från att uppfylla sitt omvårdnadsansvar” (ibid)*

Den teoretiska anknytningen till Orlandos omvårdnadsteori visade sig vara ett användbart val i studien. Orlando poängterar relation mellan den vårdande, sjuksköterskan, och patienten, barnet, (Schmieding, 1995), något som framträder tydligt i aktuell studie där många sjuksköterskor upplevde ett band till både barn och anhöriga i situationer när barnet oväntat avled (Bloomer et al., 2015). Orlando lyfter också fram reflektion hos sjuksköterskan som kännetecknande för en medvetenhet om omvårdnadsprocess och resultatet i studien uttrycker i hög grad reflektionens betydelse för de beslut som vårdaren fattar. Att ha stöd i Orlandos omvårdnadsmodell i arbetet med barn som hastigt och oväntat avlider tycks utifrån detta kunna utgöra ett gott stöd för beslutsfattande för sjuksköterskan kring vilken omvårdnad barnet och anhöriga behöver i en kritisk situation.

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad Sjuksköterska är det viktigt att som yrkesverksam sjuksköterska ha förmåga att stödja anhöriga till en avliden person samt förmåga att kommunicera med anhöriga på ett empatiskt, öppet och respektfullt sätt och att informationen som lämnas blir uppfattad på rätt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Orlando (Schmieding, 1995) nämner att sjuksköterskans omvårdnadsarbete försämras då hon i oväntade situationer kan agera utefter sina automatiska reaktioner istället för efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Försämras omvårdnadsprocessen kan det leda till en negativ vårdupplevelse för familjen vilket även kan påverka framtida vårdtillfällen alternativt förlänga sorgearbetet för föräldrarna vilket vidare kan leda till ekonomiska konsekvenser för samhället om föräldrarna exempelvis inte kan återgå till sina arbeten på grund av förlängd sjukskrivning. Ur ett samhällsligt perspektiv är det därför av intresse att genom aktuell studie öka förståelsen och minska risken för att de automatiska reaktionerna påverkar omvårdnadsarbetet negativt (ibid). Genom att arbeta utifrån människovärdesprincipen att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället samt att i bakgrunden agera utifrån Orlandos teori om hur viktigt bandet mellan sjuksköterska och patient är för en god omvårdnad har sjuksköterskan en god grund i sitt omvårdnadsarbete när det kommer till både barn och deras familjer.

### **Konklusion och implikationer**

Resultatet i studien visar att sjuksköterskan behöver mer utbildning inom det undersökta området. Samtidigt visar resultatet att erfarenhet inom den kliniska verksamheten ger förutsättningar för att både ge en bättre omvårdnad till drabbade barn och deras anhöriga samt för att sjuksköterskan ska kunna bearbeta och gå vidare efter en påfrestande händelse.

Resultatet visar på ett behov av mer kunskap och förankring för sjuksköterskor i sin yrkesroll i barnsjukvården när det kommer till oväntade och påfrestande situationer. Författarna till föreliggande studie bedömer att resultatet som framkommit talar för att Orlandos teori med fördel kunde integreras mer i den kliniska verksamheten för på så vis minska automatiska reaktioner hos sjuksköterskan samt öka det personcentrerade stödet genom att framhålla vikten av fokusera på individens omvårdnadsbehov, barnets behov, i akuta situationer.

Resultatet i studien visar att sjuksköterskor upplever en brist på utbildning när det kommer till att hantera oväntade dödsfall bland barn. Bristen kan härledas både till när det kommer till det akuta omhändertagandet och omvårdnaden av familj och närstående. Brist på utbildning och förförståelse leder till en osäkerhet hos den yrkesverksamma sjuksköterskan som i sin tur möjligen tenderar att hon i större utsträckning handlar utifrån automatiska reflexer istället för utifrån individbaserad omvårdnad. Denna osäkerhet kan leda till en försämrad omvårdnad ute i verksamheten. I enlighet med resultatet ökar även risken för skuld känslor och negativ stress

för sjuksköterskorna när de känner denna osäkerhet. Resultatet visar ett behov av mer utbildning, både inom grundutbildningen för sjuksköterskor, samt fortlöpande inom den pediatrika verksamheten. Ökad kunskap för sjuksköterskor i barnsjukvården skulle kunna ge sjuksköterskor en förbättrad arbetsupplevelse. Ur ett etiskt- och familjefokuserat perspektiv skulle ökad kunskap och trygghet hos sjuksköterskan även kunna vara positivt för familj och anhöriga då sjuksköterskan möjligen kan ge stöd och tröst i större utsträckning.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen har under studiens planering samt genomförande varit jämn med en likvärdig arbetsbörda för båda författarna. Valet att genomföra mestadels av förarbetet, sökning av artiklar samt analys gemensamt utsågs då författarna strävade efter att ha en total insyn i hela arbetet och uppgifter som delades upp har sedan diskuterats och återkopplats mellan författarna för att skapa transparens. Sökning i databaserna genomfördes både individuellt och gemensamt och de artiklar som valdes ut att ingå i både bakgrund samt resultat lästes igenom av båda författarna för granskning och sedan diskuterades resultatet mellan de båda. Utformandet av texten har till större del skett under samarbete där författarna diskuterade under tiden som texten formulerades.

## Referenser

\* = Kvalitetsgranskade artiklar som ingår i studiens resultat

Abib El Halal, G. Piva, J. Lago, P. El Halal, M. Cabral, F. Nilson, C. Garcia, PC. (2013). Parents' perspective on the deaths of their children in two Brazilian paediatric intensive care units. *International Journal of Palliative Nursing*. 19 (10) 495-502

Alm, B. (2016) Plötslig spädbarnsdöd (SIDS, sudden infant death syndrome) *Internetmedicin*. Hämtad 2016-10-16

\* Bloomer, Melissa J., et al. "Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study." *Australian Critical Care* 28.2 (2015): 87-92.

Brooten, D., Youngblut, J.M., Seagrave, L., Caicedo, C., Hawthorne, D., Hidalgo, I. & Roche, R. (2013). Parent's Perceptions of Health Care Providers Actions Around Child ICU Death: What Helped, What Did Not. *American Journal Hospice and Palliative Care*. Vol 30: 40-49.

\* Cook, K. A., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. R., Norton, D., ... & Connor, J. A. (2012). Coping while caring for the dying child: Nurses' experiences in an Acute care setting. *Journal of pediatric nursing*, 27(4), e11-e21.

Folkhälsorapport (2009). Hämtad 2016-03-05

[http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/2\\_Barns.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/2_Barns.pdf)

Forsberg, C., Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation*. Stockholm: Natur och kultur akademisk.

\*Forster, E. & Hafiz, A. (2015). Pediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing*, 21 (6). s 294-301

Friberg, F. (2012) Dags för uppsats: *Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a upplagan) Lund: Studentlitteratur.

\*Furingsten, L., Sjögren, R., & Forsner, M. (2014). Ethical challenges when caring for dying children. *Nursing ethics*, 0969733014533234.

Granek, L., Bartels, U., Scheinmann, K., Labrecque, M., & Barrera, M. (2015). Grief reactions and impact of patient death on pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 62(1), 134-142.

Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20 (10), 32-37.

Helsingforsdeklarationen (2013). - Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. Hämtad 2016-03-31. <http://www.sls.se/PageFiles/229/helsingfors.pdf>

\*Honkavuo, L., & Lindström, U.Å. (2014). Nurse leaders' responsibilities in supporting nurses experiencing difficult situations in clinical nursing. *Journal of nursing management*, 22(1), 117-126.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, EA. (2006). *Grundläggande omvårdnad 1*. Liber: Stockholm

Jakobsson, Andersson & Öhlén (2014). Livets slutskede I: Friberg, F & Öhlén, J. *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. Studentlitteratur AB: Lund

Karolinska Institutet (UÅ) Svensk MeSH. Hämtad 2016-11-16  
<https://mesh.kib.ki.se>

\*Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B., & Rushton, C. (2010). Bereavement debriefing sessions: An intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatric nursing*, 36(4), 185.

\*Keenan, P., & Dermott, C. M. (2016). How nurses grieve for children who die in their care: Nurses understand the grieving process, say Paul Keenan and Ciara Mac Dermott, but they manage their grief in different ways. *Learning Disability Practice*, 19(3), 16-22.

\*Kellogg, M. B., Barker, M., & McCune, N. (2014). The lived experience of pediatric burn nurses following patient death. *Pediatric nursing*, 40(6), 297-302.

Kelly, E., & Nisker, J. (2010). Medical students' first clinical experiences of death. *Medical education*, 44(4), 421-428.

Lawrence, N. (2010) Care of bereaved parents after sudden infant death: Natalie Lawrence presents training and education guidelines for emergency department staff on supporting parents who have experienced the sudden death of young children. *Emergency Nurse* 18.3: 22-25.

Lestander, Ö., Lehto N., & Engström, Å. (2016) Nursing students' perceptions of learning after high fidelity simulation: Effects of a Three-step Post-simulation Reflection Model. *Nurse education today* 40: 219-224.

Macdonald, M. E., Liben, S., Carnevale, F. A., Rennick, J. E., Wolf, S. L., Meloche, D., & Cohen, S. R. (2005). Parental perspectives on hospital staff members' acts of kindness and commemoration after a child's death. *Pediatrics*, 116(4), 884-890. (manuell sökning)

Malmgren, S.G. (2009). *Svensk Ordbok*. Stockholm: Svenska Akademien

Mangurten, J., Scott, S., Guzzetta, C., Clark, A., Vinson, L., Sperry, J., Hicks, B & Voelmeck, W. (2006) Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 32(3): 225-233.

Marrow, J. (1996). Telling relatives that a family member has died suddenly. *Postgrad Medical Journal*, 72 (849), 413 -418

Meert, Kathleen L., Celia S. Thurston, and Ronald Thomas. "Parental coping and bereavement outcome after the death of a child in the pediatric intensive care unit." *Pediatric Critical Care Medicine* 2.4 (2001): 324-328.

\*Meyer, R. L. (2014). Caring for children who die unexpectedly: Patterns that emerge out of chaos. *Journal of pediatric nursing*, 29(1), 23-28.

Orlando, I. J., (1990). The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles. National League for Nursing. New York.

Pearson, H. (2010). Managing the emotional aspects of end of life care for children and young people. *Paediatric nursing*, 22(7), 31.

Polit, D. & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor [RfB] & Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2016). *Kompetensbeskrivning: För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 2016- 10-10 från RfB och SSF, [http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/RfB\\_Kompetensbeskrivning\\_10oktober.pdf](http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/RfB_Kompetensbeskrivning_10oktober.pdf)

Rådestad, I. (1998). *När barn föds döda - riktlinjer för professionellt omhändertagande*. Lund: Studentlitteratur AB

Schmieding, N.J. (1995). I: Selanders, L.C., Schmieding, N.J. & Hartweg, D.L. *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV: Florence Nightingale, Dorothea Orem, Ida Jean Orlando*. Lund: Studentlitteratur AB

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016- 11-10

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm:

Utbildningsdepartementet. Hämtad 2016-03-09



Socialstyrelsen (2015). Skador bland barn i Sverige. Hämtad 2016-03-05  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19701/2015-2-8.pdf>

Somville, F.J., De Gucht, V. & Maes, S. (2016). The Impact of Occupational Hazards and Traumatic Events Among Belgian Emergency Physicians. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physician Activiy*. 24:59

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, (2014). Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården: En handbok. Hämtad 2016-12-01  
<http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Vara-publikationer/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/> Hämtad 2016-03-10

Theophilos, T., Magyar, J., & Babl, FE (2009). Debriefing critical incidents in the paediatric emergency department: Current practice and perceived needs in Australia and New Zealand. *Emergency Medicine Australasia*, 21(6), 479 -483

UNICEF Sverige (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

UN Inter agency Group for Child Mortality Estimation. (2011). Levels & Trends In Child Mortality: report 2011. New York: United Nations Children's Fund

Werntoft, E. (2014) Styrningar och prioriteringar i vården. I: Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.) *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Studentlitteratur AB.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB

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

\*Youngblood, AQ., Zinkan, JL., Tofil, NM., Lee White, M. (2012). Multidisciplinary simulation in pediatric critical care: The death of a child. *Critical care nurse*, 32 (3). s 55-61

## Bilaga 1 (4)

Tabell med exempel på blocksökning i CINAHL respektive PubMed. Enskilda söktermer som identifierats har grupperats i vars tre olika block där de kombinerats med OR för att sedan de tre blocken kombineras i sökning med AND.

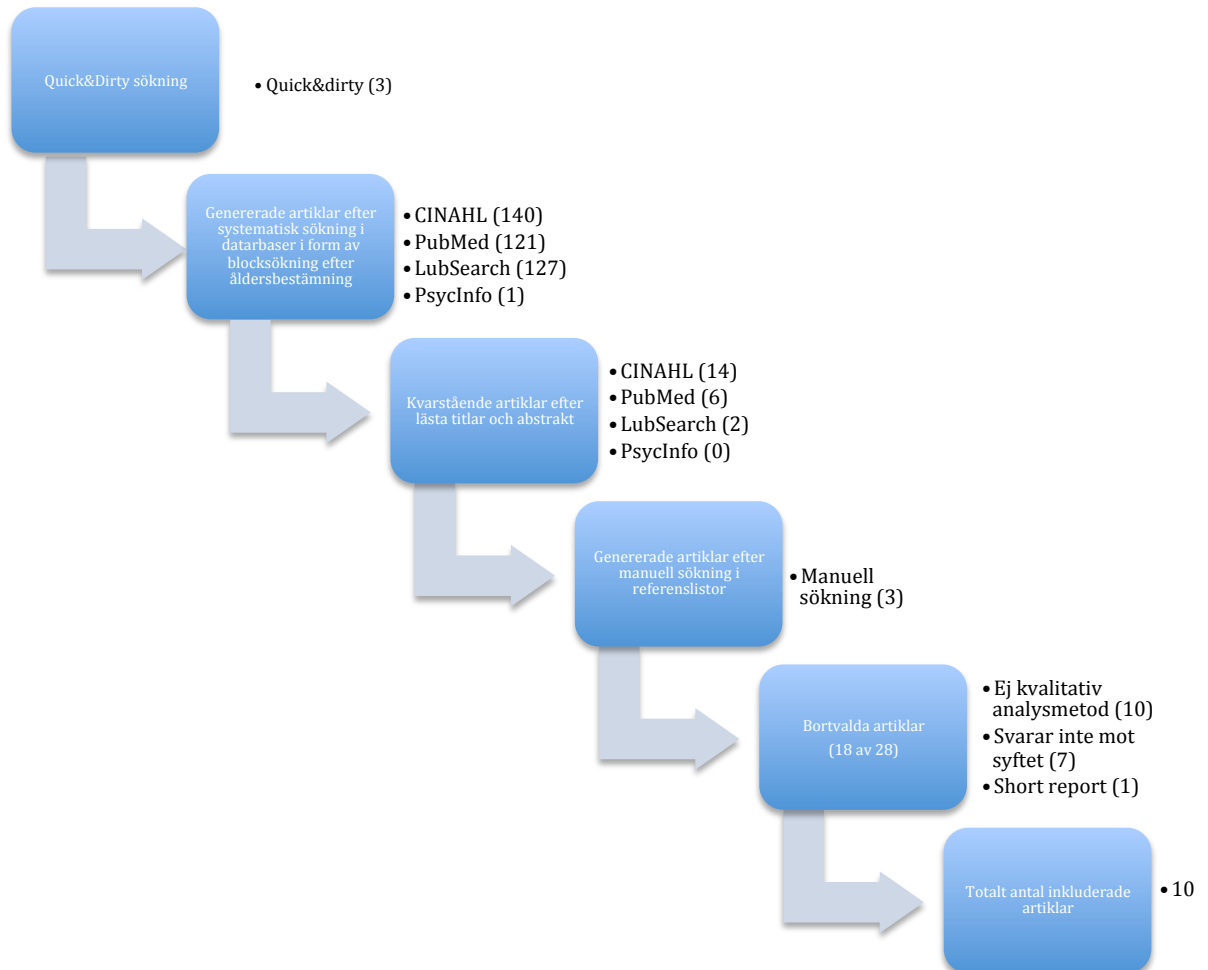
Block	Sökning	CINAHL-headings och booleska operatörer	Antal träffar	Antal lästa titlar/ antal lästa abstrakt	Använda artiklar	
Block 1	S1	(MH "death+")	38 166			
	S2	(MH "death, sudden")	1871			
	S3	"Death of a child"	422			
	S4	"Unexpected death"	456			
	S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	40 915			
Block 2	S6	(MH "pediatric critical care nursing+")	3716			
	S7	(MH "health personnel+")	414 918			
	S8	(MH "nurses+")	179 455			
	S9	"Pediatric critical care"	1602			
	S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	599 691			
	S11	(MH "bereavement")	5521			
	S12	(MH "caregiver support")	3629			
	S13	"Nurses' experiences"	1057			
	Block 3	S14	"Experience"	137 224		
		S15	"Experiences"	79 796		
S16		S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	227 227			
S17		S5 AND S10 AND S16	661			
	S18	S5 AND S10 AND S16 LIMITORS: All children	140	140/14	5	

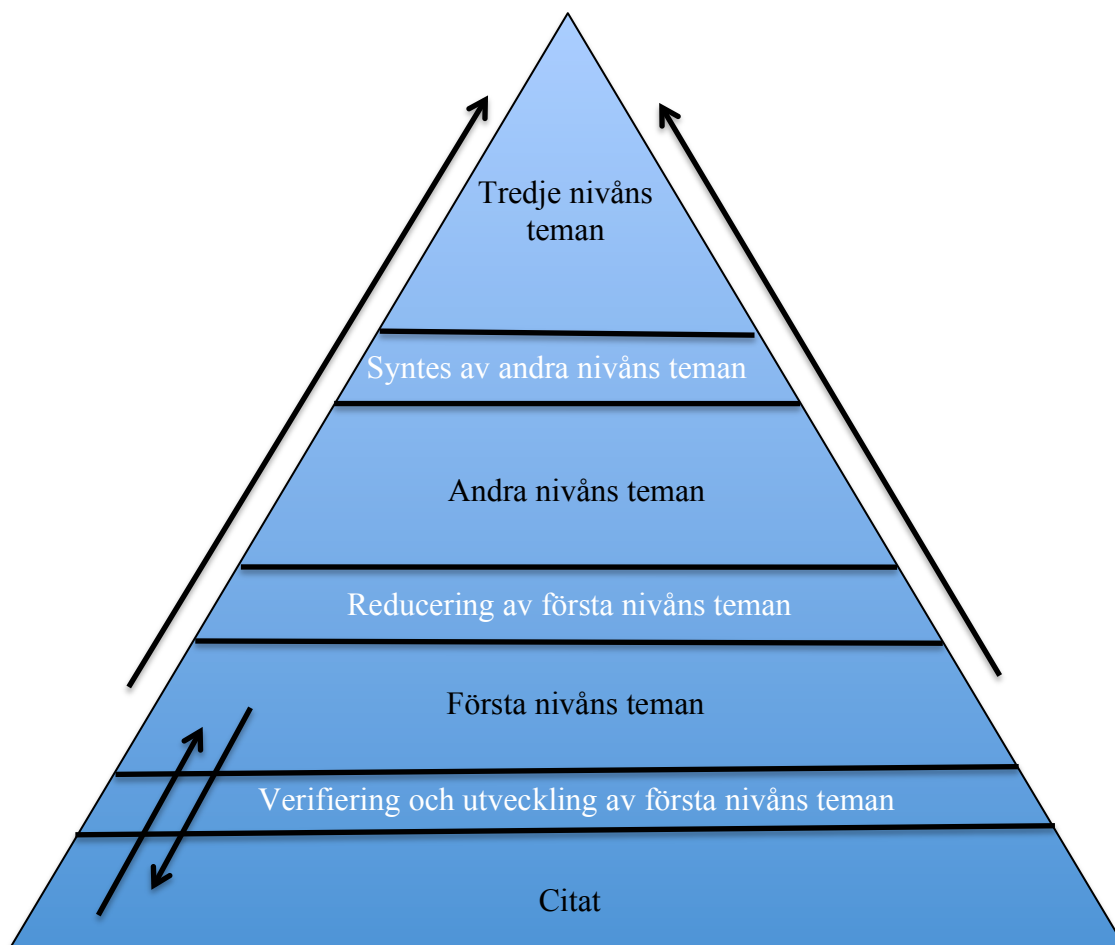
Tabell 1. Blocksökning i CINAHL 2016-11-17

Block	Sökning	Söktermer, MeSH och booleska operatörer	Antal träffar	Antal lästa titlar/ antal lästa abstrakt	Använda artiklar
Block 1	#1	"death, sudden" (title/abstract)			
	#2	"Death" (title/abstract)			
	#3	"fatal outcome"			
	#4	#1 OR #2 OR #3	626 548		
Block 2	#5	"adaptation, psychological" (title/abstract)			
	#6	"emotions" (title/abstract)			
	#7	"Stress, psychological" (title/abstract)			
	#8	"attitude to death" (title/abstract)			
	#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	40 148		
Block 3	#10	"nurses' psychology"			
	#11	"pediatric nursing"			
	#12	"attitude of health personnel"			
	#13	"nurses"			
	#14	#10 OR #11 OR #12 OR #13	342 492		
	#15	#4 AND #9 AND #14	181		
	#16	#4 AND #9 AND #14 Filters: Child: birth-18years	121	121/6	2

Tabell 2. Blocksökning i PubMed 2016-11-22 med hjälp av bibliotekarie

## Bilaga 2 (4)





*Figur 2. Övergripande beskrivning av analysprocessen*

## Bilaga 4 (4)

### Matris

Författare (År) Land	Titel	Syfte	Metod/ deltagare	Resultat	Kvalitet
Honkavuo, L. & Lindström, U.Å. (2014) Finland	Nurses leaders' responsibilities in supporting nurses experiencing difficult situations in clinical nursing	Att göra sjuksköterskeledarna medvetna om olika typer av svåra situationer i klinisk omvårdnad som kan orsaka lidande för sjuksköterskor. Att diskutera hur sjuksköterskeledaren kan närma sig och lindra lidande.	Semi-strukturerade intervjuer hölls med åtta sjuksköterskor. Analysen genomfördes hermeneutiskt där teman och meningsbärande enheter plockades ur transkriptionerna för att bilda teman.	Fyra övergripande teman identifierades: dolt lidande; transcendent lidande; reflekterande landskap och hälsofrämjande ledarskap	Grad I 84%
Kellogg, M.B., Barker, M., McCune, N. (2014) USA	The lived experience of pediatric burn nurses following patient death	Att beskriva pediatriiska brännskadeenhets sjuksköterskors upplevelser av när de mist en patient.	En kvalitativ, fenomenologisk design utgjorde grunden för metod och analysprocessen. Semi-strukturerade intervjuer hölls med sju sjuksköterskor som var och en hade jobbat minst ett år på aktuell arbetsplats och varit med om att minst en patient avlidit under deras arbetspass.	Fyra teman framkom: sorg och ledsamhet; hjälplöshet; uppdelning av känslor och brist på beredskap för att hantera situationer där en pediatrik patient avlider.	Grad I 85%
Meyer, R.L. (2014) USA	Caring for children who die unexpectedly: Patterns that emerge out of chaos	Att fastställa utvecklande mönster mitt i kaoset hos sjuksköterskor som vårdar barn som avlider oväntat.	Elva sjuksköterskor deltog genom semi-strukturerade intervjuer. Studiens design var fenomenologisk.	Tio teman framkom: komfort, skapa minnen; närvaro; sekvens av omsorg; andlighet; utdragen död; laddad tystnad; skratt genom tårar; professionalism och varaktig effekt.	Grad I 81%
Forster, E. & Hafiz, A. (2015) Australia	Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision	Att undersöka vårdpersonalens uppfattningar om efterlevandestöd kring förlusten av ett barn.	Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med tio vårdpersonal (där sex var sjuksköterskor). Varje deltagare hade varit direkt inblandade i vården av döende barn i sju fall var.	Hälso- och sjukvårdspersonalen bearbetar genom kamratstöd, personliga copingstrategier, familjestöd, fysisk påverkan av stöd och andliga övertygelser.	Grad I 85%
Bloomer, M., O'Connor, M., Copnell, B. & Endacott, R. (2015) Australien	Nursing care for families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: Nurses' emotional talk and sources of discomfort: A mixed methods study	Att undersöka hur NICU / PICU sjuksköterskor omhändertar familjer före och efter döden; att undersöka sjuksköterskors perspektiv på sin beredskap / förmåga att tillhandahålla familjeomsorg; och för att bestämma det känslomässiga innehåll et i språk som används av de deltagande sjuksköterskorna.	Intervjuer genomfördes med 22 sjuksköterskor genom fokusgrupper eller individuellt, på två olika barnintensivvårdsavdelningar i Australien. Metoden var mixed-methods och bestod av innehållsanalys av intervjuaterialet samt en lingvistisk textanalys i ett program som utvecklats för att undersöka psykologiska följder inom skriftliga och muntliga berättelser om upplevelser.	Fyra huvudteman framkom: förberedelse inför döden; kommunikationssvårigheter; sjuksköterska-familjerelation och sjuksköterskors motståndskraft. Sjuksköterskor uttryckte svårigheter i att vårda det döende barnet och samtidigt ta hand om barnets familj.	Grad II 76%

Youngblood, A.Q., Zinkan, J.L., Tofil, N.M. & Lee White, M. (2012) USA	Multidisciplinary simulation in pediatric critical care: The death of a child	Att ge sjukvårdspersonal möjlighet att en öva i en simulerad akut miljö med fokus på kommunikationen med familjer där deras barn av olika anledningar oväntat avlidit och att kunna hantera olika sorgereaktioner.	Ett tvärvetenskapligt utbildningsprojekt utvecklades som använder hi-fi simulering av pediatrika akutsituationer där barn avlider. Tre scenarier utfördes, vardera 30 minuter. Efter varje scenario hölls en 30 minuters debriefing session där reflektioner om scenarierna delades.	De övergripande kommentarerna från deltagarna var att det var realistiskt och praktiskt att ha övat detta i en säker miljö så att de har med sig denna erfarenhet om de råkar på liknande situationer i verkliga livet. Det är lika viktigt att träna kommunikation som andra medicinska scenarier.	Grad II 71%
Furingsten, L., Sjögren, R. & Forsner, M. (2015) Sweden	Ethical challenges when caring for dying children	Att beskriva omvårdnad ur hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att vårda döende barn.	Djupgående intervjuer hölls med två sjuksköterskor och två undersköterskor. Analysen gjordes i fyra steg, öppen kodning; meningsbärande enheter; teman och kärnkategorier.	Fem teman identifierades: Närvaro; självkänedom; orättvisa; eget lidande och behov av andra.	Grad II 79%
Cook, K.A. et al. (2012) USA	Coping while caring for the dying child: nurses' experiences in an acute care setting	Att beskriva och förstå beteende och copingstrategier som används av barnsjuksköterskor som vårdar döende barn på en kardiologisk slutenvårdsavdelning.	22 sjuksköterskor, indelade i tre fokusgrupper, deltog i semi-strukturerade intervjuer. Data analyserades genom en konventionell innehållsanalys.	Fyra kategorier framkom: gränser; minnen; distansering och märkning. Stöd av kollegor, institutionella resurser och sjuksköterskornas tidigare erfarenheter var avgörande för coping processen.	Grad II 79%
Keenan, P. & Mac Dermott, C. (2016) Ireland	How nurses grieve for children who die in their care	Att identifiera sjuksköterskors upplevelser av sorg och hur detta hanterats efter att ett barn avlidit under deras vård.	Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med åtta sjuksköterskor som hade vårdat barn med en utvecklingsstörning och som avlidit.	Sjuksköterskor har generellt en god förståelse av sorg, men hur de upplever och hanterar sin egen sorg varierar. Fyra teman identifierades: hjälplöshet på grund av begränsad erfarenhet och kunskap; familjen; begravningen samt fokus på det positiva.	Grad III 68%
Keene, E.A., Hutton, N., Hall, B. & Rushton, C. (2010) USA	Bereavement debriefing sessions: An intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient	Att ge hälso- och sjukvårdspersonal känslomässigt stöd och öka deras förmåga att kunna hantera sorg.	Mixed method. Harriet Lane Compassionate Care, det palliativa omvårdnadsprogrammet på Johns Hopkins Children's Center skapade en handlingsplan för att stödja hälso- och sjukvårdspersonal; ett ingripande - sorg och debriefing session. Data samlades in från 113 sessioner, som ägde rum under en 3-årsperiod. Sessionerna inträffade oftast efter oväntade dödsfall alternativt efter långtidssjuka avlidit. Majoriteten av sjukvårdspersonalen bestod av sjuksköterskor (54 %).	Hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg att debriefing sessionerna var hjälpsamma och att de på ett effektivt sätt underlättade för personalen att lära sig hantera sin sorg.	Grad III 62%