



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Magisteruppsats

Sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal - inom äldreården på SÄBO



Författare: Amanda Vestfält,
Rebecca Funseth
Handledare: Ingrid Djukanovic
Examinator: Kristina Schildmeijer
Termin: VT-22
Ämne: Hälso- och vårdvetenskap
Nivå: Avancerad
Kurskod: GE893Ä



Abstrakt

Bakgrund: Anhörigstöd är en av hörnstenarna i palliativ vård och det ingår att på ett strukturerat sätt stödja anhöriga. I samband med att en person avlider har de anhöriga rätt till ett efterlevandesamtal. Ett av efterlevandesamtalets syften är att fånga upp anhöriga som löper risk för att drabbas av komplicerad sorg, äldre anhöriga löper större risk att drabbas. Komplicerad sorg kräver vård då den typen av sorg ej är självläkande och ökar risken för att drabbas av ohälsa.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal inom äldrevården på SÄBO.

Metod: En kvalitativ intervjustudie vars resultat utgörs av åtta semistrukturerade intervjuer som analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visar att sjuksköterskor saknar utbildning i efterlevandesamtal, detta skapar en osäkerhet och nervositet som gör att samtalen inte genomförs enligt rutin eller inte genomförs alls. Trots negativa känslor inför arbetsuppgiften är majoriteten av sjuksköterskorna överens om att det är en viktig och meningsfull arbetsuppgift. Resultatet visar även att mer utbildning och stödmaterial är önskvärt.

Diskussion: Efterlevandesamtalet bör ses som ett hälsofrämjande arbete då individer som drabbas av komplicerad sorg riskerar att bli vårdkrävande vilket har en påverkan både på individ- och samhällsnivå. Det saknas kunskap hos sjuksköterskor för att upptäcka komplicerad sorg genom efterlevandesamtal och för detta krävs utbildning redan på grundnivå i sjuksköterskans utbildning.

Slutsats: Sjuksköterskor saknar utbildning, rutiner och stödmaterial för att kunna utföra efterlevandesamtal. Avsaknaden av utbildning och kännedom om efterlevandesamtal förhindrar att sjuksköterskor identifierar anhöriga som löper risk för att drabbas av komplicerad sorg. Arbetet med och utbildning i efterlevandesamtal ses som gynnsamt både på individ- och samhällsnivå.

Nyckelord

Anhöriga, efterlevandesamtal, palliativ vård, vård av äldre,

Tack

Vi vill tacka vår handledare Ingrid Djukanovic som stöttat oss på ett pedagogiskt och engagerat vis genom hela arbetet. Vi vill även tacka alla sjuksköterskor som ställt upp i intervjuer och delgett sina tankar och upplevelser.



Abstract

Background: To support close relatives is a part of palliative care and when a patient dies the relatives have the right to receive bereavement support. One of the main purposes of bereavement support is to identify relatives who are at risk of being affected by complicated grief, elderly relatives are at higher risk. Complicated grief needs to be treated due to it being a cause of illness.

Aim: The aim of this study was to explore nurses' experiences of bereavement support within the care for elderly at nursing homes.

Method: A qualitative interview study with eight semi-structured interviews which have been analysed with qualitative content analysis.

Findings: The findings show that nurses lack education when it comes to bereavement support, and this is the cause of insecurity and nervousness which can lead to the task not being completed. Despite the negative feelings towards the task the nurses felt like it was important and had a significant meaning. The findings also show that nurses want more education and support material.

Discussion: Bereavement support should be considered a part of health promoting work because individuals who are at risk of becoming demanding of care will be identified. This is beneficial on both an individual as well as a societal level. There's a lack of education among nurses which may be the cause of complicated grief not being detected. Because of this, nurses should get education and knowledge of bereavement support at early onset in their education.

Conclusion: Nurses lack education, routines and support materials which enables bereavement support. The lack of education and knowledge about the purpose of bereavement support prevents nurses from identifying those relatives who are at risk of being affected by complicated grief. To educate nurses in and for nurses to work with bereavement support is favourable on both an individual and a societal level.



Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.1 Palliativ vård	2
1.2 Anhörigstöd	3
1.3 Sorg	4
1.4 Komplicerad sorg	5
1.5 Efterlevandesamtal	6
1.5.1 Anhöriga och efterlevandesamtal	7
1.6 Sjuksköterskans roll	8
1.7 Teoretisk referensram	10
1.8 Problemformulering	11
2. Syfte	11
3. Metod	12
3.1 Design	12
3.2 Urval	12
3.5 Etiska överväganden	14
4. Resultat	17
4.1 Egen känslomässig påverkan	18
4.1.1 Negativa känslor	18
4.1.2 Positiva känslor	19
4.2 Genomförande av efterlevandesamtal	19
4.2.1 Erbjudande om efterlevandesamtal	19
4.2.2 Struktur på efterlevandesamtal	20
4.3 Samtalets betydelse för anhöriga	21
4.3.1 Anhörigas behov	21
4.3.2 Anhörigas reaktioner	22
4.3.3 Anhörigrelation	23
4.4 Betydelsen av kompetens	24
4.4.1 Brist på kunskap	24
4.4.2 Brist på rutiner	24
4.3.2 Identifiera risken för komplicerad sorg hos anhöriga	25
5. Diskussion	26
5.1 Metoddiskussion	26
5.2 Resultatdiskussion	28
5.2.1 Genomförandets betydelse för eftersamtal	29
5.2.1 Kompetensens betydelse för efterlevandesamtal	31
5.2.3 Identifiera komplicerad sorg	32
5.3 Klinisk relevans	32
6. Konklusion	33
Referenser	34



Bilagor

Bilaga I

Bilaga II



1. Inledning

Som verksamma sjuksköterskor på särskilt boende (SÄBO) möter författarna dagligen äldre personer i behov av vård och deras anhöriga. Många av de äldre personerna som bor på SÄBO vårdas palliativt redan vid inflytt, för att efter en tid övergå till att vårdas i livets slut innan de avlider. I palliativ vård ingår efterlevandesamtal vars syfte bland annat är att fånga upp anhöriga som inte på egen hand kan bearbeta sorgen utan riskerar drabbas av komplicerad sorg. Dessa anhöriga behöver ökat stöd och ibland vård för att gå vidare i sorgprocessen. Författarna har mött äldre personer som, vid inflytt på SÄBO, lider av bland annat depression, ångest, nedstämdhet och/eller undernäring. Vid närmare efterforskningar i hur dessa symtom uppstått är det inte helt ovanligt att problemen uppstått i samband med en nära anhörig eller partners bortgång. Om dessa personer fångats upp och fått rätt hjälp och stöd i sin sorgprocess hade de kanske inte blivit vårdkrävande förrän i ett senare skede och då till följd av andra orsaker. Med denna uppsats vill författarna undersöka närmare hur sjuksköterskor inom äldrevården upplever att efterlevandesamtal fungerar, vilka rutiner som finns och vad resultatet av samtalen blir.

1.1 Bakgrund

Anhöriga definieras som en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna och närstående som en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till enligt Socialstyrelsen (2004). I denna uppsats kommer dessa personer gemensamt att benämnas som anhöriga.

I Sverige är 60 procent av befolkningen över 80 år när de avlider och 80 procent av dem avlider antingen på särskilt boende (SÄBO) eller i det egna hemmet (Ernst Bravell, 2017). SÄBO avser boende för äldre personer, 65 år och äldre, med omvårdnadsbehov dygnet runt. Omvårdnadsbehovet grundar sig i kognitiv nedsättning eller oförutsägbara omvårdnadsbehov med korta



kritiska intervall. Merparten av de boende på SÄBO har en demensdiagnos och/eller multisjuklighet (Socialstyrelsen, 2011).

1.1 Palliativ vård

Äldre personer avlider ofta till följd av ett långdraget sjukdomsförlopp som kan sakna en tydlig brytpunkt när vården övergår till att vara palliativ (Edberg & Andersson, 2020).

Palliativ vård definieras som vård av personer med allvarligt lidande till följd av kronisk sjukdom, i synnerhet personer nära livets slut. Den palliativa vården ska vara aktiv och bedrivs med en helhetssyn på människan (International Association for Hospice and Palliative Care, 2019). Då det inte längre finns utsikter för att bota ett sjukdomstillstånd ändrar vården inriktning och syftar till att lindra de symtom som sjukdomen orsakar, vården går från att vara kurativ till att bli palliativ. Palliativ vård ska erbjudas till alla människor, oavsett ålder, som lever med kronisk och/eller livshotande sjukdom. Att skapa en bra relation till anhöriga och patienten samt att se till patientens resurser är en del av det palliativa förhållningssättet som gör det mycket användbart i vård av äldre personer som inte sällan lever med kronisk sjukdom. När den kroniska sjukdomen är långt framskriden pratar man om vård i livet slut, vad vård i livets slut innebär rent tidsmässigt är svårt att precisera men European Association of Palliative Care har beskrivit det som en period allt ifrån några dagar upp till ett år (Beck, 2017).

Sjuksköterskor i palliativ vård har ofta många och varierande arbetsuppgifter och i studien av McCallum och McConigley (2013) beskrev sjuksköterskorna att deras primära arbetsuppgift i den palliativa vården och vård i livets slutskede var att bevara patientens integritet och värdighet. Inom palliativ vård talas det ofta om fyra hörnstenar; symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt anhörigstöd (Lundh Hagelin et. al, 2020). Enligt Socialtjänstlagen (2001) ska anhöriga erbjudas stöd i syfte att förebygga



ohälsa samt hjälpa den anhörige att hantera livssituationen under sjukdomsförloppet och efter dödsfallet. Forskningen har ännu inte kunnat påvisa vilken typ av stöd som gynnar den anhörige mest och det finns inget beslut gällande hur stödet till anhöriga bör utformas (Socialstyrelsen, 2013).

1.2 Anhörigstöd

Stödande åtgärder har en betydande roll för att hjälpa individer att tillgodose mänskliga behov som individen i fråga är oförmögen att upprätthålla på egen hand. Även att begreppet "stöd" är föränderligt baserat på individens situation och hälsa (Ternestedt et al., 2017). Stöd i omvårdnad sker utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov hos den enskilde, detta stämmer väl överens med den värdegrunden som beskrivs i den palliativa vården (Ellis et al., 2005). Becquè et al. (2021) intervjuade sjuksköterskor angående anhörigstöd och fick fram att sjuksköterskor ofta uppmärksammade ett behov av stöd hos anhörigvårdare genom informella möten hemma hos patienten. Några få sjuksköterskor uppgav att de bokade specifika möten med anhöriga för att undersöka om det förelåg ett behov av stöd. De uppgav även att det kunde vara svårt att möta dessa behov på grund av verksamhetens policy, krävande administration eller sociala faktorer.

Vård i livets slut innebär en svår period för anhöriga. En period som ofta kantas av oro, depression, vanmakt och utmattning. Oavsett om vårdförloppet varit långt eller kort avslutas det ofta med sorg. De allra flesta kan hantera sin sorg och går med tiden vidare men några få drabbas av komplicerad sorg och behöver hjälp och stöd för att ta sig ur den. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i att stödja anhöriga till patienter som vårdas palliativt och i livets slutskede för att anhöriga ska känna trygghet och undvika känslor av ensamhet. Att sjuksköterskan etablerar en relation med anhöriga tidigt i patientens sjukdomsförlopp har visat sig ha betydelse för anhörigas känsla av stöd senare under förloppet (Daines et al., 2013; McCallin, 2011; Zheng et al., 2015).



I Sverige har Socialstyrelsen (2018) klargjort att efterlevandesamtal ska erbjudas till minst en anhörig efter ett dödsfall. Det är viktigt att komma ihåg att den palliativa vården inte är avslutad i och med ett dödsfall, det ingår att på ett strukturerat sätt stödja den närmast anhöriga (Socialstyrelsen, 2018). Forskning har visat att behovet av stöd kan finnas hos fler personer runt den döende än hos enbart den närmast anhörige. Det kan vara fördelaktigt att involvera den döende patienten i arbetet att identifiera vilka personer i dennes omgivning som kan behöva stöd för att bearbeta sin sorg. Studien pekar ut att familjer som har en nära relation sällan har ett behov av efterlevandesamtal men att det finns personer som inte räknas till familjen som har det behovet för att kunna hantera sorgen och gå vidare efter dödsfallet (Phillips et. al, 2019).

1.3 Sorg

I den normala sorgprocessen ingår många känslor som kan vara påfrestande och som, i det långa loppet, kan ge fysiska besvär om de inte är övergående till exempel sömnlöshet, huvudvärk, minskad aptit, koncentrationssvårigheter etc. När sorgen blir av sjuklig grad utgör den ett hinder i livet och individen behöver stöd och ibland även vård för att sig ur sorgprocessen (Benkel, 2020; Fyhr, 2004; Love, 2007, Piuva et al., 2000).

Benkel beskriver hur synen på sorg har förändrats genom tiderna, i början på 2000-talet benämns ett paradigmskifte i synen på sorg. Idag ses inte längre sorgen som en process där strävan efter ett avslut för att sedan gå vidare finns. Istället är sorgprocessen snarare en fas för att förstå och acceptera den nya relationen till den avlidne, att glömma och gå vidare är inte målet. Sorgen är ytterst personlig, alla hanterar den i egen takt och på eget vis beroende på förutsättningar och relationen till den avlidne. Detta gör det omöjligt att tidsbestämma en sorgprocess. Sorgen i sig ökar risken för ohälsa. Det är därmed av yttersta vikt att vårdpersonal inom alla sjukvårdens delar har kunskap om sorgens process när det gäller både normal sorg och komplicerad



sorg för att kunna fånga upp individer som behöver ökat stöd och till och med vård (Benkel, 2020).

1.4 Komplicerad sorg

Komplicerad sorg är sorg som inte minskar med tiden och försätter individen i ett ohälsotillstånd. Det kan vara svårt att skilja på en normal sorgprocess, komplicerad sorg och depression. Komplicerad sorg måste behandlas då den typen av sorg ökar risken för att drabbas av sjuklighet och/eller för tidig död (Nyberg et al., 2019).

Komplicerad sorg drabbar ungefär 10-20 procent av alla sörjande oavsett ålder men är vanligare bland äldre personer som förlorat en partner sent i livet (Miller, 2012). Sorgereaktioner kan ge sjukdomsliknande symtom och kan påverka både arbets- och privatliv. Sorg är i normala fall självläkande och kräver inga vårdinsatser, en tid av sjukskrivning och tid för återhämtning brukar räcka. Sällan leder sorgen till en depression men den kan ha liknande symtom.

Nyberg et. al (2019) beskriver att det är möjligt att konstatera om sorgen är av patologisk grad, komplicerad sorg eller "frusen sorg" först efter ungefär sex månader. Svårigheter i bedömningen utgörs av att liknande symtom kan förekomma under den normala sorgprocessen men är då övergående. När sorgen går över i komplicerad eller förlängd sorg krävs det däremot vårdinsatser. Individer vars sorg övergår i komplicerad eller förlängd sorg bör fångas upp av vården och få kontakt med läkare. Att hjälpa dessa individer i ett tidigt skede underlättar återhämtning och spar sjukvårdsresurser. Tecken på komplicerad sorg är till exempel kraftig ångest, självmordstankar, depressiva reaktioner, anpassningssvårigheter, missbruk, symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) såsom mardrömmar, svåra skuld känslor och undvikande beteende/självisolering. Eftersom det kan vara svårt att upptäcka komplicerad sorg bör sjukvårdspersonal vara extra uppmärksam i de fall där risken för



komplicerad sorg är större, såsom vid bevittnat dödsfall, trauma, bristande eller uteblivet stöd i sorgprocessen, ensamstående, psykisk ohälsa eller individer som varit starkt beroende av den som gått bort (Nyberg et al., 2019). En interventionsstudie av Barbosa et. al (2013) visar att risken för komplicerad sorg och depression minskade avsevärt hos sörjande änkor som deltog i samtalsessioner.

Komplicerad sorg hos äldre uppmärksammas inte alltid trots att äldre personer kan vara mer sårbara för att drabbas av komplicerad sorg när en anhörig avlider. Med stigande ålder kan det ökande antalet dödsfall i omgivningen vara mer belastande samtidigt som resurserna, som arbete och fysiska aktiviteter, som underlättar sorgprocessen minskar. Studier har visat att äldre ofta upplever sig pressade till att gå vidare efter att ha förlorat en anhörig eftersom döden borde vara väntad i en hög ålder (Floyd et. al, 2013; Bellamy et. al, 2014).

1.5 Efterlevandesamtal

Socialstyrelsen definierar efterlevandesamtal som “ett samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnes anhöriga en tid efter dödsfallet”. Ett av målen med ett efterlevandesamtal är att ge stöd till samt identifiera och fånga upp anhöriga som löper risk för komplicerad sorg. Dessa individer behöver få ett fortsatt stöd och bör lotsas vidare till läkare, terapeut etc. Samtalet syftar även till reflektion och att svara på frågor och oklarheter när det gäller sjukdomsförloppet, den sista vårdtiden och dödsfallet (Svenska Palliativregistret, 2021). Både Socialstyrelsen (2018) och svenska palliativregistret (2021) förespråkar lokala rutiner för hur efterlevandesamtal ska utformas, genomföras och följas upp. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen (2016) uppger 76 procent av landets kommuner att de har rutiner för hur efterlevandesamtal ska genomföras. Det är tjänstgörande sjuksköterska vid dödsfallet som erbjuder efterlevandesamtal. Samtalet bör genomföras sex till åtta veckor efter dödsfallet och av den sjuksköterska som är mest insatt i



vårdförloppet sista tiden samt har god kunskap om sorgeförlopp och dess kännetecken. Det är viktigt att förbereda samtalet väl och boka en tid och plats som är avskild, lugn, ostörd och trygg. Samtalet kan ske på enheten, i den anhöriges hem eller på telefon (Socialstyrelsen, 2016).

Efterlevandesamtal bör ses som en naturlig del av den palliativa vården (Svenska Palliativregistret, 2021).

1.5.1 Anhöriga och efterlevandesamtal

I studien av Milberg et al. (2008) framkommer det att nästan hälften av de tillfrågade anhöriga upplevde ett behov av efterlevandesamtal och att det var viktigt att personen som höll i efterlevandesamtalet var en person som kände till den döde och de anhöriga sedan tidigare. Studien visade även att anhöriga hade ett behov att gå igenom den sista tiden flera gånger om och att det därför var viktigt med en person som verkligen lyssnade och bekräftade den anhöriges upplevelser. Vidare framkom det också att efterlevandesamtalen hjälpte anhöriga att hantera skuld känslor och ensamhet samt att få anhöriga att känna sig sedda och omhändertagna.

Forskning har visat på efterlevandesamtalets effekt på svåra tillstånd som sorg, ångest och depression (Yeni Kustanti et. al, 2020). Studien visade också att sjuksköterskan hade en viktig roll då anhöriga gärna vände sig till sjuksköterskan för hjälp och stöd. Sjuksköterskan gavs då möjlighet att hänvisa den anhörige vidare för att få adekvat hjälp med att hantera känslor som kunde uppstå i samband med en anhörigs bortgång.

Äldre personer uppgav att den anhöriges dödsplats var avgörande för om de erbjöds ett efterlevandesamtal eller inte (Bellamy et. al, 2013). Förväntningarna på att få stöd i form av ett efterlevandesamtal överskuggades dock ofta av behovet att försöka upprätthålla det vardagliga livet efter en anhörigs död och det var inte ovanligt att dödsfallet resulterade i att den anhörige fick ett omvårdnadsbehov som krävde inflytt på SÄBO. På SÄBO



har det senare visat sig att den anhöriges förändringar i humör och beteende sällan kopplades ihop med sorg utan snarare sågs som en del av åldrandet (Bellamy et. al, 2013).

Svenska Palliativregistret (2021) har skapat en anhörigenkät som ger anhöriga möjligheten att delge sina erfarenheter samt ge feedback på den givna vården en tid efter dödsfallet. Enkäten besvaras frivilligt och anhöriga får själva kontakta enheten som hade vårdansvaret för den avlidne anhörige om de önskar fylla i enkäten. Svaren som inkommer i anhörigaenkäten jämförs med de registreringar som gjorts av vårdpersonal i dödsfallsenkäten för att bredda perspektivet på vård i livets slutskede. Statistik visar att det registrerades drygt 55 000 dödsfallsenkäter under år 2021 och i 68,6 procent av fallen så erbjöds de anhöriga ett efterlevandesamtal inom en till två månader efter dödsfallet. Under samma period registrerades 553 anhörigenkäter och av dessa uppgav nästan 80 procent av de anhöriga att de erbjudits ett efterlevandesamtal. Statistiken kan inte styrka att alla erbjudna efterlevandesamtal genomförs då inte alla anhöriga besvarar anhörigenkäten.

Trots sjuksköterskans viktiga roll i arbetet med efterlevandesamtal och anhörigstöd finns det relativt lite forskning att tillgå inom området och den forskning som existerar är till stor del inriktad på vård av patienter med olika cancersjukdomar, en större variation på och mer forskning inom området är därför önskvärt (Becqué et al., 2019).

1.6 Sjuksköterskans roll

Statens offentliga utredningar (2018) konstaterade i ett betänkande att den äldre befolkningen ökar och kommer att fortsätta öka. De äldre har ofta komplexa vårdbehov och hög grad av samsjuklighet vilket ställer högre krav på att sjuksköterskan ska kunna göra självständiga bedömningar, handla adekvat och behandla sjukdomstillstånd utifrån beprövad erfarenhet och aktuell forskning. Specialistsjuksköterskan måste därför vara kapabel att ta ett



professionellt ansvar för patientens säkerhet genom vårdkedjan samt driva utvecklingen av vården framåt.

I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre som svensk sjuksköterskeförening (2012) tagit fram, framgår det att specialistsjuksköterskan ska bedriva sitt arbete med ett personcentrerat förhållningssätt, systematiskt göra en helhetsbedömning av hälsotillståndet och levnadsstandarden hos den äldre. Det beskrivs att äldre multisjuka personer ofta kräver vård där flera olika professioner är involverade för att få en helhetssyn av den äldre och dennes tillstånd. Detta innebär att specialistsjuksköterskor måste ha kunskap om det olika professionernas ansvars- och kunskapsområden och kunna samverka med dessa professioner i team för att ge de äldre bästa möjliga vård. I specialistsjuksköterskans ansvarsområden ingår även att vägleda anhöriga för att verka hälsofrämjande och minimera risker i vården av den äldre. Vidare går det att utläsa att specialistsjuksköterskor bland annat ska arbeta hälsofrämjande och evidensbaserat samt bistå den äldre personen och dennes anhöriga att komma i kontakt med rätt vårdinstans när ett behov uppstår genom att ha god kännedom om vården och lagstiftningen som rör den åldrande människan (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Detta konkretiseras i den palliativa vården och framförallt i efterlevandesamtalen där syftet är att fånga upp individer som riskerar att drabbas av komplicerad sorg och lotsa dem vidare i vårdkedjan för att de ska få rätt hjälp och stöd vilket i sin tur kan anses vara hälsofrämjande.

Sjuksköterskan har en viktig roll i att samordna patientens vård och beskrivs inte sällan som spindeln i nätet mycket tack vare sjuksköterskans tillgänglighet för såväl patienter och anhöriga som andra professioner. I synnerhet lyfts sjuksköterskan i hemsjukvården fram då dennes arbetsuppgifter med att samordna patientens vård ses som särskilt komplexa med tanke på alla olika



instanser som ska samverka (King et al., 2010). Johnson (2015) intervjuade distriktssköterskor i hemsjukvården och fick fram att arbetet med efterlevandesamtal upplevdes som tidskrävande och att de rätta resurserna för att genomföra samtalen saknades.

1.7 Teoretisk referensram

Levine (1967) utformade sin omvårdnadsteori med fokus på bevarandepriinciperna, dessa principer ska vara en hjälp för sjuksköterskan att förstå arbetets verkliga innebörd. Principerna i teorin går ut på att bevara patientens energi, strukturella, personliga och sociala integritet. Bevarandet av energi går ut på att människan är beroende av energi för att fungera, sjukdomar påverkar energinivå och en ökad trötthet kan till exempel vara ett tecken på att personen behöver använda energin till att läka snarare än aktivitet. Bevarandet av strukturell integritet syftar till läkning, ett sjukdomsförlopp kan påverka kroppen och dess funktioner, därför är det viktigt att i ett tidigt skede identifiera tecken på ohälsa. Ohälsa kan ha en negativ inverkan på patientens självbild och självförtroende och därför är bevarandet av den personliga integriteten viktig att ha i åtanke som sjuksköterska. Den sista principen i Levines teori går ut på att bevara människans sociala integritet och det innebär att sjuksköterskan behöver se till patientens sociala omgivning för att kunna förstå patientens behov fullt ut. Alla individer reagerar olika på sjukdom och omvårdnadsåtgärderna måste därför individanpassas. Detta betyder att sjuksköterskan arbetar för att patienten ska anpassa sig till de förändringar som sjukdomen innebär (Levine, 1967).

Sjuksköterskans arbete med efterlevandesamtal kan förstås med Levines bevarandepriinciper genom att efterlevandesamtal ses som sjuksköterskans sätt att hjälpa den anhörige (patienten) att bevara energi och integritet efter dödsfallet. Efterlevandesamtalet syftar till att fånga upp anhöriga som riskerar att drabbas av ohälsa och är en del av sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.



1.8 Problemformulering

Stor del av den vård som bedrivs på SÄBO är palliativ redan från det att den äldre personen flyttar in. Den palliativa vården kommer att leda fram till ett dödsfall, något som ofta framkallar sorg hos anhöriga. Inom palliativ vård ingår efterlevandesamtal som en viktig del. Efterlevandesamtalet syftar till att fånga upp anhöriga som löper risk för att drabbas av komplicerad sorg för att kunna erbjuda vård. Det saknas evidens som belyser sjuksköterskans erfarenheter av efterlevandesamtal och evidens som styrker att alla erbjudna efterlevandesamtal genomförs. Samtidigt finns det studier som indikerar att äldre anhöriga inte får rätt typ av stöd vid ett dödsfall och detta kan leda till att den anhörige får ett ökat hjälpbehov som endast kan tillgodoses på SÄBO. Studier visar också att sorg sällan betraktas som en bakomliggande orsak till beteende- och humörförändringar hos äldre personer vilket innebär att symtomen behandlas men inte den bakomliggande orsaken. Som studerande på specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning vård av äldre känns det därför aktuellt att undersöka hur sjuksköterskor inom SÄBO upplever arbetsuppgiften att genomföra efterlevandesamtal och om arbetsuppgiften utförs.

2. Syfte

Syftet med denna uppsats var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal inom äldrevården på SÄBO.



3. Metod

3.1 Design

Till studien valdes en kvalitativ design med en induktiv ansats då syftet var att söka en djupare förståelse för en företeelse, i det här fallet efterlevandesamtal samt utgå från informanternas upplevelser (Polit & Beck, 2021). Studiens resultat utgörs av åtta semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor på SÄBO.

3.2 Urval

Deltagarna till studien valdes ut strategiskt då det var önskvärt med kunskap inom det valda ämnet (Polit & Beck, 2021). Dessa valdes ut utifrån geografisk plats så att deltagarna i studien inte hade någon relation till författarna men ändå uppfyllde kravet på arbete inom SÄBO. Deltagarna i studien arbetar alla i Jämtland/Härjedalen. Legitimerad sjuksköterska var ett inklusionskriterie och även att sjuksköterskan skulle ha genomfört minimum fem efterlevandesamtal i tjänst inom SÄBO. Information om studien samt samtycke om att delta skickades i december 2021 ut till sex verksamhetschefer via mejl, se bilaga 1. Ingen av dessa chefer valde att delta med hänvisning till den ökade arbetsbelastning under pandemin. I det skedet kontaktades fem enhetschefer i närliggande kommuner via mejl, samtliga av dessa tackade nej eller valde att inte svara. Författarna valde då att ställa frågan om deltagande på ett internetforum för sjuksköterskor vilket resulterade i gensvar från fyra sjuksköterskor.

En enhetschef fick förfrågan i närliggande kommun som godkände att förfrågan skickades till tre sjuksköterskor som i sin tur alla tackade ja till att delta i studien. Ytterligare två enhetschefer kontaktades via mejl vilket genererade i ytterligare två intresserade sjuksköterskor. Totalt deltog åtta sjuksköterskor i studien, tre av deltagarna hade vidareutbildat sig till



distriktssjuksköterskor, resterande fem deltagare var grundutbildade, legitimerade sjuksköterskor. Deltagarnas arbetslivserfarenhet som sjuksköterska varierade mellan 1–20 år.

3.3 Datainsamling och genomförande

Därefter kontaktade författarna sjuksköterskorna enskilt och bokade en tid för att genomföra intervjun över telefon. Författarna satt på varsitt håll och ringde upp olika deltagare för att beakta etikrådets rådgivande yttrande om eventuell maktförhållande som kunde uppstå om deltagarna intervjuades av båda författarna samtidigt. Ett pilottest av intervjuguiden genomfördes mellan författare och en kollega på nuvarande arbetsplats, ingen justering av intervjuguiden gjordes efter detta. Intervjuerna inleddes med att deltagarna informerades än en gång om att telefonsamtalet spelades in och fick ge muntligt samtycke till detta innan intervjun påbörjades. Intervjuerna spelades in i januari 2022 med hjälp av en mobiltelefon försedd med kodlås som endast författarna hade tillgång till. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide med öppna frågor, se bilaga 2. Telefonsamtalen spelades in och intervjuernas längd varierade från nio minuter upp till 20 minuter som längst.

3.4 Dataanalys

Lundman och Graneheims (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys låg till grund för analysen i denna studie. Kvalitativ innehållsanalys valdes för att individuella upplevelser var det som besvarar uppsatsens syfte. Polit och Beck (2020) belyser att kvalitativ innehållsanalys tar fram deltagarnas upplevelser snarare än författarens perspektiv, vilket besvarar syftet om att belysa sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal. Författarna lyssnade igenom de inspelade materialet enskilt för att sedan transkribera intervjuerna till text. Författarna läste därefter igenom materialet upprepade gånger för att sedan plocka ut meningsenheter som svarade till syftet och sedan kondenserat



meningsenheterna så textnära som möjligt. De kondenserade enheterna kodades sedan och när alla koder stod klara utformade författarna underkategorier och kategorier gemensamt. Kategorierna svarade till studiens syfte (Lundman & Hällgren Granheim, 2004). Inför varje nytt moment stämde författarna möte för att gemensamt planera förfarandet och därefter arbetade författarna enskilt med momentet.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag upplever att anhöriga ofta har haft ett behov av efterlevandesamtal	Upplever att anhöriga har behov av efterlevandesamtal	Anhöriga har behov av efterlevandesamtal	Anhörigas behov	Samtalets betydelse för anhöriga
vi hade en patient som inte hade några anhöriga, eller han hade anhöriga men de hade ingen kontakt, och han dog i ett oväntat dödsfall så jag var ju tvungen på en helg att leta reda på den anhörige och det var ett väldigt intressant möte	En patient utan nära anhöriga dog oväntat. Sökte upp en anhörig och ett intressant möte uppstod.	Intressant möte uppstod	Anhörigrelation	Samtalets betydelse för anhöriga

3.5 Etiska överväganden

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor syftar till att skydda den enskilde individen och människovärdet vid forskning. Individen ska inte kunna skadas fysiskt eller psykiskt och ska inte heller få sin integritet kränkt (SFS 2003:460).

Etiska överväganden måste användas för att skydda deltagarnas rättigheter i vetenskaplig forskning (Polit & Beck, 2021). En del i detta är att reflektera över studiens alla moment för att säkerställa deltagarnas säkerhet. För att



säkerställa deltagarnas säkerhet används de etiska principerna som Belmontrapporten presenterade. Respekt för den enskilda individen, göra-gott-principen och rättviseprincipen. Att respektera individen innebär att dennes uppfattningar och autonomi respekteras och detta möjliggörs genom att vi gett tydlig information om studien för att individen ska kunna ta ett beslut om deltagande. Göra-gott-principen innebär att individens deltagande inte innebär skada för den enskilde och att studien maximerar möjliga fördelar och rättviseprincipen handlar om att fördela fördelar och nackdelar på ett så gynnsamt sätt som möjligt. Utgångspunkten är alltid att alla individer behandlas likvärdigt (Sandman & Kjellström, 2018).

Ansökan om att få genomföra studien skickades till det programspecifika etiska rådet och blev godkänd under december 2021 med bland annat det rådgivande yttrandet att beakta att ett eventuellt maktförhållande kunde uppstå om författarna intervjuade i par. De enheter vars sjuksköterskor tillfrågades om deltagande i studien var enheter som författarna inte har arbetat på. Det innebar att författarna inte hade någon arbetsmässig relation till de sjuksköterskor som valde att delta i studien och detta anses vara positivt för öppenheten. De tillfrågade sjuksköterskorna fick bestämma tiden för intervju så att de kunde anpassa planera in en tid som passade dem och inte störde deras arbete. Eftersom intervjuerna genomfördes via telefon var deltagarna fria att välja vart de ville genomföra intervjun. All insamlad data avidentifierades och kodades för att studiedeltagarna inte skulle kunna identifieras av utomstående. Samtyckeskravet tillgodosågs genom de informationsbrev som skickades ut i förväg och samtyckeskravet uppfylldes genom att deltagarna fick lämna skriftligt och muntligt samtycke i samband med sitt deltagande. De genomförda intervjuerna spelades in på en mobiltelefon försedd med kodlås som endast författarna hade tillgång till och materialet förstördes efter att uppsatsen examinerades och godkändes. På så sätt tillgodosågs konfidentialitetskravet. Studiens insamlade data användes enbart till denna



studie och endast författarna hade tillgång till den insamlade datan för att tillgodose nyttjandekravet.

I enlighet med Helsingforsdeklarationen utsatte studien informanterna för ytterst liten risk då deltagandet var frivilligt och ingen av informanterna kom till skada eller påverkades negativt av sitt deltagande. Studiens nytta ansågs vara stor dels för äldre personer som är i riskgrupp för att drabbas av komplicerad sorg men också för samhället då efterlevandesamtal skulle kunna förhindra att en del personer blir vårdkrävande (World Medical Association, 2018).



4. Resultat

Analysen utmynnade i fem kategorier och elva underkategorier som presenteras i tabell 2. I resultatet benämns alla informanter som sjuksköterskor oavsett utbildningsnivå.

Tabell 2. Översikt av underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Negativa känslor	Egen känslomässig påverkan
Positiva känslor	
Erbjudande om efterlevandesamtal	Genomförandet av efterlevandesamtal
Struktur på efterlevandesamtal	
Anhörigas behov	Samtalets betydelse för anhöriga
Anhörigas reaktioner	
Anhörigrelation	
Brist på kunskap	Betydelsen av kompetens
Brist på rutiner	
Identifiera risken för komplicerad sorg hos anhöriga	



4.1 Egen känslomässig påverkan

4.1.1 Negativa känslor

Sjuksköterskorna beskrev hur efterlevandesamtal bidrog till flera olika känslouttryck. Informanterna upplevde nervositet över att ta kontakt, både inför erbjudandet av samtal men även utförandet av efterlevandesamtalet. Nervositeten var delvis grundad i osäkerhet över samtalets syfte. Flera av informanterna uppgav att de helt eller delvis saknar kunskap och förståelse för samtalets syfte. Detta bidrog till en känsla av osäkerhet och nervositet. En känsla av att vara till besvär och störa de anhöriga i sin sorg, att riva upp sår, ökade nervositeten inför efterlevandesamtal.

“det är lätt att få en känsla att man ringer och stör eller att man själv inte riktigt vet vad man ska säga.”

Viss osäkerhet hade grund i att sjuksköterskorna inte visste vad de skulle få för motfrågor på förhand och hur de anhöriga hanterade sorgen. Det blev stelt och lite tafatt när sjuksköterskan inte visste hur samtalet skulle föras framåt när anhöriga inte hade några frågor. De gruvade sig inför samtalet och speciellt när relationen till anhöriga varit svår under patientens tid på vårdnheten. Sjuksköterskor undvek ibland att använda ordet efterlevandesamtal för att inte behöva förklara vad samtalet innebar utan erbjöd i stället att ringa upp i största allmänhet för att se hur de gick för anhöriga en tid efter dödsfallet.

“och ibland säger jag bara jag hör av mig till veckan och så pratar vi lite mer då om ni har några funderingar, för jag vet inte riktigt hur man ska förklara själva vad ett efterlevandesamtal är, om de ställer en motfråga, vad är det?”

Informanterna beskrev hur arbetsuppgiften varierade i svårighetsgrad mellan olika moment, flera sjuksköterskor upplevde det svårt att erbjuda efterlevandesamtal och visste inte hur frågan skulle ställas till anhöriga. En bristande relation till de anhöriga försvårade ett efterlevandesamtal. Samtalet i sig beskrevs som svårt och många sjuksköterskor hänvisade till



bristande kunskap om arbetsuppgiften samt om syftet med samtalet. Ingen av informanterna beskrev arbetsuppgiften som lätt rakt igenom men flera menade att arbetsuppgiften blev lättare med tiden ju mer arbetslivserfarenhet de samlade på sig.

4.1.2 Positiva känslor

Sjuksköterskorna beskrev samtalen som meningsfulla, viktiga, värdefulla och en arbetsuppgift som bör prioriteras. Trots känslor av nervositet och osäkerhet uppgav de allra flesta att samtalen brukade gå bra och gav en känsla av tillfredsställelse i efterhand. Sjuksköterskor uppgav att det kändes fint att få höra från de anhöriga en tid efter dödsfallet.

“det är nästan som att när patienten går bort saknar man ju de anhöriga också, det är fint att få höra deras röst igen och se hur det går, och för det mesta går det ju bra.”

4.2 Genomförande av efterlevandesamtal

4.2.1 Erbjudande om efterlevandesamtal

Erbjudandet om efterlevandesamtal varierade både i tid och utförande mellan de olika sjuksköterskorna. De flesta erbjöd ett efterlevandesamtal så snart som möjligt efter dödsfallet. Om sjuksköterskan varit på plats vid dödsfallet erbjöds ett efterlevandesamtal direkt, annars togs kontakt under första arbetspasset efter dödsfallet. De flesta sjuksköterskorna svarade att de genomförde efterlevandesamtal mindre än sex veckor efter dödsfallet. Flera av dessa genomförde samtal antingen omgående eller inom en till två veckor efter dödsfall.

En sjuksköterska genomförde samtalen minst åtta veckor efter dödsfall och två sjuksköterskor genomförde samtalen inom rutinens referensram på 6-8 veckor efter dödsfall. Flera svarade att det varierade beroende på när det passade bäst både utifrån verksamheten, de anhörigas behov och situation.

Några sjuksköterskor valde att aldrig ringa upp anhöriga för att erbjuda



efterlevandesamtal utan passade i stället på att erbjuda samtal när anhöriga var på plats. De sjuksköterskor som ställde en öppen fråga om att få kontakta anhöriga för ett samtal senare upplevde att anhöriga nästan alltid tackade ja. De sjuksköterskor som istället frågade om anhöriga ville ha ett efterlevandesamtal upplevde tvärtom att många anhöriga avböjde erbjudandet. Ibland erbjöds inte efterlevandesamtal om relationen till de anhöriga varit svag och sjuksköterska ej varit på plats när patienten dött. *“Ja, det brukar jag göra ibland men ibland tycker jag att det är svårt om man inte har haft nån liksom kontakt med anhöriga sen tidigare och så bara avlider de när man inte är på plats och sen ser man dem aldrig mer igen.”*

Alla sjuksköterskor kände till rutinen om att erbjuda efterlevandesamtal och hänvisade till palliativregistrets enkät vid dödsfall som innehåller en fråga om att erbjuda efterlevandesamtal. Några sjuksköterskor uttryckte att de själva alltid erbjuder efterlevandesamtal men att de inte upplevde att deras kollegor gjorde det då det sällan fanns inplanerade efterlevandesamtal. Ibland lämnades initiativet till efterlevandesamtal över till anhöriga. De erbjöds att själva höra av sig om de önskade ett samtal längre fram.

4.2.2 Struktur på efterlevandesamtal

Synen på vad ett efterlevandesamtal är skiljde sig mellan de olika sjuksköterskorna och således även deras utförande. De flesta genomförde samtalen över telefon om inte anhöriga bad om specifikt fysiskt möte. Någon sjuksköterska genomförde alltid samtalen fysiskt tillsammans med anhörig och enhetschef, även kontaktpersonen deltog på anhörigas önskemål i vissa fall. Någon uppgav att det gått över till telefonsamtal nu på grund av pandemin men innan gjordes efterlevandesamtal helst i ett fysiskt möte. De flesta sjuksköterskorna planerade tillsammans med anhöriga in en specifik tid för samtalet då tid avsattes. Några uppgav att de aldrig planerade in samtalet utan genomförde det när anhöriga ändå var på plats, ofta när de var där för att städa ur lägenheten.



“Jag ser när det kommer någon, ehh, men så då brukar jag passa på och så, jag beklagar och så, då blir ju som det efterlevandesamtalet. “

Det framkom att samtalet även kunde ske via kollega som hälsat att anhöriga varit där och uppgett sig vara nöjda med vården, detta räknades då som ett genomfört efterlevandesamtal.

Samtalen var inte alltid specifika och avgränsade utan skedde över tid.

“har alltid efterlevandesamtal i åtanke men oftast hörs man liksom både innan, under och efter.”

De flesta sjuksköterskorna uppgav att samtalet var ostrukturerat och improviserades utifrån vad anhöriga hade för frågor och var de befann sig i sorgearbetet. En sjuksköterska uppgav att det fanns en mall, från medicinskt ansvarig sjuksköterska i den kommunen, med föreslagna frågor att ta upp under ett efterlevandesamtal. Många inledde samtalet med en öppen fråga om hur anhöriga mådde och hur tiden fram till begravningen varit.

Sjuksköterskorna var lyhörda och inlyssnande i samtalet, tillät anhöriga att styra samtalet, ställa frågor och berätta om sina känslor.

“jag har inte någon agenda att ‘det och det och det vill jag ta upp’ utan jag brukar lyssna in, presenterar mig och sen brukar samtalet direkt alltid komma igång.”

Hur sista tiden var för patienten påverkade efterlevandesamtalet, om de till exempel haft besvär med smärta och en jobbig sista tid i livets slutskede så anpassade sjuksköterskan samtalet efter det.

4.3 Samtalets betydelse för anhöriga

4.3.1 Anhörigas behov

Upplevelsen av anhörigas behov skiljde sig mellan sjuksköterskorna. Några uppgav att de flesta anhöriga hade stort behov av efterlevandesamtal medan andra uppgav motsatsen. De som ansåg att behovet var mindre avstod oftare



från att genomföra efterlevandesamtal men när det väl genomfördes upplevdes det som positivt.

“Eh...ja att efterlevandesamtal sällan behövs men ibland så har vi faktiskt haft det, och då har det ju ofta ändå varit ganska positivt”

Ibland när anhöriga tackade nej till efterlevandesamtal tolkade sjuksköterskan det som en försvarsmekanism. Behovet av efterlevandesamtal var väldigt individuellt och delvis beroende av hur sista tiden varit. Några sjuksköterskor ansåg att behovet av efterlevandesamtal minskade för de anhöriga som kände sig “klar” och inte hade några frågor att ställa medan andra sjuksköterskor menade att behovet av att ventilera och bearbeta kvarstod, att även anhöriga som inte hade några frågor att ställa behövde en stund av reflektion.

“Oftast har de inga frågor kvar att ställa men det blir som ett tillfälle att processa det som har hänt, men sällan har de frågor om varför och så, det har de redan kommit till insikt med.”

“och vissa samtal har man mest bara suttit och lyssnat på anhöriga som pratat hur mycket som helst om allt möjligt som de har velat ventilerat.”

Sjuksköterskan bjöd även in till ytterligare kontakt om den anhörige önskade. De flesta erbjöd den anhörige att själv höra av sig. Några uppgav att de planerade in ytterligare samtal när de, under efterlevandesamtal, tolkade att den anhörige hade behov av mer stöd i form av ännu ett samtal.

“Eller så kanske man kan känna av att de har inte riktigt landat utan har fortfarande en del frågetecken och då kanske jag ringer upp igen två veckor efter det samtalet. Det beror på vart de är i processen.”

4.3.2 Anhörigas reaktioner

Sjuksköterskorna upplevde att anhöriga uppskattade efterlevandesamtalen och var tacksamma för möjligheten till ett samtal. Det gav en känsla av avslut.



“ja, men oftast, min erfarenhet är att de anhöriga oftast uppskattar att få samtalet, det blir ju som ett avslut med det här samtalet.”

Tiden och platsen för samtalet spelade roll. När samtalet skedde inne i den avlidnes lägenhet kunde den anhörige vara i en tung sorgeprocess och därmed inte mottaglig för ett efterlevandesamtal. Sjuksköterskan behövde känna in den anhörigas reaktioner och var i processen denne befann sig.

Flera informanter berättade hur glada anhöriga blev när de åter fick höra sjuksköterskans röst några veckor efter dödsfallet. Anhöriga upplevdes som lättade att det var sjuksköterskan som ringde eller kom på besök.

När information om patientens tillstånd sista tiden inte nått fram till alla anhöriga skapades upprörda känslor som framkommit vid efterlevandesamtal. Sjuksköterskan kunde ha haft löpande kontakt med barnen till patienten och senare framkom det att syskon till patienten varit ovetande om vårdförloppet och att deras sorgeprocess därför kantats av upprördhet.

4.3.3 Anhörigrelation

Sjuksköterskorna berättade hur de byggde en fin relation till anhöriga, speciellt under vården i livets slut. När patienten hade gått bort kunde sjuksköterskan sakna de anhöriga. Att kontakta anhöriga i ett efterlevandesamtal gav en känsla av avslut även för sjuksköterskan. Anhöriga gav feedback och synpunkter på den givna vården vilket stärkte sjuksköterskans professionella roll. Det var viktigt att få höra de anhörigas åsikter. Någon sjuksköterska uppgav att det kunde kännas meningslöst med efterlevandesamtal, det hade varken varit givande för henne eller patienten i vissa fall.

“Mmm, men erfarenhet, ja alltså, de jag har haft så har det ju varit, som vissa har ju knappt känns som någon mening att jag ringer upp, att det inte har gett något liksom.”



4.4 Betydelsen av kompetens

4.4.1 Brist på kunskap

Ingen av sjuksköterskorna hade fått information om efterlevandesamtal i grundutbildningen för sjuksköterskor annat än att det skulle genomföras och är en del av palliativ vård. Flera menade att det var svårt som ny sjuksköterska att genomföra efterlevandesamtal utan kunskap om arbetsuppgiften samtidigt som det saknades information om efterlevandesamtal i introduktionen till arbetet. De som själva försökt söka kunskap om efterlevandesamtal hade svårt att hitta information. Genom att fråga mer erfarna kollegor och genom att genomföra efterlevandesamtal hade de flesta hade skaffat sig sin kunskap.

En sjuksköterska påtalade att vidareutbildningen till distriktssjuksköterska innehöll kurser i svåra samtal vilket gav förutsättningen att klara av dessa typer av samtal och kunna möta de anhörigas sorg. Några informanter ansåg att grundutbildningen behöver kurser i svåra samtal för att sjuksköterskor ska kunna utföra efterlevandesamtal. De flesta uppgav att de aldrig upptäckt komplicerad sorg genom efterlevandesamtal. Flera trodde inte att det var möjligt att upptäcka komplicerad sorg genom ett sådant samtal. Ett par sjuksköterskor med lång erfarenhet av svåra samtal menade att det är viktigt med dessa samtal och de hade flertalet gånger upptäckt komplicerad sorg genom efterlevandesamtal.

4.4.2 Brist på rutiner

De flesta sjuksköterskorna saknade lokal rutin för hur efterlevandesamtal skulle genomföras samt information om efterlevandesamtal och dess syfte. Sjuksköterskorna önskade någon form av stödmaterial att luta sig mot i genomförandet av efterlevandesamtal, ett formulär med förslag på frågor eller ämnen att ta upp under samtalet.



“om man är helt ny färdig sjuksköterska är det inte så lätt att genomföra efterlevandesamtal, det finns saker som, det gäller att ställa de rätta frågorna. Det är nog bra att ha ett riktat frågeformulär framför sig.”

Sjuksköterskorna menade att varje samtal var individuellt och formades utifrån relationen till anhöriga samt var i processen anhöriga befann sig. En skriftlig rutin för genomförandet av efterlevandesamtal på arbetsplatsen efterfrågades så att varje sjuksköterska inte själv behövde hitta på hur samtalen skulle utformas.

“det är ju lite synd att man ska uppfinna hjulet, när det redan finns, egentligen”.

Sjuksköterskor önskade en rutin som förklarade det verkliga syftet med efterlevandesamtal för att lättare kunna sätta sig in i arbetsuppgiften.

4.3.2 Identifiera risken för komplicerad sorg hos anhöriga

De flesta informanterna hade aldrig upptäckt komplicerad sorg i samband med efterlevandesamtal. Några kände inte till definitionen komplicerad sorg och uppgav att de inte trodde sig kunna identifiera olika typer av sorg eller vårdbehov via ett telefonsamtal. Några sjuksköterskor kände till definitionen av komplicerad sorg och hade via efterlevandesamtal upptäckt vårdbehov.

Sjuksköterskor upplevde en tillfredsställande känsla av att upptäcka komplicerad sorg eller anhöriga med ett stort behov av stöd. Då kunde sjuksköterskan hänvisa anhöriga vidare till primärvård eller erbjuda en samtalskontakt.

“nej jag tycker att det är bra, det känns bra och speciellt när man hittar de som behöver slussas till en kurator eller andra vårdenheter.”



5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte om att undersöka sjuksköterskors erfarenheter valdes en kvalitativ design med induktiv ansats. Enligt Polit och Beck (2021) är en kvalitativ metod att föredra när det är upplevelser och erfarenheter som ska undersökas. För att få en djupare förståelse för sjuksköterskornas upplevelser valdes en induktiv ansats i stället för en deduktiv ansats då en deduktiv ansats hade inneburit att intervjuerna utgått från en förutbestämd teori. Detta hade kunnat påverka resultatet så att författarna inte fått fram svar som besvarat studiens syfte på ett tillfredsställande sätt. En litteraturöversikt sammanfattar det aktuella forskningsläget inom valt ämne genom att flera originalstudier sammanställs till ett resultat (Polit & Beck, 2021). Efter att ha sökt i två olika databaser konstaterades att det i stort sett saknas forskning som lyfter fram sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal, detta gjorde att litteraturöversikt som metod för studien valdes bort.

Flertalet verksamheter i flera olika kommuner tillfrågades om deltagande, majoriteten av dessa avböjde deltagande och hänvisade till att de upplevde en ansträngd arbetssituation relaterat till pågående pandemi. Resultatet hade kunnat utgöras av fler intervjuer om belastningen på vården sett annorlunda ut men fler intervjuer är inte en garanti för ökad kunskap (Kvale & Brinkmann, 2017).

De sjuksköterskor som deltog i studien hade olika utbildningsnivå och de yrkesverksamma åren som sjuksköterska varierade, detta anses i enlighet med Polit och Beck (2021) stärka studiens trovärdighet. När intervjuerna var genomförda transkriberades dessa av författarna enskilt men lästes ej av informanterna. Om informanterna fått läsa de transkriberade intervjuerna i efterhand hade studiens bekräftelsebarhet kunnat stärkas. Däremot



genomfördes intervjuerna utan att författarna delgav informanterna sin förförståelse om efterlevandesamtal och efterlevandesamtalets syfte, detta anses stärka bekräftelsebarheten i enlighet med Lincoln och Guba (1985). Författarnas erfarenhet av arbete på SÄBO och efterlevandesamtal anses inte ha påverkat vare sig resultat eller analys då författarnas förförståelse om efterlevandesamtal var liten, detta stärkte både studiens pålitlighet och bekräftelsebarhet. Variationen i deltagarnas utbildning och antal yrkesverksamma år samt det faktum att deltagarna arbetade inom olika organisationer styrker studiens överförbarhet då resultatet är överförbart till andra verksamheter där sjuksköterskor utför samma typ av arbetsuppgift (Henricson, 2017). Informanterna fick fritt välja en tid för intervju och hade därigenom möjlighet att välja plats att befinna sig på vid genomförandet av intervjun. För att skapa trygghet och minska nervositet inför intervjufrågorna valde författarna att småprata med informanterna om deras tidigare yrkesliv, nuvarande arbetsplats och tidigare utbildning. Att “bryta isen” underlättar informanten att slappna av och tala mer fritt och öppet (Polit & Beck, 2021).

Författarna valde semistrukturerad intervju för studiens syfte skulle besvaras och på så sätt stärktes studiens tillförlitlighet och det gav även deltagarna möjlighet att styra samtalet på ett helt annat sätt än om helt strukturerade frågor hade använts (Lundman & Graneheim, 2017). Nackdelen med en semistrukturerad intervju kan vara att frågorna ställs på olika sätt till de olika deltagarna beroende på vem som intervjuar och deltagarens svar på föregående frågor och detta skulle kunna ha en negativ inverkan på studiens tillförlitlighet. Vidare kan valet av telefonintervju ha påverkat resultatet då intervjuernas längd varierade beroende på hur mycket deltagarna valde att utveckla och förklara sina svar. Möjligtvis hade intervjuernas innehåll och längd kunnat gynnas av personliga möten vilket hade kunnat påverka trovärdigheten (Henricson, 2017). Det är fördelaktigt med personliga möten men då intervjun är kort, specifik och ej personlig fungerar intervju över



telefon som alternativ (Polit & Beck, 2021). Längden på intervjuerna kan ha påverkats av valet av intervjusätt, ett personligt möte hade kunnat generera längre intervjuer då det kan upplevas lättare att som informant öppna upp och utveckla svaren om den som intervjuar befinner sig i samma rum. En inledande öppen fråga där deltagarna fått berätta fritt om sin erfarenhet av efterlevandesamtal hade kunnat ge mer djup till svaret. Intervjun avslutades med en öppen fråga om de hade något mer att tillägga, svaret var enhälligt nej då deltagarna ansåg att relevanta frågor ställts under intervjun och kunde inte komma på något mer att tillföra, kanske hade något mer framkommit om författarna valt att kort sammanfatta intervjun i slutet (Henricson, 2017).

Informanternas integritet bevaras genom att intervjuerna avpersonifierades och informanternas telefonnummer raderades efter genomförd intervju. De inspelade intervjuerna raderades efter transkribering för att materialet inte skulle kunna användas i andra syften och det transkriberade materialet har förvarats inlåst där endast författarna haft tillgång till det (Kjellström & Sandman, 2017). De transkriberade intervjuerna kodades för att utomstående inte skulle kunna identifiera informanterna och på så sätt uppfylldes konfidentialitetskravet. Informanterna fick lämna både skriftligt och muntligt samtycke till deltagandet samt informerades om hur materialet förvarades under tiden för studiens genomförande för att uppfylla de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna valde att inte numrera informanterna och angav inte vilket citat som tillhörde vilken informant i studien för att informanterna inte skulle känna sig särskilt utpekade eller kunna identifieras av utomstående.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visade att efterlevandesamtal har en känslomässig påverkan på sjuksköterskor och att de negativa känslor som uppstod ofta hade grund i bristfällig kompetens. Trots bristfällig kompetens hade efterlevandesamtalet stor betydelse både för sjuksköterskorna och anhöriga. Resultatet visade på



vikten av kompetens och att majoriteten av sjuksköterskorna önskade stödmaterial i sitt arbete med efterlevandesamtal.

5.2.1 Genomförandets betydelse för eftersamtal

Majoriteten av alla planerade efterlevandesamtal skedde enligt resultatet via telefon. Vissa sjuksköterskor uttryckte att de inte övervägt något annat alternativ, någon annan uttryckte att det var mest praktiskt så. Enligt Milberg et. al (2011) föredrog anhöriga, i behov av efterlevandesamtal, att det skedde genom ett personligt möte i det egna hemmet. Den enda sjuksköterskan som erbjöd personliga träffar i vårt resultat genomförde dessa på arbetsplatsen och då tillsammans med enhetschef. Milberg et. al (2008) menar även att samtalet bör initieras och genomföras av den som vårdat personen närmast. Vi anser att enhetschefens deltagande kan bidra till att samtalets fokus hamnar på sådant som är utanför sjuksköterskans uppdrag, såsom praktiska frågor kring utflytt, ekonomi etc. Några sjuksköterskor valde att ta samtalen spontant när anhöriga kom till boendet. När de möttes i korridoren eller när anhöriga städade ur rummet kunde sjuksköterskan finnas där för att svara på frågor och funderingar vilket, av några sjuksköterskor, ansågs vara ett efterlevandesamtal. Författarna kan inte se att ett sådant möte faller in i mallen för ett efterlevandesamtal enligt Svenska Palliativregistrets (2021) beskrivning men att det ändå delvis kan svara till syftet med efterlevandesamtal. Målet är bland annat att svara på frågor från anhöriga om den avlidnes sista tid i livet, reflektera över hur vården utförs samt eventuella förbättringar som kan genomföras. Författarnas erfarenhet är att det kan vara svårt för den anhöriga att öppna upp i ett spontant samtal som inte är planerat och som inte sker i en lugn och avskild miljö.

Det framgick att de flesta sjuksköterskorna ansåg att komplicerad sorg inte kunde upptäckas genom ett telefonsamtal.



Förebyggande hälsofrämjande hembesök är en metod att värna om äldre hälsa, självständighet och välbefinnande. Dessa hembesök har visat sig minska äldres vårdkonsumtion och öka livskvalitet (Telander & Ernsth Bravell, 2015). Svenska Palliativregistret (2021) rekommenderar hembesök för efterlevandesamtal och att utforma efterlevandesamtal mer likt ett förebyggande hälsofrämjande hembesök skulle eventuellt kunna främja den anhörige på ett mer gynnsamt vis än ett telefonsamtal kan göra. Sahlén (2009) menar att förutsättningen för dessa hembesök är att personal som genomför hembesöken har rätt kompetens, både socialt och medicinskt. Studiens resultat styrker att kunskap ger trygghet och att arbetsuppgiften efterlevandesamtal blir svår att genomföra korrekt utan kompetens. Inom äldrevården på SÄBO i Sverige är resurserna begränsade och vi tror att det skulle vara svårt att genomföra dessa samtal i form av planerade hembesök men vi ser behovet och nyttan i det. I grannlandet Danmark erbjuds alla över 75 år ett hembesök som fokuserar på hälsofrämjande information, socialt nätverk, ekonomi och aktiviteter utanför hemmet. Syftet med dessa hembesök är att identifiera friska äldre och ge förutsättningar för dessa individer att undvika försämrad hälsa eller nedsatt funktion (Sahlén, 2009). Här ses tydliga likheter med syftet för efterlevandesamtal, dessa hembesök skulle kunna erbjudas alla som har en ökad risk för ohälsa, såsom äldre individer som förlorat sin livspartner. Levines teori om bevarandepprinciper tar upp just de delar som ett förebyggande hälsofrämjande hembesök går ut på; bevara den äldres förmåga till självständighet, hälsa och välbefinnande. Att se till social situation, ekonomisk och medicinsk status, socialt nätverk och stötta den äldre till ett hälsosamt liv och minska behovet av vård (Levines, 1967). Vi ser en tydlig koppling mellan ett väl genomfört efterlevandesamtal och Levines teori om att bevara hälsa och välbefinnande.



5.2.1 Kompetensens betydelse för efterlevandesamtal

Resultatet visar att sjuksköterskor saknar kunskap om arbetsuppgiften, vad syftet är med samtalet samt hur det bör genomföras. Att kalla till ett samtal där kärnan av samtalet är otydlig för sjuksköterskan är en svår uppgift och det syns i resultatet. Flera påpekade nervositet och osäkerhet inför efterlevandesamtal, både vad gällde att erbjuda samtalet men även samtalet i sig. Meichsner et. al (2020) betonar att vårdpersonal inom äldreården ofta känner sig osäker inför just efterlevandesamtal, trots att det är en vanligt förekommande arbetsuppgift när man jobbar med äldre. Svenska Palliativregistret (2021) betonar att lokala rutiner för efterlevandesamtal ska utformas på varje enhet. Då olika verksamheter har varierande patientgrupper och således även varierande behov av efterlevandesamtal bör rutinen utformas lokalt. Den sjuksköterska som kallar till efterlevandesamtal bör ha goda kunskaper om sorgeprocessen samt erbjudas utbildning och kompetensutveckling i samtalsteknik. Sjuksköterskor med längst erfarenhet eller vidareutbildning i grunden betonar vikten av efterlevandesamtal, vilket även bekräftas av Svenska Palliativregistret. Vi tror att goda kunskaper om syfte och mål för efterlevandesamtal skapar förutsättningar för ett givande samtal som minskar sjuksköterskans obehag inför samtalet. Som specialistsjuksköterska inom äldreården finns goda förutsättningar arbeta förebyggande och fånga upp vårdkrävande anhöriga i sin sorgeprocess. Levines bevarandepprinciper betonar sjuksköterskans förmåga att identifiera symtom som hotar försätta individen i obalans, såsom minskad sömn, nedsatt aptit och för lite vila. Sjuksköterskan har för uppgift att hjälpa den anhörige anpassa sig till sin nya situation, att fördela sina resurser, bevara energi och leva både kroppsligt och själsligt i balans. Varje individ har en unik reaktion och sorgeprocessen är individuell och så bör även omvårdnadsåtgärderna vara (Levines, 1967). Det är därför av vikt att sjuksköterskan har kunskap om efterlevandesamtal och hur dessa bör struktureras för att på bästa sätt hjälpa anhöriga och kunna identifiera behov.



Det är komplext att möta människor i sorg och därför nödvändigt att som sjuksköterska känna sig trygg och införstådd med arbetsuppgiften. Milberg et. al (2011) visar i en studie att majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att efterlevandesamtal var relativt enkel uppgift. Det framgår även att de sjuksköterskor som hade en negativ upplevelse av arbetsuppgiften bland annat kopplade det till bristande kompetens. Detta bekräftas i studiens resultat som visade att sjuksköterskorna som upplevde osäkerhet, nervositet och gruvade sig inför samtalen samtidigt inte hade kunskap om uppgiften.

5.2.3 Identifiera komplicerad sorg

Resultatet visade att endast ett fåtal sjuksköterskor hade upptäckt komplicerad sorg i ett efterlevandesamtal, dessa sjuksköterskor var de som hade mest kunskap och kännedom om efterlevandesamtalets innebörd. Flertalet andra sjuksköterskor med mindre erfarenhet och mindre kunskap av efterlevandesamtal uppgav att de inte trodde att det var möjligt att upptäcka komplicerad sorg via ett efterlevandesamtal. Studien av Pearce et. al (2021) indikerar att flertalet sjuksköterskor upplever att de inte har vare sig kunskap eller tillräckligt med resurser för att upptäcka komplicerad sorg. De flesta sjuksköterskor ansåg att efterlevandesamtal var en viktig arbetsuppgift men saknade kunskap om hur en person med risk för komplicerad sorg skulle remitteras vidare för att få rätt hjälp.

Sjuksköterskor bör vara uppmärksamma på förändringar i beteendet hos anhöriga som förlorat en familjemedlem oavsett om kunskapen om efterlevandesamtal och komplicerad sorg är låg eller inte enligt Chang et. al (2012).

5.3 Klinisk relevans

Studiens resultat indikerar att sjuksköterskor behöver utbildning i efterlevandesamtal redan i grundutbildningen för att klara av arbetsuppgiften på ett tillfredsställande sätt. Studien kan med fördel användas som underlag



för utformandet av en rutin som stöd till sjuksköterskor inom SÄBO-verksamhet. Mer forskning inom ämnet behövs och önskvärt är att även äldre anhörigas erfarenheter av efterlevandesamtal lyfts.

6. Konklusion

Sjuksköterskor saknar utbildning, rutiner och stödmaterial för att kunna utföra efterlevandesamtal. Avsaknaden av utbildning och kännedom om efterlevandesamtal förhindrar att sjuksköterskor identifierar anhöriga som löper risk för att drabbas av komplicerad sorg. Arbetet med och utbildning i efterlevandesamtal ses som gynnsamt både på individ- och samhällsnivå.



Referenser

Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, C J. (2013). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging and Mental Health*, 18(3), (s.354-362).
<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>

Beck, I. (2017). Palliativ vård. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernst Bravell & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 507-531). Lund: Studentlitteratur.

Becqué, Y. N., Reijnders, J. A. C., Geet van Dreil, A., van der Heide, A. & Witkamp, E. (2019) Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *International Journal of Nursing Studies* 97 (s. 28-39).
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011>

Becqué, Y. N., Reijnders, J. A. C., van der Heide, A. & Witkamp, E. (2021). How nurses support family caregivers in the complex context of end-of-life home care: a qualitative study. *BMC Palliative Care* 20(162).
<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00854-8>

Bellamy, G., Gott, M., Waterworth, S., McLean, C. & Kerse, N. (2013). 'But I do believe you've got to accept that that's what life's about': older adults living in New Zealand talk about their experiences of loss and bereavement support. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), (s. 96-103).

Benkel, I. (2020). Sorg. I B. Andershed & B-M. Ternstedt. (Red.), *Palliativ vård- begrepp och perspektiv i teori och praktik*. (s. 279- 293). Lund: Studentlitteratur.

Chang, E., Bidewell, J., Hancock, K., Johnson, A. & Easterbrook, S. (2012). Community palliative care nurse experiences and perceptions of follow-up bereavement support visits to carers. *International Journal of Nursing Practice*. 18 (s. 332-339).

Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families



dealing with malignant bowel obstruction. *International Journal of Palliative Nursing*, 19, (s. 593–598).

Edberg, A-K. & Andersson, M. (2020). Att vara äldre och närma sig livets slut. I B. Andershed & B-M. Ternestedt. (Red.), *Palliativ vård- begrepp och perspektiv i teori och praktik*.(s. 441-453). Lund: Studentlitteratur.

Ellis, D., Jackson, S. & Stevenson, C. (2005). A concept analysis of nursing support. I J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Red.), *The Essential Concepts of Nursing* (s. 273-285). London: Elsevier.

Ernst Bravell, M. (2017). Äldre personers döende och död. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernst Bravell & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 499-506). Lund: Studentlitteratur.

Floyd, F. J., Malick Seltzer, M., Greenberg, J. S. & Song, J. (2013). Parental Bereavement During Mid-to-Later Life: Pre- to Postbereavement Functioning and Intrapersonal Resources for Coping. *Psychology and Aging*, 28(2), (s.402-413).

<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0029986>

Fyhr, G. (2004). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), (s. 105-112).

Henricson, M. (2017). Diskussion. I. M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2. uppl., s. 411–420). Lund: Studentlitteratur.

International association of hospice and palliative care. (2019). *Palliative care definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>



Johansson, M. (2017). Etiska aspekter på forskning som involverar äldre personer. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 679-691). Lund: Studentlitteratur.

Johnson, A. (2015). Role of district and community nurses in bereavement care: a qualitative study. *British Journal of Community Nursing*, 20(10), (s. 494-501).

King, N., Melvin, J., Ashby, J., & Firth, J. (2010). Community palliative care: Role perception. *British Journal of Community Nursing*, 15, (s.91–98). <https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.2.46399>

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Levine, M. E. (1967). The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum*, 6(1), (s. 45–59).

Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications

Love, A. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27, (s. 73-83).

Lundh Hagelin, C., Tishelman, C., Rasmussen H. B., & Lindqvist, O. (2020). Den komplexa vården under livets sista dagar: det räcker inte med fyra hörnstenar. I B. Andershed & B-M. Ternstedt. (Red.), *Palliativ vård-begrepp och perspektiv i teori och praktik*.(s. 457-467). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom Hälso- och sjukvård* (3. uppl., s. 219-233). Lund: Studentlitteratur.



McCallin, A. M. (2011). Moderated guiding: A grounded theory of nursing practice in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, (s.2325–2333). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03543.x>

McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19, (s. 25–30). <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.1.25>

Meichsner, F., O'Connor, M., Skritskaya., & Shear, M K. (2020). Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. *Geriatric Psychiatry*, 28 (5), (s. 560-569). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.12010>

Milberg, A., Appelquist, G., Hagelin, E., Olsson, E-C., Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2011). A rewarding conclusion of the relationship: staff members perspectives on providing bereavement follow-up. *Support Care Cancer*, 19(1), (s. 37-48)

Milberg, A., Olsson, E-C., Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(1), (s. 58-69)

Miller, M D. (2012). Complicated grief in late life. *Dialogues in clinical neuroscience*. 14(2): 195- 202. DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/mmiller

Nyberg, U-K., Rosengren, L., & Grimby, A. (2019). *Sorg*. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/sorg/>

Pearce, C., Wong, G., Khun, I. & Barclay, S. (2021) Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review. *BJGP Open*. 5(3) DOI: 10.3399/BJGPO.2021.0008

Phillips, J. L., Lobb, E. A., Bellemore, F., Hays, T. & Currow, D. C. (2019). 'Through the eyes of the dying' - Identifying who may benefit from bereavement follow-up: A qualitative study. *Collegian*, 26(6), (s. 615-620).



Piiva, K., Grönqvist, G. & Söderlund, P. (2000). *Värdig vård av äldre med psykisk ohälsa*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sahlén, KG. (2009). *An Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure- Preventive Home Visits among healthy seniors in the north of Sweden*. Dissertation Thesis, Dep. of Medicine. Umeå University, Umeå.

Sandman, K. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2011). *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-1-12.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen, (2016). *Palliativ vård i livets slutskede- indikatorer och underlag för bedömningar*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-12.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård- förtydligande och konkretisering av begrepp*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2004). *Termbank anhörig*. <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=263&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2004). *Termbank nästående*. <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=262&SrcLang=sv>



Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. (2018). *Framtidens specialistsjuksköterska- ny roll, nya möjligheter*. (SOU 2018:77). Nordstedts Juridik.
<https://www.regeringen.se/4a71bb/contentassets/6f67c0e786f0491899a98579a002508c/framtidens-specialistsjukskoterska--ny-roll-nya-mojligheter-sou-201877>

Svenska palliativregistret. (2021). *Efterlevandesamtal*.
<https://palliativregistret.se/media/rzwa1v2a/efterlevandesamtal.pdf>

Svenska palliativregistret (2021). *Närståendeenkät*.
<https://palliativregistret.se/narstaende/narstaendeenkat/>

Svenska palliativregistret (2022). *Utdataportal, dödsfallsenkät*.
<https://data.palliativregistret.se/utdata/sv/report/enskilda.erbjuda-eftersamtal>

Svenska palliativregistret (2022). *Utdataportal närståendeenkät*.
<https://data.palliativregistret.se/utdata/sv/report/narstenkat.fragor.fraga-17>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*.
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231f29/1584103010398/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20v%C3%A5rd%20av%20%C3%A4ldre.pdf>

Telander, E. & Ernsth Bravell, M. (2015). *Projekt uppsökande verksamhet avseende äldre sammanboendes behov av anhörigstöd 2014-2015*. Rapport publicerad av Jönköping kommun, Jönköping.

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoeh, I. & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n: En modell för personcentrerad vård*. Lund: Studentlitteratur.



Vetenskapsrådet. (2017) *God forskningssed*.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

World Medical Association. (2018). *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yeni Kustanti, C., Fang, H-F., Kang, X-L., Chiou, J-F., Wu, S-C., Yunitri, N., Chu, H. & Chou, K-R (2020). The Effectiveness of Bereavement Support for Adult Family Caregivers in Palliative Care: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Nursing Scholarship* 53(2), (s. 208-217). doi:10.1111/jnu.12630

Zheng, R.-S., Guo, Q.-H., Dong, F.-Q., & Owens, R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, (s.288–296). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>



Bilaga I

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien; sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal.

Vår studie syftar till att belysa sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal inom SÄBO. Med resultatet i denna uppsats önskar vi kunna belysa vikten av tydliga rutiner för efterlevandesamtal på varje enhet. Dessutom vill vi med studien få kunskap om sjuksköterskors erfarenhet och tillvägagångssätt för att fånga upp anhöriga i sin sorgeprocess och identifiera riskfaktorer för komplicerad sorg.

Vi kommer att genomföra nio intervjuer med sjuksköterskor inom särskilda boenden som bland annat jobbar med att utföra efterlevandesamtal och har genomfört minst fem efterlevandesamtal under sin yrkesverksamma tid. Intervjuerna kommer att ske via telefon och spelas in. Vår insamlade data kommer sedan att avidentifieras och analyseras med kvalitativ innehållsanalys och sammanställas till ett resultat.

Studiedeltagarna kommer att få ett informationsbrev i förväg, med information om studien och vad ett deltagande innebär. Ett muntligt samtycke kommer att inhämtas.

Ansökan till etikrådet inom specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre är godkänd för genomförande av studien.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Rebecca Funseth

Leg. Sjuksköterska

Studerande på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre

e-post: rebecca.funseth@vardaga.se

Tfn 072 201 40 30

Amanda Vestfält

Leg. Sjuksköterska

Studerande på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre

e-post: amanda.vestfalt@ostersund.se

070 245 60 91



Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Handledare: Ingrid Djukanovic
Universitetslektor
Linnéuniversitetet
e-post: ingrid.djukanovic@lnu.se



Bilaga II

Information till studiedeltagare

Sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal.

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett projekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vår uppsats syftar till att belysa sjuksköterskors erfarenheter av efterlevandesamtal. Ett efterlevandesamtal syftar till att fånga upp anhöriga som riskerar att drabbas av en komplicerad sorgeprocess. Du tillfrågas att delta i detta projekt då du i ditt arbete genomför efterlevandesamtal i samband med att en vårdtagare avlider och du ingår i den grupp vars erfarenheter vi är intresserade av; sjuksköterskor inom SÄBO. Ytterligare krav på att delta är att du genomfört minimum 5 efterlevandesamtal i din tjänst på SÄBO. Projektet kommer att utmynna i en D-uppsats som en del i vår utbildning till specialistsjuksköterskor inriktning vård av äldre vid Linnéuniversitetet.

Hur går studien till?

Du kommer att intervjuas vid ett tillfälle, tidsåtgång ca. 15-20 minuter. Vi ringer dig på uttalad tid. Vi använder oss av frågeställningar som du ombeds besvara utifrån dina egna upplevelser. Intervjun kommer att spelas in med hjälp av en mobiltelefon som är försedd med kodlås för att ingen obehörig ska få tillgång till det inspelade materialet. Intervjumaterialet kommer att bearbetas med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Genom att delta i denna studie kan din kunskap om efterlevandesamtal öka men det finns också en risk för att du kommer känna stress över efterlevandesamtalets verkliga omfattning och det arbete som detta innebär. Efter deltagande i studien kommer du att få ta del av det färdiga resultatet som i sin tur kan vara en hjälp i framtida efterlevandesamtal. Du får givetvis avbryta ditt deltagande när som helst om det känns för påfrestande.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Vi kommer att inhämta ditt namn, din utbildningsnivå och namnet på din arbetsplats, uppgifterna kommer endast att vara tillgängliga för oss som genomför studien samt vår handledare. Dessa uppgifter kommer under studiens gång att förvaras i ett låsbart dokumentskåp och kommer efter avslutad studie att förstöras. Inga personuppgifter kommer att ingå i avhandlingen däremot kommer din utbildningsnivå att utgöra en del av vårt resultat.



Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Linnéuniversitetet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Amanda Vestfält, amanda.vestfalt@ostersund.se eller Rebecca Funseth; rebecca.funseth@vardaga.se.

Dataskyddsombud nås på dataskyddsombud@lnu.se Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Vi kommer att skicka en kopia av vår uppsats efter avslutad kurs. Vi kan om önskas även skicka förslag på rutin till din lokala enhet.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande kontaktas den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Studenter: Amanda Vestfält, 070 245 60 91, amanda.vestfalt@ostersund.se,
Rebecca Funseth, 072 201 40 30 , rebecca.funseth@vardaga.se

Handledare: Ingrid Djukanovic, universitetslektor, Linnéuniversitetet,
ingrid.djukanovic@lnu.se