



# **Bemötande av anhöriga inom prehospital akutvård**

Patrice Lindroos

Jenny Sjöblom

Examensarbete  
Förstavård 2015  
2017-2018

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Förstavård 2015
Identifikationsnummer:	6590, 6591
Författare:	Patrice Lindroos, Jenny Sjöblom
Arbetets namn:	Bemötande av anhöriga inom prehospital akutvård
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta, Jessica Silfver
Uppdragsgivare:	Yrkeshögskolan Arcada Grow projektet
<p>Detta examensarbete är en kvalitativ studie angående bemötande av anhöriga. Studien är en del av yrkeshögskolan Arcadas Grow projekt. Syftet med studien är att kartlägga och beskriva ett etiskt bemötande inom prehospital akutvård. Undersökningen i studien avgränsas inte till en viss typ av situation inom akutvården.</p> <p>Studiens frågeställning är:</p> <p>1. Vad anser förstavårdsstuderandena att ett etiskt bemötande innebär?</p> <p>I studien insamlas narrativa texter som data och analyseras sedan genom kvalitativ innehållsanalys. Informanterna är en årskurs förstavårdsstuderanden som fritt formulerar sina egna upplevelser på ett frågeformulär. Informanterna reflekterar således över bemötandet av anhöriga. Undersökningen genomförs så att den är etiskt hållbar. Från tolkningen av de narrativa texterna sammanställs sedan gemensamma faktorer som beskriver ett etiskt eller oetiskt bemötande av anhöriga. Katie Erikssons teori (Eriksson et al.1999) som utgår från människan, hälsan och omsorg är vald som studiens teoretiska referensram. Tidigare forskning är en sammanfattning av åtta stycken artiklar som tematiseras enligt centrala ämnesområden. Artiklarna baserar sig på undersökningar gjorda på intensivvårdsavdelningar och jourpolikliniker. I resultatet presenteras de narrativa texterna enligt kategorier och nyckelord som kännetecknar ett etiskt eller oetiskt bemötande av anhöriga. Resultatet är uppdelat i två teman, positiva och negativa. Resultatet visar att samtal, delaktighet och intresse för anhöriga är det som informanterna upplever att förmedlar ett etiskt bemötande. Fördom och försummande anses förmedla ett negativt bemötande. Resultatet beskriver det som informanterna själva upplever, dock är undersökningen för liten för att dra en större slutsats om vad som kännetecknar ett etiskt bemötande inom prehospital akutvård.</p>	
Nyckelord:	Bemötande, etik, anhöriga, relation
Sidantal:	39
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	03.12.2018

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency care 2015
Identification number:	6590, 6591
Author:	Patrice Lindroos, Jenny Sjöblom
Title:	The encountering of next of kin in an acute prehospital setting
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta, Jessica Silfver
Commissioned by:	UAS Arcada Grow project
<p>This thesis is a qualitative study regarding the encounter of the next of kin in an acute prehospital setting. The study is a part of the Grow-project conducted by Arcada University of Applied Sciences. The aim of the study is to chart and portray ethical encounters in a prehospital setting. The research does not limit the ethical encounters to a certain type of situation.</p> <p>The objective of the research is to answer the following phrasing of the research question:</p> <p>1. What an ethical encounter implicates according to paramedic students</p> <p>The chosen method is to conduct a qualitative content analysis of narrative data collected. A questionnaire is sent to a group of paramedic students where the participants can answer freely about their own ethical encounters on the field. The participants then reflect over the encountering of the next of kin in these given situations.</p> <p>The research is conducted in an ethically sustainable manner.</p> <p>From the interpretation of the narrative texts a compilation is made of common elements that describe an ethical or unethical encountering of the next of kin. Katie Eriksson's theory (Eriksson et al.1999) which proceeds from the human, health and care is chosen as the study's theoretical frame of reference. Former research is a compilation of eight articles that are thematized by central areas of the study. The articles are based on studies based in intensive care units or emergency rooms. The narrative texts are presented by categories and keywords that characterize an ethical or unethical encountering of next of kin. The result is divided into two categories which are positive and negative. Results show that conversation, complicity and being interested in the next of kin is what the informants feels that conveys a positive encountering. Prejudice and neglect are what seems to convey a negative encountering. The result is describing what the informants individually feels, however the research is still too small to make a bigger assumption about what characterize an ethical encountering in a prehospital setting.</p>	
Keywords:	Encounter, ethic, next of kin, relationship
Number of pages:	39
Language:	Swedish
Date of acceptance:	03.12.2018

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>6</b>
2.1	Psykologisk synvinkel och professionell identitet	6
2.2	Anhörig i kris	7
	<i>Stress som individuell upplevelse</i>	9
2.3	Möte med den krisdrabbade	10
	<i>Vårdarens roll i bemötande</i>	10
	<i>Yrkesroll och självkännet</i>	11
	<i>En handledande roll</i>	11
2.4	Social uppfattning	13
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning</b>	<b>14</b>
3.1	Insamling av tidigare forskning	15
3.2	Sammanfattning av tidigare forskning	16
	<i>Anhöriga närvarande vid återupplivning (Family Presence During Resuscitation)</i>	18
	<i>Anhöriga närvarande vid återupplivning, vårdarens perspektiv</i>	19
	<i>Stödperson</i>	20
	<i>Posttraumatisk stress</i>	20
	<i>Riktlinjer</i>	21
<b>4</b>	<b>Syfte och frågeställning</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Teoretisk referensram</b>	<b>22</b>
5.1	Evidens enligt Katie Erikssons teori	22
5.2	Etiska värderingar	23
<b>6</b>	<b>Forskningsetik</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>Litteratursökning</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>Resultat</b>	<b>27</b>
<b>9</b>	<b>Kritisk granskning</b>	<b>31</b>
<b>10</b>	<b>Diskussion</b>	<b>32</b>
<b>11</b>	<b>Källor</b>	<b>36</b>
<b>12</b>	<b>Bilagor</b>	<b>39</b>
	Bilaga 1: Informantbrev	39

## 1 INLEDNING

I akutvården blir möten med anhöriga oftast korta men betydelsefulla. Speciellt i en kritisk situation, där tiden ofta är knapp är anhöriga oroliga, chockerade och i behov av stöd och tröst. I förstavården finns det inte tid att föra samtal, eftersom detta oftast är en brådskande situation. I akuta situationer skulle det vara viktigt att komma ihåg ett gott bemötandet eftersom det är ett betydande möte för anhöriga.

Också de korta, vardagliga mötena med anhöriga är betydelsefulla. Då förstavårdaren lägger vikt på och tar vara på dessa situationer, blir det även enklare för förstavårdaren att förbereda sig och klara av också de mera krävande mötena i akuta situationer.

Fastän tiden är knapp borde förstavårdaren komma ihåg att även de små orden som sägs i farten till anhöriga är viktiga och att attityd, blickar, tonläge och kroppsspråk har stor betydelse. Att kunna bemöta anhöriga på ett så bra sätt som möjligt är en viktig del av förstavårdarens roll och yrkesskicklighet. Det går alltid att utveckla och förbättra sättet att bemöta anhöriga på, men det händer tyvärr att det glöms bort bakom den övriga yrkesrollen.

Denna undersökning handlar om bemötande av anhöriga samt relationen mellan vårdare och anhörig. Skribenternas syfte med undersökningen är att kartlägga hur man kan beskriva ett etiskt bemötande av anhöriga inom prehospital akutvård. Skribenterna anser det vara viktigt att i ett tidigt skede kunna reflektera över det etiska beteendet.

Undersökningen är utförd av två skribenter. Båda skribenterna upplever att ämnet är en viktig del i den arbetsroll som förstavårdare har ute på fältet. Undersökningen samlar in narrativa berättelser om bemötande av anhöriga från studenternas synvinkel. Undersökningen avgränsas inte till en viss situation inom prehospital akutvård eller till en viss patientgrupp.

I tidigare forskning framkommer det att etiskt bemötande av anhöriga upplevs som oprofessionellt (Browning & Warren 2006). Bemötande av anhöriga är ibland knepigt för vårdare (Maclaughlin 2013), och tanken är att förstavårdsstudenter genom sina egna

narrativa berättelser ska få reflektera över prehospitalt bemötande av anhöriga. Undersökningen kartlägger sedan faktorer som beskriver ett etiskt eller oetiskt bemötande av anhöriga.

## **2 BAKGRUND**

I detta kapitel presenteras teman som skall väcka förståelse för etiskt bemötande av anhöriga. Dessa teman är viktiga för att förstå undersökningen bättre.

### **2.1 Psykologisk synvinkel och professionell identitet**

Hos vårdpersonalen är det viktigt att förutom att utveckla sin kunskap inom yrkesområdet även utveckla sin egen professionella identitet. Utgående från psykologiska studier om människans natur förstås det mer om människans beteende. Det finns kunskap om hur människan beter sig och varför, samt individens naturliga reaktioner i olika situationer. Utgående från detta får vårdaren förståelse för patienters och anhörigas beteende, men också för det egna beteende i egenskap av vårdare. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 17–18)

Vårdaren kan reflektera över vårdsituationer och sitt eget beteende och på så vis fungera bättre i vården samt utvecklas professionellt. Vårdarens professionella självinstinkt utvecklas genom reflektion, kritiskt tänkande, att sätta sig in i andras situation, att ta ansvar samt vara innovativ och villig att utvecklas. Ett utvecklat professionellt förhållningssätt ökar yrkesskickligheten. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 17–18)

Att vara professionellt skicklig betyder att förutom medicinsk kunskap ha självinstinkt och förstå sig på människor, att kunna bemöta patienter, anhöriga och kollegor med respekt, vänlighet och ödmjukhet och att vara självsäker inom sitt eget kunskapsområde. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 17–18)

Vårdaren bör ha vetande om människan för att förstå sig på människor och kunna sätta sig in i andras situation. Det här är viktigt i vårdarens profession, att kunna förstå och ta i beaktande närståendes emotionella känslighet och reaktioner som uppstår i vårdens kritiska skeden. Tillsammans med kunskapen behövs även intuition: med hjälp av

känsla och kompetens kan vi bättre förstå en annan människas situation. (Carlsson & Holmdahl 1992 s.110–114)

Människans agerande och reaktioner är olika eftersom behoven kan ta sig uttryck på olika sätt. De grundläggande behoven; fysiologiska behov, trygghetsbehov, sociala behov, självhållelsebehov och behov av att förverkliga oss själva är de som ger oss motivation att agera på ett visst sätt.

De fysiologiska behoven är en typisk förutsättning för människan, men tillsammans med det står trygghetsbehovet högst. Människor har ett behov av att veta att de är trygga, exempelvis att människan vet att han inte kommer att skada sig hör till trygghetsbehovet. (Carlsson & Holmdahl 1992 s.111)

Utifrån det här kan man tro att tryggheten är hotad då människan är i en emotionellt kritisk situation eller chock. Då en närstående är akut sjuk och vårdas med livräddande åtgärder eller återupplivning så känner sig familjen otrygg. Eftersom ett av de grundläggande behoven är hotade hos familjen så reagerar de emotionellt och reaktionerna är individuella.

Personer i chock vet inte alltid hur han kommer att reagera. När vårdaren kan kombinera känslan av en situation med kunskap kan denne känna sig in i familjens situation och förstå vad de går igenom och hur de reagerar. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 110–115)

Vårdaren kan ge första hjälpen i form av stöd åt personer i krissituation. Vårdare bör kunna skapa en trygg miljö eftersom de har ett terapeutiskt sätt i sin roll som vårdare. (Carlsson & Holmdahl 1992 s.135–136)

## **2.2 Anhörig i kris**

Carlsson och Holmdahl presenterar att en persons tillvaro rubbas när han konfronteras med svåra situationer, utgående från psykologin med perspektivet på vårdrelationen. Detta kan dock ses i perspektiv av både patient och anhörig, eftersom anhöriga i många fall även blir patienter. (Carlson & Holmdahl 1992 s.167)

Anhörigas tillvaro rubbas av osäkerhet när patienten är i en kritisk situation. Anhöriga upplever stress och prehospitalt handlar det ofta även om överraskande situationer. Eftersom skribenterna skriver från ett vårdarperspektiv i förstavården och lägger fokuset på de anhöriga så handlar det om att sätta sig in i vad anhöriga upplever. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 161–162)

Människan behöver en meningsfull tillvaro som känns begriplig och hanterbar. Begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet presenteras som faktorer som skapar en hälsosam tillvaro för människan. Människan har ett behov av att förstå sig på sin omgivning och situationer hon möter i livet. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 161–162)

Människan försöker hitta sätt för att förstå och söka efter svar, han eller hon försöker göra svåra situationer begripliga för sig själv. Att begripa och kunna hantera situationer gör att det blir enklare att klara av svåra situationer. Även i en krissituation och en omskakad tillvaro söker människan efter förståelse och förklaring. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 161–162)

Exempelvis kan en person verka förstå problem bättre och se lösningar på problemen, medan en annan kan ha inställningen att det inte finns hopp i svåra situationer. Personen kan känna stress av att en situation känns överväldigande och omöjlig och är då inställd på att problemet inte kan lösas. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 161–163)

Tankesätten påverkas av hur personen ser på situationen och den är inställd till att lösa problem som till exempel stressande händelser, svåra situationer och plötsliga kriser. Personer påverkas på olika vis av omgivningen och ser då omgivningens stressfaktorer olika – stressen är alltså en individuell upplevelse. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 161–163)

Människor har varierande inställningar till situationer och detta är beroende av hur de ser på händelsen och deras så kallade känsla av sammanhang, samt hur de bedömer svåra situationer och kriser. En person som ofta ser svårigheter som begripliga och hanterbara kommer att kunna hantera stressande situationer och motgångar bättre, medan en person med svag känsla av situationers begriplighet och hanterbarhet är negativt inställd och upplever mycket större stress. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 162–163)



## **Stress som individuell upplevelse**

Carlsson och Holmdahl presenterar hur personer upplever och påverkas av stressfaktorer. Det underlättar då vårdaren förstår att stressen som anhöriga upplever är individuell. (Carlsson och Holmdahl 1992 s. 167)

Hur stor påfrestning stressen är beror på hur personen själv upplever och bedömer situationen. Det vill säga att stressen inte är situationsbunden och att själva stressfaktorerna inte är avgörande för hur personen upplever tillfället. Det är individuellt hur människan upplever att situationen eller händelsen går att kontrollera. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 165)

Situationer som personen upplever som omöjliga leder oftast till så kallad negativ stress. Även överraskande stressfaktorer; till exempel situationer som en person inte kan förutse och därmed inte kan kontrollera innebär ofta mer negativ stress för personen. Till exempel motgångar eller förluster är negativ stress och de upplevs individuellt. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 165)

Carlsson och Holmdahl skriver om en teori där stress är en relation mellan människan själv och miljön omkring. Denna teori förklarar varför stressen upplevs så individuellt. En och samma stressfaktor kan upplevas på olika sätt av olika människor, och därför kan vi inte förutsäga hur en person kommer att uppleva en situation. Därmed kan vi inte heller veta precis vilka reaktioner och känslor som uppstår hos en person kring en viss händelse. (Carlsson & Holmdahl 1992 s.165–167)

I svåra situationer funderar personen på sina möjligheter och resurser för att klara av händelsen och olika personer handskas med situationen på olika vis. Ett sätt är att fokusera på problemet för att lösa situationen, och ta kunskap och information till hjälp för att klara av situationen. Andra personer kan ha som strategi att söka stöd hos andra människor. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 167)

Situationen värderas utifrån tankar kring egna möjligheter att klara av den. Personer har olika yttre och inre känsla av kontroll: en stark inre känsla av kontroll gör att man inte rubbas lika mycket av yttre omständigheter och upplever att situationer är mer kontrollerbara. En person med en stark känsla av yttre kontroll stöder sig däremot mycket på

den yttre miljön, och då kan personen uppleva att situationer är svåra att kontrollera. (Carlsson & Holmdahl 1992 s. 167)

## **2.3 Möte med den krisdrabbade**

Vårdaren ansvarar för att leda samtalet, så förutom att låta den drabbade tala hör det till vårdarens roll att föra samtalet vidare med att till exempel ha ett frågande förhållnings-sätt. Vårdaren skall kunna hjälpa personen utan att belasta denne med personliga eller känsliga frågor och vi skall vara försiktiga med att inte verka kränkande. (Carlson 1991 s.94–95)

Det är alltid vårdaren som ansvarar för att mötet sker på ett professionellt sätt, fastän den anhörige i fråga skulle bete sig dåligt. Ibland är det bästa man kan göra att lyssna. (Carlson 1991 s. 94–95)

Egna upplevelser av krissituationer ger förstås bästa erfarenheten. Det som redan är väldigt känt för att vara viktigt i samtal är att lyssna; det är viktigt för den krisdrabbade att få tala ut och att vårdaren lyssnar på den krisdrabbades upplevelse gör en stor skillnad. Det innebär att låta personen prata och visa att du lyssnar. (Carlson 1991 s. 85)

### **Vårdarens roll i bemötande**

En viktig sak då det handlar om att bemöta är att våga göra det. För att vårdaren skall kunna vara till hjälp så måste denne även ta steget och vara kontaktagande. Vårdaren skall kunna hjälpa en person i kris, både patienter och anhöriga. Vårdaren måste förstå när ytterligare hjälp behövs och kunna erbjuda och vägleda till vidare professionell hjälp. Människor upplever situationer olika och en vårdare bör vara uppmärksam och uppfatta situationen och vad som behövs i just denna situation. Det kan hända att en person inte själv inser att hon behöver hjälp och stöd. (Carlson 1991 s. 85)

Vem är personen som vårdaren möter? Det krävs att vårdaren förstår sig på personen och dennes situation, förutom att kunna förklara vården måste vårdaren sätta sig in i den andras människans situation och tillsammans fundera på hur man kan komma vidare. Vi vill se personen som en människa och inte som ett "ärende" som vårdaren skall sköta. (Carlson 1991 s. 95–97)

Ett personligt bemötande innebär att vårdaren är intresserad av vem människan vårdaren möter är, att vårdaren lyssnar, är intresserad och uppmärksammar, lyssnar på möjliga frågor och ser hurdan oro bär personen på. Vårdaren skall komma ihåg att vara öppensinnad och intresserad. Upplevelser är individuella och vårdaren vet inte vad en person tycker och känner om en situation eller precis hurdan stöd som behövs. Vårdaren måste komma ihåg att ge utrymme och tid för känslor och reaktioner hos personen.

(Carlson 1991 s. 95–97)

### **Yrkesroll och självkänedom**

I ett yrke som kräver sociala kunskaper för att kunna handla i bemötandesituationer är det bra att fundera över hur bra man känner sig själv och hur man fungerar som vårdare.

(Carlsson 1991 s. 103)

Att känna sig själv betyder att vi även vet hur vi framstår i andras ögon, hur vi betar oss och reagerar. Vi kan alltid lära oss mer om oss själva och utveckla vår kompetens i bemötande. Hur ser andra mig? I detta fall blir frågan hurdan bild de anhöriga får av vårdaren; ändras till exempel vårdarens förhållningssätt om situationen blir svårare? (Carlsson 1991 s. 103)

En vårdare ska vara professionell i sitt bemötande även i svåra och annorlunda situationer, också om denne möter någon som betar sig dåligt, är respektlös, elak eller aggressiv. Vårdaren måste känna till sina egna reaktioner i händelse av att någon annan reagerar plötsligt och överraskande, eller kanske blir emotionell och tar ut sina känslor på vårdaren. Vet du som vårdare hur du reagerar i olika situationer? Klarar du av att vara lika professionell som vanligt fastän situationen är svår och stressande, eller blir du till exempel lätt irriterad? (Carlsson 1991 s. 103)

### **En handledande roll**

Kompetensen att möta och samtala med en person i en känslig situation eller kris handlar om att kunna visa medmänsklighet men även att ta avstånd och handla utgående från vad situationen kräver. I vårdarrollen gäller det att ha en sorts distans till omständigheterna. (Carlson 1991 s. 107–109)

Att bemöta en annan människa väl innebär att i samtalet ha en balansgång mellan att visa medmänsklighet och att kunna agera handledande. Det gäller att visa medkännande men att också kunna handla. Det är av stor betydelse att med kroppsspråk, ögonkontakt, att nicka och med bekräftande ord kunna visa att man lyssnar på den andra personen, men det är också viktigt att vårdaren kan ge svar och leda personen vidare. (Carlson 1991 s. 107–109)

Hur vårdarens bemötande uppfattas av utomstående kan variera. Vårdaren kan påverka mottagaren i bemötandesituationen, det vill säga anhöriga, på sätt som man kanske inte har i åtanke. Anhöriga uppfattar känsligt vårdarens handlingar och hurdan budskap denne sänder ut. Anhöriga kanske uppfattar innebörden i vad vårdaren sade på ett sätt som inte från vårdarens sida var avsiktligt. (Carlson 1991 s. 107–109)

Ord som vårdaren säger för att trösta och som uppfattas som tröstande eller uppmunrande kan feltolkas av anhöriga och få en helt annan betydelse. Orden som hade en god avsikt uppfattas istället som något negativt, som förringande, kränkande eller sårande fastän det inte alls var vårdarens mening. Det kan lätt bli fel när man inte vet vad man skall säga men ändå tvingar fram något i avsikt att vara tröstande. (Carlson 1991 s. 107–109)

Carlson (1991) föreslår med praktiska exempel att man skall undvika att använda sig av fraser som ”jag förstår nog”, ”jag tycker att” eller ”jag tror” – det vill säga sådant som visar hur man tolkar situationen, kanske har en annan åsikt om, ifrågasätter, eller något som kan tolkas som att man säger emot. Att man säger att man förstår ger inte nödvändigtvis en bild av att man på riktigt visar förståelse. (Carlson 1991 s. 107–108)

Istället bör man beakta den andres känslor med omtänksamhet. Låt personen uttrycka sig och ha dessa känslor, låt personen vara till exempel ledsen och arg. Vårdaren bör stöda den anhöriga att uttrycka sig genom att ge personen möjligheten att prata och berätta - hur ser situationen ut för den anhöriga och vad är det som gör att personen reagerar på det här viset? (Carlson 1991 s. 107–109)

Vårdaren kan istället ta lite avstånd och samtala mer handledande än som en vän. Praktiskt sett innebär det att ställa så kallade ledande frågor, till exempel ”är det något jag kunde hjälpa med”, ”jag ser att du inte mår bra”, ”har jag förstått rätt, när jag förstod

att...” För att uppfattas rätt bör man uttrycka sig tydligt och tänka efter före man talar. En tystnad kan vara bättre än att bara säga något som sedan blir fel. Säg tydligt det som du vill få sagt. (Carlson 1991 s. 107–109 & 114)

## 2.4 Social uppfattning

Att ha en uppfattning om sociala intryck har en stor betydelse för hur ett möte mellan två personer upplevs. Det hjälper också oss att förstå hur de som möts lyckas höra varandra och hur en förbättring kan ske. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

Den sociala uppfattningen styr hur personer upplever och uppfattar varandra. Den har också en betydelse för hur andra personer kommer att påverka oss. Det skapas lätt förutfattade meningar om andra personer om det inte finns tillräckligt med information om den andra. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

Människan har en tendens att oavsiktligt fylla ut den information som fattas. Erfarenheter och kunskaper innan själva mötet styr också hur människan tolkar och bedömer samspelet med en annan person. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

Människan har också ett behov av att vara omtyckt av andra personer och försöker därför förhålla sig positivt till andra för att få saker att fungera väl. Människan analyserar därför så gott den kan tonfall och gester, och försöker förstå vad relationer har för betydelse. Att kunna lita på sin magkänsla och försöka att inte dra snabba slutsatser för att vinna fördelar eller visa att man har rätt, är nyckeln till en ömsesidig relation. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

Hur människans sociala uppfattning tar uttryck visar sig till exempel genom vilka hinder som kan uppstå för att lyckas föra ett bra samtal (Sandberg, 2014 s. 88–91). I boken *Sjukskötarens samtal* (Sandberg, 2014) tar författaren stöd av Abraham & Shanley (1992) för att kunna säga följande saker om hur människan bedömer andra och varför:

Det som förmodas om andra personer är hur människan uppfattar dem hon har omkring sig. Det som egentligen är sant har ingen påvisad skillnad, utan det som har betydelse är vad som tros om den andra personen. Människan grupperar personer vilket får dem att färdigt bli tilldelade olika förutfattade personlighetsdrag. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

I boken används uttrycket ”halo-effekt” vilket betyder att människan lätt blir påverkad av ett visst fenomen. Genom att till exempel se en person med trasiga kläder börjar människan automatiskt anta saker om den andra personen, fast det enda som egentligen kan ses och bli antaget är att personen har trasiga kläder. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

Krävande anhöriga går också under ”halo-effekten”. Vårdaren måste komma ihåg att bara för att anhöriga är krävande är de inte dåliga personer. Det finns alltid ett skäl till den uttryckta oron och nervositeten. (Sandberg, 2014 s. 88–91)

Det viktigaste är trots allt hur människan uppfattar sig själv i de situationer där möten med andra personer sker. Det människan tror och upplever om sig själv ger uttryck för hur det sociala mötet kommer att ske. (Sandberg, 2014 s. 88-91)

### **3 TIDIGARE FORSKNING**

Detta kapitel är en sammanfattning av artiklar som skribenterna valt till tidigare forskning. Kapitlet är ett resultat av material från artiklarna. Åtta stycken valdes slutligen till detta kapitel. Alla artiklarna sammanfattades separat för att sedan sättas ihop till ett material under rubriken ”tidigare forskning”. Texten har tematiserats enligt centrala ämnesområden från artiklarna. Tidigare forskning smälter alltså samman till en text indelad enligt teman där alla artiklarnas innehåll behandlas.

Artiklarna baserar sig på undersökningar gjorda på intensivvårdsavdelningar och handlar om situationer där anhöriga är involverade i vården av en kritiskt sjuk patient och situationer där anhöriga ges möjlighet att bevittna återupplivning. I texten använder skribenterna termerna ”kritiskt tillstånd” och ”livräddande åtgärder” eller ”återupplivning”. Skribenterna använder även termen ”närvaro” vilket hänvisar till att anhöriga är involverade i vården med patienten och känner att de finns där för patienten. Termerna ”familj” och ”anhöriga” används också synonymt i texten.

### 3.1 Insamling av tidigare forskning

Den ena skribenten har gjort sin sökning i en omgång i databasen Ebsco. Som sökord har "family-centered care" använts vilket gav 724 träffar. Skribenten avgränsade artiklarna till svenska-, finska- och engelskspråkiga. Skribenten hittade sammanlagt fem relevanta artiklar varav fyra valdes till tidigare forskning.

Den andra skribenten använde sökorden "family-centered care" AND "intensive care" OR "emergency" för artiklarna, och fick 78 träffar. Sökningen avgränsades även till förhandsgranskade artiklar mellan år 2000–2018 och var begränsade till svenska, finska och engelska.

Artiklarna skulle vara tillgängliga i fulltext och vara förhandsgranskade. En del av materialet angående familjecentrerad vård är dock begränsat till barnpatienter, och artiklarna som handlade om pediatrik eller där inga referenser kunde göras till akutvård eller bemötandet av anhöriga i andra patientgrupper valde skribenterna systematiskt bort.

Artiklarna var inte avgränsade enligt årtal men skribenterna valde inga artiklar äldre än 2000-talet. Material om bemötandet av anhöriga specifikt i den prehospitla akutvården inom ämnet familjecentrerad vård kunde inte hittas. Därför valdes artiklar som behandlade familjecentrerad vård från akutvårdens närområden.

Ämnesord för artiklarna var; *Critical Care, Family Centered care, Intensive care units, Resuscitation, Critical Illness Psychosocial Factors, Family Centered Care, Family Psychosocial Factors, Human Needs (Psychology), Patient Centered Care, Critical Care Nursing, Visitors to Patients.*

De valda artiklarna baserar sig på undersökningar gjorda på intensivvårdsavdelningar. Artiklarna behandlar situationer som kan liknas vid prehospitla akutvård och som går att jämföras med bemötande av anhöriga i akutvården. Skribenterna anser att materialet stöder tillräckligt skribenternas ämne för att slutsatser kan omsättas till prehospitla akutvård.

Dock finns det skillnader, vårdteamets resurser är exempelvis annorlunda prehospitalt än på intensivavdelningar. Flera av artiklarna tar upp en stödperson i vårdteamet, men prehospitalt finns det oftast inte samma möjlighet till en särskild så kallad stödperson.

Flera av artiklarna presenterar hur en stödperson kunde fungera som hjälp till anhöriga i vårdssituationer. Det finns ändå likheter, till exempel att anhöriga får möjlighet att vara närvarande då patienten är i kritiskt tillstånd eller bevittna återupplivning – dessa är bland annat situationer som kan jämföras till prehospital akutvård.

### **3.2 Sammanfattning av tidigare forskning**

I sin artikel lyfter Ahmnan Elisabeth och Dokken Debora (2012) fram att familjecentrerad vård är viktig och behöver uppmärksammas. Vårdare kan bjuda in familjemedlemmar med olika strategier om familjemedlemmarna själv inte tar initiativet. Att dessutom ge familjerna ett visst uppdrag eller be dem om hjälp kan ha en inbjudande verkan till att förbättra förhållandet mellan vårdare och anhöriga. Vårdare bör försöka minska missförstånd och förvirring genom att enligt behov växla mellan normalt och fackspråk för att undvika att anhöriga inte förstår vad vården handlar om.

Henneman Elisabeth A & Cardin Suzette (2002) skriver att familjecentrerad vård innebär ett filosofiskt sätt att känna igen behov som anhöriga har. Vilken roll de anhöriga har för patienten i den kritiska situationen är också viktigt, och patienten bör bli tillfrågad till vilken grad de vill att anhöriga skall vara med i situationen.

Oavsett hur omfattande trauma eller sjukdom patienten än har kommer de anhöriga att känna en känsla av hjälplöshet, okontrollerbarhet och även hopplöshet. Vårdaren måste ha huvudsakligt fokus på patientens vård fastän de anhöriga också är viktiga. Anhörigas behov och stöd blir ofta lidande. (Washington Georgita Tolbert 2001)

Det är också mycket omtalat och förespråkats för familjens närvaro i livshotande situationer och återupplivning. Detta är känt med termen FPDR (family presence during resuscitation and invasive procedures). I undersökningar där man riktat frågan till familjer talar de för att ha fullt tillträde till intensivvårdsenheter och få vara hos patienten. (Angela P. Clark, 2017)

Behov som finns hos familjerna är i stort sett inte tillräckligt bemötta. Faktorer som stöder mötet med familjen är tröst och en form av uppmuntran i kritisk situation. Även att ”bara” vara närvarande visade sig ha stor betydelse. Familjer har olika behov av stöd,



det är inte samma för alla, men det visar sig att de viktigaste stödfaktorerna är information, närhet, stöd och bekvämlighet. De förstnämnda, information och närhet kommer fram som de viktigaste (Khalaila R 2014). Henneman Elisabeth A & Cardin (2002) Suzette tillägger också *bekräftelse* som ett av behoven.

Trots evidens som stöder dessa fem behov har många förstavårdsenheter väldigt svårt att ta i bruk eller hänvisa till familjecentrerad vård. Kommunikation med vårdare, delning av meningsfull information och närhet till patienten i samråd med personalens stöd och tröst är viktiga huvudpunkter för den familjecentrerade vården. (McLaughlin Kieran, 2013)

Även Washington Georgita Tolbert (2001) stöder detta påstående. Anhöriga till patienter i kris har listat upp behov som de prioriterar högst, och dessa behov blev indelade i följande fem kategorier: stöd, bekvämlighet, närhet till patienten, information och bekräftelse. I artikeln skriven av Khalaila R (2014) framkommer det att behovet som prioriteras högst hos de anhöriga är att få ärliga svar på frågor och att veta att patienten får bästa möjliga vård.

Det finns skillnader mellan länder i hur behoven uppfattas, samt skillnader från familj till familj. Också familjer och vårdare har olika uppfattning om hur behoven ser ut (Khalaila R, 2014). Även McLaughlin Kieran (2013) betonar att anhörigas behov och stöd jämsides med vårdares åsikter och arbetssätt är tudelat. Familjecentrerad vård är mest betonat inom pediatrik och har gått mer obemärkt förbi inom förstavården.

Gemensamt för de olika undersökningarna i artiklarna skrivna av Khalaila R (2014), Hinkle och Fitzpatrick (2011), Browning och Warren (2006) samt Kosco och Warren (2000) är att de viktigaste behoven för familjen är att veta att den bästa möjliga vården ges till patienten, samt att familjen vet exakt vad som görs för patienten och varför.

Praktiska rekommendationer är att berätta för de anhöriga vad som görs, vilken vård patienten får och vem som finns med i vårdteamet, försäkra familjen att vården är den bästa möjliga för patienten, ge information om vårdprocesser, berätta om patientens tillstånd, berätta om ändringar och tala om prognosen, att vara tydlig och ärlig och se till att familjen förstår informationen som de får. Familjen behöver vara nära patienten; det bör uppfyllas om möjligt till exempel genom att låta familjen delta i vården. (Kosco & Warren, 2000 och Khalaila R, 2014)

Undersökningar visar att mindre viktiga behov är önskan om att få vara ensam, att få prata om negativa känslor så som skuld och ilska eller att bli uppmuntrade till att gråta om det så känns. (Hinkle & Fitzpatrick, 2011 och Khalaila R, 2014)

### **Anhöriga närvarande vid återupplivning (Family Presence During Resuscitation)**

Undersökningar som har gjorts på intensivvårdsavdelningar visar att anhöriga som är närvarande hos patienten i en kritisk situation bättre hanterar situationen efteråt. Då det blivit ett olyckligt slut för patienten har anhöriga vittnat att vårdteamet faktiskt gjort allt de kunnat och det uppstår inte oklarheter eller obesvarade frågor. Resultat visar att FPDR har positiva effekter på patientens familj och det finns god motivering till varför familjen skall ges det alternativet. (Clark Angela P, 2017)

Familjen som bevittnar händelsen förstår situationen och ser att vårdteamet gör allt de kan. Då familjen inte behöver tvivla underlättar det emotionellt, familjen är inte lika oroliga när de är närvarande. Att familjen dessutom får vara tillsammans ger stöd. (Clark Angela P, 2017)

Enligt undersökningar som författaren hänvisar till säger familjer som bevittnat återupplivning att även om slutet skulle vara olyckligt, skulle de ändå igen välja att vara närvarande. När familjen ser ett olyckligt slut ger det en förståelse som stöder sorgeprocessen efteråt, där det är viktigt att förstå och acceptera vad som hänt. (Clark Angela P, 2017)

McLaughlin Kieran (2013) lägger vikt på stödet givet till familjer före, medan och efter försöket att återuppliva deras käraste. I en studie som författaren hänvisade till framkom att det ofta är traumatiskt för anhöriga att hamna vara åskådare till en återupplivning. Artikelns författare berättar att studier visar att anhöriga tyckte det var viktigt att få se kroppen strax efter återupplivningen. Att få känna på den avlidne medan denne fortfarande är varm var också viktigt.

McLaughlin Kieran (2013) menar att familjer som fått bevittna återupplivningen känner att allting som kunnat göras har blivit gjort. Detta beror på att anhöriga kan förstå varför återupplivningen misslyckats, eftersom de vittnat situationen och patientens tillstånd.

Författaren tar i sin artikel upp något som skribenterna i de andra artiklarna inte behandlat, vilket är att de anhöriga vill få medicinska termer förklarade för dem.

Annan dylik viktig information önskade de anhöriga få skrivet på papper efter att patienten avlidit. Anhöriga kände att de varit i för stort chocktillstånd för att kunna ta in all den verbala information som vårdarna försett dem med.

I artikeln skriven av York NL (2004) nämns att undersökningar har bevisat en positiv inverkan på den efterföljande sorgeprocessen, om familjens behov har blivit bra bemötta i vårdskedet. Både familjen själv samt vårdpersonal ska ha märkt de positiva effekterna av att familjen fått vara närvarande och bevittna livräddande åtgärder på intensivvårdsavdelningar. Det har visat sig att familjer som erbjuds att vara närvarande vid återupplivningsförsök klarar sig bättre genom sorgeprocessen efteråt, eftersom de genom att bevittna händelsen förstår vad som faktiskt händer.

### **Anhöriga närvarande vid återupplivning, vårdarens perspektiv**

Mclaughlin Kieran (2013) tar upp att familjecentrerad vård i dessa situationer kan vara utmanande på grund av många olika hinder. Personalbrist är en bidragande orsak till varför det är svårt att ge stöd till anhöriga. Påfrestningen efter ett misslyckat återupplivningsförsök och ojämnt fördelat arbete då det gäller att föra vidare de dåliga nyheterna är även ett hinder för att möta de anhörigas behov.

Vårdare tyckte att det ökade stressnivåerna om anhöriga var närvarande. De ansåg att en av de svåraste aspekterna var att ge det stöd som behövdes till anhöriga. Vårdare upplevde att de själva behövde emotionellt stöd efter att ha försökt värna om patientens käraste. (Mclaughlin Kieran, 2013)

Mclaughlin Kieran (2013) anser att kaotiska situationer och hög arbetsbelastning, tidsbrist samt rädsla är bidragande faktorer till varför vårdare motsäger sig anhöriga närvarande vid återupplivningstillfällen, trots att evidens påvisar att detta skulle ge de anhöriga de bästa verktygen för att gå vidare.

Ett traditionellt tankesätt är att förbjuda familjens närvaro – det är för att vårdpersonalen tror det är bäst för alla parter (patient och familj) samt anser att vårdpersonal inte skall

störas. Detta grundar sig på att man tror att en familjemedlems närvaro i den akuta situationen leder till stress och trauma för familjen. (Clark Angela P, 2017)

Resultat av undersökningar som författaren i artikeln hänvisar till visar dock raka motsatsen till det traditionella, det vill säga ”vad man tror är bäst för familjen”. Resultaten visar även att FDPR inte stör vårdteamets arbete (Clark Angela P, 2017). Det behövs en ändring på attityden hos vårdpersonalen. (York NL, 2004)

Medvetenhet om situationen lättar på familjens oro och osäkerhet. Vårdteamen är ändå oroliga för att vården störs, till exempel att familjemedlemmen ingriper på grund av att familjemedlemmar är emotionellt instabila. Vårdarnas oro för att anhöriga skulle störa vården har dock lugnats med bevis på motsatsen. Familjemedlemmar står tysta på sidan om och låter vårdteamet jobba ifred. (York NL, 2004) Att vara närvarande och medveten om vad som händer hjälper den närstående att förstå vad patienten behöver och gör att denne inte stör vårdarnas arbete. Det har även visat sig att vårdteamet upplever att de respekterar patientens värdighet bättre när familjen är närvarande. (York NL, 2004)

## **Stödperson**

En stödperson fungerar som kommunikationslänk mellan den förlöpande vården och anhöriga, lugnar anhörigas ångest genom att förse dem med information och förklarar vad som kan förväntas av vården (Washington Georgita Tolbert, 2001). Det skulle vara optimalt om det alltid fanns tid att berätta om vad som händer för tillfället och beskriva återupplivningen (York NL, 2004). Under återupplivningen kommunicerar stödpersonen med familjen, ger stöd och svarar på frågor. Beroende på situationen kan stödpersonen uppmuntra familjen att ställa frågor, vara nära och eventuellt tala till patienten. (York NL, 2004)

## **Posttraumatisk stress**

När en familj får utstå onödig stress och oro på grund av bristande kommunikation och information samt känslan av att de inte fått vara närvarande i vårdsituationen (i syfte av

att vara nära patienten), leder det till oro och post-traumatisk stress. Detta kunde undvikas genom att inte lämna familjen utanför. (Davidson Judy E, 2009)

FPDR minskar betydligt post-traumatisk stress (PTSD) för familjen. Detta bevisar resultat från studier där man jämfört FPDR och familjer som inte vittnat återupplivning (Clark Angela P, 2017). Kommunikation och information påverkar långt familjens post-traumatiska lidande, men åtminstone i de fall där patienten dött är situationen ännu mer känslig och familjen kommer att lida mycket ifall det blivit oklarheter och missförstånd (Davidson Judy E, 2009). Det är ett problem ifall familjen inte förses med tillräcklig information om patientens tillstånd och då de inte har förstått situationen. Brister i kommunikation har lett till konflikter och kvarstående frågor. (Davidson Judy E, 2009)

## **Riktlinjer**

En riktlinje för situationen efter återupplivning är att ge familjen tid. Tid att behandla vad som just hänt, tid för reaktioner och frågor. Reaktioner är individuella så att fråga familjemedlemmar vad de önskar är inte fel, men generellt sett så skall familjemedlemmar få vara tillsammans och utan onödiga störande moment då deras kära har avlidit. Det uppskattas att fråga om de önskar se kroppen och ta farväl. Om patienten klarat sig bör familjen få tid att vara med patienten om situationen tillåter. Vårdpersonalen skall kunna stöda familjen i hur de skall gå vidare och till vilken professionell hjälp de skall vända sig till. (York NL, 2004)

## **4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med undersökningen är att kartlägga och beskriva ett etiskt bemötande. Skribenterna reflekterar sedan över de olika sätt på vilka etiken framkom i bemötanden. Genom att samla in berättelser av informanterna fångar skribenterna upp gemensamma faktorer från möten med anhöriga. Denna undersökning avgränsas inte till en viss typ av situation eller grupp av anhöriga.

Vår frågeställning i denna kvalitativa studie är:

1. Vad anser förstavårdsstuderandena att ett etiskt bemötande innebär?

## 5 TEORETISK REFERENS RAM

För denna undersökning har Katie Erikssons teori (Eriksson et.al 1999) valts som teoretisk referensram eftersom teorin utgår från människan, hälsan och omsorg. Vården går enligt Eriksson också i en anda av tro, hopp och kärlek.

Skribenterna har också valt att inkludera de etiska riktlinjer som finns inom vården i den teoretiska referensramen, samt hur lagstiftningen förhåller sig till det etiska bemötandet. Undersökningen behandlar bemötande av anhöriga och relationen mellan vårdare och anhöriga.

### 5.1 Evidens enligt Katie Erikssons teori

Katie Eriksson menar att evidens betyder att se, att veta, erfara och känna. Evidens visar till naturlighet, uppenbarhet, vad som är sant och äkta. Eriksson anser att vårdandet inte bara är en konst men också en vetenskap. För att få klarhet i vad evidens är används den så kallade "huvud-hjärta-hand-modellen". "Huvudet" i modellen står för tanke och "hand" för handling. (Eriksson et.al. 1999 s.6–21)

"Hjärtat" i modellen står för det etiska och "hjärtats logik" måste kompletteras med "huvudet" och "handen". Genom detta uppnås de etiska värdena. Hur vården blir till fullo en god vård beror på hur etisk vården är till sin grund. Det borde finnas en inre vilja och inte bara tillämpande av etiska regler och principer till vården. Vårdarbetets evidens visar sig i det meningsfulla beteendet. Detta syns genom tänkandet, tron, förmågan och vad som anses vara verkligt. Tänkandet skall stöda sig i teori och vetenskap som ger förståelse för en handling. Handlingen skall stöda sig i den egna viljan, tron och den inre talan. Tillsammans bildar dessa de etiska synpunkterna på beteendet och tänkandet. (Eriksson et.al. 1999 s. 6–21)

En intressant och speciell form av evidens går under namnet "Kungens" eller "Drottningens" evidens. Där handlar evidens om makt, som fås av en bestämd position.

"Kungen" eller "Drottningen" har makten att välja vad personen anser är evident och forma sanningen i överensstämmelse med vad personen själv anser vara bäst. Det finns två olika sidor av "Kungens" eller "Drottningens" evidens. Den ena sidan är god och

mänsklig medan den andra sidan är ond. Denna evidens kan ses som kampen mellan det goda och onda samt kampen mellan möjligheter och förhinder. Ur en vårdvetenskaplig synvinkel blir det således intressant att tänka på vem som är ”Kung” eller ”Drottning”. Dessa kan nämligen skapa möjligheter likväl som förhindra ett värdigt vårdande. (Eriksson et. al. 2004 s. 17–18)

## 5.2 Etiska värderingar

I den riksomfattande etiska delegationen inom hälso-och sjukvårdens etiska principer sägs det att många av de etiska värdegrunder vi idag har för hälso-och sjukvård inte har ändrats på över två tusen år. Det är alltså fortfarande lika viktigt idag att respektera livet, tjäna det goda, undvika skador och vara rättvis. I de etiska principerna (ETENE) konstateras att ingen får särbehandlas på grund av ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, hälsotillstånd eller handikapp. (ETENE, 2001)

De etiska principerna för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård baserar sig på gemensamma etiska värderingar, men variationer finns i de olika yrkesgrupperna. Här lyfts personlig frihet, liv, integritet och trygghet fram som grundläggande rättigheter. I de etiska principerna sägs det viktigaste bland annat vara att respektera människovärdet och allas rätt till gott bemötande. (ETENE, 2001)

I de etiska riktlinjer som utvecklats för sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor kan prehospitalt bemötande inkluderas. Alla människor i olika åldrar och livssituationer skall få hjälp, inte enbart patienten men också dennes anhöriga (Finlands sjuksköterskeförbund RF 1996). Som vårdare har man en etisk skyldighet att värna om sitt eget välbefinnande och känna av var de egna gränserna går. Vårdaren skall upprätthålla och förbättra sina kunskaper och kompetenser i sitt arbete och upprätthålla god kvalitet i arbetet under tiden (ETENE, 2001)

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter har anhöriga endast rättighet att få information om patientens hälsotillstånd om detta behövs för att patienten i fråga inte själv är kapabel till att göra beslut som gäller dennes egen vård. Detta gäller även minderåriga med beaktande av personens ålder och kapacitet att besluta om sin egen vård. (Lag om patientens ställning och rättigheter. Finlex, 1992, §6 och §7)

Vårdare har inte laglig rättighet att överlåta information om patientens hälsotillstånd eller svara på frågor gällande vården om patienten själv inte ger samtycke till det (Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Finlex, 1994, §17).

## 6 FORSKNINGSETIK

Etiska principer är till för att skydda och respektera människors integritet. De skall inte utnyttjas eller genom undersökningen såras (Henricson 2012 s. 71). Skribenterna känner till och följer Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003) och Personuppgiftslagen 1998:204 om att undvika hot mot människors personliga integritet.

I undersökningen garanterar skribenterna skydd för både informanterna och personerna de hänvisar till. Därmed finns det inte risk att undersökningen skulle gå in på deras privatliv och kränka någon. (Jacobsen 2012, s.31)

Materialet är personligt, eftersom det handlar om informanternas upplevelser. Temat är något som hör till professionens vardag och därför är det inte känsligt. Därmed gör det inte intrång på informanternas privatliv. (Jacobsen 2012, s.34)

Enligt Helsingforsdeklarationen står informantens välfärd högre än forskningens nytta för samhället (Henricson 2012 s.79 hänvisar till Gustafsson m.fl. 2011). Undersökningens resultat önskas bidra till ett bättre bemötande i professionen, vilket betyder att deltagarna kan ha nytta av undersökningen på individnivå.

Skribenterna skyddar informanterna och respekterar deras självbestämmanderätt.

Undersökningen orsakar inte skada eftersom inga vårdsituationer kan identifieras och det går inte att återkalla till någon patient eller anhörig. Inte heller informanterna som undersökningsobjekt går att kränka eftersom de är skyddade.

Undersökningen bör utöka möjliga fördelar, det vill säga att informanterna själv bör ha mer nytta av undersökningen än vad de utnyttjas av den (Henricson 2012 s. 72–73).

Riskvärderingen om nytta och skada är i undersökningen följande; informanterna bör ha nytta av att reflektera över bemötande i prehospitäl akutvård, de kan få aha-upplevelser och undersökningens resultat önskas vara till för att öka kunskan i etiskt bemötande.



Undersökningen riskerar inte informanterna eller personer som deltagarna hänvisar till då de berättar om en vårdssituation. Undersökningens etiska motivering är att den önskas vara betydelsefull för professionens etiska kunskap eftersom den önskas förbättra det etiska kunnandet av bemötandet av anhöriga. (Henricson 2012 s. 77)

Informerat samtycke kräver att informanterna får information om undersökningen, att de förstår informationen och att deltagande är frivilligt. (Henricson 2012 s. 82)

Undersökningen handlar inte direkt om vårdssituationer men i undersökningen reflekterar informanterna över hur upplevelser med anhöriga varit i en vårdssituation. Skribenterna följer god vetenskaplig praxis enligt riktlinjer från Forskningsetiska delegationen (TENK).

Det innebär att skribenterna är noggranna med tillvägagångssättet i undersökningen och hur svaren som samlas in behandlas samt hur skribenterna analyserar, dokumenterar och presenterar resultaten av både den tidigare och den nu utförda undersökningen. Skribenterna kan i undersökningsprocessen och resultatpresentationen vara ärliga. Det handlar om egna berättelser och då kommer undersökningen att kunna återge de i de sammanhang de är i, vilket gör berättelserna tillförlitliga.

Resultatet kräver att skribenterna analyserar texterna. Berättelserna är inte resultat i sig själv utan kräver att skribenterna tar informationen ur berättelsens kontext. Berättelserna kommer inte att presenteras inramade som sådana, utan de analyseras, men för att få så råa och sanningsenliga resultat som möjligt skall analysen inte förvrängas eller "önskade" delar plockas ut och "väljas" vad som framställs som resultat. (Jacobsen 2012, s.37)

Undersökningen genomförs så att den är etiskt hållbar, både informanternas integritet samt personer som framkommer i berättelserna i undersökningen skyddas. Eftersom det i undersökningen ingår berättelser om vårdssituationer skall det inte vara möjligt att kunna identifiera den patient eller anhörig som berättelsen handlar om. Skribenterna ansvarar för att skydda personer som ingår i undersökningen, att informera dem om frivilligt deltagande och syftet med undersökningen.

## 7 LITTERATURSÖKNING

I detta arbete användes narrativa texter som samlats in som data och som har analyserats genom kvalitativ innehållsanalys eftersom metoden ger möjligheten att fokusera på en tolkning av texterna. Narrativa texter ger informanterna fördelen att fritt kunna berätta om sina erfarenheter och upplevelser.

Kvalitativ innehållsanalys går att tillämpa på olika former av data, men metoden används oftast för att granska och tolka texter. En metodisk ansats kan vara både deduktiv eller induktiv men i detta fall går undersökningen i induktiv ansats eftersom det ger en neutral tolkningsställning av data som samlats in. En induktiv analys betyder att den ses i sitt sammanhang. Skribenterna använder sig av konsensusförfarande, vilket betyder att diskutera sinsemellan och reflektera kring tolkningen av texterna för att uppnå samma slutresultat. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012 s. 159–168)

För att kunna beskriva det etiska bemötande av anhöriga i prehospital akutvård ligger fokus på att identifiera skillnaderna och likheterna i textinnehållet. Innehållet skall ses som ett sammanhang och skribenterna skall förstå hur den är uppbyggd. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012 s. 159–168)

Undersökningen gjordes delvis på yrkeshögskolan Arcada. Informanterna var en årskurs förstavårdsstudenter. Skribenterna hade bestämt en plats och tidpunkt där informanterna fick delta genom att skriva sina upplevelser på ett frågeformulär gjort på Google Survey. Formuläret bestod av två frågor som informanterna fritt fick svara på.

Skribenterna önskade att informanterna skulle reflektera över bemötandet av anhöriga. Informanten behövde inte heller vara den som bemött den anhörige utan informanten fick också beskriva en situation där informanten beskådat ett möte mellan en förstavårdare och en anhörig.

Informanterna fick informationen angående undersökningen skriftligt både via epost och på papper. Genom att informanterna delgav sina skriftliga berättelser samtyckte de till att delta i undersökningen.

Undersökningen hade vid detta skede ett för lågt antal deltagare och skribenterna behövde flera informanter för att kunna genomföra undersökningen. Genom att skribenterna skickade ut en länk till undersökningen fick de valda informanterna delta hemifrån och kunde skriva in sina berättelser direkt på formuläret utan att skribenterna kunde se vilken informant som svaren tillhörde. Undersökningen fick in åtta svar sammanlagt. Analysen av undersökningen gjordes sedan med stöd av Elo S. och Kygnäs H, 2008, kvalitativa analyseringsprocess.

## **8 RESULTAT**

**Tema: Positivt bemötande**

**Kategori: Samtal**

**Nyckelord: Stötta, tid för anhörigas reaktioner, att bli tagen på allvar**

Två informanter beskrev samtal. En av informanterna beskrev hur viktigt det var att föra ett samtal med den anhöriga efter att patienten haft en allvarlig sjukdomsattack. Patienten avled i detta fall och den anhörige blev ensam och uppgav sig vara isolerad från samhället. Informanten beskrev hur förstavårdarna hade tagit sig tid att prata med den anhöriga om patientens liv, livet överlag och värderingar man har. Informanten upplevde att den anhörige fick ett gott bemötande eftersom stort intresse visades för den anhörige och dennes situation. Informanten beskrev också att förstavårdarna hade agerat som stöttepelare för den anhöriga och hjälpt personen vidare när chocken lagt sig.

Den andra informanten beskrev också hur viktigt det var att ta anhöriga på allvar och lyssna på dem i olika situationer fastän de kan vara i berusat eller agiterat tillstånd. Informanten beskrev att förstavårdaren hade fört en lugn och saklig diskussion med avsikt att hjälpa och förbättra tillståndet som personen befann sig i. Informanten tyckte samtalet gjorde att personen blev berörd av förstavårdarnas hjälpsamhet.

**Tema: Positivt bemötande**

**Kategori: Delaktighet**

**Nyckelord: hjälpsamhet, hänsyn, information**

Två informanter beskrev delaktighet. En informant beskrev en mindre akut situation där den anhörige fått hjälpa till i vården av sin sjuke partner. Patienten hade inte själv klarat av att förklara situationen eller berätta om tillståndet personen befann sig i. Då hade den anhörige berättat och förklarat för förstavårdarna hur de enklast kan göra för att vården skall löpa smidigt. Informanten såg hur den anhörige gärna gjorde allt detta och förstavårdarna hjälpte till så gott de kunde. Informanten upplevde att de tog mycket hänsyn till den anhörige och var glada och tacksamma för den anhöriges goda insats.

Den andra informanten valde att lyfta fram en patientsituation där anhöriga bemötte förstavårdarna väl och fick således ett gott bemötande tillbaka av förstavårdarna fast varken anhörig eller patient hade haft kontakt med förstavårdare tidigare.

**Tema: Positivt bemötande**

**Kategori: Intresse för anhöriga**

**Nyckelord: Kontakt, närvaro, uppmärksamhet**

Tre informanter beskrev intresse för anhöriga. En informant beskrev i sin text hur en allvarlig sjukdomsattack slutat med att patienten avlidit och den anhörige haft mycket starka reaktioner på händelsen. Förstavårdaren hade verkligen tagit åt sig den anhöriges sorg och försökt förklara situationen för att den anhörige skulle få någon klarhet. Förstavårdaren hade tagit sig tid och sett till att den anhörige verkligen klarade sig före vården avlägsnat sig från platsen. Informanten tyckte det verkligen var fint att se ett så bra bemötande av en anhörig som precis varit med om något så traumatiskt.

Den andra informanten beskrev hur den anhörige varit alldeles utmattad av att ta hand om sin egna (som egenvårdare) då patientens tillstånd blivit försämrat på sistone. Informanten beskrev hur den anhörige varit väldigt tacksam då förstavårdarna tagit kontakt med socialen för att försöka underlätta egenvårdarens belastning.

Den tredje informanten beskrev att den anhörige bemöts värdigt om den anhörige blir uppmärksamman redan vid de första sekunderna av mötet. Informanten beskrev också att genom att förklara för den anhörige vad som händer och hur den fortsatta vården kommer att se ut gör att ett värdigt bemötande sker.

**Tema: Negativt bemötande**

**Kategori: Fördom**

**Nyckelord: ge tillbaka med samma mått, frustration**

Två informanter beskrev fördomar. Den ena informanten berättade hur en anhörig varit berusad när ambulansen kommit till platsen. Den anhörige hade varit krävande angående förstavården och den fortsatta vården. Förstavårdaren upplevde att den anhörige betedde sig störande och förstavårdaren hade ett barskt tonläge vid vidare kommunikation med den anhörige. Till sist hade förstavårdaren bett den anhörige att avlägsna sig från platsen.

Den andra informanten beskrev att något som lätt skapar frustration i akutvården är fördomar eller störande anhöriga, vilket kan speglas ut i ett kallt eller ovärdigt bemötande.

**Tema: Negativt bemötande**

**Kategori: Försummande**

**Nyckelord: Åsidosätta, inte ta vara på anhörigas kunskap**

Tre informanter beskrev försummande. Den ena informanten beskrev en situation där förstavårdaren i ett mindre akut fall hade sagt kortfattat och med en hård ton till den anhörige som färdigt suttit i sin personbil att den säkerligen kan köra patienten till sjukhuset själv eftersom patienten själv klarat av att stiga ut ur bilen och inte varit påverkad av smärta eller andra kliniska fynd.

Den andra informanten beskrev i allmänhet att när en anhörig inte bemöts på ett värdigt sätt, så handlar det oftast om försummande och det glöms lätt bort att anhöriga kan vara till stor nytta i förstavårdarens jobb då förstavårdaren tar hand om patienten.

Den tredje informanten beskrev anhöriga som blivit åsidosatta även om de haft värdefull information för förstavårdaren. Informanten upplevde också att det var vanligt att anhöriga blev ombedda att vänta utanför för att sedan bli bortglömda.

**Sammanfattning av resultatet:**

Skribenterna förstår genom undersökningen hur ett möte handlar om samspelet mellan de personer som möts och vilken situation som personerna befinner sig i. En del av mötet handlar om att ge tid och utrymme för anhörigas reaktioner och hur förstavårdaren

möter dessa behov. Ibland handlar det också om hur allvarlig situationen är och hur patientinriktat arbetet behöver vara.

Det finns inte alltid tid för en förstavårdare att ta i beaktande anhöriga genast, utan först efteråt. Det kan till och med vara lättare att be anhöriga avlägsna sig så arbetet kan förlöpa ostört om anhöriga hindrar förstavårdaren att göra sitt jobb. Dock framkommer det i undersökningen att förstavårdaren uppskattar och känner tacksamhet om anhöriga vill vara delaktiga och hjälpa till så att vården skall förlöpa smidigt och på bästa sätt. Det handlar om att hitta en gemensam värdegrund mellan anhöriga och förstavårdaren.

En stor del handlar också om den tolkning som sker mellan de personer som möts och hurdana fördomar som färdigt finns. En förstavårdare kan möta anhöriga i alla olika tillstånd och det kan vara svårt att hålla sig öppen om personen inte är i sina sinnes fulla bruk och gör motstånd mot patientvården utan att ha tillräckliga skäl för det. Det kan också handla om till vilken situation förstavårdaren anländer och hur situationen tolkas enligt denne.

Anhöriga kan känna nöd och panik men förstavårdaren uppmärksammar inte detta. Genom att visa intresse och samtala med anhöriga kan det framkomma saker som förstavårdaren inte uppfattat direkt. Förstavårdaren kan då få en större förståelse för de anhöriga och hjälpa dem i de olika livssituationer de möjligtvis kan befinna sig i.

Genom undersökningen framkom det att informanterna har upplevt flera positiva bemötanden än negativa. I de situationer där mötet blivit negativt har förstavårdaren inte avsiktligt menat att försumma eller bli frustrerad men flera olika faktorer har påverkat mötet. Skribenterna tycker det är viktigt att hänvisa till det samspel som uppstår mellan förstavårdaren och anhöriga och vilka förutsättningar det finns för att mötet skall bli lyckat.

Eftersom undersökningen hade så lågt deltagarantal har skribenterna bara fått en ytlig uppfattning om vad som kännetecknar ett etiskt bemötande inom prehospital akutvård samt vad förstavårdsstudenter upplever att förmedlar ett etiskt bemötande. Om skribenterna hade fått ett större deltagarantal kunde de gjort en större kartläggning och skribenterna hade fått en större förståelse inom prehospitalt bemötande av anhöriga.

## 9 KRITISK GRANSKNING

Författaren Henricsson menar att hur bra resultatet av en undersökning blir, bygger på huruvida skribenterna har valt rätt mätinstrument och hur bra det instrumentet mäter det som är avsetts att mäta. För att kunna värdera det arbete som blivit gjort är det viktigt att ta hänsyn till begreppen validitet och reliabilitet (Henricsson, 2012 s.151). Skribenterna vill i detta kapitel kritiskt granska tidigare forskning, material och metod, datainsamling samt resultatet av undersökningen i förhållande till sammanfattningen av tidigare forskning.

Skribenterna hade trots omfattande sökningar svårigheter att hitta artiklar som direkt behandlade bemötandet av anhöriga inom prehospita akutvård eller artiklar skrivna inom Norden. Skribenterna eftersökte därför artiklar som behandlade familjecentrerad vård inom akutvårdens närområden (intensivvårdsavdelningar och jourpolikliniker) från hela världen. Skribenterna valde slutligen endast det material som situationerna kunde liknas vid de prehospita bemötandet av anhöriga, till exempel situationer där anhöriga fick möjligheten att vara närvarande vid kritiska tillstånd eller återupplivningar och material där själva vårdstrukturen eller vårdteamets uppbyggnad inte var allt för avvikande från akutvården.

Det fanns dock skillnader i uppbyggnaden av vårdteamet och själva vårdstrukturen och således kan validiteten i artiklarna ifrågasättas. Skribenterna ansåg ändå att materialet i artiklarna tillräckligt stödde slutsatser som skribenterna kunde omsätta till prehospitalt bemötande av anhöriga.

Skribenterna valde i sin undersökning att samla in narrativa texter och sedan analysera dem enligt kvalitativ innehållsanalys. Detta möjliggjorde för skribenterna att fokusera på en tolkning av texterna och således beskriva det som informanterna upplevde att förmedlade ett positivt eller negativt bemötande. Skribenterna var noga med att undersökningen gick i en induktiv ansats eftersom det gav en neutral tolkning av de narrativa texter som blivit insamlade (Lundman & Hällgren Granheim, 2012 s.160–162). Skribenterna tog också i beaktande att informanterna inte själva hade behövt vara delaktiga i bemötandet utan beskådat detta från sidan om.

Trots att det inte är önskvärt att skribenterna vid en kvalitativ ansats ställer sig utanför och inte är deltagande i de skeenden som blir undersökta (Lundman & Hällgren Granheim, 2012 s.161), blev skribenterna ändå osynliga och således påverkades inte undersökningen. Informanternas knappa tidsram påverkade också valet av metoden. För att kunna genomföra undersökningen krävdes det att skribenterna skickade ut frågeformuläret också elektroniskt utöver den undersökning som gjordes på Arcada.

Skribenterna hade önskat att de hade fått insamlat berättelser från förstavårdare ute i arbetslivet och sedan jämfört dessa med bemötandet på till exempel jourpolikliniken, men skribenterna hade svårt att få någon att anta sig detta arbete. Detta hade möjliggjort en större undersökning, mer material att bearbeta och således ett mera tillförlitligt resultat. Skribenterna tyckte att resultatet med förstavårdsstudenterna ändå är reliabelt eftersom de är nya i arbetslivet, har den färskaste informationen och troligtvis ett annorlunda perspektiv jämfört med personer som redan varit en tid i arbetslivet.

## **10 DISKUSSION**

Kritisk granskning har diskuterats i föregående stycke kritisk granskning och detta kapitel handlar om diskussionens andra del som är resultatdiskussion. I detta kapitel går skribenterna in på resultaten igen men den här gången ser skribenterna över resultaten som helhet. Resultaten har redan presenterats i kapitlet resultat, där skribenterna analyserat undersökningen och presenterat analysen samt sammanfattat resultaten. Nu är det dags att tolka dessa resultat och förklara dem på en nivå där skribenterna ser på dem som helhet och diskuterar resultatets huvudfynd. (Henricson M. 2012)

Den teori och litteratur som skribenterna läst och använt sig av som bakgrund till forskningen var omfattande och således blev arbetets bakgrund och tidigare forskning stor, medan själva undersökningen som gjordes och materialet från undersökningen var mindre. Undersökningen gav dock tillräckligt med material för att kunna presentera ett resultat som skribenterna är nöjda med. Resultatet från undersökningen var betydelsefull och intressant och skribenterna anser att resultatet kan jämföras med bakgrunden och tidigare forskning eftersom gemensamma teman framkom. De olika teman och nyckelord som presenterades i resultatet var samma ämnesområden som skribenterna diskuterade kring i bakgrund och tidigare forskning.



I resultatet framkom det kategorier och nyckelord som kännetecknar ett etiskt bemötande, uppdelade i två teman, positiva och negativa. Resultatet visade att samtal, delaktighet och intresse för anhöriga är det som informanterna upplevt att förmedlat ett etiskt bemötande på ett positivt sätt medan fördom och försummande förmedlat ett negativt bemötande. Resultatet fångade upp vad informanterna själva upplevt, men undersökningen var för liten för att dra en större slutsats om vad som kännetecknar ett etiskt bemötande inom prehospital akutvård.

Resultatet ger en inblick i vad som kännetecknar ett etiskt bemötande men eftersom undersökningsmaterialet var en så liten mängd, kunde skribenterna inte endas med informanternas egna upplevelser dra slutsatser om vad som kännetecknar ett etiskt bemötande inom prehospital akutvård. Resultatet gav skribenterna dock en uppfattning vad det innebär. Skribenterna hade önskat få mer undersökningsmaterial för att få en större förståelse och kartläggning inom ämnet.

Fastän undersökningsmaterialet var litet gick det att jämföra frågeställningen med resultatet och således få ett svar på frågan som skribenterna ställt. Resultatet blev värdefullt och kunde relateras till arbetets syfte. Frågan besvarades med dessa kategorier: samtal, delaktighet och intresse som positiva upplevelser och fördomar och försummande som negativa upplevelser.

Inom ämnet bemötande av anhöriga inom prehospital akutvård kunde skribenterna inte hitta tillräckligt med material. Bakgrunden och tidigare forskning är därför studier från förstavårdens närområden som gick att jämföra på ett sätt så studierna stödde undersökningen. Resultatet är generaliserbart med tanke på att det är kvalitativt och bakgrunden samt tidigare forskning stöder resultatet. Undersökningen var dock så liten att den inte kunde användas i syfte att utveckla bemötandet av anhöriga prehospitalt men kunde användas för vidare forskning och intresse inom ämnet. Arbetet kunde öppna upp för vidare forskning hos kommande studenter som gör sitt examensarbete inom detta område.

Med tanke på teoretiska konsekvenser, så nämner skribenterna i arbetet att det inte finns mycket material och forskning tillräckligt som direkt skulle behandla det prehospitala området. Resultatet visar att förstavårdsstuderanden lagt märke till betydelsen av etik i

bemötandet av anhöriga, och då kan man ställa sig frågan om de bör göras flera undersökningar avseende prehospitalt bemötande av patienters anhöriga. Det är åtminstone ett område som det finns intresse kring.

### **Förklaring till resultatet**

Den teoretiska referensramen är Katie Erikssons vårdteori samt "huvud-hjärta-hand"-modellen som beskrivs i teorin. Detta skall förklara grunden till ett etiskt bemötande och resultatets negativa och positiva kategorier. Kategorierna går inte direkt att hitta i den valda vårdteorin eller i "huvud-hjärta-hand" modellen men de kan jämföras med budskapet som finns i dessa.

I resultatet framkom inte något som skulle vara motstridigt mot den teoretiska referensram som skribenterna använt sig av. Den data som skribenterna samlade in under undersökningen fick stöd av den teoretiska referensramen i arbetet. Dock har skribenterna inte diskuterat skilt på vilket sätt resultatet hänger ihop med den teoretiska referensramen. Skribenterna ansåg att teorin hjälpte till att förstå och stöda de teman och nyckelord som framkom i resultatet samt att arbetets bakgrund var tillräckligt stor för att stöda undersökningen.

### **Arbetets bakgrund**

Materialet i bakgrunden lade grunden för att förstå anhörigas reaktioner. Genom att kunna förstå detta blev uppfattningen om vad ett etiskt bemötande innebär lättare att förstå.

I bakgrunden presenterades forskning och material angående bemötande av andra människor ur ett psykologiskt perspektiv, som i detta arbete var beteendeperspektivet. Detta presenterades för att kunna förstå sig själv som vårdare bättre och därav kunna känna för och bemöta anhöriga och deras reaktioner bättre. Materialet angående samspelet människor emellan och förmågan att kunna föra samtal kunde relateras direkt till innehållet i informanternas berättelser.

I kapitlet tidigare forskning diskuterades det om uppmärksammande av anhörigas behov. Där framkom att anhöriga prioriterade stöd, bekvämlighet, närhet till patienten, information och bekräftelse som viktigaste behov. Forskningen gav också ett perspektiv från både vårdarens och anhörigas perspektiv. I forskningen blev det dock betonat att

anhörigas behov och stöd jämsides med vårdarens åsikter och arbetssätt är tudelat, samt att familjecentrerad vård gått mer obemärkt förbi inom förstavården.

## 11 KÄLLOR

Ahmnan, E. & Dokken, D., 2012, *Pediatric nursing - Strategies for encouraging patient/family member partnership with the health care team*, Vol 38. No.4. Tillgänglig: Ebsco.com

Hämtad: 08.01.2018.

Clark, P. A., 2017, *A Paradigm Shift for Patient/Family-Centered Care in Intensive Care Units: Bring in the Family Ask the experts*, Critical Care Nurse, Academic journal 4.2017; v.37. n.2, 96-99. 4p. Tillgänglig: Ebsco.com

Hämtad: 8.1.2018.

Carlson, D., 1991, *Kontakt och samtal*, 2uppl., Bokförlaget natur och kultur, Stockholm.

Carlsson, M. & Holmdahl, B., 1992, *Psykologiska utgångspunkter för vård och omvårdnad*, Första uppl., Almqvist & Wiksell Förlag AB, Uppsala.

Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I., 1999, *Den trojanska hästen – evidensbaserat vårdande och vårdarbetet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. 1 uppl., Åbo Akademi: Institutionen för vårdvetenskap. s. 6–21.

Eriksson, K. & Nordman, T., 2004, *Den trojanska hästen II – utvecklande av evidensbaserade vårdande kulturer*. 1 uppl., Åbo akademi: Institutionen för vårdvetenskap. s. 17–18.

Finlands Sjuksköterskeförbund RF, 1996, *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. Tillgängligt: Sairaanhoitajat.fi.

Hämtad: 12.12.2017

Finlex, 1992, *Lag om patientens ställning och rättigheter- paragraf 6 & 7*. Tillgängligt: Finlex.fi.

Hämtad: 12.12.2017

Finlex, 1994, *Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården – Paragraf 17*. Tillgängligt: Finlex.fi.

Hämtad: 12.12.2017.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2012, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*, Studentlitteratur, Lund, s. 159–168.

Henneman, A. & Cardin, S., 2002, *Critical Nursing - Family-centered critical care: A practical approach to making it happen*. Vol 22. No.6. Tillgängligt: Ebsco.com.

Hämtad: 08.01.2018.

Henricson, Maria., 2016, *Vetenskapsteori och metodik – från ide till examination inom omvårdnad*. 1:7 upplagan. Studentlitteratur AB: Författar och studentlitteratur. s. 71–82

Henricson, M. (red.), 2012, *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad*, 1:7 uppl. Studentlitteratur AB: Författarna och Studentlitteratur 2012 s. 169–171

Davidson, Judy E., 2009, *Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness*, *Critical Care Nurse*, 6.2009; 29(3): 28-35. 8p. Tillgänglig ebsco.com.

Hämtad: 8.1.2018.

Khalaila, R., 2014, *Meeting the needs of patients' families in intensive care units*, *Nursing Standard*. 28,43,37-44. 2.2014 Tillgänglig ebsco.com.

Hämtad: 8.1.2018.

Mclaughlin, K., 2013, *Emergency nurse – Family centered care: review of opinions among staff*. Vol 20. No.9.. Tillgängligt: Ebsco.com.

Hämtad: 08.01.2018.

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE), 2001. *Gemensam värdegrund - gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården*. Andra publikationen. Social och hälsovårdsministeriet. Tillgängligt: etene.fi/sv/publikationer.

Hämtad: 7.12.2017.

Strandberg, H., 2014, *Sjuksköterskan samtal – professionalitet och medmenschlighet*. Upplaga 1:1. Studentlitteratur AB: Författaren och studentlitteratur 2014. S.88-91.

Washington, Georita Tolbert, 2001, *Dimensions of critical care nursing – Family advocates: Caring for families in crisis*. Vol 20. No.1. s. 36-40. Tillgänglig: Ebsco.com

Hämtad: 08.01.2018

York NL, 2004, *Implementing a family presence protocol option*, Dimensions of Critical Care Nursing (DCCN), e-källa: Journal Article Mar/Apr 2004; 23(2): 84-88. (5p)

## 12 BILAGOR

### Bilaga 1: Informantbrev

*Bästa informant,*

Helsingfors 21.02.2018

Detta är en kvalitativ undersökning om erfarenheter av etiskt bemötande av anhöriga inom prehospitäl akutvård. Syftet är att beskriva ett etiskt bemötande och reflektera över olika etiska tillvägagångssätt vid ett bemötande. Med att samla in berättelser av studerande fångar vi upp faktorer från möten med anhöriga.

Undersökningen ingår i Arcadas Grow-projekt och önskar kunna bidra till en kompetensutveckling för ett etiskt bemötande. Resultatet kan användas för utvecklandet av simulering i etik.

Vi är glada om du vill medverka i undersökningen, deltagandet är frivilligt och genom att delge oss de skriftliga berättelserna samtycker du även till att delta i undersökningen. Deltagande går att avbryta i vilket skede av undersökningen som helst.

#### Instruktioner för hur besvara frågeställningarna

Formulera fritt en text där du reflekterar över **två** upplevelser i bemötande av anhöriga du varit med om. Det kan vara en situation där du själv eller någon annan bemött en anhörig, till exempel, där en vårdare har bemött en anhörig där du varit vid sidan om som observatör.

- Beskriv ett möte där du upplevde att en anhörig bemöttes på ett värdigt sätt.
- Beskriv ett möte där du upplevde att en anhörig **inte** bemöttes på ett värdigt sätt.

Rapporten färdigställs under våren 2018 vid Yrkeshögskolan Arcada, och publiceras senare på [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Som handledare för undersökningen fungerar överlärare Eivor Wallinvirta [eivor.wallinvirta@arcada.fi](mailto:eivor.wallinvirta@arcada.fi)

Ytterligare information ger undertecknade

Jenny Sjöblom  
[sjobloje@arcada.fi](mailto:sjobloje@arcada.fi)

Patrice Lindroos  
[Patrice.lindroos@arcada.fi](mailto:Patrice.lindroos@arcada.fi)