



# Óvænt andlát: Þarfir aðstandenda

K. Eva Sveinsdóttir  
Linda Rós Thorarensen

Ritgerð til BS prófs (12 einingar)



HÁSKÓLI ÍSLANDS  
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

# Óvænt andlát: Þarfir aðstandenda

K. Eva Sveinsdóttir  
Linda Rós Thorarensen

Ritgerð til BS prófs í hjúkrunarfræði  
Leiðbeinandi: Þorsteinn Jónsson, aðjúnt

Hjúkrunarfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands  
Júní 2015

# **Sudden death: Needs of the bereaved**

K. Eva Sveinsdóttir  
Linda Rós Thorarensen

Thesis for the degree of Bachelor of Science

Supervisor: Þorsteinn Jónsson

Faculty of Nursing  
School of Health Sciences

June, 2015

Ritgerð þessi er til BS prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© K. Eva Sveinsdóttir, Linda Rós Thorarensen, 2015

Prentun: Háskólaprent

Reykjavík, Ísland 2015

## **Þakkir**

Höfundar vilja byrja á því að þakka fjölskyldum sínum og vinum fyrir stuðning, hvatningu og þolinmæði síðustu ár. Sérstakar þakkir fær Gunnhildur Ásta Thorarensen fyrir að aðstoða okkur við þýðingar og Íris Dungal fyrir yfirlestur og hjálplegar athugasemdir í þessu verkefni.

Linda Rós Thorarensen vill sérstaklega þakka foreldrum sínum fyrir ómetanlegan stuðning í gegnum námið og eiginmanni og sonum fyrir endalausa þolinmæði.

K. Eva Sveinsdóttir vill sérstaklega þakka dóttur sinni fyrir skilning og þolinmæði síðustu fjögur árin á meðan á náminu stóð. Að lokum viljum við þakka leiðbeinanda okkar Þorsteini Jónssyni, fyrir uppbyggilegar leiðbeiningar og þolinmæði.

## Ágrip

Óvænt andlát er ófyrirsjáanlegur atburður sem gerir ekki boð á undan sér og hefur í för með sér afleiðingar sem hafa áhrif á aðstandendur og heilbrigðisstarfsmenn á bráðamóttöku. Að sinna aðstandendum hefur lengi verið þáttur af starfi hjúkrunarfræðinga. Undanfarin ár hefur þó aukin áhersla verið lögð á að gera þjónustuna markvissari með því að sameina þarfir sjúklinga og aðstandenda þeirra. Starfsfólk á bráðamóttökum þarf að horfast í augu við óvænt og ófyrirsjáanleg andlát ásamt því erfiða hlutverki að tilkynna aðstandendum andlátið. Kynni heilbrigðisstarfsfólks á bráðamóttöku og aðstandenda eru gjarnan stutt en geta verið náin. Þessi kynni geta átt stóran þátt í upplifun aðstandenda á andlátinu og haft áhrif á hvernig aðstandendur takast á við sorgina sem fylgir því að missa ástvin óvænt. Umhverfi bráðamóttöku einkennist af hraða og álagi sem krefst útsjónarsemi starfsfólks í því að veita aðstandendum þægilegt umhverfi í erfiðum aðstæðum. Hjúkrunarfræðingar taka oft á móti aðstandendum og upplifa þeir sig gjarnan óörugga við að tilkynna um andlát. Sýnt hefur verið fram á að klínískar leiðbeiningar hjálpi hjúkrunarfræðingum að tilkynna um óvænt andlát.

Tilgangur þessa fræðilega yfirlits er að leita svara við því hver áhrif óvænts andláts á bráðamóttökum eru á aðstandendur og heilbrigðisstarfsfólk á bráðamóttöku.

Niðurstöður benda til þess að óvænt andlát hefur áhrif á alla sem koma að andlátinu. Umhverfi bráðamóttökunnar er sérsniðið fyrir lífsbjargandi aðgerðir og erfitt getur verið fyrir starfsfólk bráðamóttöku að skipta úr lífsbjargandi aðgerðum yfir í að veita aðstandendum upplýsingar og sýna þeim samúð.

Mikilvægt er fyrir heilbrigðisstarfsfólk á bráðamóttöku að vera meðvitað um áhrif óvænts andláts á aðstandendur og þekkja sorgarviðbrögð. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að vera meðvitað um að það gegnir mikilvægu hlutverki í því hvernig aðstandendur upplifa andlátið og getur tilkynning um andlát haft áhrif á hvernig aðstandendum vegnar eftir að hafa misst ástvin óvænt.

Lykilorð: Óvænt andlát, bráðamóttaka, sorg, þarfir aðstandenda, heilbrigðisstarfsfólk bráðamóttöku.

## **Abstract**

Sudden death is an unexpected event without forewarning that can lead to consequences that affect the bereaved and personnel in the emergency department. Attending to the bereaved has long been a part of nursing. In recent years, increased emphasis has been placed on making the service more effective by combining the needs of the patient and the bereaved. Emergency personnel are often faced with sudden and unexpected deaths along with the difficult task of informing the bereaved. Encounters between health care personnel in the emergency department and the bereaved are often brief but can be intense. These encounters can play a significant role in how the bereaved experience death and also affect how they deal with the grief that comes with the sudden loss of a loved one. The environment of an emergency room is characterized by its fast pace and heavy work load requiring the personnel to be resourceful in providing the bereaved with a comfortable environment in difficult situations. Nurses routinely receive relatives of recently deceased patients and often experience themselves insecure when informing the bereaved of the death. It has been demonstrated that clinical guidelines help nurses with this task.

The purpose of this theoretical review is to try and find answers to what impact a sudden death in the emergency department may have on the bereaved and emergency personnel. Studies have shown that sudden death affects everyone involved. The environment of an emergency department is specifically designed for life-saving operations and it can be difficult for personnel to switch from life-saving operations to providing families with information, compassion and emotional support. It is important that health care personnel in the emergency department is aware of the impact a sudden death can have on the bereaved and be able to recognize grief responses. The personnel needs to be mindful that they play a major role in how the bereaved experience death and how the personnel notifies the bereaved can affect how they cope with the unexpected loss of a loved one.

Keywords: Sudden death, emergency department, grief, needs of the bereaved, emergency department personnel.

## Efnisyfirlit

Þakkir.....	4
Ágrip .....	5
Abstract.....	6
Efnisyfirlit .....	7
1 Inngangur .....	8
2 Aðferðir.....	9
3 Fræðilegur kafli .....	10
3.1 Óvænt andlát .....	10
3.2 Bráðamóttökur .....	10
3.3 Þarfir aðstandenda.....	11
3.4 Sorg og sorgarferli .....	14
3.5 Þarfir heilbrigðisstarfsfólks á bráðamóttökum.....	15
3.6 Þjálfun heilbrigðisstarfsfólks á bráðamóttöku .....	16
4 Umræða .....	20
5 Ályktanir .....	22
Heimildaskrá.....	23



# 1 Inngangur

Óvænt andlát hefur verið skilgreint sem náttúrlulegur óvæntur aturður sem gerist ekki í kjölfar veikindatímabils. Orsakir óvæntra andláta eru margvíslegar og eru nokkrir áhættuþættir taldir upp svo sem erfðir, stress, álag og íþróttir (Naneix, 2015). Óvænt andlát geta orðið í kjölfar bráðaveikinda eða slysa en algengustu ástæður óvæntra andláta eru tengdar hjarta- og æðasjúkdómum (Vaartjesn o.fl., 2009). Á árinu 2006 voru andlát á bráðamóttökum í Bandaríkjunum talin vera tæplega 290.000 eða um 0,2% þeirra einstaklinga sem leituðu á bráðamóttökum (Heiner og Trabulsky, 2011). Á árinu 2014 á Íslandi leituðu rúmlega 29.000 einstaklingar á bráðamóttökuna Landspítala í Fossvogi, þar af voru 25 óvænt andlát, eða um 0,1% (Ragna Gústarsdóttir, munnleg heimild, 6. maí 2015).

Heilbrigðisstarfsfólk á bráðamóttökum hefur mikilvægu hlutverki að gegna þegar óvænt andlát eiga sér stað og nær það hlutverk heilbrigðisstarfsfólks einnig til aðstandenda hins látna (Heiner og Trabulsky, 2011). Aðstandendur eru gjarnan að koma á bráðamóttökum þegar óvissa er um afdrif ástvinar og er oftast að hitta starfsfólk í fyrsta skipti í umhverfi sem er þeim framandi. Þar sem hraði er mikill og mikið álag er algengt á bráðamóttökum, þarf starfsfólk að gæta vel að fyrstu kynnum sínum við aðstandendur, það krefst undirbúnings sem jafnvel aðstæður bjóða ekki upp á. Starfsfólk lýsir gjarnan áhyggjum og óöryggi, við að tilkynna aðstandendum um afdrif ástvinar, vegna skorts á þekkingu og reynslu. Við tilkynningu andláts þarf starfsfólk að sýna samúð og tillitssemi, skortur þar á getur vakið upp tilfinningar eins og reiði í garð heilbrigðisstarfsfólks (Naik, 2013). Vinnuferlar geta hjálpað starfsfólki við að sinna aðstandendum og með því auðveldað aðstandendum að takast á við ástvinamissinn (Roe, 2012).

Starfsfólk á bráðamóttökum er ekki ónæmt fyrir áhrifum þess þegar sjúklingar deyja óvænt og getur andlátíð haft áhrif á hvernig starfsfólkið lítur á sig faglega og getur farið að efast um hæfni sína (LeBrocq, Charles, Chan og Buchanan, 2003).

Þetta verkefni er lokaverkefni til BS gráðu í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands. Verkefnið er byggt á fræðilegu yfirliti um óvænt andlát og áhrif þess á aðstandendur og starfsfólk á bráðamóttökum.

Eftirfarandi rannsóknarspurningar settar fram:

Hvað er óvænt andlát?

Hvar verða flest óvænt andlát?

Hvað er vitað um þarfir aðstandenda út frá óvæntum andlátum ástavina?

Hverjar eru þarfir hjúkrunarfræðinga þegar þarf að takast á við óvænt andlát?

Þurfa hjúkrunarfræðingar á þjálfun að halda til að sinna aðstandendum eftir óvænt andlát?

## 2 Aðferðir

Verkefnið var unnið til að skoða hvaða áhrif óvænt andlát hefur á aðstandendur og starfsfólk bráðamóttöku. Við heimildaleit fundust hátt í 200 rannsóknagreinar og fræðilegar samantektir. Skortur var á nýlegum rannsóknum sem tengdust þessu efni. Rannsóknir sem fjölluðu um viðveru aðstandendur í endurlífgun voru ekki nýttar í þetta verkefni. Leit að heimildum hófst í ágúst 2014 og stóð hún fram í apríl 2015.

Við heimildaleit var leitað í eftirfarandi gagnagrunnum: Pubmed, Scopus, ScienceDirect, Hirslan, Ovid og Google Scholar.

Leitarorðin sem var stuðst við voru: Sudden death, unexpected death, acute death, bereavement, acute bereavement, grief, emergency department, accident and emergency, emergency nurse.

Við heimildaleitina voru notaðar eftirfarandi takmarkanir: yngri en 10 ára, human, english, emergency department og full text.

Greinar voru skoðaðar út frá heiti, útdrætti og ártali og ef þær gáfu til kynna efni sem gæti svarað rannsóknarspurningum voru þær skoðaðar nánar. Þær heimildir sem voru skoðaðar leiddu okkur áfram til annarra heimilda sem hægt var að nýta. Við lestur greina voru þær flokkaðar eftir rannsóknarspurningum. Við ýtarlegri lestur var grísað úr greinunum og leitað af fleirri greinum ef vöntun var á efninu.

### 3 Fræðilegur kafli

#### 3.1 Óvænt andlát

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organisation) skilgreinir óvænt andlát sem andlát sem á sér stað innan 24 klst eftir að fyrstu einkenni koma fram (WHO, 1975).

Heilbrigðisorðabókin Merriam – Webster skilgreinir óvænt andlát sem skyndilegt fráfall sem gerist tafarlaust eða innan mínútna eða klukkustunda af einhverjum orsökum öðrum en ofbeldi (Merriam-Webster, e.d.).

Kent og McDowell (2004) skilgreina óvænt andlát sem andlát sem verður án viðvörunar eða eftir veikindatímabil. Andlát sem verða vegna bráðra veikinda, slysa og morða falla undir þennan flokk.

Samkvæmt rannsókn Naneix og félagar (2015) er óvænt andlát skilgreint sem náttúrulegur, óvæntur atburður sem gerist innan klukkutíma frá upphafi einkenna í annars heilbrigðum einstaklingi og þar sem sjúkdómseinkenni benda ekki til alvarlegra afdrifa. Í rannsókn Naneix og félagar (2015) komust þeir að því að algengi óvæntra andláta voru um 2,2 á hverja 100.000 og verða flest óvænt andlát í heimahúsum eða um 57% á meðan óvænt andlát á sjúkrahúsum eru um 7%. Algengustu ástæður óvæntra andláta eru tengdar hjarta- og æðasjúkdómum eða rúmlega 66%. Orsakir óvæntra andláta eru margvíslegar og eru nokkrir áhættuþættir nefndir svo sem erfðir, stress, álag og íþróttir. Niðurstöður þessarar rannsóknarinnar samræmast rannsókn Vaartjes og félagar (2009) en þar kemur fram að algengi óvæntra andláta eru um 2,07 á hverja 100.000 íbúa, algengustu orsakir eru tengdar hjarta- og æðasjúkdómum og flest óvænt andlát eiga sér stað í heimahúsum. Naneix og félagar (2015) tóku saman hvar algengast sé að óvænt andlát eigi sér stað. Andlát í heimahúsum voru algengust eða um 57% tilfella, 17% áttu sér stað á opinberum stöðum, 7% á sjúkrahúsum og 7% á vinnustöðum. Óvænt andlát sem áttu sér stað í fangelsum voru 5% og voru óvænt andlát tengd farartækjum 3%. Alimohammadi og félagar (2014) greina frá því að andlát á bráðamóttökum hafi aukist á síðustu árum og var aukningin í Bandaríkjunum um 26% á árunum 1998-2000. Í rannsókn þeirra kom fram að helsta orsök óvæntra andláta á bráðamóttökum væri tengd hjarta- og æðasjúkdómum. Alimohammadi og félagar (2014) tóku einnig fram að erfitt geti verið að bera saman óvænt andlát milli rannsókna þar sem viðmið rannsókna séu misjöfn.

Þegar óvænt andlát ber að garði er endurlífingun þáttur í því að reyna bjarga einstaklingum frá andláti og koma þeim á bráðamóttöku. Bráðamóttaka tekur á móti þeim sem hafa lent í slysum eða verða skyndilega veikir (Mushtaq og Ritchie, 2005). Í rannsókn Mushtaq og Ritchie (2005) á orsökum andláta á bráðamóttöku í Skotlandi kemur fram að 146 einstaklingar voru úrskurðaðir látnir á bráðamóttökunni meðan á rannsókninni stóð og var algengasta dánarorsökin tengd hjarta- og æðakerfinu.

#### 3.2 Bráðamóttökur

Á bráðamóttökum er flókið umhverfi þar sem hraði er mikill, sjúklingar eru margbreytilegir og með ólíkar þarfir. Sjúklingarnir leita á bráðamóttökum á öllum tímum sólarhringsins og þar er veitt tafarlaus meðferð. Sjúklingar sem leita á bráðamóttöku geta verið allt frá því að vera með minni háttar veikindi og áverka í að vera alvarlega veikir og slasaðir. Bráðamóttökur taka á móti öllum sem þangað leita

óháð samfélagsstöðu þeirra (Gul og Guneri, 2015). Bráðamóttökur eru fyrsti viðkomustaður þegar sjúklingar verða bráðveikir eða lenda í slysum (Grudzen o.fl., 2011). Á bráðamóttökum er sjaldan lögð áhersla á lífslokameðferð, áherslan beinist því fyrst og fremst að því að bjarga sjúklingum og meira er horft á líkamlegar þarfir en til sálfélagslegra þarfa. Sálfélagslegum þörfum sjúklinga og aðstandenda er því erfitt að sinna í hröðu og hávaðasömu umhverfi bráðamóttökunnar þar sem næði er lítið og áherslan er á líkamlegar þarfir (Brysiewicz og Uys, 2006).

Í rannsókn Brysiewicz og Uys (2006) kemur fram að heilbrigðisstarfsfólk sem velur að starfa á bráðamóttökum, gerir það því starfið er áhugavert, þar er mikið um að vera og þar tekur það þátt í starfi sem byggist á því að bjarga mannlífum. Brysiewicz og Uys (2006) gefa til kynna út frá rannsóknum að persónueiginleikar bráðahjúkrunarfræðinga séu verkefnamiðaðir, þeir sjálfstæðir, hafi gaman af því að starfa einir en geti verið ósveigjanlegir, aðlagast illa og verið dómharðir. Brysiewicz og Uys (2006) telja einnig að þessi persónueinkenni geti skapað erfiðleika fyrir bráðahjúkrunarfræðinga þegar kemur að því að sinna aðstandendum.

Andlát á bráðamóttökum eru oft óvænt og tengjast slysum þar sem ungir og heilsuhraustir aðilar eiga í hlut. Heilbrigðisstarfsfólk á bráðamóttökum hefur að jafnaði ekki myndað meðferðarsamband við sjúklinga og aðstandendur þeirra. Því geta eftirmál óvæntra andláta verið áskoranir fyrir heilbrigðisstarfsfólkið sem einnig þarf að sinna öðrum sjúklingum í umhverfi þar sem margir eru alvarlega veikir og hinn látni og aðstandendur hans eru þá jafnvel enn á staðnum (Heiner og Trabulsky, 2011). Í rannsókn Brysiewicz og Uys (2006) er greint frá að þau skyndilegu skipti úr lífsbjargandi aðgerðum yfir í að sýna aðstandendum samúð eru erfið fyrir flest starfsfólk á bráðamóttökum þar sem það er að hitta aðstandendur oft í fyrsta skipti.

Meðferðarsamband er hugtak sem rannsakað hefur verið og fjallað um í heilbrigðisfræðum, þó mest tengt geðheilbrigði. Hugtakið lýsir tengslum og samstarfi heilbrigðisstarfsmanns og skjólstaðings í heilbrigðiskerfinu. Mikið er byggt á skrifum Bordins (1979) um skilgreiningu hugtaksins en ekki hefur verið sammælt um eina skilgreiningu á því. Talið er að grunnurinn að góðu meðferðarsambandi sé jákvæð tengsl sem fela í sér virðingu, umhyggju og traust (Spiers og Wood, 2010). „Sjúklingar þurfa að geta treyst því að einhver hafi yfirsýn yfir þeirra mál og sé tilbúinn að tala máli þeirra í því flókna umhverfi sem einkennir heilbrigðiskerfi nútímans. Hjúkrunarfræðingar eru hér í lykilstöðu þar sem þeir eru yfirleitt til staðar allan sólarhringinn og ef vel er að verki staðið myndast gjarnan traust meðferðarsamband milli hjúkrunarfræðings og sjúklings“ (Sigríður Zoega, 2007, bls 32).

### **3.3 Þarfir aðstandenda**

Áhrif komu á bráðamóttöku vegna slysa eða óvæntra veikinda er lýst sem mikilli sálfélagslegri truflun sem getur haft áhrif á jafnvægi fjölskyldunnar (Elín M. Hallgrímsdóttir, 2000). Við þessar sérstöku aðstæður gefst aðstandendum oft lítið eða enginn tími til andlegs undirbúnings. Þeir gætu einnig haft litla reynslu af að takast á við slík slysa eða veikindi. Sum þeirra vandamála sem aðstandendur upplifa eru óvissa um bata hins veika, hræðsla við dauðann, hlutverkaskipti, fjármálaáhyggjur og óþekkt umhverfi (Elín M. Hallgrímsdóttir, 2000).

Elín M. Hallgrímsdóttir (2000) gerði samantekt úr rannsóknum á helstu þörfum aðstandenda eftir slysa eða andlát sjúklinga á gjörgæslu. Á meðan rannsóknir á þörfum aðstandenda gjörgæslusjúklinga

eru ekki alveg sambærilegar þörfum aðstandandenda á bráðamóttökum er þó hægt að heimfæra þætti þar sem ástand sjúklings er oft tvísýnt. Samkvæmt Elínu M. Hallgrímsdóttur (2000) eru þetta þættirnir sem þóttu mikilvægastir: Í fyrsta lagi er það huggun, svara þarf spurningum aðstandenda af hreinskilni og gera þeim grein fyrir að það sé verið að veita skjólstæðingnum bestu mögulegu þjónustuna. Í öðru lagi er það nánd, að vera til staðar fyrir aðstandendur. Í þriðja lagi er að veita upplýsingar, þörf er á stöðugu mati á upplýsingaþörf aðstandendanna. Þeir vilja vita nákvæmlega hvað sé verið að gera fyrir sjúklinginn, af hverju það sé gert og hvernig. Aðstandendur vilja einnig vita ef ástand breytist eða framfarir verða. Upplýsingar gefa til kynna hverju gæti verið von á og geta þær því komið í veg fyrir að ímyndunaraflið taki yfir. Þannig minnka líkurnar á því að streita, kvíði og ööryggi taki yfir hjá aðstandendum. Í fjórða lagi eru þægindi svo aðstandendur hafi afdrep í ró og næði, í þægilegu umhverfi með aðgang að síma og drykkjarföngum. Í fimmta lagi þarf að veita stuðning, getur hann verið tilfinningalegur, hjálplegur og hvetjandi. Aðstandendur geta einnig verið mikilvægur stuðningur hver við annan. Hins vegar, er stuðningur hjúrunarfræðings byggður á faglegri þekkingu sem getur skapað andrúmsloft þar sem gagnkvæmt traust ríkir. Þarfir aðstandenda geta átt við í öllum þessum þáttum eða hluta þeirra. Mikilvægt er að hjálpa aðstandendum að takast á við veikindi sjúklings en hafa þarf í huga fjölbreytileika aðstandenda, tengsl við skjólstæðing, kyn og aldurs þeirra (Elín M. Hallgrímsdóttir, 2000).

Í rannsókn Naik (2013) kemur fram að aðstandendum sem upplifa óvænt andlát ástvinar finnst það ósanngjarnt. Fyrstu viðbrögð við fréttum af óvæntu andláti samkvæmt Naik (2013) geta verið, áfall, neitun, reiði eða sektarkennd. Naik (2013) tekur fram að það sé varnarviðbragð okkar að neita slæmum fréttum og mikilvægt sé að heilbrigðisstarfsfólk viðurkenni og hafi þolinmæði fyrir viðbrögðunum. Reiði er algengt viðbragð sem getur verið frá smá reiði yfir í ofsafengna reiði sem getur beinst að þeim sjálfum, heilbrigðisstarfsfólki eða einhverjum öðrum. Sektarkennd er þegar tilfinningar líkt og reiði og ásakanir beinast í eigin garð og þá skiptir máli að heilbrigðisstarfsfólk hlúi að og styðji aðstandendur til að takast á við þessar tilfinningar og vinna úr þeim. Í rannsókn Scott (2013) greinir hún frá því að aðstandendur bregðist við fréttum af óvæntu andláti ástvinar á mismunandi hátt. Líkt og hjá Naik (2013) kemur fram að aðstandendur verða fyrir áfalli og geta einnig sýnt hegðun þar sem þeir draga sig út úr samræðum og verða fjarrænir og gætu jafnvel sýnt líkamleg viðbrögð líkt og skjálfta og orðið stjarfir. Í slíkum tilfellum er mikilvægt að endurtaka upplýsingarnar til að vera fullviss um að aðstandendur meðtaki þær. Scott (2013) greinir frá að reiði getur verið algengt viðbragð sérstaklega ef sjúklingur er ungur að árum. Einnig þarf heilbrigðisstarfsfólk að gæta varúðar ef aðstandendur sýna engin viðbrögð og sætta sig strax við andlátið, þar sem þessi viðbrögð gætu mögulega verið vegna þess að aðstandandi er í of miklu áfalli til að meðtaka upplýsingarnar. Í rannsókn Scott (2013) kemur einnig fram að aðstandendum geti fundist aðstæðurnar of yfirþyrmandi og brugðist við með því að yfirgefa bráðamóttökuna.

Í rannsókn Parris og félagar (2007) voru tekin viðtöl við aðstandendur sem höfðu misst maka á bráðamóttökum. Viðtölin veittu innsýn í félagslega og sálræna aðlögun. Horft var til þátta sem gætu veitt upplýsingar um þá sem eru líklegri til að upplifa óeðlileg sorgarviðbrögð.

Áhættuþættir fyrir óeðlileg sorgarviðbrögð samkvæmt skilgreiningu Parris og félaga (2007) eru: Óvænt eða ofbeldiskennt andlát, dauði barns, dauði sambýlismanns/konu, sektarkennd, varnarleysi og takmarkaður skilningur.

Rannsókn Parris og félaga (2007) gefur til kynna að þeir sem misstu ástvin þurftu að ná sáttum um hvernig andlátíð bar að til að geta orðið full virkir í samfélaginu aftur. LeBrocq og félagar (2003) taka fram í rannsókn sinni að almennt vilji aðstandendur að starfsfólk sé hreinskilið og það tjái viðkvæmar upplýsingar á auðskiljanlegan hátt um leið og þeir koma á bráðamóttökur. Aðstandendur vilja vita aðdragandann að andlátinu, sækjast eftir huggun og fullvissu um að öll meðferðarúrræði hafi verið nýtt til að reyna bjarga sjúklinginn. Li og félagar (2002) komust að áþekkingu niðurstöðum um helstu þarfir aðstandenda eftir óvænt andlát. Li og félagar (2002) nefna að helstu þarfirnar séu: Næði fyrir aðstandendur, að þeim sé boðinn tilfinningalegur stuðningur og tækifæri til að vera með hinum látna. Einnig að þeir fái tækifæri til að tjá sig um líðan sína og áhyggjur ásamt upplýsingum um að öll viðeigandi meðferðarúrræði hafi verið nýtt fyrir sjúklinginn.

Í rannsókn Merlevede og félaga (2004) kemur fram að þó svo að aðstandendur telji sig fá ýtarlegar upplýsingar þegar þeim er tilkynnt um andlát séu þó einhverjir sem upplifðu skort á upplýsingum meðan á lífsbjargandi aðgerðum stóð. Biðina sem varð án upplýsinga um ástand sjúklingsins upplifðu aðstandendur sem margar klukkustundir og fengu þá tilfinningu að heilbrigðisstarfsfólk á bráðamóttökum væri ekki að nýta öll meðferðarúrræði. Merlevede og félagar (2004) nefna einnig að aðstandendur sem upplifa óvænt andlát geti haft þörf fyrir að vita hver hefði verið lífeðlisfræðileg orsök þess sem leiddi til andlátsins og að flestir væru með áframhaldandi spurningar þó svo þeir hafi fengið upplýsingar um andlátíð á bráðamóttökunni. Í rannsókn Scott (2013) kemur fram að almennt meta aðstandendur allar upplýsingar sem geta hjálpað þeim að öðlast skilning á aðstæðum sem leiddu til andlátsins. Ákjósanlegast er að heilbrigðisstarfsfólk afli upplýsinga um staðreyndir, sem leiddu til andláts og fari yfir atburðinn með aðstandendum svo þeir fái betri skilning á aðdraganda og orsökum andláts.

Þegar andlát sjúklings er yfirvofandi getur heilbrigðisstarfsmaður undirbúið að gera það sem þægilegast fyrir sjúklinginn. Sumir sjúklingar sem látast á bráðamóttöku gera það eftir langa baráttu við illkynja sjúkdóm. Í slíkum tilvikum er hægt að leita eftir upplýsingum um óskir sjúklingsins. Oft eru aðstandendur með í þessum ráðum. Vitneskjan um að sjúklingar séu sáttir við sínar hinstu stundir og að þarfir aðstandenda séu uppfylltar getur verið jákvæð reynsla fyrir starfsfólk í bráðamóttökum. (Heiner og Trabusy, 2011).

LeBrocq og félagar (2003) greina frá leiðbeiningum sem voru þróaðar til að hjálpa heilbrigðisstarfsfólki á bráðamóttökum að takast á við óvænt andlát og sinna aðstandendum í kjölfarið. Leiðbeiningarnar voru þróaðar út frá óánægju heilbrigðisstarfsmanna við að veita árangursríka heilbrigðisþjónustu til aðstandenda. Einn þeirra þátta sem heilbrigðisstarfsfólkið hafði áhyggjur af var takmörkuð þekking þeirra á trúar- og menningarþáttum þjóða. Í rannsókn LeBrocq og félaga (2003) er sýnt fram á að heilbrigðisstarfsfólk sýnir umhyggju, samúð og áhuga einfaldlega með því að að spyrjast fyrir um trú og menningarlegar þarfir aðstandenda.

### 3.4 Sorg og sorgarferli

Ekki er til neitt ákveðið fyrirbæri sem útskýrir hvað sorg er, hver og einn upplifir sorg með einstökum hætti og getur sú upplifun verið mismunandi milli einstaklinga (Kaltman og Bonnanno, 2003). Kaltman og Bonnanno (2003) gefa til kynna að viðbrögð aðstandenda við óvæntu andláti í samanburði við fjárfjárlegt andlát geri sorgarviðbrögðin yfirgripsmeiri þar sem aðstandendur fá ekki tíma til að undirbúa sig fyrir andlátið né virkja stuðningsnet.

Strobe (1998) greinir frá því að flest allir finni fyrir einkennum sorgar og streitu við ástvinamissi. Í sumum tilvikum geta einkennin verið alvarleg sem þarfnist meðferðar þó í flestum tilvikum teljist einkennin vera eðlilegur hluti af sorgarferlinu sem lagast með tímanum án þess að grípa þurfi inn í með meðferð.

Arizmendi og O'Connor (2015) greina frá því að þeir sem missa ástvin geta upplifað sveiflukennda upplifun á sorginni. Sorgin hefur djúpstæð tilfinningaleg áhrif, er aðstandendum ofarlega í huga og útlit þeirra ber þess oft merki. Upplifun af sorginni dvínar oftast eftir því sem lengra líður frá ástvinamissinum, engu að síður er gert ráð fyrir að aðstandendur velti fyrir sér hvað sé eðlilegt sorgarferli eða við hverju megi búast eftir andlát ástvinnar. Arizmendi og O'Connor (2015) benda á mikilvægi þess að ekki sé einhver ósveigjanleg regla um það hvernig eigi að syrgja. Eitt af elsta líkani um sorgarferli er fimm stiga líkan Kübler-Ross frá 1969 sem skilgreinir sorgina sem ferli sem spannar fimm svið. Sviðin fimm eru: Afneitun, reiði, samningar, þunglyndi og sátt. Arizmendi og O'Connor (2015) benda á að rannsóknir styðji við líkan Kübler-Ross um að aðstandendur sýni stígun af sorg í sorgarferlinu svo sem tilfinningalegan doða, þrá, reiði, örvæntingu og sátt. Hins vegar komi í ljós margbreytileg einkenni sorgar aðstandenda í gegnum allt sorgarferlið og upplifun á einkennum sorgar komi ekki í röð eftir líkaninu.

Í rannsókn Li og félagar (2002) fara þeir inn á fjögur stig sorgarinnar sem Worden (1991) setti fram. Stigin fjögur eru að gera sér grein fyrir missinum, finna sársaukann, aðlögun og sátt. Samkvæmt Worden (1991) upplifa aðstandendur öll stigin en misjafnt er í hvaða röð það gerist og í mislangan tíma. Í rannsókn Li og félagar (2002) er greint frá því að sorg eftir óvænt andlát geti reynst erfiðari þar sem ástvinamissirinn er óvæntur og aðstandendur fengu ekki tíma til að undirbúa sig fyrir andlátið, því sé mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk geri sér grein fyrir sorgarviðbrögðum aðstandenda við óvæntu andláti. Schoenberger og félagar (2013) greina frá því að þær aðstæður sem geta haft hamlandi áhrif á sorgarferli aðstandenda geta verið óvænt andlát, andlát í kjölfar ofbeldis, slys, sjálfsmorð og skortur á stuðningi.

Eftir andlát ástvinnar gætu aðstandendur enn verið að velta fyrir sér spurningum sem varða andlátið og farið frá sjúkrahúsinu óánægðir eða ringlaðir. Eftirfylgni gæti hjálpað aðstandendum að komast yfir andlátið og aðlagast lífinu á ný án ástvinnarins, ásamt því að draga úr neikvæðum áhrifum óuppgerðra sorgarviðbragða. Marga þætti er hægt að leysa einfaldlega með því að útskýra, beina þeim áfram eða halda fjölskyldufund (van der Klink o.fl., 2010).

Cook og félagar (2002) lýsa því hversu erfið það getur verið fyrir heilbrigðisstarfsfólk að hjálpa aðstandendum í sorgarferli eftir óvænt andlát og getur eftirfylgni með aðstandendum verið erfið þar sem heilbrigðisstarfsfólk hefur ekki alltaf haft mikil samskipti við aðstandendur. Cook og félagar (2002)

greindu einnig frá því að það geti verið mjög umdeilt hvernig eftirfylgni aðstandenda sé framfylgt, það sé í raun engin ein leið betri en önnur þar sem viðbrögð aðstandenda séu margbreytileg. Þar af leiðandi þurfi eftirfylgni heilbrigðisstarfsfólks að vera sniðin eftir viðbrögðum aðstandenda hverju sinni.

### 3.5 Þarfir heilbrigðisstarfsfólks á bráðamóttökum

Óvænt andlát sjúklings getur haft bæði líkamleg og andleg áhrif á heilbrigðisstarfsfólk (Kobler, 2014). Brysiewicz og Uys (2006) greina frá því að þeir sem starfa á bráðamóttökum kvíða því að takast á við andlát sjúklunga. Þeir eru einnig líklegri til að forðast að hugsa um andlát og hafa sýnt meiri ótta við að sættast við andlát en heilbrigðisstarfsfólk á öðrum deildum.

Í rannsókn Heiner og Trabulsy (2011) kemur fram að þrátt fyrir að óvænt andlát geti skapað erfiðar vinnuaðstæður fyrir heilbrigðisstarfsfólk séu til margar jákvæðar aðlögunarleiðir fyrir heilbrigðisstarfsfólk til að takast á við óvænt andlát. Einnig greina þeir frá því að andlát sjúklings getur rótað upp alls kyns tilfinningum og hugsunum hjá heilbrigðisstarfsmanni sem sinnti viðkomandi. Í kölfarið getur heilbrigðisstarfsmaðurinn farið að efast um eigin hæfni í starfi, en það getur skipt máli hversu langan starfsferil heilbrigðisstarfsmaðurinn er með. Því styttri sem starfsreynslan er, þeim mun meiri líkur eru á neikvæðum afleiðingum. Eftir að heilbrigðisstarfsmaður hefur upplifað óvænt andlát er hætta á að hann upplifi tilfinningar líkt og missi og sektarkennd. Í rannsókn Heiner og Trabulsy (2011) kemur fram að heilbrigðisstarfsmaður geti notið góðs af teymisfundum og óformlegum stuðningi frá samstarfsfélögum sem hafa sambærilega reynslu. Í rannsókn Heiner og Trabulsy (2011) kemur fram að rannsóknir hafi sýnt fram á að eitt mest notaða bjargráðið við að vinna úr erfiðri reynslu, líkt og óvæntu andláti, sé að ræða við samstarfsfélaga en þeir greindu einnig frá öðrum bjargráðum sem hafa reynst vel. Önnur bjargráð eru til að mynda að huga að sjálfum sér, að sinna áhugamálum og/eða líkamspjálfun, ná sáttum með formlegri yfirferð um atvikið og bæninir.

Kobler (2014) greinir frá því að við óvænt andlát hafi sorgin áhrif á allri deildinni, sem og áhrif á alla sem höfðu tengsl við sjúklinginn, svo sem hjúkrunarfræðinga, lækna, annað heilbrigðisstarfsfólk, aðra sjúklunga og aðstandendur. Heilbrigðisstarfsfólk, þá sérstaklega hjúkrunarfræðingar, eiga það til að leita eftir stuðningi frá samstarfsfélögum við óvænt andlát. Þeir leita frekar til samstarfsfélaga til að hlífa eigin fjölskyldu við sorginni sem þeir eru að ganga í gegnum. Heilbrigðisstarfsfólk bregst misjafnlega við óvæntu andláti líkt og aðstandendur. Sumir þurfa stuðning og viðurkenningu á sorg sinni á meðan aðrir vilja fá að vera í einrúmi og takast á við tilfinningar sínar áður en snúið er til vinnu aftur. Hjúkrunarfræðingur sem var ábyrgur fyrir sjúklingnum ætti einnig að fá næði eftir andlátið til að geta framkvæmt sem nákvæmasta skráningu á óvænta andláti (Kobler, 2014).

Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi þess að yfirmenn viðurkenni sorg starfsfólks og hvetji starfsfólk til að takast á við sorgina til dæmis með umræðufundum og sjálfsrækt. Teymisfundir sem haldnir eru eftir óvænt andlát eru góður grundvöllur fyrir starfsmenn til að fá og sýna stuðning við samstarfsfélaga og styrkja sig þannig á uppbyggilegan hátt í starfi (Baverstock og Finley, 2006, Roesler, Ward og Short, 2009, Keene, Hutton, Hall og Rushton, 2010).

Rannsókn Heiner og Trabulsy (2011) gaf til kynna að viðtöl hjá sálfræðingi eða geðlækni séu ekki mikið notuð af heilbrigðisstarfsfólki en geti verið hjálpleg ef óvænt andlát sjúklings hafi djúpstæð áhrif sem heilbrigðisstarfsmaðurinn nær ekki að vinna úr. Einnig kom fram að það geti haft jákvæð áhrif á



starfsmanninn að ræða við aðstandendur símléiðis eða að mæta í útförina og geta þessir þættir hjálpað starfsmanninum. Viðfangsefnið hefur mest verið skoðað hjá legusjúklingum og það virðist sem þessi nálgun hjálpi bæði aðstandendum og heilbrigðisstarfsfólki og það kunni að meta þessi tengsl (Heiner og Trabulsky, 2011).

Rannsókn Sheldon, Barrett og Ellington (2006) á samskiptaerfiðleikum í hjúkrun leiddi í ljós að hjúkrunarfræðingar sem tóku þátt voru misjafnlega góðir í mannlegum samskiptum. Jafnvel þeir reyndustu gátu lent í vandræðum við erfiðar aðstæður eins og þegar um lífsógnandi sjúkdóma eða slys var að ræða. Greindir voru fimm meginþættir sem hjúkrunarfræðingar töldu vera hindrun í samskiptum við sjúklinga og aðstandendur. Í fyrsta lagi þótti þeim erfitt að eiga samskipti við sjúklinga sem voru með lífsógnandi sjúkdóma, höfðu greinst með sjaldgæfa sjúkdóma eða þegar fólk kom bráðveikt inn á sjúkrahús. Í öðru lagi hafði lítil reynsla hamlandi áhrif á samskipti ef hjúkrunarfræðingur gat ekki tekist á við þær tilfinningar sem sjúklingur og aðstandendur deildu með honum. Í þriðja lagi töldu hjúkrunarfræðingarnir erfitt að eiga góð samskipti þegar þeir voru sjálfir í tilfinningalegu ójafnvægi eða illa upplagðir. Í fjórða lagi fundu hjúkrunarfræðingar fyrir því að þeim þótt erfitt að ræða samskiptaörðugleikana við samstarfsmenn og vildu gleyma þeim jafnóðum frekar en að ræða um reynsluna. Í fimmta lagi gátu samskiptin orðið flókin þegar samspil hjúkrunarfræðinga, lækna og sjúklinga flæktust inn í erfiðar aðstæður sem hjúkrunarfræðingar réðu ekki við að leysa.

Sjúklingar geta haft mismunandi tilfinningaleg áhrif á heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir þeim, jafnvel á bráðamóttökum þar sem samskipti sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks eru oft takmörkuð en náin. Í kjölfarið getur óvænt andlát sjúklings haft sterk áhrif á heilbrigðisstarfsfólk. Samskipti heilbrigðisstarfsfólks við sjúklinga geta haft áhrif á líf starfsfólks og hvernig það mótar starfsferil sinn. Á bráðamóttökum er sú áhætta fyrir hendi að sjúklingar geti látist óvænt, þó það geti verið erfitt fyrir starfsfólkið veitir það þeim einnig tækifæri til að vaxa í starfi og sinna framtíðarsjúklingum sínum betur, með því að fara yfir þá þætti sem betur máttu fara (Heiner og Trabulsky, 2011).

### **3.6 Þjálfun heilbrigðisstarfsfólks á bráðamóttöku**

Tye (1996) greinir frá því að hjúkrunarfræðingar á bráðamóttökum séu í sértækri stöðu til að aðstoða aðstandendur við að takast á við óvænt andlát. Samt sem áður eru vísbendingar um að hjúkrunarfræðinga skorti þjálfun til að undirbúa sig við að hjálpa aðstandendum að takast á við frétt um óvænt andlát. Einnig bendir hann á að ef ekki færi fram formleg kennsla á því hvernig hjúkrunarfræðingar eigi að sinna aðstandendum sé hætt á að þeir temji sér vinnubrögð sem erfitt geti verið að brjóta upp. Samkvæmt Tye (1996) eru augljós merki um að fræðsla um óvænt andlát þurfi fyrir hjúkrunarfræðinga, þar sem gert sé ráð fyrir að stuðningur við aðstandendur sé hluti að þeirra starfi, þó sé ekki ljóst hvernig kennslan eigi að fara fram. Ágreiningur er um hvort hún eigi að vera eingöngu bókleg kennsla eða verkleg. Í rannsókn Elínar M. Hallgrímsdóttur (2004) kemur fram að tæplega 28% hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum þótti það hafa nægilega þekkingu til að sinna þörfum aðstandenda deyjandi eða látins sjúklings. Roe (2012) greinir frá að af heilbrigðisstarfsfólki á bráðamóttökum var um 40% af starfsfólki sem hafði hvorki fengið neina fræðilega kennslu í sínu námi né verklega þjálfun í að tilkynna andlát. Samt sem áður höfðu 70% af þeim tilkynnt andlát einu sinni

eða oft. Í rannsókn Socorro og félagar (2001) er greint frá því að hjúkrunarfræðingum á bráðamóttökum finnst þeir vera óundirbúnir fyrir það hlutverk að sinna aðstandendum eftir óvænt andlát. Hjúkrunarfræðingum fannst óþægilegt að vera illa undirbúnir að takast á við sorg aðstandenda. Kent og McDowell (2004) benda á að hjúkrunarfræðingar á bráðamóttökum séu í einstakri stöðu til að auðvelda aðstandendum að takast á við viðbrögð við óvæntu andláti þar sem þeir eru að sinna aðstandendum á fyrsta stigi sorgarferlisins.

Starfsfólk á bráðamóttökum greinir oft frá að þekkingarleysi sé ein uppspretta þess að það eigi í erfiðleikum með að sinna aðstandendum. Dæmi: „Það er mjög vandræðalegt þegar andlát á sér stað á bráðamóttökum. Við vitum ekki hvernig við eigum að takast á við það, hvað sé best að gera eða segja til að hjálpa aðstandendum. Er einhver leið betri en önnur við að tilkynna aðstandendum um óvænt andlát ástvinar? Stundum er bara auðveldara að forðast aðstandendur“ (LeBrocq o.fl., 2003, bls 86).

Í rannsókn Leash (1996) um hvernig starfsfólk á bráðamóttökum hefur fyrstu samskipti við aðstandendur látins sjúklings var lagður fram spurningalisti til aðstandenda. Leash (1996) kemst að þeirri niðurstöðu að um 90% aðstandenda vildu að haft yrði strax samband, sama á hvaða tíma sólarhrings, ef óvænt andlát hefur átt sér stað. Meirihlutinn eða um 58% vildi fá tilkynningu um andlátíð við komu á bráðamóttöku en ekki símlíðis. Ef nauðsynlegt var að tilkynna símlíðis og aðstandandi var einn fannst meirihluta aðstandenda eða um 58% ekki nauðsynlegt að bíða með tilkynninguna. Aðstandendur voru einnig spurðir hvort þeir hefðu orðið ósáttir ef tilkynnandinn vissi um andlátíð, þegar haft var samband símlíðis, án þess að upplýsa um það, 44% töldu að það hefði ekki haft áhrif á meðan 31% hefðu orðið ósáttir.

Tími starfsfólks á bráðamóttökum er takmarkaður, sjúklingar geta gert það að verkum að starfsfólk nær ekki að sinna þörfum aðstandenda látins einstaklings. Starfsfólk á bráðamóttökum lýsti óánægju yfir því hversu lítinn tíma og úrræði það hefði til að geta sinnt aðstandendum og þörfum þeirra eins vel og það myndi vilja, þeim fannst þetta óþægilegt og streituvaldandi. Gerð var grein fyrir þó nokkrum þáttum sem starfsfólki fannst hafa áhrif á að sinna aðstandendum. Þessir þættir voru meðal annars takmörk á tíma og úrræðum, ekki næg þekking til að vita hvernig best væri að nálgast aðstandendur og einnig áhrif andláts á starfsfólkið sjálft (LeBrocq o.fl., 2003).

Roe (2012) tekur fram í rannsókn sinni að erfitt sé undir öllum kringumstæðum að missa ástvin. Aðstæður á bráðamóttökum geti til dæmis haft áhrif á hvernig andlátíð er tilkynnt. Hún greindi frá því að tilkynningin gæti haft langtímaáhrif á aðstandendur og einnig á þann starfsmann bráðamóttöku sem tilkynnir andlátíð og setti fram ráðleggingar um hvernig best væri að tilkynna aðstandendum andlát á bráðamóttökum. Ráðleggingar Roe (2012) eru í sex þrepum og skiptast þær í: Undirbúning, setja sig í samband við aðstandendur, tilkynna andlátíð, taka tillit til viðbragða aðstandenda og veita stuðning, áframhaldandi stuðningur með upplýsingagjöf og að takast á við tilfinningar tilkynnandans.

Adamowski og félagar (1993) greina frá því að starfsfólk á bráðamóttökum sé misfært í að tilkynna um óvænt andlát. Að tilkynna andlát sé oft ekki hluti af formlegri kennslu, heldur komi færni gjarnan með reynslu. Adamowski og félagar (1993) vilja meina að það sé fátt sem taki jafn mikið á starfsfólk á bráðamóttökum eins og að tilkynna aðstandendum andlát. Framkoma starfsfólks í garð aðstandenda skiptir miklu máli því hún getur haft áhrif á sorgarferlið. Líkt og í rannsókn Roe (2012) sendu Adamowski og félagar (1993) út spurningalista til aðstandenda til að fá upplýsingar um upplifun þeirra

af bráðamóttökunni, þar sem starfsfólk vildi auka færni sína við að tilkynna andlát og veita aðstandendum stuðning. Í kjölfarið var sett upp vinnuferli sem unnið var af læknum, hjúkrunarfræðingum og félagsráðgjöfum og var frumskilyrði að starfsfólk fengi þjálfun í að tryggja þekkingu, næmni og samræmd. Samkvæmt Adamsowski og félögum (1993) var vinnuferlinu skipt í sex megin flokka sem unnið var eftir. Flokkarnir voru: Að hafa samband við aðstandendur, taka á móti aðstandendum, tilkynna um andlát, takast á við viðbrögð við sorginni, bjóða aðstandendum að sjá hinn látna og fara yfir aðdragandann að andlátinu með aðstandendum.

Tilkynningar um andlát eiga sér oft stað á miðju erfiðleikatímabili, oft í kjölfar slyss og/eða alvarlega veikinda. Á þessum tímamótum þarf tilkynnandinn að skipta úr því að vera í lífsbjargandi aðgerðum yfir í að vera stuðningsaðili og hlustandi. Þó ber hjúkrunarfræðingi sem er í lífsbjargandi aðgerðunum sjaldnast skylda til að tilkynna sjálft andlátið. Hlutverk hjúkrunarfræðinga sem veita áframhaldandi stuðning þeim sem lifa af og/eða aðstandenda er mjög mikilvægt, það getur haft áhrif á sorgarferlið. Þar af leiðandi hafa hjúkrunarfræðingar gott tækifæri til að sýna stuðning og geta veitt viðeigandi meðferð sem getur haft mikil áhrif á hvernig aðstandendum vegnar. Þegar tilkynna á andlátið er mjög mikilvægt að tilkynnandinn sé meðvitaður um aðstæður og þætti sem gætu haft áhrif á sorgarferlið til að geta framkvæmt viðeigandi ráðstafanir og/eða vísað þeim áfram (Roe, 2012).

Samkvæmt Fauri og félögum (2000) gæti starfsfólk á bráðamóttökum hafa fengið fræðslu um sorgarferli aðstandenda í námi sínu en ekki öðlast nægilega færni á klínikum vettvangi. Starfsfólk á bráðamóttökum getur hins vegar aukið við grunnþekkinguna sína sem það öðlaðist í náminu með því að sækja námskeið og með því bætt færni sína í að styðja við aðstandendur. Í rannsókn Elínar M. Hallgrímsdóttur (2004) þar sem verið var að kanna viðhorf hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum á Íslandi og í Skotlandi um aðhlynningu aðstandenda, kom fram að ágreiningur sé um að of litlar framfarir hafi átt sér stað í skilningi á þörfum aðstandenda á bráðamóttökum. Meiri áherslu vantar á fræðilega þróun í þessum efnum sem leiðbeina heilbrigðisstarfsfólki í að meta og vera með viðeigandi inngrip þegar við á, með það að markmiði að bæta útkomu fyrir skjólstæðinga og aðstandendur. Íslenskum hjúkrunarfræðingum fannst í miklu hærra hlutfalli að það væri á ábyrgð hjúkrunarfræðinga að sinna aðstandendum eða rúmlega 96% og samræmist það viðhorfi sjúklinga sem töldu það á ábyrgð hjúkrunarfræðinganna að sinna aðstandendum í tæplega 95 % tilfella. Einnig kom fram að vinnuálag var meira á íslenskum hjúkrunarfræðingum heldur en skoskum þar sem um 81% skoskra hjúkrunarfræðinga töldu sig hafa tíma til að sinna aðstandendum á meðan tæplega 58% íslenskra taldi sig hafa tíma til að sinna aðstandendum. Elísabet Hjörleifsdóttir (1998) sýnir fram á í rannsókn sinni að hjúkrunarfræðingar séu óruggir í samskiptum við deyjandi sjúklinga og í samskiptum sínum við aðstandendur þeirra. Þeir hræddust það að gefa falskar vonir. Persónulegt álag hafði einnig áhrif á samskiptin, skortur á fræðslu, bæði í hjúkrunarnáminu og eftir námið, ásamt því að lítið var um tækifæri til menntunar og þjálfunar á þessu sviði. Elín M. Hallgrímsdóttir (2000) telur að til að auka öryggi hjúkrunarfræðinga við að sinna aðstandendum í sorgarferlinu sé mikilvægt fyrir þá að hafa skilning og þekkingu á sorginni og sorgarferlinu. Einnig greinir hún frá að rannsóknir sýni að bráða- og gjörgæsluhjúkrunarfræðingar hafi greint frá að þeir upplifi sig ekki hafa næga þekkingu og þjálfun til að uppfylla þarfir aðstandenda.

Naik (2013) greinir frá að sú byrði að upplýsa aðstandendur um kringumstæður og andlát liggja á heilbrigðisstarfsfólki og ætti að hafa forgang. Samkvæmt rannsókn Flam (1999) kemur fram að starfsfólk á bráðamóttökum hafi ekki fengið grunnþjálfun í því hvernig tilkynna eigi aðstandendum um óvænt andlát. Í rannsókninni kemur fram að vegna vinnuálags á bráðamóttökum væru aðstæður þannig að þær kæmu í veg fyrir að ákjósanlegasta starfsfólkið tilkynnti aðstandendum andlát. Flam (1999) greinir einnig frá því að starfsfólk á bráðamóttökunni viðurkenndi að aðstandendur þyrftu á eftirfylgni að halda en töldu það ekki vera hluta af starfslýsingu sinni. Í rannsókninni kemur einnig fram að starfsfólki þótti þörf á að hafa vinnuferli til að sinna aðstandendum eftir óvænt andlát. Starfsfólki þótti mikilvægast að þessir þættir kæmu fram í vinnuferlinu: Að hafa ætti samband við fjölskylduna við fyrsta tækifæri eftir komu sjúklings á bráðamóttöku og eftir óvænt andlát. Ef sjúklingur væri látinn ætti að tilkynna fjölskyldu það sem fyrst og veita upplýsingar um aðdraganda að andlátinu, nota auðskiljanlegt mál og upplýsa aðstandendur um að öll meðferðarúrræði hafi verið nýtt.

## 4 Umræða

Aðdragandi að andlátum er stundum fyrirsjáanlegur en stundum ekki. Hvort sem einstaklingur hefur verið veikur eða ekki, getur hann látist óvænt og gerir það sjaldnast boð á undan sér. Andlát geta gerst hvar sem er en óvænt andlát eru algengust í heimahúsum. Á sjúkrahúsum verða óvænt andlát einnig á mörgum deildum en oftast á bráðamóttökum (Naneix o.fl., 2015). Erfitt getur verið að fá nákvæmar upplýsingar þar sem flokkun andláta getur verið mismunandi og skráning á andlátum einnig verið ólík eftir löndum, sjúkrahúsum og deildum. Til dæmis hafa niðurstöður sýnt að algengi óvæntra andláta á bráðamóttökum getur verið allt frá 15 til 60%, ósamræmi líkt og þetta getur verið tilkomið vegna þess hvernig sjúklingar eru skráðir og hvaðan þeir koma, álags á bráðamóttökum og hvort um sé að ræða kennslusjúkrahús (Alimohammadi o.fl., 2014). Margar ástæður geta verið fyrir því að einstaklingar látist óvænt, líkt og gen, undirliggjandi sjúkdómar, slys og óútskýranlegar ástæður. Flestar rannsóknir greina frá því að langflest óvænt andlát tengjast hjarta- og æðasjúkdómum (Naneix o.fl., 2015, Vaartjes o.fl., 2009, Mushtaq og Ritchie, 2005). Þar sem flest óvænt andlát tengjast hjarta- og æðakerfinu er talið að þar sé möguleiki á að draga úr óvæntum andlátum, bæði með skimun á áhættuþáttum á að þróa með sér sjúkdóm og einnig með forvörnum (Vaartjes o.fl., 2009).

Bráðamóttökur eru fyrsti viðkomustaður sem bráðveikir og slasaðir leita til og koma því flest bráðatilfelli þangað inn. Þar af leiðandi má ætla að flest óvænt andlát á sjúkrahúsum verði á bráðamóttökum. Á bráðamóttökum er oft mikiðálag og margt er að gerast samtímis, langir biðlistar geta myndast. Því þarf starfsfólk að búa yfir þolinmæði og að geta tekist á við mismunandi og miskrefjandi aðstæður. Sjúklingar eru einnig að koma á öllum tímum sólarhrings með mismunandi sjúkdómseinkennum og/eða áverka (Gul og Guneri, 2015). Algengt er að starfsfólk beri ábyrgð á nokkrum sjúklingum í einu og þarf það því að geta veitt hverjum og einum þá þjónustu sem hann þarf á að halda, ásamt því að vera fljótt að bregðast við breyttu ástandi hvers sjúklings. Bráðamóttaka er því frábrugðin legudeildum þar sem starfsfólk þarf oftast að vinna hratt og hefur ekki mikinn tíma fyrir hvern og einn sjúkling. Starfsfólk á bráðamóttökum er ekki að sinna sömu sjúklingum marga daga í röð líkt og á legudeildum, þar sem sjúklingar leggjast ekki inn á bráðamóttöku. Þetta gerir það að verkum að erfiðara er fyrir heilbrigðisstarfsfólk að mynda meðferðarsamband við sjúklinga og/eða aðstandendur (Heiner og Trabulsky, 2011). Meðferðarsamband hefst oft við fyrstu kynni og má ætla að heilbrigðisstarfsfólk á bráðamóttöku læri vinnbrögð sem hjálpi til við að mynda traust sem er grunnur að meðferðarsambandi (Spiers og Wood, 2010). Ef heilbrigðisstarfsfólk nær að koma á grunni að meðferðarsambandi getur það átt hægara með að gera sér grein fyrir þörfum aðstandenda þegar óvænt andlát á sér stað. Taka þarf tillit til fjölbreytileika fólks, það bregst misjafnlega við og hefur mismunandi þarfir. Þar sem vinnuumhverfi á bráðamóttökum einkennist af hraða og álagi getur myndast spennuþrungin andrúmsloft sem starfsfólk er búið að aðlagast. Starfsfólk sem er vant slíku vinnuumhverfi þarf því að hafa í huga að gefa sér tíma til undirbúa sig að tala rólega og af yfirvegun við aðstandendur (Scott, 2013).

Þegar kemur að því að sinna aðstandendum eftir óvænt andlát þarf að huga að fyrstu samskiptum við aðstandendur, þar sem fyrstu kynni geta haft áhrif á hvernig þeim tekst að vinna úr sorginni. Með því að stuðla að því að fyrstu samskipti verði grunnur að meðferðarsambandi og trausti getur það

bæði gert aðstandendum og heilbrigðisstarfsfólki gott. Í rannsóknum hefur komið fram að aðstandendur vilja vera vel upplýstir, þeir þurfa stöðugar upplýsingar um líðan sjúklings ásamt því að heilbrigðisstarfsfólk nýti öll meðferðarúrræði og upplýsi þá um að þau séu nýtt (Merlevede o.fl., 2004, Li o.fl., 2002). Þegar tilkynna þarf um andlát er ráðlagt að undirbúa það eins vel og kostur er. Til dæmis með því að finna stað þar sem hægt er að vera í einrúmi með aðstandendum líkt og fjölskylduherbergi. Samhljómur var í niðurstöðum rannsókna um að mikilvægt væri að vera skýrmæltur og gæta þess að nota ekki orð sem geta vakið vafa um andlát. Til dæmis ætti ekki að nota orð eins og „hann er farinn yfir móðuna miklu“, heldur nota frekar orð líkt og „hann/hún er látin/n“. Þegar aðstandendur vilja fá útskýringar er ráðlagt að nota orð sem eru auðskiljanleg en ekki flókin fræðileg orð (LeBrocq o.fl., 2003, Parris o.fl., 2007, Scott, 2013). Nauðsynlegt er að heilbrigðisstarfsfólk gefi sér tíma til að svara spurningum aðstandenda og sýni stuðning. Því meiri upplýsingar sem er veittar aðstandendum, því rólegri verða þeir og þær auðvelda þeim að takast á við hið óvænta andlát (Scott, 2013, Li o.fl., 2002, Merleved o.fl., 2004). Heilbrigðisstarfsfólk þarf að vera tilbúið að aðlaga sig að mismunandi þörfum aðstandenda, sem geta verið allt frá því að þurfa mikla snertingu og stuðning í það að vilja vera í einrúmi. Viðbrögð við upplýsingum um óvænt andlát geta vakið mismunandi tilfinningar og þarf heilbrigðisstarfsfólk að gera ráð fyrir því að aðstandendur bregðist misjafnlega við. Í eldri rannsóknum hafa verið sett upp líkön um sorgarferli þar sem gert er ráð fyrir því að aðstandendur fari kerfisbundið í gegnum öll stig líkansins á sorgarferlinu og það sé nauðsynlegt til að geta unnið úr sorginni (Kubler-Ross, 1969, Worden, 1991).

Eftirfylgni getur verið gagnleg aðstandendum en þó hafa rannsóknir ekki sammælt um hvernig sú eftirfylgni ætti að vera. Í rannsókn Elínar M. Hallgrímsdóttur (2000) fjallar hún um að bráðamóttökurnar sem hún rannsakaði væru ekki með eftirfylgni fyrir aðstandendur þar sem ekki var talin þörf á því. Aftur á móti í rannsókn Socorro og félaga (2001) kom fram að þörf sé á að hafa eftirfylgni fyrir aðstandendur sem upplifa óvænt andlát. Einnig kom fram að aðstandendur voru mismunandi ánægðir með eftirfylgni, þar sem helmingi aðspurðra aðstandenda þótti hún ekki gagnleg og litu á hana sem átroðning sem minnti þá óþægilega á andlát. (LeBrocq o.fl., 2003).

Starfsfólki á bráðamóttökum finnst flestum erfitt að sinna aðstandendum þegar sjúklingur er deyjandi eða látinn. Starfsfólk á bráðamóttökum hefur færri tækifæri en starfsfólk á legudeildum til að hafa samskiptin við aðstandendur góð og því má ætla að fyrstu samskipti við aðstandendur séu meira álag fyrir starfsfólk á bráðamóttöku (Scott, 2013). Niðurstöður rannsókna sýna fram á að flest starfsfólk upplifði skort á nægilegri þekkingu og þjálfun í að tilkynna og hjálpa aðstandendum að takast á við óvænt andlát. Rannsóknir hafa bent á möguleika þess að setja fram leiðbeiningar um hvernig geti sé best að tilkynna aðstandendum og hjálpa þeim að takast á við óvænt andlát (Tye, 1996, Flam 1999, Elín M. Hallgrímsdóttir, Roe, 2012, Naik, 2013). Með því að vera með klínískar leiðbeiningar getur það auðveldað starfsfólki á bráðamóttökum að taka á móti aðstandendum, tilkynna og hjálpa þeim að takast á við óvænt andlát. Nauðsynlegt er að starfsfólk fái fræðslu um leiðbeiningar og vinni eftir þeim til að öðlast betri færni í að styðja aðstandendur og í kjölfarið fá aðstandendur markvissari þjónustu.

Ekki má þó horfa framhjá því að óvænt andlát sjúklings getur einnig haft mikil áhrif á heilbrigðisstarfsfólk (Kobler, 2014). Heilbrigðisstarfsfólk má ekki gleyma sjálfu sér og sínum þörfum sem geta komið í kjölfar óvænts andláts. Misjafnt er hvernig heilbrigðisstarfsfólk upplifir og vinnur úr

óvæntu andlátí sjúklinga, líkt og aðstandendur hefur það ólíkar þarfir. Í rannsóknum koma fram nokkrar leiðir sem heilbrigðisstarfsfólk getur notað sem bjargráð. Flestar rannsóknir benda þær á að eitt helsta bjargráð heilbrigðisstarfsfólks sé að ræða við samstarfsfélaga (Heiner og Trabulsky, 2011, Scott, 2013, Kobler, 2014). Ætla má að starfsfólk þurfi að finna sér bjargráð til að takast á við óvænt andlát, svo það geti vaxið og dafnað í starfi. Því er mikilvægt að yfirmenn viðurkenni þörf starfsfólks á að vinna úr reynslunni, hvetji það til að ræða reynsluna við samstarfsfélaga og bjóði upp á önnur úrræði ef þörf er á (Kobler, 2014).

## 5 Ályktanir

Óvænt andlát verða alltaf hluti af tilveru okkar hvort sem þau verða vegna veikinda eða slysa. Flest óvænt andlát sem verða á sjúkrahúsum eiga sér stað á bráðamóttökum, stöðum sem eru þekktir fyrir lífsbjargandi aðgerðir frekar en líkn og andlát. Höfundar þessa verkefnis telja að skortur sé á fræðslu og þjálfun starfsfólks um hvernig best sé að koma til móts við þarfir aðstandenda eftir óvænt andlát. Hjúkrunarfræðingar eru oftast í því hlutverki að sinna aðstandendum og teljum við því mikilvægt að þeir fái þjálfun í því að sinna aðstandendum en samkvæmt niðurstöðum töldu hjúkrunarfræðingar skort á þekkingu vera helstu ástæðu þess að þeir fundu til óöryggis við að sinna aðstandendum. Með innleiðingu klínískra leiðbeininga og þjálfun starfsfólks í að vinna eftir þeim er hægt að auðvelda starfsfólki það erfiða hlutverk að taka á móti aðstandendum sem geta verið í tilfinningalegu ójafnvægi vegna óvissu um afdrif ástvinar síns. Höfundum finnst að þörf sé á frekari rannsóknum sem skoða árangur slíkrar þjálfunar og leiðbeininga. Höfundar vonast til þess að niðurstöður þessa verkefnis vekji áhuga hjúkrunarfræðinga og starfsfólks bráðamóttökum á að bæta þjónustu við aðstandendur. Auknar kröfur eru gerðar til heilbrigðisstarfsfólks um bættu þjónustu ásamt þeirri áminningu að sjúklingur og aðstandendur séu eitt. Hjúkrunarfræðingar eru í lykilhlutverki við að aðstoða aðstandendur við að vinna úr viðbrögðum í aðstæðum sem skapast geta við tilkynningu við óvænt andlát.

## Heimildaskrá

- Adamowski, K., Dickinson, G., Weitzman, B., Roessler, C. og Carter-Snell, C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *Canada Medical Association Journal*, 149(10), 1445-1451.
- Alimohammadi, H., Bidarizerehpooosh, F., Mirmohammadi, F., Shahrami, A., Heidari, K., Sabzghabaie, A. og Keikha, S. (2014). Cause of emergency department mortality; a case-control study. *Emergency*, 2(1), 30-35.
- Arizmendi, B. J. og O'Connor, M. F. (2015). What is "normal" in grief? *Australian Critical Care*, 1-5.
- Baverstock, A. og Finlay, F. (2006). Specialist registrars' emotional responses to a patient's death. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 774-776.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
- Brysiewicz, P. og Uys, L. R. (2006). A model for dealing with sudden death. *Advances in Nursing Science*, 29(2), E1-E11.
- Cook, P., White, D. K. og Ross-Russel, R. I. (2002). Bereavement support following sudden and unexpected death: guidelines for care. *Archive of Disease in Childhood*, 87, 36-39.
- Elín M. Hallgrímsdóttir (2000). Accident and emergency nurses' perception and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 611-619.
- Elín M. Hallgrímsdóttir (2004). Caring for families in a&e departments: scottish and icelandic nurses' opinions and experiences. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 114-120.
- Elísabet Hjörleifsdóttir (1998). Samskipti við aðstandendur. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 74, 144-148.
- Fauri, D. P., Ettner, B. og Kovacs, P. J. (2000). Bereavement services in acute care settings. *Death Studies*, 24(1), 51-56.
- Flam, R. (1999). Helping the bereaved at the emergency department: a study at the brussels university hospital. *International Journal of Trauma Nursing*, 5(3), 95-98.
- Grudzen, C. R., Stone, S. C., Mohanty, S. A., Asch, S. M., Lorenz, K. A., Torres, J. M. o.fl. (2011). "I want to be taking my own last breath": patients' reflections on illness when presenting to the emergency department at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 14(3), 293-296.
- Gul, M. og Guneri, A. F. (2015). A comprehensive review of emergency department simulation application for normal and disaster conditions. *Computers & Industrial Engineering*, 83, 327-344.
- Heiner, J. D. og Trabulsky, M. E. (2011). Coping with the death of a patient in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 58(3), 295-298.
- Kaltman, S. og Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders* 17(2), 131-147.



- Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B. og Rushton, C. (2010). Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after a death of a patient. *Pediatric Nursing*, 36(4), 185-189.
- Kent, H. og McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. *Nursing Standards*, 19(6), 38-42.
- Kobler, K. (2014). Leaning in and holding on: team support with unexpected death. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(3), 148-154.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying* (1. Útgáfa ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
- Leash, R. M. (1996). Death notification: practical guidelines for health care professionals. *Critical Care Nursing Quarterly*, 19(1), 21-34.
- LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T. og Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 85-90.
- Li, S. P., Chan, C. W. og Lee, D. T. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 170-180.
- Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C. o.fl. (2004). Perception, needs and mourning reaction of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, 61, 341-348.
- Merriam-Webster: dictionary and thesaurus. (e.d.). Sótt 17. apríl, 2015, from Merriam-Webster: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/sudden%20death>
- Mushtaq, F. og Ritchie, D. (2005). Do we know what people die of in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 22, 718-721.
- Naik, S. B. (2013). Death in the hospital: Breaking the bad news to the bereaved family. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 17(3), 178-181.
- Naneix, A. L., Périer, M. C., Beganton, F., Jouven, X. og de la Granmaison, G. L. (2015). Sudden adult death: an autopsy series of 534 cases with gender and control comparison. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 32, 10-15.
- Parris, R. J., Scholosenberg, J., Stanley, C., Maurice, S. og Clarke, S. F. (2007). Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service. *Emergency Medical Journal*, 24, 339-342.
- Roe, E. (2012). Practical strategies for death notification in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 130-134.
- Roesler, R., Ward, D. og Short, M. (2009). Supporting staff recovery and reintegration after a critical incident resulting in infant death. *Advances in Neonatal Care*, 9(4), 163-171.
- Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. *Emergency Nurse*, 21(8), 36-39.

- Sheldon, L. K., Barrett, R. og Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141-147.
- Shoenberger, J. M., Yeghiazarian, S., Rios, C. og Henderson, S. O. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(2), 181-185.
- Sigríður Zoega. (2007). Fagmennska í hjúkrun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 5(83), 32-33.
- Socorro, L. L., Tolson, D. og Flemming, V. (2001). Exploring emergency spanish nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 562-570.
- Spiers, J. A. og Wood, A. (2010). Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6), 373-386.
- Stroebe, M. S. (1998). New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *Palliative Medicine* 1998, 12, 5-12.
- Tye, C. C. (1996). Sudden bereavement in accident and emergency: the development and evaluation of a short educational course for qualified nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 88-93.
- Vaartjes, I., Hendrix, A., Hertogh, E. M., Grobbee, D. E., Doevendans, P. A., Mosterd, A. o.fl. (2009). Sudden death in persons younger than 40 years of age: incidence and causes. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(5), 692-596.
- van der Klink, M., Heijboer, L., Hofhuis, J. G., Hovingh, A., Rommes, J. H., Westerman, M. J. o.fl. (2010). Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 215-225.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for mental health practitioner*. London: Routledge.
- World Health Organisation. (1975). Sótt 17. apríl, 2015, from WHO: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_562.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_562.pdf)