

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för sjukskötare

ANHÖRIGAS NÄRVARO PÅ AKUTMOTTAGNINGEN - UR SJUKSKÖTARENS PERSPEKTIV

- En intervjustudie

Paulin Danielsson, Amanda Eriksson & Sebastian Sundblom



24:2019

Datum för godkännande: 22.05.2019

Handledare: Erika Boman

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Utbildningsprogrammet för vård
Författare:	Paulin Danielsson, Amanda Eriksson & Sebastian Sundblom
Arbetets namn:	Anhörigas närvaro på akutmottagningen - ur sjukskötarens perspektiv - En intervjustudie
Handledare:	Erika Boman
Uppdragsgivare:	-

Abstrakt

Bakgrund: Arbetsituationen på akutmottagningen kan vara pressad. Tidigare internationell forskning visar att sjukskötare på akutmottagningar kan ha delade åsikter om de anhöriga ska vara närvarande i vården eller inte. Vidare konstateras att de anhöriga anser sig ha rätt att delta i vården av den akut sjuka patienten. Inom Ålands hälso- och sjukvård finns inga riktlinjer för anhörigas närvaro i vården på akutmottagningen.

Syfte: Att belysa sjukskötares erfarenheter av de anhörigas närvaro i vården på akutmottagningen vid Ålands hälso- och sjukvård.

Metod: En semistrukturerad intervjustudie utförd vid akutmottagningen på Ålands hälso- och sjukvård. Totalt åtta sjukskötare intervjuades. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre övergripande kategorier framkom (med totalt sju subkategorier): *Anhöriga som en resurs (Anhöriga som ett stöd för patienten, Anhöriga som en resurs för informationsinsamling, Utmaningar med att inkludera anhöriga), Organisationens förutsättningar för att inkludera de anhöriga (Styrkor, Svagheter) och Kommunikation som ett verktyg (Samspel mellan sjukskötaren, patienten och de anhöriga, Anhörigas behov av stöd i en belastad arbetssituation).*

Slutsats: I resultatet framkom det att sjukskötarna på akutmottagningen gjorde sitt bästa för att involvera de anhöriga i vården. De anhöriga upplevdes för det mesta som en resurs men de kunde även försvåra omvårdnaden för patienten. Akutmottagningen behöver byggas om för att kunna utveckla den familjefokuserad omvårdnad.

Nyckelord (sökord)

akutvård, sjukskötare, anhöriga, närvaro, erfarenheter

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
24:2019	1458-1531	Svenska	37 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
17.05.2019	22.05.2019	22.05.2019

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Paulin Danielsson, Amanda Eriksson & Sebastian Sundblom
Title:	Family Presence in the Emergency Room - from the Nurses' Perspective. A Qualitative Interview Study
Academic Supervisor:	Erika Boman
Technical Supervisor:	-

Abstract
<p>Background: The work situation at the emergency room can be stressful. Earlier international research shows that nurses in emergency room can have shared opinions if the relatives should be present in the care or not. Furthermore, it is stated that the relatives consider themselves entitled to participate in the care of the acutely ill patient. Within Åland's health and medical care there are no guidelines for relatives' presence in the care of the emergency room.</p> <p>Aim: To illuminate the nurses experiences of the presence of the relatives in the care at the emergency room at Ålands health and care center.</p> <p>Method: A semi-structured interview study conducted at the emergency department at Åland's health and medical care. A total of eight nurses were interviewed. The interviews were analyzed with qualitative content analysis.</p> <p>Results: Three overall categories emerged (with a total of seven subcategories): <i>Relatives as a resource (Families who support the patient, Relatives as a resource for information gathering, Challenges to include relatives)</i>, <i>the organisation's prerequisites to include the relatives (Strengths, Weaknesses)</i> and <i>Communication as a tool (Interaction between the nurse, the patient and relatives, relatives' need for support in a stressed work situation)</i>.</p> <p>Conclusions: The result showed that the nurses at the emergency department did their best to involve the relatives in the care. The relatives were mostly experienced as a resource, but they could also complicate the care of the patient. The emergency department needs to be rebuilt to be able to develop the family-centered care.</p>

Keywords
Acute care, Nurse, Family, Presence, Experiences

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
24:2019	1458-1531	Swedish	37 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
17.05.2019	22.05.2019	22.05.2019

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	4
1.1 Bakgrund	4
1.1.1 Anhörigas delaktighet i den akuta vården	5
1.1.2 Sjukskötarens syn på de anhörigas närvaro	6
1.1.3 Familjefokuserad omvårdnad	8
1.2 Problemformulering	9
1.3 Syfte	9
2. METOD	10
2.1 Urval och datainsamling	10
2.2 Analys	11
2.3 Forskningsetik	12
3. RESULTAT	13
3.1 Anhöriga som en resurs	13
3.1.1 Anhöriga som ett stöd för patienterna	13
3.1.2 Anhöriga som en resurs för informationsinsamling	14
3.1.3 Utmaningar med att inkludera anhöriga	15
3.2 Organisationens förutsättningar för att inkludera de anhöriga	16
3.2.1 Styrkor	16
3.2.2 Svagheter	16
3.3 Kommunikationen som ett verktyg	18
3.3.1 Samspelet mellan sjukskötaren, patienten och de anhöriga	18
3.3.2 Anhörigas behov av stöd i en belastad arbetssituation	19
4. DISKUSSION	21
4.1 Resultatdiskussion	21
4.2 Metoddiskussion	24
4.3 Slutsats	27
KÄLLOR	29
BILAGOR	35

1. INLEDNING

När patienter kommer till akutmottagningen kan de ha med sig någon anhörig. Anhöriga kan ses som en resurs, då de kan tillföra information och vara ett stöd för patienten (Batista et al., 2017; Fry, Chenoweth, MacGregor, & Arendts, 2015; Ramaekers, 2017). Det kan därför vara en fördel att involvera anhöriga i vården. Dock kan den akuta situationen upplevas som omvälvande för dem, vilket betyder att sjukskötaren ska ta hand om den akut sjuka patienten och även ge de anhöriga omsorg. Enligt Batista et al. (2017) och Ramaekers (2017) råder splittrade åsikter bland sjukskötare angående om de anhöriga ska vara delaktiga i vården eller ej. Inom Ålands hälso- och sjukvård saknas det riktlinjer på akutmottagningen när och i vilken utsträckning anhöriga kan, ska eller får vara närvarande. Sjukskötarna på akuten har gått efter egna erfarenheter för att hantera sina möten med de anhöriga i akuta situationer. Det antas att kunskap om personalens erfarenheter av anhörigas närvaro kan vara en grund för utvecklandet av riktlinjer.

1.1 Bakgrund

På en akutmottagning kan patientflödet periodvis vara högt (IVO, 2015; Zani, Macron, Tonete, & de Lima Parada, 2014). Med patientflöde menas det att patienten skrivs in, utreds, behandlas och skrivs ut eller skrivs in på annan vårdenhets (Andersson, Jakobsson, Furåker, & Nilsson, 2012). Det höga patientflödet kan påverka arbetsmiljön och arbetsbelastningen för personalen, vilket kan ge negativa följder som inverkar på vården, till exempel kan vårdpersonal tvingas att prioritera medicinsk behandling, vilket gör att de psykosociala och etiska aspekterna nedprioriteras (Carter, Pouch, & Larson, 2014; SBU, 2010, Andersson et al., 2012; IVO, 2015). Höga patientflöden kan även bidra till långa väntetider, upp emot flera timmar (Carter et al., 2014; SBU, 2010; Swancutt et al., 2017). Ovissheten om väntetiden påverkar såväl patienten och dess anhöriga (Swancutt et al., 2017). Under väntetiden kan det uppstå frågor från de anhöriga och patienten (Andersson et al., (2012). Arbetet kan även försvåras av att sjukskötarna inte alltid har kännedom om patientens sjukdomshistoria (anamnes) och att patientens tillstånd kräver brådskande behandling (IVO, 2015; Zani et al., 2014).

1.1.1 Anhörigas delaktighet i den akuta vården

Ett gott bemötande är, även vid annan vård, en förutsättning för att anhöriga ska få känna sig inkluderade i den akuta vården. Sjukskötarens förhållningssätt och förmåga att kunna kommunicera påverkar såväl mötet mellan patient respektive anhöriga och sjukskötaren, om hur vården upplevs (Axelsson, Zettergren, & Axelsson, 2005; Zani et al., 2014; da Silva Barreto, Marcon, & Garcia- Vivar, 2016). Vad gäller kommunikationen är det viktigt att sjukskötaren förklarar på ett tydligt och begripligt sätt. Då sjukskötaren lyckas förklara på ett lättförståeligt sätt samt då information rörande vården ges kontinuerligt under vårdtiden kan de anhöriga uppleva det goda förhållningssättet (Zani et al., 2014). Det kan även ge de anhöriga en känsla av lugn och trygghet (Fry et al., 2015). Detta gör även att de anhöriga får en bättre helhetsbild av situationen (da Silva Barreto et al., 2018), vilket också kan vara en bidragande faktor till patientens återhämtning och det i sig förbättrar vården av patienten (Zani et al., 2014; Andersson et al., 2012).

Att vårdpersonal kommunicerar tydligt och ger relevant information är väsentligt då de anhöriga kan hamna i en position där de är tvungna att fatta beslut angående patientens vård. I §9, ur Lagen om patientens ställning och rättigheter, framkommer det att de anhöriga har rätt att få uppgifter om patientens hälsotillstånd. Genom denna information kan de anhöriga fatta rätt beslut om vård eller behandling för patienten. Eftersom Lagen om patientens ställning och rättigheter §6 nämner att om patienten på grund av sin mentala status eller utvecklingsstörning inte kan fatta beslut om sin vård eller behandling, är det den lagliga företrädaren eller den anhörige som ska göra detta. Motsäger de anhöriga en viss behandling eller vård skall vården, i samtycke med dem, ges på annat sätt som följer god medicinsk praxis (Lagen om patientens ställning och rättigheter, FFS 1992:785). Det är också viktigt att på kort tid kunna etablera en relation och inge ett förtroende till patienten samt dess anhöriga. Genom att skapa relationen ger det sjukskötaren förutsättningar till att få ett förtroende hos de anhöriga (Andersson et al., 2012).

Enligt Axelsson et al. (2005) anser anhöriga sig ha rätt att vara delaktiga i vården. Känslor som kan uppkomma hos de anhöriga då de involveras i en traumatisk händelse kan vara såväl positiva som negativa (Batista et al., 2017; Keenan & Joseph, 2010; Axelsson et al., 2005; da

Silva Barreto et al., 2016). Positiva aspekter kan ses då anhöriga är närvarande i rummet under den akuta situationen. De kan uppleva ett lindrande av lidande och kan få en större acceptans och en större förståelse av patientens bortgång. De anhöriga känner då att vårdpersonalen gjort allt i sin makt för att vårda patienten (Leske, McAndrew & Brasel, 2013; Axelsson et al., 2005). De anhöriga blir inte lika illa till mods, upplever inte negativa känslor som aggression och skuldbelägger inte personalen då de får vara närvarande vid de akuta situationerna. De kan även få lindring i sin sorgeprocess (da Silva Barreto et al., 2018).

Å andra sidan menar Axelsson et al. (2005) att de anhöriga som har deltagit i akutrummet kan uppleva stor stress, som kan pågå i flera månader efter patientens vårdtid. De anhöriga kan även få en fel sista bild av deras närmaste då de närvarar vid återupplivningsförsök (Axelsson et al., 2005). Bevitnandet kan därmed vara mera skadligt än sunt för dem och kan ge de anhöriga men för livet. Andra känslor som kan uppstå då de anhöriga närvarar kan vara ensamhet, skuld, frustration, behov av svar på frågor och bekräftelse. De anhöriga kan genomgå traumatiska upplevelser som bidrar till många frågor och/eller funderingar, därför vill de likväl som patienten ha någon att prata med (Batista et al., 2017; Keenan & Joseph, 2010; Axelsson et al., 2005; da Silva Barreto et al., 2016). Genom att svara på frågor kan vårdpersonalen tillfredsställa patienter och anhörigas informationsbehov, vilket minskar de negativa känslorna som kan uppkomma. Detta kan dock vara ett svårt moment att hinna med när det finns patienter med livshotande tillstånd som väntar. Speciellt vid de mest traumatiska och hektiska situationerna inom akutsjukvården (Andersson et al., 2012; Batista et al., 2017). Däremot finns det olika känslor såsom missnöje, nervositet och stress som kan bidra till att anhöriga inte klarar av att närvara i vården av patienten (Zani et al., 2014; da Silva Barreto et al., 2016). Andra svårigheter då anhöriga är närvarande kan vara att sjukskötaren påverkas i utförandet av vårdmoment (da Silva Barreto et al., 2018; Zani et al., 2014). Även den stillsamma miljön, som patienten och sjukskötarna kan behöva under vårdtiden för att vården ska bli så bra som möjligt, kan störas av de anhöriga. Det kan orsaka negativa följder för vården av patienten (da Silva Barreto et al., 2018; Axelsson et al., 2005).

1.1.2 Sjukskötarens syn på de anhörigas närvaro

Efter genomgång av tidigare forskning kring sjukskötares erfarenheter av anhörigas närvaro i samband med vård på akutmottagning kan det konstateras att erfarenheterna varierar. I en

studie av Axelsson et al. (2005) uppger sjukskötarna att det inte är någon skillnad om de anhöriga är närvarande i vården, eller inte, oavsett vad patienten söker vård för. Dock har forskning visat att utbildningsnivån har en viss betydelse för hur sjukskötare lyckas inkludera de anhöriga (da Silva et al., 2018). I en studie av Batista et al. (2017) framkommer det att sjukskötare motsäger de anhörigas närvaro i akuta situationer såsom vid hjärt- och lungräddning eller vid trauman. Duran, Oman, Abdel, Koziel och Szymanski (2007) menar att när känslor förekommer, upplever sjukskötare att det kan skapa en barriär mellan dem och de anhöriga. Känslan av "barriär" varierar dock från sjukskötare till sjukskötare. Enligt Batista et al. (2017) kan anhörigas närvaro påverka sjukskötarna negativt, vilket bidrar till förhöjd stressnivå för sjukskötarna och det ger en negativ påverkan på samarbetet inom vårdteamet. Till följd av att de anhöriga kan påverka sjukskötarna negativt kan det leda till ett försvårande av de livsavgörande åtgärderna (Batista et al., 2017; Axelsson et al., 2005). Anhörigas krav på tydliga och korrekta svar angående patientens vård gör att sjukskötaren kan känna press (da Silva Barreto et al., 2018; Axelsson et al., 2005). Sjukskötaren kanske inte alltid har tid att sitta ner med patienten och hens anhöriga, på grund av att sjukskötaren måste prioritera väsentliga åtgärder (IVO, 2015). Dock krävs det att sjukskötaren förbereder de anhöriga inför vad de kan få se då de ska närvara vid de traumatiska situationer. Detta behöver göras för att skapa förutsättningar till en lugnare miljö och för att skapa de bästa villkoren för en god vård. I och med det här nämner personalen att de vill ha en extra personalresurs som kan ta hand om de anhöriga vid de specifika traumatiska situationerna (da Silva Barreto et al., 2018).

Studier har även visat att sjukskötare upplever fördelar relaterat till de anhörigas närvaro. De anhöriga kan ge värdefull information till vårdteamet (Batista et al., 2017; Raffei et al., 2017; Leske et al., 2013; da Silva Barreto et al., 2018; Fry et al., 2015; Zani et al., 2014). Det kan handla om att få medicinsk information, information om det normala hälsotillståndet eller den sociala bakgrunden (Batista et al., 2017; Fry et al., 2015; Ramaekers, 2017). De anhöriga kan ge ett psykologiskt stöd, emotionellt stöd (Duran et al., 2007; Zani et al., 2014) och en trygghet till patienten (Batista et al., 2017; Leske et al., 2013). Om patienterna är förvirrade eller agiterade kan de anhöriga lindra symtomen (Fry et al., 2015). När de anhöriga exempelvis bidrar med att vara närvarande hos patienten, upplever sjukskötarna att arbetsbelastningen minskar och att de då kan prioritera andra vårdåtgärder eller andra

patienter (Fry et al., 2015; Zani et al., 2014). Det nämns även att sjukskötare upplever att det är patientens rättighet att få ha anhöriga närvarande (Axelsson et al., 2005). Genom de anhöriga kan sjukskötarna komma närmare patienten. Det ger i sin tur en påminnelse åt vårdpersonalen om att se patienten som en person och inte endast se dennes sjukdom (Fry et al., 2015; Batista et al., 2017; Leske et al., 2013). De anhörigas information bidrar även till att vården blir mera personcentrerad och behovsstyrd (Fry et al., 2015; Ramaekers, 2017; Axelsson et al., 2005; Andersson et al., 2012). De anhörigas närvaro anses ge patienten bättre förutsättningar till vård och ett snabbare tillfrisknande under vårdtiden på akutmottagningen (da Silva Barreto et al., 2018).

1.1.3 Familjefokuserad omvårdnad

Fenomenet familjefokuserad omvårdnad (FFO) innebär fokus på familjens betydelse för patienten och dennes upplevelser av sjukdom och ohälsa. Det finns två sätt att se på FFO: *familjecentrerad omvårdnad* ses familjen som ett system medan i *familjrelaterad omvårdnad* är patienten i centrum i vården. I vissa delar av vården är det viktigt att se hela familjen som en enhet, eftersom de berör varandras liv och därmed hälsan. Den upplevda hälsan och välbefinnandet i familjen påverkas av den enskilde medlemmen, detta såväl positivt som negativt. Inom denna typ av vård behöver sjukskötaren utveckla sitt förhållningssätt eftersom det bygger på en icke hierarkisk relation. Med detta menas att alla i gruppen är likvärdiga. Alla skall få föra sin talan angående exempelvis åsikter, tankar, föreställningar och/ eller upplevelser (Svensk sjuksköterskeförening, 2015).

Det finns ingen fast definition på vad familj innebär. Familjen kan ses som en levande konstellation där gruppen själv avgör vem som är medlem (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). I detta arbete används begreppet anhöriga. Anhöriga definieras som familjen, närmaste släktingarna (Anhörig, u.å), registrerad partner, far- och morföräldrar, make/ makas barn som inte är ens eget eller en nära vän (Socialstyrelsen, u.åa).

1.2 Problemformulering

Inom akutsjukvården är sjukskötarens primära uppgift att vårda patienten, vilket kan göra att anhöriga åsidosätts. I tidigare forskning framkommer det att anhöriga kan önska få vara närvarande i de akuta situationer, dock kan de i vissa situationer nekas till detta. Det framkommer också att det finns positiva aspekter i anhörigas närvaro. Utifrån FFO kan anhöriga hjälpa såväl patienten och sjukskötaren, dock kan patientens sjukdom eller ohälsa påverka de anhöriga. Således, från tidigare forskning, råder splittrade åsikter i anhörigas närvaro i akuta situationer.

1.3 Syfte

Syftet är att belysa sjukskötares erfarenheter av de anhörigas närvaro i vården på akutmottagningen vid Ålands hälso- och sjukvård.

2. METOD

För att besvara syftet har en kvalitativ intervjustudie genomförts. En intervjustudie lämpar sig vid studier där fenomen, situationer eller händelser ska förstås. I och med detta var det en studiedesign vi valde då syftet är att belys sjukskötares erfarenheter (Danielson, 2017).

2.1 Urval och datainsamling

Studien genomfördes på akutmottagningen vid ÅHS. Där arbetar 20 sjukskötare (n= 20) som har ordinarie tjänst, varav arton var kvinnor (n= 18) och två var män (n= 2). Skribenterna bokade möte med avdelningsskötaren som tog på sig uppgiften att vidarebefordra informationsbrevet (Bilaga 1) på avdelningen samt påminna sjukskötarna att ställa upp på intervju. Ett schema för intervjuer upprättades på mottagningen där sjukskötarna fick fylla i när de önskade bli intervjuade. Deltagarna som intervjuades var sjukskötare och kriteriet var att de skulle ha minst ett års arbetserfarenhet på ÅHS akutmottagning. Erfarenheter från tidigare arbetsplatser vid annan enhet inkluderades inte i studien, om det inte ger det som exempel för att förtydliga av erfarenheter från akutmottagningen. Även svar relaterat till barn och vårdnadshavare exkluderas i studiens resultat. Orsaken till exkluderingen av erfarenhet gällande barn var för att de oftast är i behov av en vuxen/vårdnadshavare för att få den vård de behöver vilket vi ansåg gör det mera naturligt för sjukskötarna att inkludera de anhöriga i vården.

De åtta (n= 8) informanterna var alla kvinnor och deras ålder var mellan 27 år och 52 år (medelålder: 37 år). Deras arbetserfarenhet på akutmottagningen var mellan 2 år till 20 år (medelålder: 11 år). Vi har i denna studie fått en spridning i ålder och arbetserfarenhet dock inte spridning mellan könen, vilket rekommenderas vid en intervjustudie (Danielson, 2017). Utbildningen och erfarenheten varierade från grundutbildad sjukskötare till specialistutbildningar. Antal sjukskötare som hade en specialistutbildning var fyra stycken (n=4).

För att samla in data genomfördes en semistrukturerad intervjustudie. Semistrukturerade intervjustudier är lämpliga då de som intervjuar har möjlighet att ställa följdfrågor (Danielson, 2017). Skribenterna har tillsammans kommit fram till intervjufrågorna. Detta

gjordes genom att varje enskild skribent gav förslag på olika frågor. Frågorna diskuterades och valdes ut efter vilka som bäst besvarade syftet. Skribenterna bollade med förväntade svar under framtagningsprocessen av intervjufrågorna (Danielson, 2017). En provintervju genomfördes för att pröva om frågorna ger svar som kunde besvara syftet med studien. Samt ge ett övningstillfälle för intervjuaren och ta reda på om tiden för intervju är realistisk. Frågorna delades även med handledande lärare för godkännande. De slutgiltiga frågorna sammanställdes till en intervjuguide (Bilaga 2).

Öppna frågor användes vid intervjun, för att sjukskötarna skulle ha möjlighet att fritt formulera svar. Först ställdes bakgrundsfrågor och efter dessa ställdes huvudfrågorna med fokus på de anhöriga och akutmottagningen. Vid denna studiedesign behöver frågorna inte följa en förutbestämd ordning, utan det finns möjlighet att anpassa frågeföljden efter vad som framkommer i intervjun. Intervjuerna varade mellan 13 minuter och 21 minuter 50 sekunder, medeltal på 16 minuter och 45 sekunder. I samråd med handledande lärare kom vi fram till att minst åtta intervjuer behövdes genomföras för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt. Redan efter sex intervjuer upplevde vi att många svar upprepades från tidigare intervjuer. Efter detta utfördes ytterligare två intervjuer.

Intervjuerna spelades in på ljudinspelningsutrustning och har därefter transkriberats ordagrant (Danielson, 2017). Detta gjordes genom att en av oss lyssnade och transkriberade intervjun. Därefter gjorde de resterande i gruppen en kontroll av ljud materialet och transkriberingen för att se att det överensstämde. Alla skribenter har genomfört både intervju och transkribering. För att bevara den enskilda informantens anonymitet har intervjuerna slumpmässigt ersatts med annan siffra än turordningen för intervjuerna. Detta för att kunna styrka resultatet genom exemplifiering i återberättande form eller citat.

2.2 Analys

Vi har använt oss av en induktiv manifest innehållsanalys. Manifest innehållsanalys innebär att det som kommer fram synligt och tydligt ur intervjuerna är det som tas ut (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). Då denna metod används tillåts analyseringen att genomföras förutsättningslöst (neutralt) utgående från intervjuerna (Danielson, 2017). Detta vill säga att

studien är öppen för de intervjuvar som framkommit. Bearbetningen av materialet, *transkribering*, mynnade ut i kategorier. Enligt Lundman och Graneheim (2008) är det första steget i analysen att dela upp texten i meningsenheter (Bilaga 3). Meningsenheter är det som är meningsbärande i texten, detta kan innefatta enskilda ord, meningar eller stycken. Genom identifieringen av meningsenheter framkommer det sammanhang och innehåll som står till grund för analysen. I analysen av meningsenheterna *kondenserades* texten, vilket gjorde texten lätthanterlig och kortare medan det centrala innehållet kvarstod. *Kodningen* innebar att kontentan av meningsenheternas innehåll kortades ner, beskrevs och hjälpte till att få en helhetssyn av den insamlade datan. Fakta har valts från två stycken källor för att ge ett bredare referensmaterial till analysen.

2.3 Forskningsetik

Muntligt godkännande har utfärdats för denna intervjustudie av vårdchefen för Ålands hälso- och sjukvård (08.04.2019) samt avdelningsskötaren på akutmottagningen (08.04.2019).

Vid humanvetenskaplig forskning ställs krav på beaktande av respekt för personens självbestämmanderätt, undvikande av skada och personlig integritet och dataskydd (TENK, u.å). I informationsbrevet (bilaga 1) som tilldelades deltagarna står det hur länge den insamlade datan kommer att förvaras. Deltagarna kommer själva få bestämma om de vill delta eller ej, genom ett muntligt informerat samtycke. Detta styrker självbestämmanderätten. Deltagarna har fått möjlighet att avbryta intervjun om de så önskat (Kjellström, 2017; Sandman & Kjellström, 2013; World Medical Association, 2018). Efter transkriberingen har intervjuare och deltagare avidentifieras. Kodningen har skett genom att ge varje enskild intervju ett kodnummer. Listan på dessa koder har sedan förvarats skilt från deltagarnas riktiga namn samt varit oåtkomliga för icke behöriga (Danielsson, 2017; Sandman & Kjellström, 2013; World Medical Association, 2018). Förvaring av datan har skett på skolans tillhandahållna lagringstjänst (Google Drive) på lösenordsskyddade datorer. Det är endast de tre skribenterna och den handledande lärare som haft tillgång till intervjumaterialet. Ljudinspelningarna kommer att raderas efter examensarbetet blivit godkänt. Utskrift av intervjuer kommer att förvaras i låst arkiv vid Högskolan på Åland enligt gällande forskningsetiska direktiv.

3. RESULTAT

Resultatet presenteras övergripande i Tabell 1, analysen av intervjuerna resulterade i tre kategorier och sju underkategorier.

Tabell 1. Översikt över innehållet i resultatet.

3.1 Anhöriga som en resurs	3.1.1 Anhöriga som ett stöd för patienten 3.1.2 Anhöriga som en resurs för informationsinsamling 3.1.3 Utmaningar med att inkludera de anhöriga
3.2 Organisationens förutsättningar för att inkludera de anhöriga	3.2.1 Styrkor 3.2.2 Svagheter
3.3 Kommunikation som ett verktyg	3.3.1 Samspel mellan sjukskötare, patienten och de anhöriga 3.3.2 Anhörigas behov av stöd i en belastad arbetssituation

3.1 Anhöriga som en resurs

3.1.1 Anhöriga som ett stöd för patienterna

De intervjuade sjukskötarna beskrev att de eftersträvade att inkludera de anhöriga i vården så långt det går. En av sjukskötarna sade: "Vi brukar ju också oftast försöka att dom anhöriga får vara involverade så långt det går" (3).

Anhörigas närvaro ansågs vara särskilt positivt i samband med vård av patienter med lindrigare sjukdomstillstånd. Anhöriga beskrevs kunna vara en resurs. De kunde hjälpa patienten med delar av vården. I en intervju framträdde att anhöriga är till stor hjälp om de kan hjälpa patienten på toaletten, med matning, av- och påklädning när de kommer eller när de ska hem.

Sjukskötarna framförde att det mentala stödet och tryggheten som patienten behövde kunde ges av anhöriga. De kunde genom tryggheten ge patienten ett lugn. Vissa anhöriga var sedan tidigare vana att hjälpa patienten. I en intervju framlades det att anhörigvårdare till kroniskt sjuka patienter, som tar hand om patienten dagligen, kunde ta hand om patienten bättre än sjukskötarna i vissa situationer.

Det framkom att de anhöriga inte bara hjälper sina egna närmaste utan även andra patienter. Sjukskötarna sade att när de anhöriga var inne på ett rum med flera patienter kunde anhörig också hjälpa "grannpatienten". I en intervju exemplifieras detta att då någon patient inte förmådde sig att ringa på klockan så kunde de anhöriga hjälpa till att tillkalla hjälp till den patienten. Genom detta menade sjukskötarna att de fick mer tid till att utföra andra vårdmoment.

Sjukskötarna sade dock att det var viktigt att man kom ihåg att de anhöriga måste få vara anhöriga men att de som vill hjälpa till fick göra det: "Men sen behöver man ju också tänka på att dom anhöriga måste få vara anhöriga [...]" (3).

3.1.2 Anhöriga som en resurs för informationsinsamling

Sjukskötarna nämnde att de anhöriga kunde ge värdefull information som vara av stor vikt för vården, exempelvis så kunde anhöriga ge deras syn på och upplevelse av patientens hälsotillstånd. En del patienter kunde ge felaktig information, uppfatta sin egen hälsa som bättre än vad den egentligen var eller underskatta den. Ur en intervju framkom det att anhöriga kan ge mera saklig information, då det fanns patienter med exempelvis en kognitiv nedsättning som ej kunde göra detta. De anhöriga kunde även berätta om patienten hade speciella behov och vad som fungerade bäst för denne.

Det kunde också vara utmanande att få en klar bild av patientens hälsotillstånd om patienten inte själv ville eller kunde prata, att patienten inte visste sitt eget bästa eller på grund av ett sjukdomstillstånd. En av sjukskötarna sade: "[...] anhöriga så e ju en stor resurs för oss här och dom kan ju också ge oss värdefull information som vi annars inte sku få [...]" (3). Det nämndes även att anhöriga kunde ge information som inte framkom i journalerna.

3.1.3 Utmaningar med att inkludera anhöriga

Det framkom av de intervjuade sjukskötarna att när akutmottagningen har mycket patienter och det är "kaotiskt" kan anhöriga behöva vänta i väntrummet. Även i vården av patienten vid traumatiska situationer såsom trafikolyckor kunde det ibland vara klokt att exkludera de anhöriga tills patienten mående blivit stabil. I en intervju framträdde det att vid trafikolyckor, då det kommer två till tre patienter samtidigt, så visste sjukskötarna att väntrummet snart skulle vara fyllt av anhöriga. Då delar de på sig så att en sjukskötare hinner gå ut i väntrummet (5). Sjukskötarna nämnde att vid intima vårdmoment kunde det vara av grundad orsak att de anhöriga fick vänta utanför, för att vissa moment kunde upplevas som obehagliga för patienten.

Däremot sade sjukskötarna att de anhöriga skulle få möjlighet att vara delaktiga om de så ville det. I situationer när anhöriga var närvarande sade sjukskötarna att de kunde känna otillräcklighet då de måste prioritera mellan patienten och anhöriga. De anhörigas närvaro kunde bidra till svårigheter i att utföra den vård som patienten var i behov av. Sjukskötarna sade dock att patientens vilja skulle respekteras. De menade att de gärna ville att anhöriga skulle avlägsna sig vid vissa situationer men att de lyssnade till patientens vilja om de anhörigas närvaro.

Det nämndes även att i vissa situationer tog de anhöriga över vården, dock framkom det även att vissa inte lade sig i. I en intervju framkom det att vissa anhöriga tog över situationen, då kunde sjukskötaren bli tvungen att be de anhöriga att låta patienten få svara på frågor själv. Det kunde också vara då patienten skulle ge sig i uttryck och själv förklara sitt hälsotillstånd. Sjukskötare nämnde att patientens upplevda hälsotillstånd kunde påverkas negativt av de anhörigas närvaro: " [...] de kan finnas situationer där anhöriga gör dom mera sjuka än vad dom är" (1).

Sjukskötarna nämnde även att besvikelse kunde uppkomma då de gjorde sitt bästa men de anhöriga inte noterade detta. Sjukskötarnas humör påverkades då de anhöriga var påstridiga och inte ville förstå situationen. I en intervju nämndes det att anhöriga kan vara envisa och det kan påverka ens humör.

I vissa moment kunde de anhöriga vara störande. Det framkom ur en intervju anhöriga kan säga till sjukskötaren att patienten inte har fått mat och så [informanten] servera det istället för att göra en viktig vårdåtgärd för en annan patient.

3.2 Organisationens förutsättningar för att inkludera de anhöriga

3.2.1 Styrkor

Sjukskötarna sade att det fanns goda möjligheter till att inkludera de anhöriga på enheten eftersom mottagningen är liten och avstånden är korta: “[...] att vår akutmottagningen är liten [...] ja att jag menar att de är ju korta avstånd att de är lite de är på det viset inte lika hetsigt [...]” (1). Sjukskötare nämnde att detta var positivt för de anhöriga då de snabbare kunde komma till patienten.

Sjukskötarna nämnde att genom samarbete kunde de hålla anhöriga underrättade om patientens situation. I en intervju ges exemplet att när patienten har tagits in för vård för större trauma, exempelvis trafikolycka, kan de anhöriga behöva vänta i väntrummet. Då kan sjukskötarna hjälpas åt att informera de anhöriga så att de inte känner sig bortglömda. Sjukskötarna berättade vidare att det finns en primärskötare på mottagningen som inte är med i arbetet på mottagningen. De sade att vid stressiga tillfällen kunde hen ställa upp och ta hand om de anhöriga: “Vi har ju en primärskötare eller en som [...] jobbar i luckan å som ibland kan ta [...] hand om anhöriga vid sånna situationer” (3). Sjukskötarna berättade att alternativet annars var att använda resurser såsom sjukhusbiträden, väktare, sjukhuspräst, om möjligt akutens egna sjukskötare eller personal från annan avdelning. Flera sjukskötare sade att det finns en önskan om att ha en specifik personal med vårdutbildning som vid behov kan ta hand om de anhöriga: “[...] ja de skulle ju vara perfekt för nu är de ju många gånger så att när de är någon som är jätte jätte dålig [...]” (4). De säger också att det finns en ritning klar inför ombyggnation av enheten.

3.2.2 Svagheter

Enligt sjukskötarna är utrymmena på ÅHS akutmottagning begränsade i storlek. Rummen är ganska små och i vissa rum vårdas fler personer: “Våra akutrum e inte så stora [...]” (3). I

samband med intervjuerna sades det att vissa platser endast har gardiner för att skärma av till patienten vilket gör att det är lyhört. Lyhördheten kunde begränsa anhörigas närvaro. Sjukskötarna menade att detta negativt påverkade möjligheterna till att hålla sekretessen och tystnadsplikten.

Sjukskötarna försökte i mån av möjlighet få ett rum där man kunde prata ostört med patienten och anhöriga. Sjukskötarna berättade att det på akutmottagningen finns tre torgplatser¹ som endast skärmas av med gardiner och i närheten av dessa platser ligger kansliet. Sjukskötarna menade att diskussioner kring vårdåtgärder och ambulansens kommunikation är sådant som hördes ut till patienterna som vårdades på torget¹: “[...] rum med stor dörröppning och bara liksom tyg gardiner så att dels det som du pratar med patienten eller med med doktorn eller med dina kollegor också med anhöriga hörs ju liksom ut” (5).

Det nämndes även att det inte finns någon plan på hur man bemöter de anhöriga, men att det finns studier och fakta tillgängligt att ta del av. Sjukskötarna sade också att det fanns en avsaknad av ett bättre och “mysigare” anhörigrum som det kan hålla stödsamtal i: “[...] mindre lyhört mysigare anhörigrum för stödsamtal [...]” (4) och “[...] ett rum där man kan prata ostört [...]” (6).

Sjukskötarna menade att tidsbristen på akutmottagningen var ett problem som gjorde att möjligheterna till att inkludera de anhöriga försvårades, speciellt vid större trauma händelser. I en intervju framkom det att sjukskötaren behöver finnas i patientrummet med patienten och då kunde det vara att anhöriga blir åsidosatta och att någon inte kunde ta sig tid till dem: “[...] tidsbristen ibland som gör att man inte hinner [...]” (7). De menade också att anhöriga blev åsidosatta och erhöll kanske inte det stödet som de behövde, vilket i sin tur gjorde att grundtryggheten försämrades: “[...] det inte alltid finns möjlighet att man kan ge de stöd som de skulle behöva få [...]” (3). Det nämndes även att när det var stressigt behövde, sjukskötarna själva stanna upp för att prioritera det mest akuta. Enligt sjukskötarna blev informationen till de anhöriga, som de behövde för att förstå situationen, ibland bristfällig.

¹ Torget/ torgplatser = övervakningsplats, där tre patienter har plats att vårdas. Endast gardiner som skiljer bäddplatserna åt.

Sjukskötarna sade att det fanns begränsade möjligheter i att ha personal till anhöriga på kvällar, nätter och helgdagar. Att använda icke-vårdutbildad personal för att ta hand om anhöriga upplevdes, enligt sjukskötarna, som icke acceptabelt men det ansågs vara en nödlösning. I en intervju framkom det att sjukhusbiträden är egentligen de enda som kan ta hand om anhöriga. Enligt sjukskötarna var detta inte okej eftersom de inte vet vad sjukskötarna gör och varför. De sade att de är medmänniskor men att det ändå kan det bli fel.

3.3 Kommunikationen som ett verktyg

3.3.1 Samspelet mellan sjukskötaren, patienten och de anhöriga

Det visade sig att ett samspel mellan sjukskötare, anhöriga och patienterna var viktigt för anhörigas närvaro i vården. Det sades vara av vikt att lyssna på de anhöriga och att de själva fick avgöra i vilken utsträckning de ville vara delaktiga.

[...] måste man lite känna av att, är det okej, att känns det som att dom kanske skulle vilja ha nån roll, kanske stötta o sitta upp o dricka lite att kan dom lite hålla i [...] för det tycker jag är viktigt, men de är ju en balans, [...] jag tycker man ser det ganska tydligt om dom tar nå avstånd, tar stolen i hörnet och så blir dom där och håller jackan, då markerar dom lite att de här vill jag göra och ingenting annat [...] (2).

Enligt sjukskötarna ska de själva ha förmågan att kunna visa empati. Sjukskötarna sade även att de läste av samspelet mellan de anhöriga och patienten. De ansåg att de såg hur patienten och de anhöriga samarbetade och vad de hade för förhållande till varandra: “ [...] känna in vad de är för anhöriga och se lite till patienten och lite hur dom samarbetar och vad dom har för förhållande och försöka vara lyhörd [...]” (2).

Det är viktigt, trots eventuell tidsbrist, att sjukskötarna själva tog sig tid till att berätta för de anhöriga att hen kommer och pratar med dem så snabbt som möjligt. Det nämndes även att om de anhöriga hade blivit åsidosatta i vården kunde sjukskötarna i efterhand sitta ner och diskutera med dem:

[...] nu kunna vi inte riktigt ge de stödet som skulle ha behövts. Men då får man ju istället ge det i efterhand och sitta ner och prata med de anhöriga [...] och lite vad som har hänt och om den har nå frågor och sådär att man tar de sen när situationen har lugna sig, att man inte helt bara låter det vara utan att man tar det sen när möjligheten finns (3).

Sjukskötarna berättade att de anhöriga behövde få en förklaring av händelseförloppet på ett sådant sätt att de förstod vad som menades, det kunde även vara bra att sjukskötarna återberättade informationen: “Berätta för dom liksom förloppet vad man gör å nu tar vi dom här proverna, doktorn kommer så dom vet, vet vad dom väntar på, det vinner man jättemycket på. Så förbereda dom, vad som händer det är ganska bra regel [...]” (2). Sjukskötarna sade att kunde de göra detta gav det de anhöriga en känsla av att bli sedda.

Sjukskötarna menade att en barriär kunde skapas då anhöriga smittade patienten med känslor såsom rädsla, nervositet, stress och oro. Enligt sjukskötarna kunde anhörigas reaktioner vara beroende på väntetider eller vårdåtgärder. Det nämndes från intervjuerna att patienten kunde uppleva en större oro beroende på de anhörigas reaktioner. Andra känslor som framkom var att anhöriga som är oroliga, rädda, nervösa eller allmänt stressade kan överföra sin ångest eller rädsla till patienten. Dessa känslor kunde påverka interaktionen mellan patienten och dem själva som sjukskötare.

3.3.2 Anhörigas behov av stöd i en belastad arbetssituation

Sjukskötarna upplevde att de anhöriga ibland påverkade deras arbete på ett icke fördelaktigt sätt. De anhörigas stress och frustration kunde smitta av sig på sjukskötarna själva. Därför behövde de be de anhöriga att gå ut vid dessa tillfällen. Dock nämner sjukskötarna att de känslor som de anhöriga visade mot dem inte var personligt riktade och att de anhöriga efter händelsen kunde be om ursäkt. Sjukskötarna sade också att de anhöriga kunde klaga på att de haft en sämre vårdtid på någon annan avdelning/mottagning vilket gjorde att de anklagade sjukskötarna på akuten för samma fel.

Sjukskötarna nämnde även att de kunde uppleva att anhöriga kunde vara aggressiva och ha höga krav. De krav som anhöriga ställde kunde vara att utföra sådana arbetsuppgifter som inte ska genomföras eller sådana som är mera än vad sjukskötaren klarar av: “Nå blir man ju påverkad av de att de är nån som ifrågasätter [...] ställer krav” (4). De höga kraven som de anhöriga hade gav känslor såsom skuld.

Enligt sjukskötarna kunde negativa känslor uppstå då de anhöriga inte hade förståelsen för deras arbete eller när de kom med svårförklarliga frågor. I en intervju framkom det att

irritation kunde uppstå då anhöriga tyckte att man inte har gjort ett bra jobb eftersom [informanten] inte kommit med den där kaffen och smörgåsen. Eller angående frågor som kunde finnas, exempelvis ville de anhöriga helst ha ett besked innan de kommit in till akutmottagningen; vad det är och hur provsvaren ser ut. Det framkom i intervjuerna att de anhöriga ibland kunde ha starka sätt att reagera på.

Sjukskötarna berättade att de kunde dra sig från att vårda patienten då de anhöriga var uppjagade eller att de anhöriga fördröjde vårdtiden. I en intervju framkom det att om anhöriga var precis på väg att fara så kunde sjukskötarna tänka tanken att vänta med att gå till patienten eftersom det kunde ta längre tid då anhöriga närvarar.

Sjukskötarna nämnde även att det i början av karriären kunde vara svårare att lämna känslor och dylikt kvar på arbetet: “[...] att de kommer mera när man blir bekväm i sin yrkesroll [...] att man kan lämna jobbet på jobbet. Så de känns som att allt där kommer allt eftersom man får mera erfarenhet” (3) Som ny på arbetet kunde vissa delar kännas osäkra och då kunde de anhöriga vara ett extra moment som gjorde hela situationen mer obekvämt. Dock sade sjukskötarna att med tiden ökar tryggheten i yrkesrollen: “[...] med åren har blivit mera acceptabelt eller mera lättare att få med liksom anhöriga än tidigare då [...] när jag var nyutexaminerad att [...] det är väl något som man själv får jobba mera med [...]” (6).

4. DISKUSSION

Resultatet presenterades med tre kategorier med tillhörande totalt sju underkategorier. I resultatet framkommer det att anhöriga ses som en resurs men i vissa situationer kan dom även utgöra ett hinder, att organisationen har styrkor och svagheter för att anhöriga ska kunna vara närvarande i vården på akutmottagning samt hur kommunikationen mellan sjukskötare, patient och anhörig fungerar som ett verktyg.

I resultatdiskussionen diskuteras huvudfynden i resultatet mot det familjecentrerade perspektivet, Travelbees teori och tidigare forskning. Travelbees teori handlar om omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Med detta menar hon hur omvårdnaden kan hjälpa en patienten, en familj eller samhället till att hantera sin sjukdom bättre och minska lidande (Kirkevold, 2014). Orsaken till att resultatet valdes att kopplas till Travelbees omvårdnadsteori var för att visa hur kopplingen mellan sjukskötare och familj kunde påverka vården av den sjuka patienten.

I metoddiskussionen diskuteras hur det utförda arbetets kvalitet har säkerställts, detta genom ett kritiskt förhållningssätt i förhållande till utförandet och diskussion (Henricson, 2017). Även arbetets styrkor och svagheter kommer att framkomma under denna rubrik.

4.1 Resultatdiskussion

De intervjuade sjukskötarna beskrev att de eftersträvade att inkludera de anhöriga i vården så långt det går. Beroende på situation kunde de anhöriga inkluderas. Enligt Travelbee behöver sjukskötarna sätta sina egna stereotypa uppfattning av den anhöriga åt sidan, för att mötet och relationen ska bli så bra som möjligt (Kirkevold, 2014). Det ska dock påpekas, enligt sjukskötarna, att anhöriga själva ska avgöra i vilken utsträckning de vill vara delaktiga i vården eller ej. Utifrån FFO påverkas patienten och anhöriga av varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Liksom i tidigare forskning (Batista et al., 2017; Rafiei et al., 2017; Fry et al., 2015; Yoder, 2014) framkommer det i resultatet att sjukskötarna kunde se anhöriga som en resurs, både för patienten och sjukskötaren. De anhöriga kunde ge mentalt och socialt stöd till patienten. Vad anhöriga kunde bidra med till sjukskötaren var att

tillhandahålla ytterligare information om patienten, vid behov agera tolka samt sitta med patienten. Att anhöriga kan bidra med information är viktigt, enligt oss, för att kunna få en helhetsbild av den nuvarande situationen och patientens tidigare tillstånd. I Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (FFS, 1994/559) står det även att hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet till att upprätthålla patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänster. Eftersom anamnesen är en viktig del för att kunna ställa diagnos och ge rätt behandling är den information som de anhöriga kan bistå med väldigt viktig. Målsättningen på akutmottagning på Åland är att garantera en hög och jämn kvalitet på vården (ÅHS, 2017).

Från resultatet framkom det att vid större olyckor, hjärtstopp eller suicidförsök fanns svårigheter att involvera de anhöriga i vården. Yoder (2014) menar att vid en återupplivningssituation kan det vara svårt att hitta personal som har möjlighet att ta hand om de anhöriga. Om anhöriga lämnas osedda menar de att sannolikheten är större att de distraherar eller stör sjuksköterna i utförandet av vårdmoment, till exempel vid hjärt- och lungräddning (Yoder, 2014). Även Knott & Kee (2005) menar att anhöriga behöver ha personal tillgänglig då de närvarar vid återupplivningsförsök. Om de anhöriga inte får någon personal tillgänglig anser vi att det är fel då det kan uppkomma många frågor och funderingar i situationer som dessa.

Andra situationer som sjuksköterna ansåg att de anhöriga kunde exkluderas var vid grundvård, intima vårdåtgärder och då det begärdes av patienten. Patientens integritet ska alltid respekteras av vårdpersonalen, även bemötas på ett sätt som inte kränker patientens människovärdet (Lag om patientens ställning och rättigheter, FFS 1992:785). Sjuksköterna har en skyldighet att lyssna till patienten och att dennes vilja gällande om de anhöriga får vara med eller inte trots att de anhöriga kan upplevas som ett hinder. Travelbee menar att alla människor går igenom en svår sjukdom eller lidande upplever detta på olika sätt. Människan är en oersättlig individ, hennes upplevelser och erfarenheter är endast hens egna (Kirkevold, 2014).

Sjuksköterna reflekterade/nämnde flera aspekter till de organisatoriska möjligheterna till att inkludera anhöriga. Mottagningens storlek, de korta avstånden och att anhöriga snabbt kunde

komma till akutmottagningen var en fördel. Nackdelar som framkom var små patientrum, bäddplatser där endast gardiner skiljde patienterna åt, avsaknad av ett rum för de anhöriga samt tidsbrist. Utrymmesproblematiken kunde förorsaka bristande integritet och brytande mot tystnadsplikten. Det antas vara av vikt att vid eventuella ombyggnationer att utveckla miljön för att möjliggöra att de anhöriga, om de så önskar, kan vara närvarande.

Idag finns ingen riktlinje för när och hur anhöriga skall inkluderas i vården. En akutmottagning borde ha riktlinjer för detta, enligt oss, speciellt då anhöriga ofta är med patienten i det akuta skedet. Av resultatet framkom vidare att sjukskötarna saknar ett "mysigare" och mindre lyhört anhörigrum. Detta anhörigrum kunde möjliggöra att givande av jobbig information/ besked till anhöriga blir mera förknippat med rofylld miljö. Samtal i ett avskilt anhörigrum kunde även möjliggöra att integritet och tystnadsplikt värnas. Integriteten och tystnadsplikten har, enligt oss, en viktig roll inom vården för att skydda patienten. Genom FFO ses patienten och anhöriga som en gemenskap, då de påverkas av varandra (Svenska sköterskeföreningen, 2015). Således är arbetsbelastning och personalbrist bidragande faktorer till bristande följsamhet av FFO (McLaughlin, Vidar, & Vivien, 2013).

Önskemål om extra personal som kan vara med de anhöriga framkom i resultatet. Beroende på tidpunkt på dygnet, finns olika resurser att tillgå. Sjukhusbiträden, väktare och sjukhusprästen har använts som resurs, vilket dock inte är att föredra då de inte har någon vårdutbildning. Att använda sjukhusprästen är ett alternativ, vilket framkommer av en tidigare studie gjord av Yoder (2014). Väktare och sjukhusbiträden kan vara en resurs, i den bemärkelsen att de kan ge medmänsklighet men är inte att föredra då de inte är vårdutbildade. Vi anser att om en specifik personal med sjukvårdsutbildning hade funnits till förfogande för att sitta med de anhöriga kunde det ha underlättat vården på akutmottagningen och även varit till stor hjälp för de anhöriga.

I de flesta situationer ansåg sjukskötarna att det fanns tid att säga något ord till de anhöriga. De kunde känna sig sedda och känna en trygghet då sjukskötarna gav dem tydlig information. Vidare diskussion med dem kunde tas då patienten fått den livsavgörande vården och stabiliserats. Upprepande information, tydlighet och förberedande behövdes för att hålla de anhöriga uppdaterade och gav dem trygghet. Enligt Travelbee (1971) har kommunikation och

samtal en stor betydelse, det är då man kan förmedla tankar, känslor och behov. Vilket sjuksköterna från intervjuerna håller med om. I alla situationer kan informationsbehov uppkomma och väckande av känslor uppstå, både hos patienten och de anhöriga. Ur FFO-perspektivet kan vikten av att se de anhöriga och patienten bestyrkas då de påverkas av varandra. Vikten av information på rätt nivå ansåg vi vara prio ett för att få en god kommunikation till de anhöriga.

Oavsett var i utvecklingen av yrkesidentiteten en sjukskötare var kunde anhöriga påverka genom att till exempel bidra till en inre stress, irritation, besvikelse eller skuld-känslor. Den bristande förståelsen från de anhöriga, känsla av påhopp och att de anhörigas känslor speglas av på sjukskötaren. Även påverkan på humöret, att avstå från att gå till patienten på grund av anhöriga och känsla av obehag var något som kunde uppstå. Anhörigas närvaro kan enligt tidigare studie av Yoder (2014) medföra en känsla av rannsakan hos sjukskötaren, vilket kan resultera i ökad stress för vissa sjukskötaren samt att den ökade stressen kan påverka deras prestationsförmåga. Förmågan att lämna jobbet på jobbet kunde, enligt sjuksköterna, vara svårt som nyutexaminerad och i början av karriären. Det tar ett tag innan man kommit in i arbetet, att känna sig trygg i rollen som sjukskötare. Summan av antalet stressfulla situationer som sjukskötaren upplever och i vilken utsträckning sjukskötaren upplever dåligt samvete i dessa situationer definierar samvetsstress (Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2007). En sjukskötare strävar efter att följa sitt samvete och även de etiska omdömena. Samvetet berättar vad som är rätt och fel agerande. Det kan i sin tur vara drivande men det kan även begränsa sjukskötarens arbete (Jensen & Lidell, 2009). Detta är dock ett problem som i sin tur kan ge negativ påverkan på sjukskötaren som kan försämra hen i arbetet och därmed försämra kvaliteten på vården. Samvetsstressen skulle kunna medföra att sjukskötare väljer att lämna yrket.

4.2 Metoddiskussion

För att uppnå vårt syfte har en intervjustudie med sjukskötare från akutmottagningen på ÅHS genomförts. Dock har ingen av oss skribenter tidigare genomfört en liknande studie så det blev det en utmaning för oss att genomföra en intervjustudie för första gången. Det kan ses som en styrka att vi var tre personer med lite olika erfarenheter och olika personliga styrkor som kunde tillföras under arbetets gång.

För att få ut informationen till personalen på akutmottagningen kom vi överens med avdelningsskötaren att hen skickade ut informationsbrevet. Urvalet av deltagare blev ur bekvämlighetssynpunkt (Danielson, 2017) då ingen möjlighet till slumpmässigt urval kunde göras på grund av antalet (n=8) anmälda informanter. Informanternas identitet kan inte helt säkras då schemat legat synligt på akutmottagningen. Innan intervjuerna av sjuksköterna började, genomfördes en provintervju där frågorna testades och skribenterna fick en chans att öva på sin intervjuteknik (Hallin & Helin, 2018). Provintervjun hjälpte oss att utveckla frågorna och därefter skickades frågorna in till handledande lärare för godkännande. Informanten vid provintervju är/ var lektor på vårdprogrammet vid Högskolan på Åland. Då hen har vårdutbildning och vårderfarenhet och kunde därmed ge svar utgående från egna erfarenheter samt ge respons på de frågor som frågades.

Intervjuerna genomfördes på akutmottagningen under personalens arbetstid, detta för att underlätta för personalen och för att flera skulle ha möjlighet att delta. Alla intervjuer utfördes i skiftbyte på eftermiddagen, vilket medförde minimal påverkan på akutens dagliga verksamhet. Vid varje intervjutillfälle deltog två av de tre skribenterna, där en ledde intervjun och den andra ställde följdfrågor. Genom att ha en bekant miljö vid intervjuandet och att skribenterna var flexibla till informantens behov, kunde materialet bli mera tillförlitligt (Hallin & Helin, 2018). Detta eftersom informanterna kunde känna en trygghet i miljön vilket gjorde att stress eller andra störande moment inte påverkade svaren i lika stor utsträckning. Även då skribenterna medgav sig vara flexibla behövde inte informanterna känna press till att måsta förhålla sig till en viss tid. Detta gav informanterna möjlighet till att inte behöva komma på privattid eller komma då akutmottagningen hade sämre förutsättningar.

Intervjuerna transkriberades av den skribent som inte deltog i intervjun. Alltså har alla tre skribenter lett intervjuer, ställt följdfrågor och transkriberat. Det möjliggjorde att alla grundligt kunde ta del av alla intervjuer och utföra alla moment. Transkriberingen var den del som vi upplevde tog längst tid och var svårast, dels för att vi aldrig tidigare har gjort detta men även då det skall vara ordagrant avskrivet. Samtliga skribenter hade lyssnat och korrekturläst det transkriberade materialet för att kontrollera eventuella fel. Genom att alla skribenter hade lyssnat och korrekturläst har trovärdigheten ökat då feltolkningar eller

felskrivningar hade kontrollerats och rättats. Detta gav resultatet en större trovärdighet då även citaten styrkte resultatet. Även skribenternas erfarenhet av att intervjua påverkar trovärdigheten, trovärdigheten i arbetet kan negativt påverkas då skribenterna inte har erfarenhet av detta sedan tidigare (Hallin & Helin, 2018). Hallin och Helin (2018) menar att ansvaret under intervjun kan delas upp om det är två intervjuare och då har de olika uppgifter.

Då den första intervjun hade blivit transkriberad delades den med handledande lärare, som även har mera erfarenhet av intervjustudier, för feedback och tips på hur vi kunde göra under resterande intervjuer. Att dela med en mera erfaren forskare skulle kunna höja kvaliteten på arbetet då tips kunde ges. Ytterligare fyra stycken färdigt transkriberade intervjuer delades med handledande lärare. Det gjordes för att se om flera intervjuer behövde genomföras. Vid genomförandet av intervjuerna kunde skribenterna konstatera att fenomenen som framkommer i tidigare studier nämns. Även det faktum att alla informanter belyste i stora drag samma sak, gjorde att vi upplevde att datamättnad uppnåts. Datamättnad är inget fast definierat begrepp utan vad som menas är att under en intervju framkommer upprepningar från tidigare intervjuer (Hallin & Helin, 2018). Alla svar gällande barnpatienter exkluderades ur studien om inte en parallell drogs till den vuxne patienten.

Genom att studiens innehåll speglade syftet och informanterna som deltog i studien var representativa i förhållande till studiens syfte kunde validiteten stärkas. Validiteten kunde äventyras då följdfrågor ställdes och dessa frågor kunde vara av ledande karaktär. Vilket kunde påverka vad deltagarna svarade och även styra deras svar på ett sätt som vi egentligen inte ville. Följdfrågorna kunde innebära att förtydliga och ge exempel för att informanten skulle kunna besvara frågan (Hallin & Helin, 2018).

Överförbarheten kan genom urvalet minskas då skribenterna använde sig av bekvämlighetsurval. Trovärdigheten kan dock styrka detta eftersom resultatet stärks med citat från intervjuerna (Danielson, 2017). Av de som deltog i studien kunde inte resultatet generaliseras för samtliga som arbetar på akutmottagningen vid ÅHS, på grund av att endast kvinnor deltog i studien. Vi hade önskat att någon man deltagit för att se om det kunde finnas någon skillnad mellan könen. Däremot var det få män som jobbar som sjukskötare på akutmottagningen och det kunde ha blivit svårt att se någon större skillnad på grund av detta.

Åldern och arbetserfarenheter har inte kunnat påverka i vilken utsträckning de anhöriga tillåts vara delaktiga och närvarande. Varierad vidareutbildning, till exempel specialistutbildning eller kortare kurser kunde påverka sjukskötarnas syn på de anhörigas närvaror och delaktighet. I intervjuerna framkom det att vissa av sjukskötarna hade tidigare arbetserfarenheter från andra enheter. Arbetserfarenheter kunde i sin tur påverka hur sjukskötarna ser på anhörigas närvaro samt delaktighet i vården. Vi valde att inte lyfta upp detta i resultatet då det inte hade med akutmottagningen att göra. Genomförandet av intervjuerna upplevdes av skribenterna som lyckade, trots att det var första gången som någon av oss genomfört någon intervju.

Innan intervjuerna påbörjades upprepades information från informationsbrevet (bilaga 1). Informanterna fick då möjlighet att fråga skribenterna om det vara något som de önskade förtydligas. (Hallin & Helin, 2018) Genom detta förfarande har informanterna fått möjlighet att igen ta ställning till deltagande i studien (TENK, u.å). I resultatet kan informanternas anonymitet styrkas i studien, då deras namn inte framkommer eller att siffror efter citat inte motsvarar ordningsföljden på intervjuerna samt att svar där risk för att personer skadas skrivits om (TENK, u.å).

4.3 Slutsats

Anhöriga kunde ses som en resurs för sjukskötaren i vård av patienter på akutmottagningen. Relationen mellan patienten, de anhöriga och sjukskötarna har stor betydelse för delaktigheten. Travelbee menar att sjukskötarna behöver sätta sina egna uppfattningar åt sidan för att relationen ska bli så god som möjligt och utifrån FFO kan patienten och anhöriga påverkas av varandra. Det finns dock utmaningar relaterat till att inkludera anhöriga i akuta situationer. Vid en belastad situation kunde de anhörigas behov av stöd påverka och försvåra sjukskötarens arbete. Travelbee menar att alla människor som går igenom en svår sjukdom eller lidande upplever detta på olika sätt. Känsloerna som de anhöriga känner kan spegla av sig på sjukskötaren. Enligt Travelbee har kommunikation en stor betydelse. Anhörigas närvaro kan medföra en känsla av rannsakan och kan öka stressen hos sjukskötaren. Förmågan att lämna jobbet på jobbet kan vara svårt. I och med det här kan samvetsstress upplevas. Detta arbete kan ligga som grund för att påbörja utformning av riktlinjer för när och hur anhöriga kan närvara i vården. Den stundande ombyggnationen på akutmottagningen kan genom

beaktande av FFO-perspektivet främja anhörigas närvaro. Vi anser att denna studie kan vara till hjälp för all vårdpersonal och vårdstuderande. Detta för att få en större förståelse om hur viktiga de anhöriga kan vara och vad de kan bidra med, men även i vilka situationer det kan vara lämpligt att exkludera dem. Det framkommer även vilka förutsättningar det finns på akutmottagningen på Åland och hur sjukskötare där erfar anhörigas närvaro. Vi anser att vidare forskning skulle kunna göras med fokus på hur de anhöriga upplever sjukskötarnas bemötande på akutmottagningen.

KÄLLOR

Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker C., & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a swedish emergency department - The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*, 20(2), 58-68. doi:10.1016/j.ienj.2011.06.007

Anhörig. (u.å.). I *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=263&SrcLang=sv>

Axelsson, Å. B., Zettergren, M., & Axelsson, C. (2005). Good and Bad Experiences of Family Presence During Acute Care and Resuscitation. What Makes the Difference?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 161-169. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.01.004

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldés, J., & Fernandes, A. P. (2017). Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 83-92. doi:10.12707/RIV16085

Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2014). The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh*, 46(2), 106–115. doi:10.1111/jnu.12055.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2., uppl., s.143-154). Lund: Studentlitteratur. + s. 289 - 299

da Silva Barreto, M., Silva Marcon, S. & Garcia-Vivar, C. (2016). Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 633–642. doi:10.1111/jan.13156

da Silva Barreto, M., Silva Marcon, S., Garcia-Vivar, C., Ribeiro Furlan, M. C., Rissardo, L.

K., do Carmo Lourenço Haddad, M., Dupas, G., & Misue Matsuda, L. (2018). Deciding "case by case" on family presence in the emergency care service. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(3), 272-279. doi:10.1590/1982-0194201800039

Duran, C.R., Oman, K.S., Abdel, J.J., Koziel, V.M., & Szymanski, D. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of critical care*, 16(3), 270-279.
<http://web.b.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=0&sid=c2276de2-9aed-48b5-b6e3-d374a76131ec%40pdc-v-sessmgr06&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=17460319&db=cmedm>

Forskningsetiska delegationen (TENK). (u.å). Etikprovning inom humanvetenskaperna. Hämtad 09.05.2019 från <https://www.tenk.fi/sv/etikprovning-inom-humanvetenskaperna>

Fry, M., Chenoweth, L., MacGregor, C., & Arendts, G. (2015). Emergency nurses perceptions of the role of family/carers in caring for cognitively impaired older persons in pain: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1323-1331. doi:/10.1016/j.ijnurstu

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. doi:10.1016/j.nedt

Glasberg, A. L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 393, 401. doi:0.1111/j.1365-2648.2007.04111.x

Hallin, A., & Helin, J. (2018). *Intervjuer*. (1., uppl.). Lund: Studentlitteratur

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2., uppl., s. 115-116). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslagen (FFS 2010:1326). Hämtad från Finlex webbsida:

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

Inspektionen för vård och omsorg. (2015). *Hur står det till med våra akutmottagningar?*

(IVO 2015-76). Hämtad från

<https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/hur-star-det-till-med-vara-akutmottagningar/>

Jensen, A & Lidell, E. (2009). The Influence of Conscience in Nursing. *Nursing Ethics*, 16(1), 31-42. doi:10.1177/0969733008097988

Keenan, A., & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: A qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(3), 25-35.

<http://web.a.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=44d61052-5089-41c0-8eae-bcc89def254c%40sessionmgr4009>

Kirkevold, M. (2014). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2., uppl., s. 57-76). Lund: Studentlitteratur.

Knott, A., & Kee, C.C. (2005). Nurses' Beliefs about Family Presence during Resuscitation. *Applied Nursing Research*, 18(4), 192-198.

<http://web.b.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=4&sid=fca2dd7b-2505-47b8-9684-d9b5e24c51c2%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=106402734&db=c8h>

Lag om patientens ställning och rättigheter (FFS 1992/785). Hämtad från Finlex webbplats:

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=patientens%20st%C3%A4llning%20och%20r%C3%A4ttigheter>

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (FFS 1994/559). Hämtad från Finlex webbplats: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559>

Landskapslagen om hälso- och sjukvården (ÅFS 2011/ 114). Hämtad från Ålands landskapsregerings webbplats: <https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/law/afs2011-nr114.pdf>

Leske, J. S., McAndrew, N S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of Families When Present During Resuscitation in the Emergency Department After Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 20(2), 77-85. doi:10.1097/JTN.0b013e31829600a8

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund-Nielsen, & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1., uppl., s. 159-171). Lund: Studentlitteratur.

McLaughlin, K., Vidar, M., & Vivien, C. (2013) Family-centred care: review of opinions among staff. *Emergency Nurse*, 20(9), 20-25. doi:10.7748/en2013.02.20.9.20.e1122

Rafiei, H., Senmar, M., Mostafaie, M. R., Goli, Z., Nasiri, S. N., Abbasi, L., & Mafi, M. H. (2017). Self-confidence and attitude of acute care nurses to the presence of family members during resuscitation. *British Journal of Nursing*, 27(21), 1246-1249. doi:10.12968/bjon.2018.27.21.1246

Ramaekers, S. M. (2017). Witnessed resuscitation on the emergency department: the family's experience. *Emergency Nurse New Zealand*, 9-13. web.a.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=6&sid=112b8324-8771-4468-b552-0004d18ede9c%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=127754941

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken - etik för vårdande yrken*. (1., uppl.). Lund: Studentlitteratur.

SBU. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Stockholm: SBU

Socialstyrelsen. (u.åa). Närståendebegreppet. Hämtad 19.03.2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/donationsutredning/narstaendebegreppet>

Socialstyrelsen. (u.åb). Tilläggspecialiteter Akutsjukvård. Hämtad 19.03.2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Documents/stmal-akutsjuk.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). Familjefokuserad omvårdnad. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

Swancutt, D., Joel-Edgar, S., Allen, M., Thomas, D., Brant, H., Bengner, J., Byng, R., & Pinkney, J. (2017). Not all waits are equal: an exploratory investigation of emergency care patient pathways. *BMC Health Services Research*, 17(436), 1-10.
doi:10.1186/s12913-017-2349-2

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K.M, Thorbjørnsen, övers. 3. uppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 04.04.2019 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zani, A. V., Marcon, S. S., Tonete, V. L. P., & de Lima Parada, C. M. G. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients:

social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 135-145.

<http://web.a.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=15&sid=fa2192fd-668a-4391-a249-7170108c2972%40sdc-v-sessmgr05&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=103971377&db=c8h>

Yoder, E. (2014). Family presence during CPR: The impact on emergency room staff. *Kentucky Nurse*, 63(4), 4-5.

<http://web.a.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=54&sid=449808f1-cc8d-4cb4-9423-9ff6b42e893a%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107834371&db=ccm>

ÅHS. (2017). *Verksamhetsberättelse 2017*. Hämtad 28.04.2019 från http://www.ahs.ax/files/ahs_verksamhetsberattelse_2017.pdf

BILAGOR



Bilaga 1

Förfrågan om deltagande i studie.

Vi är tre sjukskötarstuderande vid Högskolan på Åland som under våren 2019 skriver vårt examensarbete. Vi planerar genomföra ett arbete för att belysa hur sjukskötare involverar anhöriga i vården och sjukskötarens syn på anhörigas närvaro i vården på akutmottagningen vid Ålands hälso- och sjukvård.

Vi undrar därmed om ni vill delta i en intervju. Intervjuerna planeras ta ca. 30 minuter. Deltagande är helt frivilligt, dina svar kommer vara anonyma och det är endast vi tre studerande och handledande lärare som kommer ha tillgång till materialet. Intervjuerna kommer att bandas in för att underlätta datainsamlingen och analyseringen. Materialet kommer att avidentifieras i samband med transkribering från ljud till text. Materialet från ljudinspelningen kommer att makuleras efter studiens godkännande. Utskrivet material kommer att förvaras i ett låst arkiv vid Högskolan på Åland enligt gällande forskningsetiska direktiv. Ni kommer att ha möjlighet att avbryta deltagandet i studien fram tills 30.04.2019.

Intervjuerna kommer att ske enskilt på er arbetsplats i samband med skiftbytet.

Det färdiga arbetet kommer att presenteras på ÅHS konferenscenter den 22.05.2019 som alla är välkomna att komma och lyssna på. Tidpunkt för presentationen kommer att publiceras i tidningarna och på ÅHS intranät.

Vi önskar att ni bestämmer er om ni vill delta i studien senast den 15.04.2019 till Paulin Danielsson per telefon eller e-mail.

Vi hoppas så många som möjligt vill delta, tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Paulin Danielsson
e-post: xxx
tel. xxx

Amanda Eriksson
e-post: xxx
tel. xxx

Sebastian Sundblom
e-post: xxx
tel. xxx

Ansvarig handledande lärare
Erika Boman
e-post: xxx

Vad heter du?

Hur många år är du?

Hur lång arbetserfarenhet har du på akutmottagningen?

Vad har du för utbildning, eventuell specialistutbildning?

Kan du beskriva situationer när du brukar inkludera anhöriga i vården?

- Vad gör att du tycker att det är lämpligt att inkludera anhöriga i situationer som dessa?

Kan du beskriva situationer när du inte brukar inkludera den vuxne patientens anhöriga i vården?

- Vad gör att du tycker att det är mindre lämpligt att inkludera anhöriga i situationer som dessa?

Hur ser du på att ha de anhöriga delaktiga i vården till vuxna patienter?

Vilka svagheter upplever du att finns i verksamheten idag för att möjliggöra att anhöriga inkluderas?

Vilka styrkor upplever du att finns i verksamheten idag för att möjliggöra att anhöriga inkluderas?

- Vad skulle kunna förändras i de anhörigas involverande?

Kan anhöriga påverka dig i ditt arbete?

- Om ja, på vilket sätt, vilka känslor uppkommer och i vilka sammanhang? Ge exempel.

Finns det något som du vill tillägga?

Följdfrågor för att styrka svaret enligt Danielson (2017):

- Hur menar du?
- Kan du utveckla detta?
- Vad kände du?
- Vad innebär detta?
- Vad tänker du om detta?

Bilaga 3

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
De kan ju va dementa patienter som int vet heller riktigt int så då får man ju lite mer saklig information av anhöriga	Så då får man ju lite mer saklig information av anhöriga	Information av anhöriga	Resurs för datainsamling	Anhöriga som en resurs
Vår akutmottagningen är liten åå ja att jag menar att de är ju korta avstånd att de är lite de är på det viset inte lika hetsigt	Liten åå ja att jag menar att de är ju korta avstånd	Korta avstånd	Styrka	Organisationen
Lite hur dom samarbetar o vad dom har för förhållande o försöka vara lyhörd där	Samarbetar o vad dom har för förhållande	Samarbete och förhållande	Samspel	Kommunikation