



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Reflektioner kring mötet med anhöriga vid dödsfall

En jämförande studie bland
specialistsjuksköterskor inom prehospital - och
intensivvård

Författare: Camilla Bergman
Gisela Svensson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Januari 2014

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

Reflektioner kring mötet med anhöriga vid dödsfall

En jämförande studie bland specialistsjuksköterskor inom prehospital - och intensivvård

Författare: Camilla Bergman
Gisela Svensson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

Bakgrund: Närstående till patienter som är akut eller kritiskt sjuka ställs inför många olika situationer att hantera. Undersökningar visar att anhöriga kan ha behov av att få vara tillsammans och stötta varandra. Som sjuksköterska både inom ambulans- och intensivvård möter man människor i sorg och kris. Många av dessa sjuksköterskor upplever detta stressfullt samt att de känner att de har dålig utbildning när det gäller att stödja anhöriga i sorg och kris. **Syfte:** Syftet var att jämföra hur specialistsjuksköterskor inom prehospital- samt intensivvård beskriver mötet med anhöriga vid dödsfall. **Metod:** Den valda metoden för studien var en enkätstudie (n=103) med kvantitativ ansats med deskriptiv inriktning. **Resultat:** Överlag upplevdes mötet med anhöriga vid dödsfall bra och stämningen på arbetet var god och gav utrymme för samtal med både anhöriga och kollegor. Något som saknades var klara riktlinjer och pm samt utbildning i hantering av anhöriga. Ingen statistisk signifikans fanns mellan studiegrupperna. **Slutsats:** Vidare forskning i ämnet att möta anhöriga vid dödsfall behövs för att utröna om det är så att intensivvård-och ambulanssjuksköterskor saknar tillräckligt med utbildning i ämnet.

Nyckelord

Närstående, familj, anhörig, dödsfall, ambulanssjuksköterska, intensivvårdssjuksköterska, möte.

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Dödsfall i Sverige	3
Anhörig i kris	3
Vårdpersonalens upplevelser av mötet med anhöriga i kris	5
Syfte	6
Metod	6
Kvantitativ metod	6
Urval	7
Undersökningsinstrument	8
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	9
Etisk avvägning	9
Resultat	10
Tillräcklig och adekvat utbildning relaterat till omhändertagandet av anhöriga vid dödsfall	11
Adekvata riktlinjer och/eller pm på arbetsplatsen	12
Erfarenhet av mötet med anhöriga vid dödsfall	13
Utrymme för samtal/debriefing på arbetsplatsen	13
Diskutera känslor med kollegor	14
Vidareutbildning på arbetsplatsen	15
Tid att ta hand om anhöriga	15
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Konklusion och implikationer	21
Referenser	22
Bilaga 1 (3) Informationsbrev verksamhetschef	26
Bilaga 2 (3) Informationsbrev respondent	28
Bilaga 3 (3) Enkät	29

Problembeskrivning

Kompetensbeskrivningen för ambulanssjuusköterskor belyser uppgiften att organisera vården kring den sjuka och dennes anhörig/a, stödja dessa samt att främja deras välbefinnande och minska lidandet (Riksförening för ambulanssjuusköterskor & Svensk sjuusköterskeförening, 2012). Sjuusköterskorna skall även ansvara för omvårdnaden av den avlidna och dennes närstående. Liknande arbetsuppgifter finns i Kompetensbeskrivningen för leg sjuusköterska med inriktning mot intensivvård, men denna är mer inriktad på att stödja, vårda och informera vid livets slutskede och att kunna bemöta och hantera både sorgereaktioner och kris (Riksförening för anestesi och intensivvårdssjukvård & Svensk sjuusköterskeförening, 2012). Hälso- och sjukvårdslagen poängterar också sjuusköterskors uppgift att handla med respekt för den avlidne samt att visa de efterlevande hänsyn och omtanke (HSL1982:763).

Varken i ambulanssjuusköterskans kompetensbeskrivning (Riksförening för ambulanssjuusköterskor & Svensk sjuusköterskeförening, 2012) eller i utbildningen till ambulans- och intensivvårdssjuusköterska på Lunds Universitet ingår krishantering runt plötslig eller väntad död. Trots detta ingår det i arbetsuppgifterna och ofta är det dessa sjuusköterskor som är först i vårdkedjan att möta de anhöriga. Inom intensivvårdsprogrammet på Lunds universitet ingår det dock att förklara och diskutera krissituationer och copingstrategier i samband med psykiskt påfrestande situationer för närstående. Studier visar att både sjuusköterskor överlag samt de som är utbildade inom akutvård upplever att de behöver mer utbildning när det gäller dödsfall, sorg och omhändertagande av anhöriga (Purves & Edwards, 2005). En studie gjord i Oslo bland yrkesverksamma inom prehospital vård belyser också frånvaron av utbildning i området (Steen, Naess & Steen, 1997).

Det finns en forskning kring sjuusköterskors upplevelser av att möta anhöriga till avlidna både inom den slutna vården inom den prehospitala ambulansverksamheten. Vad författarna vet finns inga tidigare forskningsstudier som undersöker och jämför eventuella skillnader mellan ambulans- och intensivvårdssjuusköterskors reflektioner angående mötet med anhöriga vid dödsfall. Detta kan vara av betydelse då båda grupperna arbetar med döende patienter, men trots detta så skiljer sig både utbildningarna och kompetensbeskrivningarna åt.

Bakgrund

Dödsfall i Sverige

Under år 2010 dog totalt 90 519 människor i (Socialstyrelsen, 2011). Motsvarande siffra för 2011 var 89 943 (Socialstyrelsen, 2013a) samt 91 900 avlidna år 2012 (Socialstyrelsen, 2013b). Den vanligaste dödsorsaken i Sverige är fortfarande hjärt- och kärlsjukdomar. År 2010 var det 41 procent av de avlidna kvinnorna och 39 procent av de avlidna männen som dog i detta. Motsvarande siffror år 2012 var 38 procent och 37 procent. Den näst vanligaste dödsorsaken är cancer, som år 2010 var dödsorsaken hos 22 procent av de avlidna kvinnorna och 26 procent av de avlidna männen (Socialstyrelsen, 2011). Motsvarande siffror för 2012 var 23 procent och 27 procent (Socialstyrelse, 2013b).

Hur människor uppfattar döden och döendet har förändrats med tiden, från att ha varit en familjeangelägenhet i hemmet till att bli en samhällsangelägenhet som ofta sker på sjukhus (Kock-Redfors (red), 2011). Idag är anhöriga ofta passiva åskådare av den sjuke.

Omhändertagandet av den döende sker oftast av professionell personal och ibland i en mycket teknisk och avancerad miljö. För många är döden obekant och skrämmande och den uppfattas sällan som en naturlig del av livet. Våra nya levnadsmönster och familjebildningar gör att det sociala skyddsnätet för många har brister. Kyrkan och religion har mindre betydelse idag och många saknar en stark tro att finna tröst i. Alla kan behöva tröst när någon nära anhörig dör och då behövs professionellt stöd av vårdpersonal. Om sjukvården tar väl hand om anhöriga i sorg så kan man underlätta deras sorgprocess (a.a).

Anhörig i kris

Närstående till patienter som är akut/eller kritiskt sjuka ställs inför många och olika tillstånd att rätta sig efter och hantera, som till exempel risken för att patienten dör, risken för komplikationer och att tillståndet försämras samt rädslan av att ens anhörig ska uppleva fysiska och psykiska påfrestningar (Stubberud & Guldbrandsen (red), 2009).

Cullberg (2000) delar in krisen i fyra olika faser: Chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas samt nyorienteringsfas. Faserna är inte alltid tydligt separerade från varandra utan kan ofta smälta

in i varandra eller saknas helt (Kent & McDowell, 2004). På den akuta samt prehospitala arenan är det oftast de två första faserna man stöter på då fas tre och fyra ofta utspelar sig under en längre tid efter händelsen. Föreliggande studie ämnar beskriva de två första faserna.

Fas ett, *chockfasen*, är den initiala reaktioner som kan pågå från allt från ett ögonblick till några dygn efter den traumatiska händelsen (Cullberg, 2000). Den drabbade kan inte acceptera förlusten och försöker således hålla verkligheten på avstånd då förmågan att hantera händelsen kan saknas. Det kan vara svårt för vårdpersonalen att kommunicera med någon i chockfasen, den drabbade är ofta inte mottaglig och kan ofta ha svårt att komma ihåg vad som sker och sägs under denna tid. Trots att det råder stora reaktioner inom den drabbade kan han/hon upplevas samlad och klar. Skratt, gråt, hyperaktivitet, desorientering och apati är också reaktioner man kan se i chockfasen, liksom fysiska symtom som kräkningar, frossa, darrningar och svettningar (a a). Purves & Edwards (2005) menar att mötet med ambulanspersonal efter dödsfall kan spela en betydelsefull roll gällande de anhörigas framtida återhämtningsprocess.

I fas två, *reaktionsfasen*, börjar den drabbade att inse vad som har skett. Människans olika försvarsmekanismer såsom bortträngning, förnekande, regression, rationalisering och projektion, mobiliseras i samband med detta. Funktionen av dessa är att stegvis låta den drabbade handskas med det inträffade. Händelsen blir lite mer hanterbar steg för steg. Starka reaktioner såsom olika desperata handlingar, aggressivitet, sömnlöshet, mardrömmar, skuld känslor och självförakt kan förekomma här. Fasen sägs pågå i fyra till sex veckor efter den traumatiska händelsen (Cullberg, 2000).

Vårdpersonalens fokus riktas initialt mot patienten men samtidigt bör de vara medvetna om att de närstående också har behov som måste mötas. Dessa behov kan vara att få ärliga svar och information om deras närståendes tillstånd samt ibland vara nära den avlidne (Suserud & Svensson, 2009). Undersökningar visar att anhöriga kan ha behov av att få vara tillsammans, stödja och trösta varandra samt att få information. Anhöriga kan åsidosätta sig själva och sina behov och sätta patienten främst. Som sjuksköterska måste man vara öppen och förstående för de närståendes situation, samtidigt som man måste göra en professionell bedömning av situationen (a.a).

Vårdpersonalens upplevelser av mötet med anhöriga i kris

Sorg är en stor stress för intensivvårdssjuksköterskor. Sjuksköterskor som arbetar med döende och deras sörjande anhöriga blir medvetna om sin egen dödlighet och sin familj (Spencer, 1993). Stayt (2009) påpekar att intensivvårdssjuksköterskor som tar hand om familjer till de patienter som är kritiska, har ett emotionellt påfrestande arbete som kan leda till arbetsrelaterad stress och slutligen utbrändhet om sköterskorna inte får rätt stöd.

Scott (2013) menar att många sjuksköterskor inom akutsjukvård tycker att det är svårt att se de närståendes sorg när en anhörig avlider. Att hitta passande ord att säga och att kommunicera med de anhöriga är något som många sjuksköterskor finner jobbigt. Det framkom i en studie av McLaughlins et al (2013), där de intervjuade sjuksköterskor som arbetade med familjecentrerad vård under upplivningsförsök, att 46 av 82 sjuksköterskorna ansåg att det var jobbigt att möta familjer i sorg och 27 av de 82 sjuksköterskorna kände att de behövde emotionellt stöd efteråt.

Börjesson och Johansson (2008) har undersökt ambulanssjuksköterskans erfarenheter av mötet med anhöriga vid plötsligt dödsfall i hemmet. Det framkom att ambulanssjuksköterskorna önskade att de direkt var två ambulansbesättningar på plats för att kunna ge både anhöriga och patienten god vård. De upplevde att det lade grunden för den kommande relationen med de anhöriga. En del av informanterna poängterade vikten av ett gott medicinskt omhändertagande av patienten, att detta skulle komma att minnas av de anhöriga. Det kändes också viktigt för många att städa upp efter sig och att göra den avlidne i ordningen genom att plocka bort nålar och ofta lägga den avlidne i en säng med filt över sig och eventuellt tända ett ljus. Det upplevs också att det blir ”två körningar i en”, då man först koncentrerar sig på patienten och sen får ta hand om de anhöriga, som av vissa kan upplevas som den stora utmaningen (a.a). En formell utbildning som inriktar sig på kunskapen att kommunicera med människor i kris och att omhänderta närstående behövs inom den prehospitala verksamheten menar Purves & Edwards (2005). Börjesson och Johansson (2008) menar att det tunga arbetet vid dödsfall är att vara kvar i situationen och bemöta de starka reaktionerna från anhöriga när man själv är påverkad av det som skett. Att ha en beredskap att förmedla kontakt med någon professionell inom krishantering kändes också

viktigt. Att sitta ner och samtala med de anhöriga och få dem att känna sig hörda och bekräftade sågs som en betydelsefull del av arbetet (a a).

Inom den prehospitala vården har man ofta relativt korta men ofta intensiva möten med de anhöriga till en avliden. Detta möte kan sedan lägga grunden för hur de anhörigas fortsatta sorgprocess kommer att utvecklas, vilket lägger stor vikt på kunskap och samspel från vårdpersonalens sida. De drabbades krisreaktioner kan få långtgående negativa konsekvenser av ett dåligt omhändertagande (Merlevede et al, 2004).

Sammanfattningsvis kan specialistsjuksköterskor inom ambulans- och intensivvård möta anhöriga vid dödsfall i sitt dagliga arbete. Som berörts tidigare kan det väcka många känslor och tankar kring detta möte, både hos sjuksköterskorna och hos de anhöriga.

Syfte

Syftet var att jämföra hur specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård jämfört med intensivvård beskriver mötet med anhöriga vid dödsfall.

Metod

Kvantitativ metod

En kvantitativ ansats med deskriptiv inriktning har valts som studiemetod. Friberg (2006) anser att det genom mätningar och jämförelser i kvantitativ forskning är möjligt att undersöka om hur olika vårdåtgärder skall utformas. Kvantitativ forskning innebär enligt Polit och Beck (2008) att arbetet genomförs på ett ordnat och systematiskt sätt. Som undersökningsinstrument för studien valdes enkäter, som enligt Backman (1998) är lämpliga att kvantifiera och användas för att jämföra olika grupper.

Den kvantitativa forskningsprocessen består enligt Bryman (2001) av teori, hypotes, undersökningsdesign, utformning av mått på begreppen, val av plats(er) där forskningen skall göras, val av respondenter (undersökningsspersoner), tillämpning av undersökningsinstrumenten för datainsamling, bearbetning av data, analys av data,

resultat/slutsatser samt formulering av resultat och slutsatser. Enligt Bryman (2001) inrymmer en förhållande stor del av den kvantitativa forskningen en teoridel som fungerar som en formulerad intresseinriktning utifrån vilken forskaren bedriver sin studie. Utgångspunkten är från en generell positivistisk teoriansats och ett forskningsperspektiv som metodologiskt sett kan beskrivas som ett hypotetiskt deduktivt arbetssätt (Gunnarsson, 2011).

Författarna har i studien använt sig av en nollhypotes, det vill säga har en utgångspunkt att det inte finns någon skillnad mellan de två studiegrupperna. Hypotesprövning är ett begrepp som används inom kvantitativ metod (Henricson, 2012). Det innebär att forskaren vill pröva olika hypoteser mot varandra, där den ena hypotesen kallas nollhypotes och den andra alternativa hypotesen som säger att något annat än nollhypotes är sant. Vid en hypotesprövning finns två olika fallgropar, typ.1 fel som innebär att felaktigt inte acceptera nollhypotesen trots att den är sann. Forskaren tror att det är en skillnad mellan grupperna fastän att det inte är det. Typ- 2 fel innebär att acceptera nollhypotesen fast att den inte är verklig (a.a.).

Enligt positivismen skulle observationer göras och utifrån dessa observationer skulle man slutsatser om vad som är sant. Emellertid var filosofen Karl Popper kritisk till denna empiriska metod som innebar att varje ny observation som stämmer med hypotesen verifierar och bekräftar den. Popper menade att trots aldrig så många observationer kan vi aldrig vara säkra på att en hypotes är hundra procentigt sann. Däremot kan vi försöka påvisa om den är falsk och han menade att när vi forskar skall vi sträva efter att försöka falsifiera våra egna hypoteser. Om vi misslyckas med att falsifiera våra hypoteser kan vi säga att vår hypotes är sann vilket då skiljer vetenskapliga teorier från de icke vetenskapliga metafysiska teorierna. De signifikansanalyser som används idag inom den moderna statistiken (och i föreliggande studie) arbetar på detta sätt med att försöka falsifiera en (Gunnarsson, 2011).

Urval

Inkluderingskriterier för studien var specialistsjuksköterska inom intensivvård som arbetar på en intensivvårdsavdelning samt ambulanssjuksköterska som arbetar i prehospital ambulanssjukvård. Inga andra inklusions- eller exklusionskriterier användes. Två ambulansstationer deltog i studien, och dessa låg i Malmö och Lund. Två intensivvårdsavdelningar deltog också, även dessa låg i Lund och Malmö. Inom

ambulanssjukvård delades 80 enkäter ut och inom intensivvård lämnades 200 enkäter ut. Sammanlagt deltog 103 respondenter i studien. Det var 46 ambulanssjuksköterskor och 57 intensivvårdssjuksköterskor som medverkade.

Undersökningsinstrument

Författarnas avsikt var att nå en större grupp och enligt Polit & Beck (2006) passar det då med en enkätundersökning. En enkätundersökning kan utföras på ett större urval än en undersökning med intervjuer, framför allt i relation till den tid man har (Ejlertsson, 2005). En enkätundersökning kan också göras inom ett större geografiskt område och respondenten kan under stillsammare omständigheter besvara frågor utan press från en intervjuare. Nackdelen här är istället att man inte eventuellt uppfattar tveksamheter hos respondenten som kan utforskas vidare. Respondenten är också mer anonym vid en enkätundersökning vilket kan underlätta då frågorna är av mer privat karaktär. Dock ger enkätundersökningar ofta ett större bortfall och bör maximalt ta en halvtimme att fylla i (a.a.).

För att ta reda på om respondenterna uppfattar frågorna på ett sätt som det är avsett kan en pilotstudie genomföras. I den första delen låter man en mindre grupp människor, till exempel kollegor och vänner, fylla i enkäten och komma med åsikter och synpunkter. I den andra delen låter man en grupp specialistsjuksköterskor inom ambulans/intensivvård svara på enkäten, och detta anses som den egentliga pilotstudien. Respondenterna här ska vara så lika den egentliga urvalsgruppen som möjligt (Ejlertsson, 2005). För att stärka validiteten hos studien genomfördes en pilotstudie med 5 deltagare. Dessa 5 deltagare, som var grundutbildade sjuksköterskor, upplevde enkäten som tydlig, och inga frågor i enkäten har därefter ändrats.

Ett frågeformulär har utformats av författarna med Ejlertssons (2005) litteratur om enkäter i praktiken som referenslitteratur. Frågeformuläret består av 12 frågor där de fråga 1-4 är av demografisk karaktär men ändå av vikt för studien. Om man varit med om ett möte med anhöriga vid dödsfall tillfrågades i fråga nummer 5. Fråga nummer 6 berör utbildning inom området och fråga nummer 8 berör generella erfarenheter kring mötet med de anhöriga vid dödsfall. Enkätfrågorna 7 samt 9-12 omfattar frågor kring arbetsplats och arbetssituation.

Genomförande av datainsamling

Studien inleddes med godkännande från VEN. Enkäterna lämnades därefter ut i augusti 2013 till två ambulansstationer i Skåne efter samtycke från stationscheferna. Dessa stationer var belägna i Malmö (n=40) samt i Lund (n=40). Även på de två intensivvårdsavdelningar (n=100/n=100) gavs samtycke till studien. Cirka 3 veckor efter att studiematerial lämnats till stations- och avdelningscheferna påmindes dessa om studien och meddelades att enkäterna skulle komma att hämtas upp inom två veckor.

Genomförande av databearbetning

Databearbetningen omfattar 103 svarsenkäter. Resultatet har matats in och kategoriserats i kalkylprogrammet Excel där varje svar kodats om till siffror för att kunna bearbetas med hjälp av statistikprogrammet SPSS (version 20). Eventuella skillnader på nominalskala har analyserats med Chi-två test eller Fichers Exact test där motiverat. För jämförelseanalys på variabelnivå ordinalskala har Mann-Whitney U test använts. För att påvisa en signifikant skillnad bestämdes alfavärdet till 0.05. Resultatet har sedan förtydligats med tabeller innehållande absoluta (n) och relativa frekvenser (%). Våra 0-hypoteser vid genomgående analyser är att det inte finns någon skillnad mellan valda grupperingar (Ejlertsson, 2003).

Etisk avvägning

Inför studien har de fyra forskningsetiska principerna beaktats. Dessa är följande; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandet kravet (Vetenskapsrådet, 2013). Genom informationskravet ska begriplig information om studien ges till de personer som deltar (Hermerèn et al. 2011). Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva styr sin medverkan och kan när som helst avsluta sitt deltagande i studien. Enligt konfidentialitetskravet ska alla uppgifter behandlas konfidentiellt vilket betyder att obehöriga inte har möjlighet att ta del av uppgifterna. Den sista principen innefattar nyttjandekravet som syftar till att materialet som samlas in endast får användas till forskning (a.a).

Cheferna på respektive avdelning har erhållit ett informations- och samtyckesformulär med förfrågan att utföra studien på deras arbetsplats, var god se bilaga 1. Undersökningen kräver

att det skall finnas informerat samtycke hos varje enskild respondent. I informationsbrevet till respondenterna framgår att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande i studien utan att ange orsak (SFS 2003:460). Enkätsvaren behandlas konfidentiell och används endast för denna studie. Efter studiens slut kommer enkätsvaren att förstöras och det medför att nyttjandekravet är uppfyllt. Yttrande angående studiens genomförande erhöles från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid institutionen för omvårdnad vid Lunds universitet.

Resultat

Studiens resultat baseras på n=103 stycken enkätvar. Totalt 280 stycken enkäter lämnades ut vilket medför en svarsfrekvens på 37 procent.

Tabell 2. Enkätens internbortfall.

Fråga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Antal Svar	103	103	103	103	103	103	102	102	102	101	101	101
Bortfall	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2

Av respondenterna var 44,7 procent (n =46) ambulanssjusköterskor och 55,3 procent (n=57) intensivvårdssjuköterskor. Drygt fyrtiotvå procent (42,7 procent, n=44) uppgav att deras biologiska ålder var mellan 31-40 år. Fördelningen mellan kön är 63,1 procent (n=65) kvinnor och 36,9 procent (n=38) män. Av de som medverkat i studien hade endast 3,9 procent (n=4) inte varit med om ett möte med anhörig vid dödsfall (tabell 3).

Tabell 3. Demografisk data avseende ålder, kön, specialistutbildning samt arbetade år i verksamheten.

	Svarsalternativ	Antal	Procent
Ålder (år)	20-25	1	1
	26-30	18	17,5
	31-40	44	42,7
	41-50	20	19,4
	51-60	18	17,5
	61+	2	1,9
	Totalt	103	100
Kön	Kvinna	65	63,1
	Man	38	36,9
	Totalt	103	100
Specialistutbildning	Ambulanssjukvård	46	44,7
	Intensivvård	57	55,3
	Totalt	103	100
Arbetade år i verksamheten	0-5	40	38,8
	6-10	27	26,2
	11-20	22	21,4
	21-30	9	8,7
	31+	5	4,9
	Totalt	103	100

Tillräcklig och adekvat utbildning relaterat till omhändertagandet av anhöriga vid dödsfall

Som tabell 4 illustrerar så anser nästan 2/3 av respondenterna att de har tillräcklig och adekvat utbildning för att ta hand om anhöriga vid dödsfall. Något större antal (75,4 procent, n=43) bland intensivvårdssjuksköterskorna jämfört med ambulanssjuksköterskorna (60,9 procent, n=28). Ingen statistisk signifikans mellan grupperna påvisades med Chi-två test (p=0,112).

Tabell 4. Fråga gällande tillräcklig och adekvat utbildning.

Specialistutbildning		Adekvat utbildning		Total
		Ja	Nej	
Ambulans				
	Antal	28	18	46
	% inom spec.utb	60,9%	39,1%	100 %
	% av total	27,2%	17,5%	44,7 %
Intensivvård	Antal	43	14	57
	% inom spec.utb.	75,4%	24,6%	100 %
	% av total	41,7%	13,6%	55,3%
	Totalt	68,9%	31,1%	100 %

Jämförelseanalys Chi-två test (P=0,112)

Adekvata riktlinjer och/eller pm på arbetsplatsen

På frågan om det fanns adekvata riktlinjer och pm på arbetsplatsen, när det kom till mötet med anhöriga vid dödsfall, svarade ett likartat större antal i de båda specialistutbildningarna att de inte (Nej) tyckte så var fallet (ambulanssjuusköterskor 56,5 procent, n=26 vs intensivvårdssjuusköterskor 55,4 procent, n=31). Ingen statistisk skillnad påvisades mellan grupperna (Chi-två test, p=0,906).

Tabell 5. Fråga gällande adekvata riktlinjer/pm på arbetsplatsen.

Specialistutbildning		Finns adekvata riktlinjer/pm på arbetsplatsen		Total
		Ja	Nej	
Ambulans				
	Antal	20	26	46
	% inom spec.utb	43,5%	56,5%	100 %
	% av total	19,6%	25,5%	45, %
Intensivvård	Antal	25	31	56
	% inom spec.utb.	44,6%	55,4%	100 %
	% av total	24,5%	30,4%	54,9%
	Totalt	44,1%	55,9%	100 %

Jämförelseanalys, Chi-två test (p=0,906).

Erfarenhet av mötet med anhöriga vid dödsfall

När det gällde frågan om vilka erfarenheter respondenterna hade kring mötet med anhöriga vid dödsfall var det ingen som svarade *dålig* eller *mycket dålig*. Majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att deras möten med anhöriga var *bra* (71,9 procent, n=41). Bland ambulanssjuksköterskorna var motsvarande siffra 54,3 procent (n=25). Hos intensivvårdssjuksköterskorna var det 21,1 procent (n=12) som upplevde mötet mycket bra och hos ambulanssjuksköterskorna var det 32,6 procent (n= 15). Sammanfattningsvis var det då 86,9 procent respektive 93 procent hos ambulans- och intensivvårdssjuksköterskor som hade positiva erfarenheter av mötet med anhöriga vid dödsfall (tabell 6). Ingen statistisk signifikans kunde påvisas (Mann-Whitney U test, p=0,634).

Tabell 6. Fråga gällande erfarenheter av mötet med anhöriga vid dödsfall.

Specialistutbildning	Svarsalternativ	Antal	Procent
Ambulans	Mycket bra	15	32,6
	Bra	25	54,3
	Varken eller	6	13
	Totalt	46	100
Intensivvård	Mycket bra	12	21,1
	Bra	41	71,9
	Varken eller	3	5,3
		56	98,2

Jämförelsetest, Mann Whitney u test (p=0,634).

Utrymme för samtal/debriefing på arbetsplatsen

Även kring samtal och debriefing på arbetsplatsen fanns det goda erfarenheter då drygt sjuttio procent (71,1 procent, n= 33) av ambulanssjuksköterskorna ansåg att det fanns utrymme för samtal vid behov efter möten med anhöriga vid dödsfall. Motsvarande siffra hos intensivvårdssjuksköterskorna var 75 procent (n=42). Ingen statistisk signifikans fanns mellan de två grupperna enligt chi-två-test (p= 0,71).

Tabell 7. Fråga gällande utrymme för samtal/debriefing efter mötet med anhöriga vid dödsfall

Specialistutbildning		Finns utrymme för samtal/debriefing		Total
		Ja	Nej	
Ambulans	Antal	33	13	46
	% inom spec.utb	71,7%	28,3%	100 %
	% av total	32,4%	12,7%	45,1%
Intensivvård	Antal	42	14	56
	% inom spec.utb	75 %	25 %	100 %
	% av total	41,2%	13,7%	54,9%
	Total	73,5%	26,5%	100 %

Jämförelseanalys, Chi-två test ($p=0,71$).

Diskutera känslor med kollegor

På frågan ” Upplever Du att stämningen är sådan bland dina kollegor att Du kan diskutera Dina känslor efter ett jobbigt möte med anhörig vid dödsfall?” var intensivvårdssjuksköterskorna helt eniga – hundra procent ansåg att stämningen var sådan att man kunde prata känslor med sina kollegor. Hos ambulanssjuksköterskorna var det något färre då 8,7 procent ($n=4$) svarade *Nej* på frågan. Ingen statistisk signifikans framgick mellan specialistsjuksköterskorna (Chi-två-test, $p=0,26$).

Tabell 8. Fråga gällande upplevelsen av att kunna diskutera sina känslor kring mötet med anhöriga vid dödsfall med sina kollegor.

Specialistutbildning		Kan känslor diskuteras med kollegor		Total
		Ja	Nej	
Ambulans	Antal	42	4	46
	% inom spec.utb	91,3%	8,7 %	100 %
	% av total	41,6%	4,0 %	45,5%
Intensivvård	Antal	55	0	55
	% inom spec.utb	100 %	0 %	100 %
	% av total	54,5%	0 %	54,5%

	Totalt	96 %	4 %	100 %
--	--------	------	-----	-------

Jämförelseanalys, Chi-två test (p=0,26).

Vidareutbildning på arbetsplatsen

Sammantaget svarade en majoritet i båda specialistutbildningarna på frågan om de visste/trodde att det på arbetsplatsen ”Fanns vidareutbildning i sorg hantering och krisbemötande av anhöriga vid dödsfall?”, att det *inte* fanns vidareutbildning på arbetsplatsen. Det var 32,6 procent (n=15) av ambulanssjuksköterskorna jämfört med 49,1 procent (n=27) av intensivvårdssjuksköterskorna som svarade ja på frågan (Tabell 9, p=0,094). Sammanslaget var det majoritet (58,4 procent, n=59) av respondenterna som visste/trodde att det inte fanns vidareutbildning på arbetsplatsen.

Tabell 9. Fråga gällande huruvida det finns vidareutbildning på arbetsplatsen inom sorg hantering och krisbemötande av anhöriga vid dödsfall.

Specialistutbildning		Vidareutbildning på arbetsplatsen		Total
		Ja	Nej	
Ambulans	Antal	15	31	46
	% inom spec.utb	32,6%	67,4%	100 %
	% av total	14,9%	30,7%	45,5%
Intensivvård	Antal	27	28	55
	% inom spec.utb	49,1%	50,9%	100 %
	% av total	26,7%	27,7%	54,5%
	Total	41,6%	58,4%	100 %

Jämförelseanalys, Chi-två test (p=0,094).

Tid att ta hand om anhöriga

Slutligen fick respondenterna svara på frågan om de upplevde att de hade tid att ta hand om de anhöriga vid dödsfall. Av ambulanssjuksköterskorna var det 78,3 procent (n= 36) som ansåg att de hade tid för de anhöriga. Motsvarande siffra hos intensivvårdssjuksköterskorna var 80 procent (n=44). Ingen statistisk signifikans mellan grupperna enligt (Chi-två test, p=0.83).

Tabell 10. Fråga gällande tid att ta hand om anhöriga vid dödsfall

Specialistutbildning		Tid för anhöriga		Total
		Ja	Nej	
Ambulans	Antal	36	10	46
	% inom spec.utb	78,3%	21,7%	100 %
	% av total	35,6%	9,9 %	45,5%
Intensivvård	Antal	44	11	55
	% inom spec.utb	80 %	20 %	100 %
	% av total	43,6%	10,9%	45,5%
	Total	79,2%	20,8%	100 %

Jämförelseanalys, Chi-två test (p=0,83).

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att jämföra ambulans- och intensivvårdssjuksköterskors reflektioner kring mötet med anhörig vid dödsfall. Jämförelser mellan dessa två specialistutbildningar verkar inte vara belysta i tidigare forskning. Författarna arbetade utefter en nollhypotes, det vill säga att det inte skulle vara några skillnader mellan dessa två yrkeskategorier (Henricson, 2012).

För att nå syftet användes en kvantitativ ansats med enkät som undersökningsinstrument. En enkät med 12 frågor, varav de 4 första var av demografisk karaktär, utformades av författarna. Detta för att ingen passande enkät fanns att tillgå. En enkät bör maximalt ha 40-50 frågor och inte ta mer än en halvtimme att fylla i (Ejlertsson, 2005). Studiens enkätsvar var antingen av ja/nej eller multiple choice-karaktär, vilket gjorde den lätt och snabb att fylla i. Dock kommenterades det av en informant att den på vissa frågor velat ha fler svarsalternativ, då svaret var situationsberoende. Exempelvis fråga nummer 12, där det tillfrågas om man upplever att man har tillräckligt mycket tid och utrymme på arbetsplatsen för samtal med anhöriga. Den informant som kommenterat frågan upplevde att ibland fanns det tid och ibland inte. Man hade istället kunnat ha svarsalternativ som till exempel aldrig/sällan/ibland/ofta/alltid. Att ha kommentarer kan öka förståelsen för ett svar, men detta

efterlystes inte i studien. Om man velat ha mer djupgående svar för att belysa sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser hade en kvalitativ ansats varit att föredra. Författarnas syfte var dock att med statistik kunna se om det finns några skillnader mellan de två grupperna och då ansågs det mest adekvat med en kvantitativ ansats.

För att stärka en enkäts validitet kan man använda sig av en pilotstudie för att undersöka dess innehållsvaliditet (Ejlertsson, 2005). De 5 deltagare som medverkade i pilotstudien var dock inte specialistutbildade utan grundutbildade sjuksköterskor. För att stärka validiteten hade ambulanssjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor kunnat tillfrågas. I enkäten fanns inget utrymme för kommentarer vid frågorna. Detta kan ses som både positivt och negativt beroende på vad man har för syfte med studien. Möjligtvis finns risken att författarnas förförståelse inom ämnet har påverkat enkätfrågorna i viss utsträckning och att sättet frågorna har ställts på kan ha påverkat resultatet.

Svarsfrekvensen i studien var 37 procent. Två ambulansstationer deltog i studien och på dessa delades det ut vars 40 enkäter. På ambulansstationerna var svarsfrekvensen 57,5 procent ($n = 46$). På ambulansstationerna arbetar även intensivvårdssjuksköterskor, anestesijuksköterskor, barnsjuksköterskor och distriktssjuksköterskor. Dessa ingick inte i studien. Författarna kunde på förhand ha undersökt ungefär hur många ambulanssjuksköterskor som arbetade på stationerna och därmed anpassat antalet enkäter bättre. Ett annat alternativ hade varit att inkludera fler arbetsplatser. Två intensivvårdsavdelningar deltog och på dessa delades det ut vars 100 enkäter. På intensivvårdsavdelningarna var svarsfrekvensen 28,5 procent ($n = 57$). Möjligtvis har antalet intensivvårdssjuksköterskor överskattats, vilket kan bidra till den låga svarsfrekvensen. Även det faktum att studien inte blev presenterad på arbetsplatsen av författarna kan ha bidragit. Författarna kontaktade avdelnings- och stationscheferna muntligt och skriftligt för godkännande av studien. Hur denna sedan presenterades för informanterna är inte klarlagt. För att förankra en studie på en arbetsplats kan besöka arbetsplatsen och presentera studien på exempelvis en arbetsplatsträff och/eller välja ut en enkätansvarig som är arbetande där studien skall utföras, som kan fungera författarnas förlängda arm. Möjligtvis kan studiens titel ha påverkat svarsfrekvensen, då personer som upplevt ett jobbigt möte med anhöriga vid dödsfall inte gärna vill ta del av denna studie och på så sätt gräva upp jobbiga minnen.

En relativt stor omorganisation skedde inom ambulansverksamheten i Skåne under tiden för studien. Detta kan också ha medfört till en lägre svarsfrekvens och därmed skulle resultatet kunna ha blivit påverkat av ett okontrollerat fel. För att utreda hur denna mätning kan reproduceras och inte påverkas av tiden kan en senare utvärdering initieras. Detta fenomen gäller även intensivvårdsavdelningarna som sade sig ha ovanligt hög arbetsbelastning. En annan svaghet med studien var att avdelnings- och stationscheferna enbart fick en påminnelse om studien, och denna skriftligen. Möjligtvis hade man kunnat erhålla en högre svarsfrekvens om fler påminnelser hade skickats och/eller om man ringt och påmint.

Angående studiens pragmatiska validitet, d.v.s. om föreliggande studies resultat är användbar, anser sig författarna att det är svårt att uttala sig om. Eftersom hög validitet förutsätter hög reliabilitet (okontrollerat tillfälligt fel) och föreliggande studie kanske är påverkad av tidsperioden då materialinsamlingen utfördes medför detta kanske att generaliserbarheten har påverkats.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att jämföra ambulans- samt intensivvårdssjuksköterskors reflektioner kring mötet med anhöriga vid dödsfall. I studien visade det sig att det inte fanns någon statistisk signifikant skillnad i svaren mellan de två olika studiegrupperna. Nollhypotesen författarna arbetade utefter har alltså ej blivit förkastad. Detta kan tyckas förvånande då de två studiegruppernas arbetsplats och arbetssätt skiljer sig ganska drastiskt åt. En möjlig förklaring kan vara att de bägge arbetsplatserna har samma överman trots att den ena verksamheten ligger ute på entreprenad. Kanske har det eftersträövats att ha liknande möjligheter till samtal, stöd, debriefing, vidareutbildning och riktlinjer inom de två verksamheterna.

Demografin visade på en överrepresentation av kvinnor (63 procent), vilket var förväntat, och nästan hälften av studiepopulationen var mellan 31-40 år. Endast en deltagare var mellan 20-25, och det kan förklaras av att studenten vanligtvis tas vid 19 års ålder och därefter har man 3 års studier för att bli sjuksköterska. De flesta specialistutbildningar kräver dessutom att man arbetat som sjuksköterska minst 1 år innan man blir antagen. Intensivvårds- och ambulanssjuksköterskeutbildningen är båda på 60 hp, det vill säga ett års helfartsstudier. Räknar man med detta tar den sammanlagda tiden för att bli specialistsjuksköterska 5 år. År

2001 kom den första utbildningen på 60 hp som ledde till specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård (Riksförening för ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Både detta samt arbetets natur med tunga lyft och mycket fysisk aktivitet kan bidra till att det inte fanns så många som var över 60 år som svarat på enkäten.

Gällande behandlingsriktlinjer/pm för bemötande och omhändertagande av anhöriga vid dödsfall svarade majoriteten från de båda specialistsjuksköterskorna *Nej* på denna fråga. Detta kan bero på att man inte visste att det fanns pm eller inte hade blivit informerad angående detta. Detta fynd är i linje med Granger, George och Shelly (1994) som berör att många sjuksköterskor som arbetar på intensivvårdsavdelningar känner sig dåligt utbildade och saknar riktlinjer för att ta hand om och hantera de sörjande. Då detta är en del av arbetsuppgifterna anser vi att det bör finnas klara riktlinjer på ens arbetsplats så att det, om sjuksköterskan känner sig osäker, finns dokument att finna stöd i.

På intensivvårdsavdelningarna i Sverige har läkarna ofta samtal med anhöriga, det är de som har huvudansvaret att anhöriga blir uppdaterade och får information angående patienten. Som sjuksköterska har man också ett ansvar att se till och upplysa läkaren att patienten har ett behov av samtal samt att själv givetsvis prata, informera och trösta de anhöriga. I en artikel av Help (1997) framkom det att personal inom akutsjukvården efterfrågar stöd från sin arbetsgivare som debriefing efter traumatiska händelser, något som Sanders (2012) förespråkar för att undvika att ambulanspersonal ackumulerar stress. Dahlgren och Östlund (2012) fann i sin studie att ambulanspersonal hade mycket stöd i att samtala med sina kollegor efter en situation i arbetet som de tyckt varit jobbig. Det framgick även att de som haft erfarenheter av debriefing och samtalsstöd ansåg att det var väldigt givande (a.a).

Tillfrågade sjuksköterskor upplever att stämningen är sådan bland sina kollegor att de kan diskutera sina känslor efter ett jobbigt möte med anhöriga. Ambulanssjuksköterskorna svarade Ja i något mindre procentsats (91,3 procent). Orsaken till detta bland ambulanssjuksköterskor kan vara att man är ny på arbetsplatsen och inte har kommit in i sitt arbetslag eller att man kan uppleva stämningen som lite "hård" på sin arbetsplats. Möjligtvis är det en genusfråga då det arbetar betydligt större andel män på ambulansstationer än på IVA. Det kan även bero på att man aldrig vet hur arbetsdagen ser ut. Kanske man inte

spenderar mer än några minuter på stationen och inte hinner prata med kollegor eller chef. Kanske finns det inte tid att avsätta under arbetsdagen och så blir det inte av. Alexander & Klein (2001) fann att ambulanspersonal ansåg att socialt stöd hos sina arbetskollegor var en bra strategi för att hantera situationer som upplevs som psykiskt påfrestande.

Det framkommer i en studie av Purves och Edwars (2005) där de arbetande inom den prehospitala vården framför att de saknar utbildning i kris- och sorghantering. Detta bekräftas även i föreliggande studie där det framkommer att majoriteten av ambulans- och intensivvårdssjuksköterskorna i studien inte trodde/visste om att vidareutbildning inom området krisbemötande och sorghantering erbjöds på arbetsplatsen. Detta kan bero på att de inte tagit del av de pm som finns eller inte blivit informerade om vart man kan finna dessa. Det kan självklart också vara så att det helt enkelt inte finns någon möjlighet för arbetsplatserna att erbjuda sådan utbildning på grund av tidsbrist, ekonomi eller tillgänglighet.

En något större andel intensivvårdssjuksköterskor (75,4 procent) ansåg att de hade tillräcklig och adekvat utbildning när det gäller att ta hand om anhöriga vid dödsfall, medan nästan 40 procent av ambulanssjuksköterskor ansåg att de inte hade det. Fyrtio procent av en arbetsgrupp är en relativt stor del enligt författarna och hos en grupp där man träffar på döende människor och deras anhöriga i sitt dagliga arbete kan detta tyckas bekymrande. Författarna anser att det är en fråga som bör lyftas för ge yrkesutövarna adekvat utbildning och för att göra vården så patientsäker som möjligt.

Författarna uppfattar det som mycket positivt att flertalet av de tillfrågade upplever sig ha tillräckligt med tid och utrymme att ta hand om de anhöriga vid dödsfall på det sätt de önskar. Orsaken till det positiva utslaget här kan vara att man inom ambulanssjukvården inte anmäler sig tillgänglig till SOS förrän man anser sig vara klar på platsen. På IVA har man oftast ansvar för ett färre antal patienter än på en vanlig vårdavdelning, och då ingår det i arbetet att samtala med och informera närstående. Övergripande kan man utifrån studiens resultat se att både de ambulanssjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor som medverkat i studien har goda erfarenheter kring mötet med anhöriga vid dödsfall.

Konklusion och implikationer

Studien visade inte på någon statistisk signifikans mellan de två arbetsgrupperna, men dock framkommer avsaknaden av klara pm/riktlinjer inom ämnet. Nästan en tredjedel av de tillfrågade sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräcklig och adekvat utbildning i att ta hand om anhöriga vid dödsfall. Mer utbildning och tydligare riktlinjer skulle förmodligen skapa en tryggare arbetsmiljö för den enskilda sjuksköterskan och därmed påverka patientsäkerheten i en positiv riktning. Författarna uppmanar till ytterligare studier inom området, då större vetenskaplig tyngd kan medverka till förbättringsarbete gällande utbildning och riktlinjer inom detta.

Referenser

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Alexander, D.A. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of Psychiatry*, 178, 76-8.
- Bryman, A. (2001) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Börjesson, J. & Johansson, M. (2008) *Ambulanspersonalens erfarenheter och strategier i mötet med närstående vid plötsliga dödsfall i hemmet*. Examensarbete, Institution för vårdvetenskap.
- Cullberg, J. (2000). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlgren, S. & Östlund, I. (2012). *Ambulanspersonalens hantering av psykiskt påfrestande situationer – en kvalitativ studie*. Examensarbete, Mittuniversitetet, Institution för hälsovetenskap.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Denmark: Studentlitteratur
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten I praktiken*. Lund: Studentlitteratur
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur
- Granger C.E, George C, Shelly M.P (1994) The management of bereavement on intensive care units. *Intensive Care Med* 21:429-436
- Helps, S. (1997) Experiences of stress in Accident and Emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*. 5 48-53.
- Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hermerén, G. Almgren, K. Bengtsson, P. Cannon, B. Höglund, P. Kleberg, O. Möller, M. Petersson, B. Rehnqvist, N. Röcklinsberg, H. & Eriksson, S. (2011). Vetenskapsrådet. *God forskningssed*. (Elektronisk). Tillgänglig:

<http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf> (2014-01-13).

HSL 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Ronny Gunnarsson (2011). Institution för medicin, Sahlgrenska Akademin. Tillgänglig

http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin_folkhalsa/allmanmedicin/forskning/forskningsmetodik/ (2013-12-27). Sökväg: Läs mer

Kent, H., McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. *Nursing Standard*, 19, 6, 38 – 42.

Kock-Redfors M, (red.) (2011). *Plötslig oväntad död, att ta hand om anhöriga i akut kris*. Sävedalen: Warne Förlag.

McLaughlin, K., Melby, V. & Coates, V. (2013). Family-centered care during resuscitation events. *Emergency Nurse*, 21,3,28

Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C. Smeesters, L., Michem, N., van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, 61, 341 – 348.

Polit, D.F & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research Methods, appraisal and utilization*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Purves, Y. & Edwards, S. (2005). Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency nurse* vol 13 no 7 november 28-34

Riksförening för ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2012)
Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård . Hämtad från
<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrAmbulanswebb.pdf>

Riksförening för anestesi och intensivvårdssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening (2012)
Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård. Hämtad från:
http://aniva.se/wp-content/uploads/2013/01/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf

Sanders, M.J (2012) *Mosby's Paramedic Textbook*. (4:e uppl.) St Louis: Elsevier.

Scott, T. (2013) Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives.
Emergency Nurse, 12, 36-39

SFS 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Sveriges riksdag. Hämtad 5 juni 2013:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen. (2011). *Dödsorsaker 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18394/2011-7-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2013a). *Dödsorsaker 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19001/2013-2-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2013b). *Dödsorsaker 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19175/2013-8-6.pdf>

SOSFS 1996:29. Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1996-29>

Spencer, L. (1993). How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, 1141-1150

Stayt, L.C. (2009) Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of clinical nursing*, 18(9):1267-75

Steen, E., Naess, A.C., Steen, P.A. (1997). Paramedics organizational culture and their care for relatives of cardiac arrest victims. *Resuscitation*, 34, 57 – 63.

Stubberud, D. & Gulbrandsen, T. (red.) (2009). *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.) (2009). *Prehospital akutsjukvård*. (1. Uppl.) Stockholm: Liber AB.

Vetenskapsrådet 2013. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet, Elanders Gotab, ISBN:91-7307-008-4

Bilaga 1 (3)

Informationsbrev verksamhetschef



Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ” Upplevelsen av mötet med anhöriga vid dödsfall - en enkätstudie”.

Syftet är att undersöka specialistsjuksköterskors upplevelse av mötet med anhöriga vid dödsfall. Vid specialistsjuksköterskor avses de med vidareutbildning inom ambulanssjukvård samt intensivvård. Studien är en enkätstudie som involverar ambulanssjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor på Falck ambulans samt Intensivvårdsavdelningar på Skånes universitetssjukhus.

Undersökningspersonerna kommer att informeras av studenterna själva. Samtycke av undersökningspersonerna kommer att inhämtas med en bifogad samtyckesblankett. Konfidentialitet utlovas och ifyllnad av enkäten är frivillig och förväntas ta c:a 15 minuter. Allt insamlat material kommer att förvaras och sparas enligt Lunds Universitets regler och riktlinjer. Väljer Ni att låta Era arbetstagare medverka i studien kommer Ni erhålla enkäter att distribuera. Ifyllda enkäter skickas sedan tillbaka i ett bifogat frankerat kuvert. Då studien ingår som ett examensarbete inom ambulans- samt intensivvårdsprogrammet kommer materialet att destrueras efter examination. Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Om Ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss till vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Camilla Bergman, student
0721884690

Gisela Svensson, student
0735174591

Anders Johansson, handledare
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Box 157, 221 00 Lund
0768441828
anders.johansson@med.lu.se

camilla.bergman.921@student.lu.se gisela.svensson.121@student.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Beskriva upplevelsen av mötet med anhöriga vid dödsfall.

Er anhållan

Medgives

Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift.....

Namnförtydligande och titel.....

Verksamhetsområde

Bilaga 2 (3)

Informationsbrev respondent



Informationsbrev

Information till respondent

”Upplevelsen av mötet med anhöriga vid dödsfall - en enkätstudie”

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet är att undersöka specialistsjuksköterskors upplevelse av mötet med anhöriga vid dödsfall. Studien är en enkätstudie som involverar ambulans- och intensivvårdssjuksköterskor på Falck ambulans samt Intensivvårdsavdelningar på Skånes Universitetssjukhus.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogad enkät så fullständigt som möjligt. Genom att fylla i enkäten medger Du ditt samtycke.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan välja att låta bli att delta utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Dina svar på frågeenkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig har tillgång till dessa. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete i ambulans- samt intensivvårdsprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss till vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Camilla Bergman
Student
0721884690

camilla.bergman.921@student.lu.se

Gisela Svensson
Student
0735174591

gisela.svensson.121@student.lu.se

Anders Johansson, handledare
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle, Box 157, 221 00 Lund
0768441828
anders.johansson@med.lu.se

Bilaga 3 (3)

Enkät

Upplevelsen av att möta närstående vid dödsfall – en enkätstudie bland specialistsjuksköterskor inom prehospital- och intensivvård.

Instruktion:

Detta frågeformulär handlar om Din upplevelse av att möta anhöriga vid dödsfall. Du arbetar antingen inom ambulanssjukvård med specialistutbildning inom ambulans eller inom intensivvård med specialistutbildning inom intensivvård.

Frågeformuläret består av 12 frågor. Vänligen sätt ett kryss i rutan för det alternativ som bäst stämmer med din uppfattning. Frågorna syftar på den tiden Du varit verksam med Din specialistutbildning.

1. Var god ange Din ålder: 20-25 år
26-30 år
31-40 år
41-50 år
51-60år
61+
2. Var god ange Ditt kön Kvinna
Man
3. Var god ange Din specialistutbildning Ambulans
Intensivvård

4. Var god ange hur många verksamma år Du har inom ambulans – respektive intensivvård. Arbetar du inom ambulans som ambulanssjuksköterska är dessa yrkesverksamma år Du skall räkna. Arbetar du inom intensivvård som intensivvårdssjuksköterska är det dessa yrkesverksamma år Du skall räkna. Har du t.ex. arbetat som intensivvårdssjuksköterska inom ambulanssjukvården skall Du EJ räkna med dessa.

- 0-5 år
6-10 år
11-20 år
21-30 år
Över 30 år

5. Har Du varit med om ett möte med anhöriga vid dödsfall Ja
Nej

Om Du svarar nej på ovanstående fråga behöver Du inte fylla i resten av enkäten. Din enkät är ändå viktig för oss!

6. Upplever Du att Du har tillräcklig och adekvat utbildning relaterat till omhändertagandet av anhöriga vid dödsfall?

- Ja
Nej

7. Upplever Du att ni har klara behandlingsriktlinjer/pm för bemötande och omhändertagande av anhöriga vid dödsfall?

- Ja
Nej

8. Hur vill Du beskriva Dina generella erfarenheter av mötet med anhöriga vid dödsfall?

Mycket Bra

Bra

Varken eller

Dåligt

Mycket dåligt

9. Upplever Du att det finns det utrymme och stöd för samtal och debriefing på arbetsplatsen om Du upplevt att situationen med anhörig vid dödsfall varit jobbigt?

Ja

Nej

10. Upplever Du att stämningen är sådan bland dina kollegor att Du kan diskutera Dina känslor efter ett jobbigt möte med anhörig vid dödsfall?

Ja

Nej

11. Vet/tror Du att det finns möjlighet till vidareutbildning inom området krisbemötande och sorghantering angående anhöriga på din arbetsplats?

Ja

Nej

12. Upplever Du att din arbetssituation ger dig tillräckligt med tid och utrymme att ta hand om de anhöriga vid dödsfall på det sättet Du önskar?

Ja

Nej

Tack för Din medverkan!!