



PLÖTSLIGT DÖDSFALL AV BARN PÅ AKUTMOTTAGNING

SUDDEN DEATH OF A CHILD IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 20150603

Kurs: 43

Författare: Emma Beijbom

Författare: Linn Kjell

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

På en akutmottagning kan ett ansträngande arbetsklimat råda vilket kan medföra känslomässiga, kulturella och rättsliga utmaningar. Att förlora en patient plötsligt innebär en förlust vilken kan framhäva sorg hos sjuksköterskor. Sorgen är en naturlig reaktion och upplevs när ett välkänt livsmönster får ett slut. Till Sveriges sjukhus söker årligen över 200 000 barn vård till följd av skada. Under åren 1999-2003 var drygt 100 av dessa barn så pass skadade att de avled. Ett dödsfall av barn innebär en onaturlig omständighet vilken har djup inverkan och känslomässig laddning hos såväl närstående som hälso- och sjukvårdspersonal. Hantering av situationer med plötslig död av barn utgår från sjuksköterskors tidigare erfarenheter inom akutsjukvård och sjuksköterskeyrket. Erfarenheterna skapar copingstrategier att vidare utnyttjas i det vardagliga arbetet. Avsaknad av kunskap och riktlinjer i hantering av dödsfall kan leda till okunskap och missnöje bland sjuksköterskor.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse vid plötsligt dödsfall av barn på en akutmottagning.

Metod

Metoden var en kvalitativ intervjustudie. Sju intervjuer utfördes med sjuksköterskor på två barnakutmottagningar. Innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna.

Resultat

Plötsligt dödsfall av barn på akutmottagning påverkar sjuksköterskor personligt i större utsträckning än om dödsfallen var förväntade. Att för första gången erfara ett oväntat dödsfall rörande barn upplevs vidare ansträngande när avsaknad av erfarenhet föreligger. De upplevda dödsfallen skapar erfarenheter vilka underlättar erhållandet av copingstrategier och bemästrandet av situationen. Sjuksköterskor går in i sin yrkesroll och tillåter sig släppa fram känslor när den väl akuta situationen lägger sig. Arbetskollegorna i teamet upplevs utgöra ett betydande stöd för sjuksköterskor i deras hantering av händelserna. Likaså utgör tydliga riktlinjer i det praktiska arbetet ett stöd som underlättar känslomässiga reaktioner.

Slutsats

Copingstrategier ligger undermedvetet hos sjuksköterskor och prövas under ansträngande händelser vilka berör plötsliga dödsfall. Erfarenheter ansågs berikande för sjuksköterskorna och bars vidare med i arbetet.

Nyckelord: Plötslig död, barn, erfarenhet, copingstrategier, stöd

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Plötslig död	1
Reaktioner vid plötslig död	1
Coping vid plötslig död	2
Sjuksköterskors roll	4
Kommunikation och bemötande	5
Sjuksköterskors upplevelse och hantering vid plötslig död	6
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	8
Val av Metod.....	8
Urval	8
Genomförande	9
Databearbetning	10
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	12
Kunna hantera sina känslor vid plötsligt dödsfall av barn	12
Betydelsen att kunna hantera situationen.....	15
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	19
Slutsats.....	22
REFERENSER	24

BILAGA A-C

BAKGRUND

Att förlora en person genom plötslig död innebär en förlust vilken kan framhäva sorg. Sorgen är en naturlig reaktion och upplevs när ett välkänt livsmönster får ett slut (James & Friedman, 2008).

Plötslig död

Definition

I Svensk författningssamling (SFS) i lag om kriterier för bestämmande av människans död (SFS, 1987:269) stadgas i 1 § att döden hos ett barn infinner sig när hjärnans alla funktioner totalt och slutgiltigt har fallit bort. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) om kriterier för bestämmande av människans död (SOSFS, 2015:10, kap. 3, 6 §) beskrivs att förväntad död är när kroppen påvisar tydliga dödstecken i form av förändringar som inte är förenliga med fortsatt liv. Ett plötsligt dödsfall sker utan förvarning vid ett skede där inträffandet av döden inte är väntat, vilket enligt Dyregrov och Dyregrov (2008) kan benämnas som ett traumatiskt dödsfall. Dessa typer av dödsfall kan exempelvis vara orsakade av olika typer av olyckor. När döden tillkommer plötsligt blir förståelsen svårare att ta till sig eftersom att bilden av den avlidne som levande fortfarande är kvar (Iserson, 1999 & Raphael, 1984 refererat i Brysiewicz, 2008). Trauman av dessa slag kan även orsaka framtida psykologiska konflikter vilka skapas genom fantasier och sinnesintryck (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

Prevalens

Till Sveriges sjukhus söker över 200 000 barn vård varje år, till följd av skada. Under åren 1999-2003 var drygt 100 av dessa barn så pass skadade att de avled. Det innebär att utav det totala antalet dödsfall av barn per år i Sverige utgörs en tredjedel till följd av skador och förgiftningar vilka är de främsta dödsorsakerna bland barn under 18 år (Tennlind, 2007). Även om Tennlind (2011) menar att antalet döda barn orsakat av skada har minskat sedan 1970-talet håller sig siffrorna precis under hundra per år även under åren 2005-2008. De vanligaste orsakerna till barnadödlighet relaterat till olyckor under den senaste perioden var transportolyckor med fordon samt drunkning, rökexponering och öppen eld. Enligt Socialstyrelsen (2013) har dödligheten av barn mellan ett upp till 14 år, orsakade av trafikolyckor, drunkning eller andra typer av olyckor, halverats sedan år 2002 och tio år framåt.

Reaktioner vid plötslig död

Sorg och kris

Sorg är en stressreaktion vilken ofta påbörjas i ett plötsligt stresstillstånd då människan förlorar någon helt oväntat (Lennéer Axelson, 2010). När ett dödsfall sker hastigt reagerar den sörjande med chock som producerar fysisk och emotionell trauma vilket förlänger bearbetningen i sorgen (Lundgren, 2006). Sorgearbete innebär att människan genomgår en emotionell process där verkligheten av förlusten konfronteras (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Sorgereaktionen är ofta mer uttalad och förlängd hos människor som upplever plötslig död av en närstående till skillnad från när döden är förväntad (Kent & McDowell, 2004).

Bearbetning av sorgen syftar även till orientering av händelseförloppet innan och under förlusten där fokus läggs på minnen av den förlorade för en successiv frigörelse. Sorgebearbetning är inget strikt alla människor måste genomgå för att förlika sig med en händelse (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Dyregrov och Dyregrov menar även att bearbetningen inte behöver ha en fast början eller slutpunkt, i synnerhet inte då sorgearbetet berör ett plötsligt och oväntat dödsfall. Enligt Gerow et al. (2010) bygger sjuksköterskor upp ett försvar mot upplevelsorna kring döden för att reducera sorgprocessen och möjliggöra fortsatt stödjande och omhändertagande av patienter.

Kris, som psykiskt tillstånd beskrivs då en individ befinner sig i en livssituation där tidigare reaktionssätt och kunskaper inte räcker till för att behärska situationen. Kris ses som en situation där yttre oväntade påfrestningar medför ett hot för den drabbades fysiska verklighet och förhindrar möjlighet till välbefinnande i varandet (Cullberg, 2006). Välbefinnande är en överensstämmelse mellan en individs möjligheter och individens befintliga utföranden och upplevelser (Benner & Wrubel, 1989). Det är individuellt vilka situationer skilda individer upplever som krissituationer eftersom att alla har olika erfarenheter av livet. Vilka erfarenheter personen bär på är avgörande för vad som upplevs ansträngande och hur dessa ansträngningar möts. Det är även av betydelse var i livet personen befinner sig och hennes sociala förutsättningar. Hur reaktionssättet ser ut när någon avlider påverkas av vilken betydelse den avlidne har för människan. Vad som också är av betydelse är om förlusten av den döda har skett plötsligt och oväntat (Cullberg, 2006).

Stress

Stressutlösande händelser kallas stressorer (Lennér Axelson, 2010). Dödsfall av patienter är ett exempel på en stressor sjuksköterskor kan möta i sin profession (Kent, Anderson & Owens, 2012). Vilka konsekvenser en stressor får för en person avgörs av stressorns intensitet och långvarighet samt den drabbades situation och erfarenheter (Lennér Axelson, 2010).

Stress förklaras utifrån relationen mellan människan och miljön. Egenskaperna hos en individ lyfts fram och naturen och miljön beaktas. Stress är en oundviklig del av livet och vad som har betydelse är hur människan förmår att bemästra den. Stress definieras som stimuli vars fokus ligger på omgivningen där naturkatastrofer, skadliga förhållanden och sjukdomar spelar in (Folkman & Lazarus, 1984). Folkman & Lazarus menar att det inte finns ett objektivi sätt att förutse psykologisk stress. Det befattar individen och miljön samt hur människan själv väljer att värdera stressen när det personliga välbefinnandet äventyras eller överskrids. Neely och Spitzer (1997) påvisar att sjuksköterskor är sårbara för akut och växande kritisk stress vilket ibland yttrar sig i ilska, skuld, depression och nedsatt beslutsfattande, i vissa fall även arbetsförlust. En tidigare studie visar att stressen sjuksköterskor känner i sitt arbete inom akutsjukvård är ofta en moralisk stress vilket tenderar att utlösa känslomässiga och fysiska reaktioner och får dem att dra sig känslomässigt från patienter eller till och med byta arbetsplats (Kleinknecht-Dolf et al., 2015).

Coping vid plötslig död

Coping som begrepp syftar till hur människan hanterar och går tillväga för att bemästra svåra situationer i livet som ett plötsligt dödsfall kan innebära (Ahmadi, 2008).

Plötsligt dödsfall orsakar en stressreaktion för den drabbade vilket kan leda till känslomässiga reaktioner. Coping handlar om hur hanteringen ser ut i den stressande situationen utifrån människans personliga resurser och kontroll. Coping består således av flera komponenter vilka människan använder sig av i de stressande situationerna och beskriver något som inte är konstant utan förändras och utvecklas med tiden (Ahmadi, 2008).

Inom coping identifieras två olika strategier, de känslororienterade och de problemlösande. Den känslororienterade strategin syftar till hur människan själv hanterar de stressiga situationerna och de känslomässiga reaktionerna, vilka uppstår som följd. När människan utsätts för situationer vilka står utanför den personliga kontrollen är ofta den känslororienterade strategin i övertaget. De problemlösande strategierna syftar till hur aktiva handlingar lättar på stressiga omständigheter. Coping är av både aktiv och passiv karaktär. Aktiv coping beskriver mötet med stressfaktorerna medan passiv coping syftar till undvikandet av den stressiga situationen då ett passivt läge intas av människan (Ahmadi, 2008).

Det sätt människan använder sig av coping är beroende av personliga resurser vilka visar sig i den individuella människan och vad hon tidigare har erfårit, exempelvis ett plötsligt dödsfall. Många gånger sker dödsfallen oväntat eller genom omständigheter utöver det normala. Vid båda fallen följer känslor såsom chock, skräck och ilska (Folkman, 2011). Lamba, Nagurka, Offin och Scott (2015) menar att vårdstuderande vilka misslyckas med att utföra livräddande åtgärder på en patient och patienten plötsligt avlider, skapar emotionella reaktioner. Dessa reaktioner uttrycks med känslor såsom misslyckande, ångest, stress och sorg.

Det är känt att människor använder sig av olika copingstrategier vid ett dödsfall, likaså att en del personer erhåller bättre strategier att ta till än andra (Brattberg, 2008; Folkman, 2011). Det sociala nätverket är även betydande för individens copingförmåga då ett stödjande nätverk främjar självtilliten och reducerar stress. Likaså påverkar människans kognitiva insikter, hur denne uppfattar sin kris, förmågan till coping (Brattberg, 2008).

Copingmetoder

En eller flera copingmetoder bildar tillsammans en copingstrategi. Metoderna används inte avskilt utan en metod kan vidare övergå till en annan. Inom de känslororienterade och problemlösande strategierna förekommer kognitiva metoder och beteendemetoder. De känslororienterade, kognitiva metoderna innebär att människan förnekar krisens allvar och därmed skyddar sig själv från gripande känslor, vilka kan släppas successivt. Om människan accepterar verkligheten, erkänns det som hänt omöjligt att ändra. Beteendemetoder inom de känslororienterade strategierna innebär att människan lättar på stressen genom spridning av känslor, exempelvis gråt. Människan söker fördel i händelsen och avlastning av emotioner (Brattberg, 2008).

De kognitiva metoderna inom de problemlösande strategierna innebär att människan söker ett mönster och mening i händelsen. Händelsen accepteras och fokus läggs på det positiva med händelsen. Beteendemetoder inom dessa strategier medför att människan skaffar kunskap om andra hanteringsmöjligheter för att erhålla känsla av kontroll. Människan lär sig om de krav vilka kan ställas på henne och söker stöd i omgivningen och agerar för att hantera situationen genom träning, exempelvis träning i medveten närvaro, mindfulness (Brattberg, 2008).

Mindfulnesssträning innebär träning i att förhålla sig till tillvaron med accepterande inställning (Brattberg, 2008).

Sjuksköterskans roll

Socialstyrelsen (2005) beskriver att sjuksköterskan genom sin profession och yrkesutövning medverkar till att patienterna får så god och säker vård som möjligt. Sjuksköterskans kompetensområde för omvårdnadens teori och praktik omfattar hennes kunskaper om att förmå vårda den sjuka patienten och tillvarata det friska. Genom bedömning och observationer tillgodoser sjuksköterskan hela patientens omvårdnadsbehov vilket omfattar det fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behovet. Wikström (2012) redogör även vikten för sjuksköterskor att inneha den specifika kunskapen inom sitt yrkesområde för att ha möjlighet att ge en patient en sakkunnig och omsorgsfull vård.

Sjuksköterskan på akutmottagning

En akutmottagning syftar till att ta emot människor med akut sjukdom eller skada. Mottagningen är uppdelad i olika kliniker, vanligtvis medicin, kirurgi och ortopedi för att täcka in de flesta patienter. Sjuksköterskors arbete på akutmottagningen baseras på evidens och teoretisk kunskap tillsammans med samlade yrkeserfarenheter (Wikström, 2012).

Arbetet på akutmottagningen är varierande och medför både känslor av glädje och sorg. Glädjen att få medverka i att rädda en människas liv kan vara likvärdig med sorgen när en patient dör. Många situationer på akutmottagning upplevs fysiskt och psykiskt påfrestande. De stora variationerna i akutmottagningens arbete ger en pressad arbetsituation och ställer höga krav på sjuksköterskor. En vanligt förekommande känsla bland hälso- och sjukvårdspersonal på akutmottagning är föreställningen om att inte räcka till även om det yttersta görs för patient och närstående. För att inneha ett professionellt förhållningssätt är det viktigt för sjuksköterskor att hålla en distans till arbetet och därmed inte bli för personligt påverkade (Wikström, 2012).

Sjuksköterskans arbete med barn

I enlighet med Förenta nationernas [FN] konvention om barnets rättigheter syftar barn i föreliggande studie till alla individer under 18 år (United Nations Children's Fund Sverige [UNICEF Sverige], 2009). Sjuksköterskors arbete med barn utgår från barnets och familjens fysiska och psykiska behov, det ställer krav på sjuksköterskor gällande utbildning och kompetens (Nordisk Nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård [NOBAB], u.å). Utbildning och kompetens fås genom grund- och specialistutbildning tillsammans med beprövade erfarenheter (Wikström, 2012).

När barn plötsligt avlider är det inte bara närstående som blir påverkade utan även erfarna sjuksköterskor kan beröras djupt av händelser utav dessa slag (Wikström, 2012). Dödsfall och allvarliga olyckor rörande barn är de händelser sjuksköterskor upplever som mest traumatiskt på arbetsplatsen (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2012). Döden är en del av livet och därför oundviklig. När det däremot handlar om ett dödsfall av barn blir det en onaturlig omständighet som kan ha djup inverkan och stor känslomässig laddning hos både närstående och hälso- och sjukvårdspersonal (Youngblood, Zinkan, Tofil & White, 2012).

Familjefokuserad omvårdnad

Traditionellt definieras familjen utifrån den så kallade kärnfamiljen, mamma-pappa-barn vilket innebär att familjen utgår ifrån blodsband eller äktenskap (Benzein, Hagberg &

Saveman, 2012). En familj kan även definieras som en grupp människor där emotionella band erhålls och en känsla av engagemang och samhörighet råder i varandras liv. Familjeenheten består av enskilda individer vilket trycker på skillnaden mellan familjen som helhet och de individuella medlemmarna (Wright, Watson & Bell, 2002). I föreliggande studie omfattar familjen båda definitionerna och används synonymt med närstående.

Familjefokuserad omvårdnad är en övergripande beteckning för vården vilken fokuserar på familjens betydelse för individens upplevelse av ohälsa och sjukdom. När en människas liv påverkas kommer förändringen även att inverka på livet för de andra medlemmarna. Det medför att familjen ses som ett system vilken påverkas av förändringar i de olika delarna som familjemedlemmarna utgör (Benzein et al., 2012).

Sjuksköterskors omvårdnad i mötet med familjen fokuserar således på den upplevda stressen i samband med förlusten. Då upplevelsen av stress är individuell och ett resultat av samverkan mellan individen och omgivningen är omvårdnadsbehoven enskilda. Ett mål i sjuksköterskors omvårdnad innebär att familjen hittar ett samband i livssituationen för att därigenom kunna hantera situationen och finna välbefinnande (Benner & Wrubel, 1989).

Kommunikation och bemötande

Kommunikation

Kommunikation ligger i grund för att ge möjlighet till förståelse mellan hälso- och sjukvårdspersonal, patient och närstående. Den avser att överföra information vilket kan ske både verbalt och genom kroppsspråk. Kommunikationen innebär att något blir gemensamt vilket är nödvändigt inom hälso- och sjukvården för att tillfredsställa de existerande, personliga behoven. Samtal används synonymt till kommunikation (Fossum, 2012).

Bemötande

Hur hälso- och sjukvårdspersonal mottager en patient tillsammans med kroppsspråket och hur de står i förhållande till patient och närstående beskriver begreppet bemötande. Det avser hur kommunikationen genomförs och utförs mellan människor och grundar sig i vänlighet och hjälpsamhet men påverkas också av vilken människosyn och uppfattning av människovärde som besitts. För att optimera bemötande ingår även respekt, kvalitet och innehåll tillsammans med värme och engagemang (Fossum, 2012).

Kommunikation och bemötande av närstående

Att kommunicera med patient och närstående med respekt, lyhördhet och empati ingår i sjuksköterskors arbete för information och stöd (Socialstyrelsen, 2005). När ett barn plötsligt avlider på akutmottagningen lämnas närstående kvar i sorg. Hur sjuksköterskor agerar i sin profession på akutmottagning vid denna händelse är då av stor relevans eftersom bemötande av närstående ingår i arbetet (Brysiewicz, 2008). Det anses vara en styrka för sjuksköterskor att våga vara närvarande och autentisk i mötet med familjen och närstående vilket också är en grund för ett professionellt förhållningssätt (Benzein et al., 2012).

Plötslig död av barn medför reaktioner och känsloutbrott hos närstående vilket hälso- och sjukvårdspersonal tvingas möta vid ett barns plötsliga död (Naik, 2013).

Det ingår således i sjuksköterskors arbete att de förmår bekräfta alla de unika upplevelserna hos de närstående (Li, Chan & Lee, 2002). Bemötande värderas högt av familjen vilket påvisar betydelsen av sjuksköterskors närvaro för avlastning och stöd. Att även förmå besvara frågor de närstående bär på är av relevans och skapar bilden av en förtroendegivande vård (Brysiewicz, 2008). Döden av ett barn upplevs inte lika dramatiskt för närstående om vårdgivarna är tränade i effektiv kommunikation och omhändertagande (Levertown, 2004).

Sjuksköterskors upplevelse och hantering vid plötslig död

Döden av ett barn trotsar naturens ordning (Wender, 2012). Det är förekommande för sjuksköterskor att konfronteras med plötslig död av barn på akutmottagning och samtidigt bära närståendes sorg. Detta kan bli en påtagligt ansträngande upplevelse för dem (Brysiewicz, 2005). Om det saknas utbildning och copingstrategier hos sjuksköterskor lämnas de likt maktlösa offer då en patient plötsligt dör (Whittle, 1999, refererat i Brysiewicz, 2005).

Sjuksköterskors hantering

Det är individuellt hur sjuksköterskor väljer att hantera situationen vid plötsligt dödsfall, där tidigare erfarenheter inom yrket och akutsjukvård är av betydelse. Om tidigare dödsfall har upplevts av en närstående, har erfarenhet samlats till hur en sådan situation möjligen kan hanteras. Sjuksköterskor kan då använda de erfarna copingstrategierna vidare i det vardagliga arbetet (Brysiewicz, 2005).

Genom att vara medveten om sina reaktioner på döden och dödsfall blir det lättare för sjuksköterskor att ta till copingstrategier. Stöd från erfarna kollegor har positiv inverkan i situationer om dödsfall och utgör en strategifunktion hos sjuksköterskor (Kent et al., 2012). Stöd bland kollegor är något sjuksköterskor på akutmottagning efterfrågar (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef & Maes, 2011). Stödet tar bort negativa faktorer vilka kan vara rollkonflikter och känslor av utanförskap. Utbyte av erfarenheter kring dödsfall bidrar till att sjuksköterskor växer både i sin personliga och professionella roll och fungerar även det som en copingstrategi. Erfarenheter kring dödsfall av patienter verkar vidare ha en varaktig inverkan på sjuksköterskors liv, personligen och professionellt (Kent et al., 2012).

Utbildningens betydelse för hantering

Brysiewicz (2005) beskriver att avsaknad av kunskap och riktlinjer beträffande plötsliga dödsfall medför problem i att erhålla ett professionellt förhållningssätt i hur hanteringen rörande plötsliga dödsfall går till. Kent et al. (2012) menar att avsaknad av utbildning i hantering av dödsfall inte bara leder till okunskap utan även till missnöje bland sjuksköterskor. Brysiewicz (2005) påvisar att oavsett om sjuksköterskor på akutmottagningar erhållit utbildning eller inte om dödsfall, går det inte i verkligheten att föreställa sig hur reaktionen och hanteringen ser ut när det väl inträffar.

Sjuksköterskestuderande vilka har upplevt plötslig död tycker sig kunna hantera sorgen även om de sällan delar sina upplevda känslor med andra (Jiang, Cho & Tsai, 2006). Kent et al. (2012) menar däremot att om sjuksköterskor har ett behov av att tala med någon vid svåra händelser såsom när en patient dör, är det vanligt att vända sig till den övriga hälso- och sjukvårdspersonalen på sitt arbete, närstående eller en kurator.

Brysiewicz (2005) finner i sin studie att det sällan känns tillfredsställande att berätta för sin chef att man som sjuksköterska inte erhåller copingstrategier för att bemästra allvarliga situationer, vilka rör dödsfall. Detta baserat på att sjuksköterskor på en akutmottagning redan förväntas besitta dessa strategier. Avsaknad av copingstrategier kan även medföra att sjuksköterskor vill undvika situationer där plötslig död möjligen inträffar och lämnar de hellre åt mer erfaren personal (Brysiewicz, 2005).

Att få möjligheten att öva på att gå igenom svåra akuta fall och situationer vid träningstillfällen på arbetsplatsen har visat sig påverka verksamheten och säkerhetsklimatet i en klinisk miljö med hög risk, vilket en akutmottagning är (Patterson, Geis, Falcone, Lemaster & Wears, 2013). Det visar sig således att utsättande för svåra händelser bidrar till lärdom hos sjuksköterskor i sin framtida yrkesutövning (Brysiewicz, 2005).

Debriefingmöte

Debriefing syftar till att bearbeta och minska stressreaktioner samt påskynda läkningsprocessen efter traumatiska händelser (Socialstyrelsen, 2015). Debriefingmöten innebär att hälso- och sjukvårdspersonal samlas för att gemensamt utvärdera arbetspassets svåra händelser och arbetsuppgifter. Positiv och negativ feedback framhävs och det är viktigt att hela arbetsteamet deltar då fokus ligger på patientsäkerhet. Debriefing är det effektivare sättet att skapa ett säkert och positivt arbetsklimat vilket stärker samarbetet i högriskverksamhet, dit sjukvården tillhör (Sharp, 2012). När sjuksköterskor uttrycker sin sorg och reflekterar över omhändertagandet av sin patient underlättar det deras hantering av sorg vid en svår händelse (Keene, Hutton, Hall & Rushton, 2010).

Om debriefingprogram saknas för sjuksköterskor på akutmottagning är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen erhåller en annan typ av avlastning. Det gäller främst när en patient plötsligt och oväntat dör vilket framhäver vikten av samarbete och stöd för att känslan av trygghet samt säkerhet i sin roll som sjuksköterska ska infinna sig (Brysiewicz, 2005).

Samarbete och engagemang

De flesta sjuksköterskor kommer någon gång uppleva dödsfall av en patient under sin karriär, oavsett om det är förväntat eller plötsligt (Loos, Willetts & Kempe, 2014). Att få vara med om att barn dör medför känslomässiga, kulturella och rättsliga utmaningar. En barnakutmottagning och en vanlig akutmottagning i USA har gemensamt arbetat fram yrkesmässiga skyldigheter i agerande och hantering när barn dör. Att arbeta på en akutmottagning där barn händelsevis dör är en erkänd utmaning vilken sjuksköterskor kan utsättas för inom akutsjukvård (The American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians & Emergency Nurses Association, 2014).

Sjuksköterskors arbetsuppgifter är utmanande då det ingår att ge stöd till närstående, ge klinisk vård och samtidigt ställas inför andliga och etiska frågor (The American Academy of Pediatrics et al., 2014). Plötslig död av patienter kräver sjuksköterskors fulla uppmärksamhet och engagemang, vilket har visat sig leda till en vilja hos sjuksköterskor att göra mer. På grund av den krävande arbetssituationen sjuksköterskor befinner sig i när en patient plötsligt dör finns inte alltid möjlighet att utföra arbetet mer än tillfredsställande. Däremot innebär ofta tidigare erfarenheter av plötslig död att situationen kan bemästras bättre av sjuksköterskor (Rejnö, Danielson & Von Post, 2013).

Problemformulering

När ett barn plötsligt dör trotsar det naturens ordning då döden inte tillkommer naturligt i barndomen (Wender, 2012). Plötslig död innebär att dödsfallet inte är förväntat (Dyregrov & Dyregrov, 2008). En akutmottagnings uppgift är att ta emot akut skadade patienter, vilket innebär att sjuksköterskor kan tvingas uppleva att barn plötsligt dör. Upplevelsen medför lidande för både närstående och sjuksköterskor (Wikström, 2012).

För att inte bli för personligt påverkad är det viktigt att inneha distans till dessa svåra händelser som involverar plötslig död av barn (Wikström, 2012). Dödsfall i sig medför en stress för sjuksköterskor som tvingas ta till copingstrategier i bemästrandet av situationen (Ahmadi, 2008; Kent et al., 2012). Förlusten av en patient är erkänt bland de svåraste utmaningarna sjuksköterskor utsätts för på akutmottagningen. Det understryker vikten av att erhålla rätt kunskap och copingstrategier att ta till (The American Academy of Pediatrics et al., 2014). I och med detta är det av vikt att undersöka huruvida copingstrategier existerar hos sjuksköterskor och om de upplevs tillräckliga för att hantera situationen.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelse och copingstrategier vid plötslig död av barn på en akutmottagning.

METOD

Val av Metod

Till studien valdes en kvalitativ metod då syftet var att fånga upp sjuksköterskors upplevelse vid plötslig död av barn på akutmottagning. En induktiv ansats valdes att utgå ifrån då det var sjuksköterskornas levda erfarenhet som studerades (Henricson & Billhult, 2012). Genom halvstrukturerade intervjusamtal kunde författarna ta del av sjuksköterskors subjektiva känslor och erfarenheter för att besvara studiens syfte. De halvstrukturerade intervjuerna gav möjligheten till ändringar i frågornas ordningsföljd och uppföljning (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

Urvalskriterier

Till studien valdes legitimerade sjuksköterskor, verksamma på en akutmottagning. För att besvara syftet inkluderades sjuksköterskor vilka erfarit minst ett plötsligt dödsfall av barn. Praktiska erfarenheter av händelsen ger fler verkligheter än vad som omfattas av en teori (Benner, 1993). För att undvika missförstånd samt erhålla en rikare beskrivning i ämnet, valdes kunskapsnivån att förstå det svenska språket till ett kriterium.

Urvalsgrupp

Sju legitimerade sjuksköterskor verksamma vid barnakutmottagningar vid två storstäder i Sverige intervjuades. Fem av sjuksköterskorna hade en vidareutbildning inom barn och ungdom eller inom intensivsjukvård medan två enbart hade grundutbildning. Sjuksköterskorna hade varit verksamma på barnakutmottagningarna mellan sju månader och 15 år. Antalet upplevda plötsliga dödsfall av barn per person under verksamma år var 1-12.

Genomförande

Kontakt

För att komma i kontakt med sjuksköterskor som uppfyllde studiens urvalskriterier kontaktades sju stycken barnakutmottagningar i fyra av Sveriges större städer. Genom elektronisk post (e-post) med bifogat brev (bilaga A) togs första kontakten med verksamhetscheferna på respektive mottagning. I bifogat brev angavs författarnas och handledarens kontaktuppgifter tillsammans med en kort beskrivning av studiens syfte. Två verksamhetschefer besvarade e-postkontakten med sitt godkännande. Av de resterande fem verksamhetschefer ansåg tre att de inte hade sjuksköterskor inom urvalskriterierna och gav därför nekande svar. En verksamhetschef replikerade när gruppen redan blivit vald och resterande svar uteblev. Efter godkänt tillstånd från verksamhetschefer, kontaktades mottagningens chefsjuksköterska genom e-post (bilaga B). Chefsjuksköterskan valde därefter ut sjuksköterskor inom urvalskriterierna och vidarebefordrade sjuksköterskornas telefonnummer och e-postadresser vilka de därefter kontaktades. All kontakt med verksamhetschef, chefsjuksköterskor och sjuksköterskor skedde via e-post, short message service (sms) och telefon. Författarna blev inbjudna till en akutmottagning av en chefsjuksköterska för att informera om studien innan intervjuer påbörjades. Tid och plats bestämdes med de sjuksköterskor som önskade medverka.

Intervjuguide

Enligt Trost (2010) utformades en intervjuguide (bilaga C) med fyra frågeområden. Vardera område innehöll underliggande öppna frågor som ansågs besvara studiens syfte. Intervjuguiden innehöll även följdfrågor för att möjliggöra utveckling av sjuksköterskornas berättelser. Frågorna formulerades öppna för att sjuksköterskorna skulle hamna i fokus och författarna hade i beaktning att skapa intervjufrågor vilka inte var ledande eller fördomsfulla i enlighet med Kristensson (2014). Intervjuguiden testades på två utomstående personer utan koppling till studien för att få återkoppling till att frågorna var tydligt utformade inför pilotintervjun. Några frågor omformulerades för att förtydligas ytterligare. Fråga två vilken efterfrågade vad för utbildning sjuksköterskan erhöll inkluderades ”inom sjuksköterskeyrket” i frågan för att understödja att det var den typ av utbildning frågan syftade till att besvara. Även till fråga fem lades ”generellt” till för att göra det mer förståeligt att det var upplevelsen av dödsfallen i allmänhet och inte ett enda specifikt fall.

Ljudupptagare

Inspelning av samtliga intervjuer skedde genom ljudinspelningsprogrammet QuickTime Player på en dator. Alla inspelningar godkändes av sjuksköterskorna innan de påbörjades. Ljudinspelning gjorde att författarna kunde lyssna på intervjun flera gånger för analys och ordagrann transkribering. Ljudinspelning gav även en möjlighet till ökad koncentration under intervjuerna då inga anteckningar behövde föras (Trost, 2010).

Pilotintervju

För att försäkras om att studiens syfte besvarades med hjälp av intervjuguiden genomförde författarna en pilotintervju. Pilotintervjun utgjordes av ett telefonsamtal via Skype med en sjuksköterska inom urvalskriterierna att ha erfarenhet minst ett plötsligt dödsfall och behärskade det svenska språket (Trost, 2010). Intervjuguiden valdes att behållas då studiens syfte kunde besvaras under pilotintervjun. Då pilotintervjuns informant var inom urvalskriterierna och studiens syfte besvarades valdes pilotintervjun att inkluderas (Trost, 2010).

Efter pilotintervjun tillades en fråga (se bilaga C) för att intervjun inte skulle få ett för abrupt avslut, med tanke på det känsliga ämnet. Frågan räknades inte med i studien utan brukades endast i syftet att få ett behagligt avslut på intervjun för sjuksköterskorna och inte lämna dem för berörda av att återuppta ämnet. Frågan löd: ”Hur kändes det att prata om de här händelserna i efterhand?”.

Intervjutillfälle

Totalt utfördes sju intervjuer vilka hölls endera på telefon genom Skype eller på akutmottagningens samtalsrum efter sjuksköterskornas önskemål. Trost (2010) menar att det är fördelaktigt att intervjuerna hålls i en lugn miljö utan störelsemoment. Författarna närvarade tillsammans vid alla intervjuer utom en, för att erhålla större förståelse och mängd information. Intervjun vilken endast hölls av den ena författaren togs del av den frånvarande i efterhand genom inspelning och transkribering. Författarna turades om att ha en ledande roll i intervjun. Den ledande rollen ställde intervjufrågorna medan den andra hade ansvaret för att alla frågor inkluderades och om någon fråga behövde vidareutvecklas.

Intervjuerna inleddes genom en kort muntlig beskrivning av studien och syftet. Begreppen ”plötslig död” och ”barn” definierades av författarna. Författarna gick igenom de fyra forskningsetiska huvudkraven och erhöll godkännande om ljudinspelning. Alla intervjuer varade mellan 19-28 minuter.

Databearbetning

Transkribering

Direkt efter att intervjuerna utförts påbörjades transkriberingen av data för att bibehålla känslan och upplevelsen som uppstod under intervjuerna. Transkribering turades om mellan författarna och bägge tog del av både ljudinspelning och transkribering. Intervjuerna skrevs ned ordagrant i hänseende till pauser och skratt et cetera, för att framhäva alla nyanser i intervjuerna (Danielson, 2012a). Efter att transkriberingen var utförd av den ena författaren gick den andra igenom ljudinspelning och transkribering. Med avsikt att upptäcka och rätta till eventuella fel, men också för att bli påläst om intervjun.

Dataanalys

Analysprocessen påbörjades så snart de första intervjuerna hade utförts. En kvalitativ innehållsanalys användes i utredning av data vilket Danielson (2012b) anser är lämpligt för att beskriva och tolka intervjuernas innehåll mer ingående. I enlighet med Lundman och Graneheim (2012) används kvalitativ innehållsanalys inom omvårdnadsforskning för att granska och tolka texter, såsom intervjuernas transkribering.

Författarna inledde analysen genom att gå igenom transkriptionerna flertalet gånger för att erhålla en helhetsuppfattning. Därefter färgmarkerades olika delar vilka var av informationsgivande innehåll för studiens syfte. Dessa meningsenheter kondenserades sedan ner för att bli mer lätthanterlig. Varje meningsenhet tilldelades därefter en kod vilken gav en beskrivning av meningsenheten med ett ord för att förstå sammanhanget till texten (Danielson, 2012b). I enlighet med Danielson (2012b) användes en tabell (tabell 1) som stöd för den kvalitativa innehållsanalysen av intervjuerna. Varje intervju utgjorde ett nummer mellan ett och sju för att särskilja data.

Intervjuernas meningsenheter, kondensering och koder sattes in i tabellen och markerades med intervjuernas nummer (Danielson, 2012b).

När alla koder hade tagits fram i tabellen kunde således liknande koder kopplas till varandra och stå till grund för kategorisering. Författarna skrev ut och klippte isär raderna med meningsenheter, kondensering och koder för att kunna gruppera dem i olika högar efter vad meningsenheten berättade. Med de 61 koderna som underlag i de olika högarna av lappar kunde sju subkategorier bildas utifrån kodernas sammanhang. Subkategorierna skapade i sin tur två slutgiltiga övergripande kategorier (tabell 2) utifrån att koderna uteslöts från varandra vilket innebar att kategorierna bestod av olika typer av data. Subkategorier och kategorier sattes senare in i tabellen (Danielson, 2012b).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Koder	Subkategorier	Kategorier
För mig är det väldigt mycket att man stämmer av å pratar med dom som stod inne på det här larmet, både läkare å sköterskor, å kanske narkos, å ibland ambulanspersonal har det vart också. (5)	För mig är det att man stämmer av och pratar med de som stod inne på larmet.	Avstämning	Copingstrategi	Betydelsen att kunna hantera situationen

Forskningsetiska överväganden

Informerat samtycke

Brev skickades ut till verksamhetscheferna och chefsjuksköterskorna för att erhålla ett godkänt tillstånd att utföra studien vid respektive klinik. Studiens syfte och genomförande (bilaga A och B) beskrevs i brevet för göra verksamhetscheferna, chefsjuksköterskorna och sjuksköterskorna informerade om studien. Således gavs sjuksköterskorna möjlighet att ta ett grundat beslut om medverkan och information om deras rättigheter att dra sig ur studien efter önskan. Helgesson (2006) menar att samtycke erhålls tills sjuksköterskorna bestämmer sig för att dra sig ur studien.

Konfidentialitet

Allt material behandlades konfidentiellt för att skydda intervjuernas framkomna material mot obehöriga. Transkriptionerna samlades på författarnas lösenordsskyddade enheter och raderades efter att studien var färdigställd. Sjuksköterskorna samt alla namngivelser avidentifierades i intervjuernas transkriptioner för att eliminera kopplingen mellan sjuksköterskorna och intervjun. Istället namngavs intervjuerna med en siffra mellan ett och sju. Citaten, vilka redovisas i resultatet, omformulerades från tal- till skriftform för att göra citaten opersonliga. Därmed kunde inte obehöriga koppla data till en enskild individs identitet (Vetenskapsrådet, 2011).

Författarna var noga med att låta allt material besvara studiens syfte och räknade bort information som ej ansågs besvara syftet, för att undvika manipulering och förfalskning av materialet (Helgesson, 2006).

Ställa sig hänsynstagande till sjuksköterskorna

Efter att alla frågor hade blivit ställda, avslutades intervjuerna genom att ställa frågan om sjuksköterskornas upplevelse av att prata om dödsfallen i efterhand. Detta för att skydda sjuksköterskorna från att eventuellt återkalla påfrestande känslor som funnits vid händelserna. Författarna själva kände att det kunde vara ett påtagligt ansträngande ämne att prata om. Det visades således att ingen hade tagit illa vid sig (Helgesson, 2006).

RESULTAT

Resultatet redovisas i två kategorier (tabell 2): Kunna hantera sina känslor vid plötsligt dödsfall av barn och betydelsen att kunna hantera situationen. Kategoriernas innehåll ordnades enligt följande: bemästra sina känslor, tidigare erfarenheter, att aldrig vänja sig, copingstrategier, teamets stöd, praktiska stöd och riktlinjer och utbildning.

Beskrivande citat redovisas indraget och kursiverat inom citattecken. Samtliga sjuksköterskor är representerade i resultatet. Paus beskrivs ”...” och om citatet har förkortats används ”/.../”.

Tabell 2. Översikt av kategorier med subkategorier

Kategori	Subkategori
Kunna hantera sina känslor vid plötsligt dödsfall av barn	Bemästra sina känslor Tidigare erfarenheter Att aldrig vänja sig
Betydelsen att kunna hantera situationen	Copingstrategier Teamets stöd Praktiska stöd och riktlinjer Utbildning

Kunna hantera sina känslor vid plötsligt dödsfall av barn

Bemästra sina känslor

Sjuksköterskorna beskrev erfarenheten som en upplevelse utöver det naturliga vilket kändes påfrestande och försvårade acceptansen om att barnet inte gick att rädda. Övriga dödsfall hade till skillnad från förväntade, en större påverkan och faktumet att det rörde ett barn och inte en vuxen gjorde händelsen ännu mer onaturlig.

”Jag har ju varit med om det här många gånger med vuxna men det kändes konstigt att det var ett barn. Det är ju inte alls naturligt överhuvudtaget.”

Yrkesrollen beskrevs svår i det känslomässiga arbetet och innebar en kombination av att utföra arbetet och samtidigt ta hand om sina känslor. Ett barns plötsliga bortgång frambringade känslor vilka bland annat var uppgivenhet, tomhet och ledsamhet. En sjuksköterska beskrev att ledsamheten kom i samband med att hon hade gjort allt i sin makt för att rädda barnet och misslyckats med det.

Det gjorde att känslan av att inte räcka till också kunde uppstå. En liknelse gjordes mellan händelsen om plötslig död och ett maratonlopp då den påfrestande situationen var fysiskt uttröttande.

”Jag blev jätteledsen...kunde inte sluta gråta. Jag grät hejdlöst en bra stund efteråt och sen kände jag att man blev matt i kroppen.”

Samtliga kände sig berörda av händelsen samtidigt som en distans till situationen uttrycktes. Det framgick att det professionella förhållningssättet låg till grund för distansen, medan det även framkom att sjuksköterskorna såg sig själva som mänskliga och då var det tillåtet att visa känslor eftersom att det inte berörde naturliga förhållanden.

”Det är jobbigt och det är ingen normal situation. Det är ingen normal situation för varken oss som jobbar eller för föräldrarna...”

Att det fanns en känslomässig påverkan var mer märkbart än en påverkan i det praktiska arbetet, även om deras koncentration kunde ha inverkan under samma arbetspass. Kontrollen sattes ur balans och det tog tid innan de kom till insikt med situationen. De tvingades sätta dödsfallen i perspektiv vid omhändertagandet av andra barn med åkommor såsom en förkylning. Tålamodet hos en sjuksköterska belystes annorlunda i efterarbetet. Efter att ha upplevt ett dödsfall kunde en värdering läggas i hur allvarlig en förkylning var i relation till ett dödsfall.

”Efter att man har stått på ett sådant här larm kan man känna att det blir väldigt antiklimax att gå ut på golvet och jobba igen. Det känns ju lite jobbigt, men man gör det. Man kan känna sig avtrubbad och kommer lite av sig i andra tankar.”

”Man blir ju trött i huvudet och man har svårt att koncentrera sig. Har man varit med om någon som precis har dött och sedan går ut och tar hand om någon som är förkyld, har man svårt att få det i perspektiv direkt efteråt. Man behöver någon dag för att lämna det.”

Att uppleva föräldrarnas reaktioner var något de ansåg påfrestande då varje situation med föräldrarnas reaktioner var unika och inte gick att förbereda sig inför. Samtidigt som känslorna upplevdes ansträngande kunde föräldrarnas starka reaktioner vara tillfredsställande för sjuksköterskorna, vilka såg det som en naturlig reaktion hos någon som oväntat förlorat sitt barn. Hur personligt påverkade sjuksköterskorna blev av dödsfallet och mötet med föräldrarna, var beroende av huruvida de hade egna barn eller inte. Om de själva hade barn innebar det att de fick en annan förståelse kring hur svårt barnets föräldrar upplevde situationen.

”...under första larmet hade jag inga egna barn. Det andra larmet jag stod på hade jag fått barn /.../. Någonstans kan man bli ännu mer berörd personligt och ha en helt annan förståelse när man själv har barn, hur jobbigt det var för de här föräldrarna.”

Hur den unika situationen såg ut med föräldrarna hade även inverkan på hur påtagligt sjuksköterskorna upplevde händelsen. Om närvarande föräldrar exempelvis uttryckte starka känslor på akutrummet där barnet omhändertogs försvårades arbetet.

”Det var väl ett ganska kaotiskt larm. /.../ Det var rörigt. Det är svårt att ha en sådan förälder inne på ett larm för då kan vi inte riktigt göra det vi behöver med barnet. /.../ Det var jättejobbigt och helt absurt.”

Hur påfrestande en situation än upplevdes beskrev en sjuksköterska vikten av att våga vara i det hemiska och acceptera sig bli tagen av händelsen. Känslorna beskrevs vara oundvikliga. Om sjuksköterskorna accepterade sina känslor, underlättade det att komma över händelsen.

”...att våga vara i det här hemiska bara och vara väldigt följsam, för att man blir tagen ibland. Att tillåta sig bli det också eftersom det är oundvikligt.”

Tidigare erfarenheter

Det första mötet med plötslig död upplevdes värst när det inte fanns erfarenheter sedan tidigare. Känslomässiga reaktioner vilka framkallades under dödsfallet, var sjuksköterskorna omedvetna om när det saknades tidigare upplevelser.

”Första var absolut värst. Första gången man är med om det och aldrig har gjort det, vet man inte hur man reagerar. Man vet inte riktigt vad man ska göra.”

En sjuksköterska beskrev det första erfarna fallet som ett adrenalinpåslag vilket känslomässigt framkallade rädsla och oro. Stresspåslaget bidrog till ett större fokus på arbetsuppgifterna och utgjorde inte ett störmoment i det praktiska arbetet. De framkom även att stressrelaterade känslomässiga reaktioner begränsade deras simultanförmåga och påverkade dem därmed praktiskt. En sjuksköterska beskrev sig uppleva sitt första dödsfall påfrestande vilket gjorde henne paralyserad. Känslan av att inte ha kontroll över situationen var det som kändes ansträngande.

De tidigare dödsfallen och historien kring dem existerade i minnet hos sjuksköterskorna. Vardera fall var något de bar med sig. Om fler än ett fall av plötslig död erfarits av både vuxna och barn erhöles en ökad trygghet och därmed erfarenhet. Varje fall berörde samtliga men upplevdes trots det berikande. De svåra upplevelserna kunde tillämpas som lärdomar i det fortsatta arbetet. Erfarenheten av händelsen frambringade ökad medvetenhet och acceptans om sina känslor och reaktioner samt att plötsliga dödsfall faktiskt kan ske.

”Jag vet att det händer och det är okej att man blir ledsen. Det har förändrats. Första gången visste jag inte hur jag skulle reagera.”

Att aldrig vänja sig

Samtliga medgav sig inte förberedda inför sitt första möte med den oväntade döden oavsett om vetskapen att det kunde ske eller inte existerade. En avsaknad av mental förberedelse upplevdes.

”Det är någonting som i alla fall jag slår bort, att det ska hända från början. När man varit med om det vet man att man aldrig kan vara förberedd och aldrig veta när det kommer.”

De gick inte att vänja sig vid dödsfall av barn, eftersom att ingen händelse var den andra lik. En känsla av att inte kunna slappna av och ständigt ha en medvetenhet om att det kan komma ett hjärtstopp igen förklarades.

”...men jag märker ju nu att varje gång larmtelefonen ringer, är jag lite mer förberedd på att det kan komma ett hjärtstopp igen.”

Betydelsen att kunna hantera situationen

Copingstrategier

Copingstrategierna under händelserna av plötsliga dödsfall av barn varierade sig mellan sjuksköterskorna. Det framkom att många tog till strategin att vara lugn och fokuserad i situationen. Gråten tilläts efteråt. En sjuksköterska berättade hur hon stålsatte sig och byggde upp ett inre stöd som skydd, då larmet kom att ett barn var på väg in till akutmottagningen. En annan sjuksköterska beskrev sina strategier att utföra praktiska moment exempelvis dra upp adrenalin i sprutor. En ytterligare strategi om att våga vara närvarande i skedet uttrycktes.

”På något mirakulöst sätt, handlar det mer om att våga vara med i det här jobbiga skeendet. Men någonstans fungerar det att ändå bara våga vara på plats. Att våga finnas i den här känslan av att det inte känns verkligt.”

Trygghet i sin yrkesroll framkom vara en copingstrategi, då hanteringen skedde utifrån professionen. Känslorna aktualiserades när den akuta situationen var över.

”När man väl står där inne på larmet, försöker man vara professionell och göra sina arbetsuppgifter. Det är väl efteråt som det blir mer jobbigt och man går hem med tankar. Man pratar med de som var med på larmet eller andra kollegor. /.../ Där och då gör man sin roll professionellt och sen efteråt blir det mer känslor.”

Vikten av att vara praktiskt och teoretiskt förberedd inför mötet med döden av ett barn var relevant för att underlätta det känslomässiga arbetet efteråt. En sjuksköterska förklarade att det var skillnad på att gå igenom det i teorin mot att möta det i verkligheten.

”Man hade kanske känt sig säkrare. /.../ Det är alltid en sak att omsätta teori till praktik. Det blir ju tyvärr inte alltid som man har läst i böckerna. /.../ Det tror jag att jag hade uppskattat i alla fall. /.../ För det är ingenting som man får lära sig i skolan.”

Erfarenheten framkom central gällande erhållna copingstrategier vid händelsen. Strategierna beskrevs komma mer på känsla och erfarenhet än att de var inlästa i förväg.

”...det beror på vad man har varit med om tidigare /.../. Jag har ju varit med om ganska mycket på vuxen. Har man kanske inte varit det så tror jag att det kan bli jättejobbigt. Man kanske inte kan göra sitt jobb och vara helt fokuserad där inne och blir stressad och tycker att det är jättejobbigt. Det finns nog en stor chans för det.”

Även om de inte påstod sig lida brist på copingstrategier för att hantera dödsfallen av barnen, framkom det att arbetet med fördel kunde stöttas upp efteråt. Tillämpbara copingstrategier ansåg erhållas genom fler utbildningstillfällen inom ämnet.

”...bättre tror jag absolut...att man hade haft en strategi eller mer en plan. Nu har man väl sina strategier undermedvetet tänker jag, men jag kan ju inte riktigt sätta ordet på vad jag har för strategier.”

Teamets stöd

Det framkom att den akuta hjälpen efter ett fall upplevdes komma från kollegorna. Med dem reflekterades och bearbetades händelsen. Under mötena var det angeläget att framhäva ansevliga prestationer. Att arbeta i team samt att stötta varandra upplevdes utgöra en central del inom arbetsklimatet.

”Många gånger får man den här pusselbiten man kanske saknade. Man får en helhetsbild av hela situationen och hur det gick till. Då kan man få en förståelse...och ett bättre avslut...och känna att jag kan jag förstå det. Jag kan släppa det, de gjorde också allt de kunde /.../. Att få stödet från både kollegor och ledningen är väl det viktigaste...”

Debriefingmöte blev samtliga sammankallade till efter ett oväntat dödsfall på respektive arbetsplats. En ansvarig på avdelningen sammankallade de som närvarat inne på akutrummet vid händelsen till reflektion om arbetets förlopp, vad som kunde gjorts annorlunda men även vad som gjordes ansevligt. Debriefingmöten var alla gemensamt nöjda med då de där upplevde att bearbetningen och teamkänslan stärktes.

”Vi har nog ganska bra möjlighet till debriefing. Alla som stod på larmet brukar bli kallade på debriefing där man pratar igenom vad vi gjorde och vad man hade kunnat göra...Det är man duktigare på här än i vuxenvården, där man inte alltid har möjlighet till det.”

Praktiska stöd och riktlinjer

Tydliga riktlinjer ansågs utgöra ett stöd för sjuksköterskorna när ett dödsfall av ett barn inträffade. Saknades kännedom om hur hanteringen praktiskt gick till med exempelvis hjärt-lungräddning och checklistor att pricka av, förelåg en risk att stressen och de känslomässiga reaktionerna tog överhand. Sjuksköterskorna var överens om att det praktiska stödet underlättade den efterföljande känslomässiga reaktionen.

”Om du kommer in i en situation där du känner att du inte vet vad du ska göra kommer du att älta det senare, vad du har gjort för fel. Kommer man in och är praktiskt förberedd blir det känslomässiga arbetet lättare efteråt, eftersom att man vet att man har gjort det man kan.”

Samtliga var överens om att det erbjudna stödet från verksamheten kunde ses över. Där stöd erbjudits uttrycktes nöjsamhet medan där stödet inte följdes upp, uttrycktes en önskan om mer uppföljning och kontakt med cheferna efter situationen.

”Våra chefer kommer och frågar ’Hur går det?’, ’Mår du bra?’. Men efter den dagen och det arbetspasset är det ingen som...nej då händer ingenting.”

Att erhålla en bättre arbetsplan för personalen efter ett barn avlidit, var något sjuksköterskorna önskade på sin arbetsplats. Bearbetande samtal som stöd var uppskattat där alla som närvarat vid händelsen samlades och tillsammans fick ett känslomässigt avslut.

”Sen var det skönt att bara få prata om situationen och att höra andra berätta om sina upplevelser. Sen tycker jag att det var skönt för min hantering att prata om det. Det känns väldigt viktigt att man kan prata om det för att lättare kunna hantera situationen.”

Utbildning

Det framkom att det inte erhöles en specifik utbildning, varken praktisk eller känslomässig, i hanteringen av plötsligt dödsfall av barn med medföljande känslor som eventuellt kunde uppstå. Det uttrycktes således en uppfattning om relevans i att bli praktiskt och känslomässigt utbildad inom ämnet.

”När det händer så skulle man haft lite mer praktiskt stöd. Man skulle haft... lite mer känslomässigt stöd efter ett tag. /.../ Men här kanske det praktiska är viktigast. /.../ Utbildning och genomgångar, att man är lite mer öppen och pratar om det. /.../ Att man hade haft /.../ kurator eller någon psykolog som hade pratat lite med oss, innan det händer och efter.”

På en akutmottagning hade en utbildningsdag om sorg erbjudits, vilket var uppskattat och gav sjuksköterskorna hjälpmedel för egen hantering och hur hjälp skulle ges föräldrarna. Utbildningsdagarna ansågs kräva kontinuitet eftersom ny personal rekryterades och då saknade utbildning.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Det framkom att erfarenhet hade inverkan på hur påverkade sjuksköterskorna blev när barnen plötsligt och oväntat avled vilket även Brysiewicz (2005) anser. Kent et al. (2012) styrker resultatet om att erfarenheter inom akutsjukvård och sjuksköterskeyrket påverkar hur sjuksköterskor agerar i sin profession. Om erfarenhet av tidigare dödsfall innehades gällande både vuxna och barn i sådana situationer, underlättades deras hantering då de redan tvingats genomgå en sådan händelse. Erfarenheten förde även med sig en trygghet gällande sättet att agera i situationen med barnen då livsuppehållande åtgärder utfördes av sjuksköterskorna, således i hur den personliga hanteringen kom att se ut i efterhand.

Resultatet visade att samtliga sjuksköterskor berördes av händelsen när ett barn plötsligt avled på barnakutmottagningen. Somliga förklarade att de blev djupt påverkade och andra sade sig kunna ha distans och inte bli för personligt påverkade. Till skillnad från upplevda dödsfall av en vuxen, upplevdes döden av ett barn som en värre, onaturlig händelse. Situationen med vuxna var mer accepterad medan ett avlidet barn utgjorde en onaturligare omständighet, vilket även Youngblood et al. (2012) menar kan försvåra upplevelsen. Liksom Cullberg (2006) beskriver de sociala förutsättningarnas påverkan att social bakgrund har en inverkan i upplevelsen, menade sjuksköterskorna sig bli mer berörda om de exempelvis hade egna barn (Cullberg, 2006).

Dödsfallen beskrevs vara en stressad situation för sjuksköterskorna. I den akuta fasen låg fokus på att utföra det praktiska i livräddning vilket gjorde att känslorna inte uppstod förrän efteråt. Det gjorde i sin tur att den upplevda sorgen inleddes när den stressade situationen hade lagt sig, vilket även styrks av Lenéer Axelson (2010).

Lenéer Axelson menar att den stressade händelsens intensitet har inverkan på hur påtaglig situationen upplevs, vilket sjuksköterskorna beskrev (Lenéer Axelson, 2010). Sjuksköterskornas arbetssituation beskrevs som krävande då den innefattade både arbetsuppgifter och känslomässig hantering. Detta styrks av The American Academy of Pediatrics' et al. (2014) avseende att arbetet på en akutmottagning utgör en ansträngning då barn händelsevis dör.

Att se närståendes reaktioner under tiden sjuksköterskorna agerade aktivt för att rädda barnet utgjorde en påfrestande situation. Då Brysiewicz (2008) menar att bemötande värderas högt av familjen är det av relevans att sjuksköterskor är närvarande för avlastning. I resultatet beskrevs närståendes reaktioner utgöra ett hinder i deras arbete på akutrummet. För att reducera närståendes reaktioner är kommunikationen med dem väsentlig. Levertown (2004) menar vidare att döden upplevs mindre dramatisk för närstående om sjuksköterskorna är tränade i effektiv kommunikation. Benzein et al. (2012) beskriver familjen likt en helhet i familjefokuserad omvårdnad vilket innebär att dödsfall av ett barn påverkar övriga familjemedlemmar. Familjefokuserad omvårdnad innebär därmed att sjuksköterskors närvaro är central för närstående då ett barn plötsligt dör. Naik (2013) menar att sjuksköterskorna är de som bemöter närståendes reaktioner och känsloutbrott.

Det framkom i resultatet att akut stöd efter ett dödsfall söktes bland kollegor på akutmottagningen. Kent et al. (2012) diskuterar att det är vanligt att vända sig till den övriga hälso- och sjukvårdspersonalen på sitt arbete, närstående eller en kurator när en patient dör och det utgör således en copingstrategi. I resultatet belystes sjuksköterskors viljor om att dela sina känslor och upplevelser med varandra även om inte alla upplevde sorg. Det resultatet skiljer sig från vad Jiang et al. (2006) diskuterar, där sjuksköterskestuderande vilka har upplevt plötsligt dödsfall inte alls delar sina känslor med varandra men ändå kan hantera den efterkommande sorgen.

Samtliga sjuksköterskor blev sammankallade till debriefingmöte efter att de upplevt ett plötsligt dödsfall. Det skedde antingen i direkt anslutning till händelsen eller inom tre dygn. Alla fick möjlighet att dela med sig av sin personliga upplevelse och även erhålla ett avslut på händelsen med hjälp av de delaktiga i teamet. Keene et al. (2010) menar att om reflektion sker vid omhändertagandet av en patient vid en svår händelse, underlättas sjuksköterskors arbete. De får möjlighet att bearbeta och uttrycka sin sorg, vilket möjliggör det fortsatta arbetet. Även om debriefing uppkom som en central del i stöd ansågs fler reflektionstillfällen vara ett önskvärt komplement. Samtliga var nöjda med debriefingmöten då det underlättade den personliga bearbetningen och stärkte teamkänslan, vilket Sharp (2012) även styrker.

Vid förfrågan om beskrivning av befintliga copingstrategier, låg deras fokus på det akuta skedet men även på senare hantering. Författarna uppfattade således att delade meningar rörde angående vilken situation som upplevdes mest ansträngande, där copingstrategierna applicerades. Sjuksköterskorna upplevde sig erhålla copingstrategier genom tidigare personliga erfarenheter, vilket Brattberg (2008) även påvisar.

Strategierna hos sjuksköterskorna varierade mellan känslororienterade strategier och problemlösande strategier. Inom de problemlösande strategierna användes kognitiva metoder, där händelsen enligt Brattberg (2008) accepteras, dels inom debriefingen där positiva reflektioner utgjorde en avgörande del i hanteringen. Även i anseende till att sjuksköterskorna såg händelserna vara berikande erfarenheter och inte enbart påfrestande.

Aktivt agerande beskrevs utifrån sjuksköterskerollen genom praktiska utföranden under och efter ett dödsfall. Om specifika copingstrategier, enligt sjuksköterskorna inte besatts grundades agerandet i omedvetna reaktioner. En sjuksköterska beskrev sig bli påtagligt påverkad och ledsen av händelsen vilket enligt Brattberg (2008) är beskrivande för en beteendemetod inom den känslorienterade strategin.

Samtliga sjuksköterskor bekräftades genom Ahmadis (2008) teori om aktiv coping, att möta stressfaktorerna, då ingen agerade med att undfly situationen. Samtliga beskrev tillvägagångssättet i hanteringen av den stressade situationen men nekade erhållandet av specifika strategier. Coping innebär således inte alltid en medveten handling vilket Brattberg (2008) påpekar. Coping utgör en undermedveten reaktion utifrån individens tidigare erfarenheter, vilket benämns passiv coping. Författarna upptäckte att sjuksköterskorna inte hade det i åtanke.

Hur utbildningen än föreföll på akutmottagningarna, ansågs teorin om plötslig död inte vara tillräcklig förberedelse inför hur verkligheten såg ut. Brysiewicz (2005) menar att det inte går att föreställa sig hur reaktioner och hantering ser ut vid inträffandet i realiteten. En avsaknad i utbildning framkom när det gällde känslomässig hantering av plötsligt dödsfall av barn. Det erbjöds däremot praktiska övningar på akutmottagningen rörande det akuta skedet vilket var att utföra hjärt- och lungräddning. Patterson et al. (2013) menar att praktiska övningar påverkar verksamheten och säkerheten på akutmottagningen. Övningarna var således givande för sjuksköterskorna då det gjorde dem mer praktiskt förberedda. Praktisk förberedelse ledde i sin tur att hanteringen av känslorna underlättades. I och med flödet i anställning av ny personal på akutmottagningen framfördes behovet av kontinuitet gällande utbildning för att samtliga på arbetsplatsen skulle vara uppdaterade. Det fanns således en önskan om mer utbildning inom ämnen berörande plötslig död, exempelvis om hantering av sorg. Finns inte tillfredsställande utbildning menar Kent et al. (2012) att missnöje bland sjuksköterskor uppstår.

I resultatet visades en osäkerhet i bland vilka riktlinjer arbetsplatsen erhöll gällande stöd efter att ett barn avlidit. Detta är något författarna anser behöver förtydligas eftersom att det underlättar hanteringen och copingstrategierna vid en akut situation. Sjuksköterskorna får även möjlighet att känna sig mer förberedda vid oväntade händelser. Det inger även en trygghet att veta vilket stöd som erbjuds. Som stöd efter en situation önskade sjuksköterskorna mer ansvar hos cheferna gällande kommunikation och uppföljning. Kommunikationen menar Fossum (2013) ligger till grund för att sjuksköterskornas behov av stöd tillfredsställs. Kommunikation med cheferna skiljer sig från vad sjuksköterskorna berättade således från vad Brysiewicz (2005) menar, där sjuksköterskorna inte anser det angeläget att berätta för sin chef om avsaknad av copingstrategier.

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelse och copingstrategier vid plötslig död av barn på en akutmottagning. För att erhålla en riklig beskrivning av sjuksköterskornas upplevelser var en kvalitativ intervjustudie tillämpbar med induktiv ansats vilken enligt Henricson (2012) utgår från sjuksköterskornas levda erfarenhet. Med denna metod anser författarna att syftet besvarades då rikliga beskrivningar av sjuksköterskornas upplevelser tillkännagavs när barn plötsligt avled på akutmottagningen.

I enlighet med Kristensson (2014) valdes en kvantitativ metod bort i anseende att studien inte skulle ha fokus på likheter, samband, jämförelser eller frekvenser av det angivna syftet (Kristensson, 2014).

För att besvara syftet inkluderades endast sjuksköterskor inom angivna urvalskriterier. Kriterierna var att sjuksköterskorna skulle ha erfårit minst ett fall där ett barn hade kommit in till akutmottagningen och plötsligt avlidit. De skulle även behärska det svenska språket för att främja innehållsrika beskrivningar. När författarna blev inbjudna till ett sjuksköterskemöte på en barnakutmottagning för att presentera studien och finna lämpliga sjuksköterskor, fanns en viss tvekan efteråt huruvida sjuksköterskorna hade uppfattat syftet med studien rätt angående dödsfall av barn. Osäkerheten låg i huruvida dödsfallen vilka egentligen skedde utanför barnakutmottagningen kunde ingå i kriteriet om att barnet dött på barnakutmottagningen eller inte. Intervjuerna genomfördes varav det då framkom att livsuppehållande åtgärder hade utförts och konstaterandet av döden skedde på barnakutmottagningen och valdes därför att inkluderas i studien.

Trost (2010) framhäver vikten av att utföra arbetet trovärdigt, att data är insamlad på ett sådant sätt att det var relevant för den aktuella frågeställningen. Studiens genomförande och analysprocess har redovisats. Genomförandet och analysprocessen utfördes gemensamt med undantag för transkribering av intervjuerna vilka togs del av respektive författare i efterhand. Att tillsammans genomgå samtliga ljudinspelade intervjuer och transkriptioner stärkte studiens reliabilitet i att erhålla en homogen analys av data (Kvale & Brinkmann, 2014).

Totalt utfördes sju intervjuer med sjuksköterskor från två olika barnakutmottagningar i Sverige. Trost (2010) anser att få väl genomförda intervjuer är att föredra framför fler mindre väl utförda. Fler intervjuer hade inneburit ytterligare data att analysera. I förhållande till tidsperspektivet ansågs antalet lämpligt för att inte gå miste om detaljer i analysen, vilket Trost (2010) framhäver.

Det hade varit önskvärt att intervjua sjuksköterskor från fler barnakutmottagningar än två för att få en starkare inblick i upplevelserna. Trost (2010) menar vidare att variation är att föredra inom urvalet, men inte mer än att en enstaka person viker sig från mängden. Sjuksköterskor från fler barnakutmottagningar hade genererat bredare perspektiv på upplevelserna. Med studiens disponerade tid gavs inte möjlighet att värva fler sjuksköterskor inom varierande barnakutmottagningar, då verksamhetschefer och sjuksköterskor inom urvalskriterierna var svåra att komma i kontakt med. Verksamhetscheferna förklarade att plötsligt dödsfall av barn inte tillhörde normaliteten på akutmottagningen och därmed var det få sjuksköterskor vilka bar på erfarenheten.

Författarna hade inte möjlighet att ta sig till en barnakutmottagning där sjuksköterskorna var verksamma, därav hölls intervjuerna via telefonsamtal genom Skype. En annan sjuksköterska valde att hålla intervjun på telefon framför att träffas vilket författarna tog hänsyn till. En diskussion fördes om huruvida resultatet skulle komma att påverkas av valet att genomföra intervjuerna över distans via telefonsamtal och genom Skype eftersom att risk förelåg att information skulle uppfattas annorlunda via telefon. Telefonsamtal mister möjligheten att kunna urskilja ansiktsuttryck och kroppsspråk vilket togs i beaktning i analysprocessen. Författarna lyssnade noggrant igenom de inspelade telefonintervjuerna och gick igenom transkriptionerna flertalet gånger. Sjuksköterskornas upplevelser ansågs begripliga och därmed påverkades inte resultatet av valet att hålla dem på telefon.

Gillham (2011) menar att erhålla berättelser på distans tenderar öppnare svar från de tillfrågade och känslan av att de skulle kännas genant upplevs inte lika påtaglig (Gillham, 2011).

De intervjuer vilka inte hölls via Skype utfördes på barnakutmottagningens samtalsrum i ostörd miljö där sjuksköterskorna var verksamma. Trost (2010) menar att det är fördelaktigt att hålla intervjuerna i lugna och ostörda miljöer. Samtliga intervjuer utfördes på sjuksköterskornas arbetstid vilket innebar att de när som helst under intervjuernas gång kunde få ett larm de behövde ansluta sig till. Deras schemalagda tid resulterade i att det inte gick att få till intervjun omedelbart. Författarna anpassade sig till sjuksköterskornas scheman genom att invänta dem efter behov för att inte framhäva stress hos dem. Under intervjuerna var miljön avslappnad. Det gick inte helt att bortse från att koncentrationen påverkades av att sjuksköterskorna var i tjänst, dock var det inget som störde intervjuerna. Författarna diskuterade vidare hur intervjuerna vilka hölls i direkt möte, påverkade resultatet. Som en tillfrågad kan man ha benägenhet att uppleva det ansträngande att sitta mitt emot den som intervjuar och känna tvång i att leverera ett resultat. För att sjuksköterskorna inte skulle känna sig forcerade inledde författarna intervjuerna lugnt genom småprat och förklarade att studien inte avsåg att hitta några rätt eller fel utan grundade sig endast i deras upplevelse. Att hålla intervjuerna tillsammans med sjuksköterskorna gav rikliga beskrivningar i ämnet om plötslig död vilket var tillämpligt i resultatet. Att svara på frågor i mellanmänskliga möten menar Gillham (2011) möjliggör ett förtroende gentemot intervjuaren och att återge personliga upplevelser blir inte lika påtagligt.

Det undgick inte författarna att sjuksköterskorna erhöll intresse av att delge sina upplevelser med barnen. Det resulterade i att svaren stundtals tenderade att bli långa och ibland med svar som inte besvarade syftet, vilket därmed exkluderades ur resultatet. Det upplevdes stundtals svårt att leda tillbaka sjuksköterskorna till den specifika frågan.

Intervjuguiden med halvstrukturerade frågor skapades utifrån fyra olika frågeområden, vilka täckte in områden som gav rikliga beskrivningar av upplevelsen (Kvale & Brinkmann, 2014). Guiden innebar att samtliga ställdes lika frågor. Även följdfrågor användes för att inte begränsa trovärdigheten (Trost, 2010). Guiden testades på två utomstående personer vilket resulterade i att fråga två och fem behövde bearbetas och förklaras vidare för att helt bli förstådda. De fick en vidare förklaring för att de inte skulle missuppfattas. Att guiden testades på två utomstående personer och inte på legitimerade sjuksköterskor var för att försäkras om att vem som helst skulle förstå frågorna oberoende av yrke. Guiden testades i förberedande syfte inför pilotintervjun vilket genererade ökad kännedom hos författarna om vilka frågor guiden innehöll och deras ordningsföljd. Att testa guiden medförde vidare att pilotintervjun kunde inkluderas i resultatet. Det fanns även en fundering huruvida frågor som rörde framtiden var relevant för syftet. Frågorna löd: "Hur tror du att dina copingstrategier hade påverkats om du hade fått en utbildning?" och "Hur tror du att det har påverkat dina copingstrategier om ni hade haft ett praktiskt träningstillfälle?" Eftersom att dessa frågor inte rörde sjuksköterskors erfarenheter upplevdes de svåra att svara på. Frågorna valdes i slutändan att tas med och genererade således svar som visade att de fanns en avsaknad av utbildning inom ämnet hantering av plötsliga dödsfall.

Pilotintervjun genomfördes med den reviderade intervjuguiden på en sjuksköterska. Guiden testades för att få försäkran om att syftet besvarades och att inga missuppfattningar rådde. Fråga sex behövde korrigeras ytterligare vilken var ”Upplever du dig ha distans till plötsliga dödsfall av barn på akutmottagningen?”. ”Distans” förklarades vidare som att inte bli för personligt påverkad. Ordförklaringen användes under pilotintervjun och adderades därefter i guiden. Frågan lydde i slutändan: ”Upplever du dig ha distans/inte bli för personligt påverkad till/av plötsliga dödsfall av ett barn på akutmottagning?”. Senare intervjuer erhöll samma ordförklaring vilka därmed genererade lika förutsättningar i att besvara frågan, vilket Kvale och Brinkmann (2014) anser stärka tillförlitligheten.

Författarna var medvetna om att en del av artiklarna i bakgrunden publicerades för många år sedan och även berörde andra länder än Sverige. Författarna fann inte önskvärd mängd relevant material till studien, vilket producerades senare, därav inkluderades det äldre materialet med avseende av dess relevans.

Slutsats

Då familjen ses som en helhet påverkas samtliga medlemmar när ett barn plötsligt dör. Även om sjuksköterskor inte ingår i familjeenheten berörs även hon av de onormala omständigheterna plötsliga dödsfall av barn innebär. Hur personligt påverkade sjuksköterskor blir, baseras på tidigare erfarenheter av plötslig död. Situationen medför ett stresspåslag och försvåras av föräldrars reaktioner.

Copingstrategier förekommer undermedvetet hos sjuksköterskor. Tillämpade copingstrategier utgörs av agerande utifrån professionen, att våga vara närvarande i händelseförloppet och att acceptera händelsen. Stödet söks akut bland kollegor och främjar bearbetning av händelsen.

Praktiska träningstillfällen rörande akuta situationer förekommer på akutmottagningar medan specifika övningstillfällen rörande plötsliga dödsfall saknas. Sjuksköterskor önskar vidare utbildning i känslomässig hantering för att skapa copingstrategier och underlätta det fortsatta arbetet.

Fortsatta studier

Då få studier berör sjuksköterskors upplevelser om plötslig död av barn anser författarna att vidare studier bör genomföras inom detta ämne. Det vore även önskvärt om studien utförs på fler akutmottagningar för att upptäcka en skiljaktighet beträffande upplevelser och hantering hos sjuksköterskor. Intressant vore att studera på vilket sätt känslomässig hantering upplevs vid plötslig död på medicinska vårdavdelningar, där situationen inte nödvändigtvis behöver vara akut.

Klinisk tillämpbarhet

Stöd efter oväntade dödsfall av barn söks i kollegor och erhålls bland annat genom debriefingmöten där samtliga utgör en pusselbit i en gemensam bearbetning av händelsen. Det är därför av relevans att samtliga vilka närvarat under ett plötsligt dödsfall delger sina upplevelser.

För att effektivisera sjuksköterskors arbete, anser författarna att det är lämpligt att utbildning rörande känslomässig hantering efter plötslig och oväntad död av barn erbjuds på akutmottagningen. Det medför således en förberedelse inför plötslig död.

Förberedelserna underlättar och effektiviserar det fortsatta arbetet och ökar även medvetenheten inför andra kommande stressfulla situationer. Erbjudet stöd i känslomässig hantering leder till främjat fortsatt omhändertagande av patienter. Då dödsfall inte enbart förekommer på akutmottagningar, anses resultatet tillämpligt även inom andra verksamheter inom hälso- och sjukvården.

REFERENSER

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: Predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 1317-1328. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 49(2), 1411-1422. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och Hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health an illness*. Manlo Park, Calif: Addison-Wesley.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (Red.). (2012). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara: om coping*. Stockholm: Värkstaden.

Brysiewicz, P. (2005). The lived experiences of health professionals confronting the sudden death of clients in Level I Emergency Departments in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 28(5), 37-43.

Brysiewicz, P. (2008). The lived experience of losing a loved one to a sudden death in ZwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 224-31. doi: [10.1111/j.1365-2702.2007.01972.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01972.x)

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling samt Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner*. Stockholm: Natur och kultur.

Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I L. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-174). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I L. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Det sociala nätverkets stöd vid plötslig död: När livet måste gå vidare*. Lund: Studentlitteratur.

Folkman, S. (2011). *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping*. Oxford University Press, Inc.

Folkman, S., & Lazarus, S.-R. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, Inc.

Fossum, B. (Red.). (2012). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rogers, S., & Domain, E. W. (2010). Craeating curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x>

Gillham, B. (2011). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I L. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

James, J. W., & Friedman, R. (2008). *Sorgbearbetning: Ett handlingsprogram för känslomässig läkning vid dödsfall, separationer och andra förluster*. Stockholm: Svenska institutet för sorgbearbetning.

Jiang, R. S., Chou, C. C., & Tsai, P. L. (2006). The Grief Reactions of Nursing Students Related to the Sudden Death of a Classmate. *Journal of Nursing Research*, 14(4), 279-284.

Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B., & Rushton, C. (2010). Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatric Nursing*, 36(4), 185-189.

Kent, B., Anderson, N. E., & Owens, R. G. (2012). Nurses' early experiences with patient death: The results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (10), 1255-1265. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.005>

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

Kleinknecht-Dolf, M., Frei, I. A., Spichiger, E., M., Müller, M., Martin, J. S., & Spirig, R. (2015). Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. *Nursing Ethics*, 22(1): 77-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014534875>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lamba, S., Nagurka R., Offin, M., & Scott S. R. (2015). Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in an emergency medicine clerkship. *The western journal of emergency medicine*, 16(2), 344-352. doi: 10.5811/westjem.2015.1.24147

Lennér Axelson, B. (2010). *Förluster: Om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur och kultur.

Levertown, M. (2004). Breaking bad news in the emergency department: When seconds count. *Topics in Emergency Medicine*, 26(1), 35-43.

Li, S. P., Chan, C. W. H., & Lee, D. T. F. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of advanced nursing*, 40(2), 170-180. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02359.x

Loos, T. M., Willets G. A. P., & Kempe, A. E. (2014). A sudden death on clinical placement: A student's perspective of nurse grief. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 47(1/2), 190-196. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2014.47.1-2.190>

Lundgren, B. (2006). *Oväntad död: Förväntad sorg*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I L. Ganskär & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Naik, S. B. (2013). Death in the hospital: Breaking the bad news to the bereaved family. *Indian journal of critical care medicine*, 17(3), 178-181. doi: 10.4103/0972-5229.117067

Neely W. K., & Spitzer J.W. (1997). A model for a statewide critical incident stress (CIS) debriefing program for emergency services personnel. *Prehospital & disaster medicine*, 12(2): 43-8.

NOBAB, Nordisk Nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård. (u.å.). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso-och sjukvård. Göteborg: NOBAB. Hämtad från <http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/nynobabstandards.pdf>.

Patterson, D. M., Geis, L. G., Falcone, A. R., Lemaster, T., & Wears, L. R. (2013). In situ simulation: Detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Quality & Safety*, 22(6): 468-477. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000942>

Rejnö, Å., Danielson, E., & Von Post, I. (2013). The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(1), 123-130. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01011.x

SFS 1987:269. *Lag om kriterier för bestämmande av människans död*. Hämtad 9 mars, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1987269-om-kriterier-fo_sfs-1987-269/

- SOSFS 2015:10. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9833/2005-10-10_2005_10.pdf
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2013). *Dödsorsaker 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013augusti/farrebarnavlidertillfoljdavolyckor>
- Socialstyrelsen. (2015). *Ordlista för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/ordlista>
- Tennlind, A. (2007). *Statistisk över skador bland barn i Sverige: Avsiktliga och oavsiktliga*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tennlind, A. (2011). *Skador bland barn i Sverige: Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiv handling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- The American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians & Emergency Nurses Association. (2014). Death of a child in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 64(1), 102-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.05.010>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed: Vetenskapsrådets rapportserie*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wender, E. (2012). Supporting the Family After the Death of a Child. *Official journal of the american academy of pediatrics*, 130(6), 1164 -1169. doi: 10.1542/peds.2012-2772
- Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, M. J. (2002). Familjefokuserad omvårdnad: Föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom. Lund: Studentlitteratur.

Youngblood, A. Q., Zinkan, J. L., Tofil, N. M., & White, M. L. (2012). Academic Education. Multidisciplinary Simulation in Pediatric Critical Care: The Death of a Child. *Critical care nurse*, 32(3), 55-61. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012499>

BILAGA A

Stockholm 2015-03-20

Till avdelningschef/verksamhetschef

Vi heter Emma Beijbom och Linn Kjell och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors upplevelse när ett barn dör plötsligt/oväntat på en akutmottagning vars syfte är att undersöka sjuksköterskors förhållningssätt och copingstrategier vid sådan händelse. Vi har valt en kvalitativ metod med intervjuteknik för att få en djupare förståelse kring detta. Vi kommer att skriva arbetet f.r.o.m vecka 10 t.o.m vecka 17. Om möjlighet finns, ser vi gärna att intervjuerna pågår under vecka 12-13. Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra studien vid akutmottagningen på xx.

Om du godkänner att studien genomförs vid akutmottagningen på xx, är vi tacksamma för ett svar via mail. Vänligen returnera bifogad bilaga. Om du känner dig tveksam till att studien genomförs vid xx akutmottagning är vi tacksamma för besked om detta. Har du ytterligare frågor rörande undersökningen är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Emma Beijbom

Telefon: XXX-XXX XX XX

E-post: emma.bejbom@stud.shh.se

Linn Kjell

Telefon: XXX-XXX XX XX

E-post: linn.kjell@stud.shh.se

Handledare: Britten Jansson

Telefon: XX- XXX XX XX

Jag godkänner härmed att EMMA BEIJBOM och LINN KJELL får utföra studien
PLÖTSLIG OCH OVÄNTAD DÖD AV BARN PÅ AKUTMOTTAGNING på kliniken
under tidsperioden MARS-APRIL 2015.

Ort, datum

Namn, Verksamhetschef

Telefon

Adressat
Akutmottagningen

Intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser när barn dör plötsligt på en akutmottagning

Vi heter Emma Beijbom och Linn Kjell och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors upplevelse av när ett barn dör plötsligt på en akutmottagning. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor som väljs utifrån följande kriterier: ska ha erfarit plötslig död av barn under ett arbetspass, där plötslig död innebär att ett barn oförberett avlider relaterat till sjukdomsfall eller trauma.

Sjuksköterskors arbetsuppgifter är utmanande då hon både ska ge stöd till familjer, ge klinisk vård och samtidigt ställas inför andliga- och etiska frågor.

Att få vara med om att barn dör är någonting som medför känslomässiga, kulturella och rättsliga utmaningar för sjuksköterskor.

Det är dock inte alltid möjligt att arbetet blir tillfredsställande för sjuksköterskor av den krävande arbetssituationen sjuksköterskor befinner sig i när en patient plötslig dör, däremot innebär ofta tidigare erfarenheter av plötslig död att man kan bemästra situationen bättre. Det har visat sig att om man tidigare har upplevt ett dödsfall av en patient har man tidigare copingstrategier att ta till.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser när ett barn plötsligt dör på en akutmottagning.

Studien skall redogöra för hur sjuksköterskors arbete påverkas av plötslig död av barn, vilka copingstrategier som finns hos sjuksköterskor, vilka stödinsatser som finns att tillgå samt deras förslag på förbättringsåtgärder.

Vår studie bygger på en induktiv deskriptiv design där kvalitativa intervjuer kommer att utföras.

Vår studie går efter de forskningsetiska huvudkraven:

- Vi är skyldiga att informera de medverkande om forskningen.
- Det är frivilligt att ingå i studien.
- Integriteten och identiteten ska skyddas och inte komma i obehörigas händer. Alla som medverkar kommer därför att vara anonyma i studien.
- All insamlad data kommer endast att användas i detta forskningssyfte.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

Emma Beijbom & Linn Kjell

Telefon:

Emma: XXX- XXX XX XX

Linn: XXX- XXX XX XX

E-postadress:

Emma: emma.bejbom@stud.shh.se

Linn: linn.kjell@stud.shh.se

Handledare: Britten Jansson

Telefon: XX- XXX XX XX

INTERVJUGUIDE

Författarna presenterar studien kort. Beskrivning av begreppen *plötslig död* och *barn*.

Syftet med denna intervjustudie var att beskriva sjuksköterskors upplevelse vid plötslig död av barn på en akutmottagning.

Genomgång av de fyra forskningsetiska huvudkraven:

- Informationskravet
- Samtyckeskravet
- Konfidentialitetskravet
- Nyttjandekravet

Godkännande av inspelning av samtal.

Intervjufrågor

Personliga erfarenheter

1. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska på barnakutmottagningen?
2. Vad har du för utbildning inom sjuksköterskeyrket?
3. Hur många plötsliga dödsfall av barn har du varit med om?
4. Hur var din upplevelse kring det första plötsliga dödsfallet av ett barn som du var med om?
5. Om sjuksköterskan upplevt fler än ett dödsfall: Hur ser din upplevelse ut generellt kring plötsligt dödsfall av barn på akutmottagning?
6. Upplever du dig ha distans/inte bli för personligt påverkad till/av plötsliga dödsfall av ett barn på akutmottagning?*
- Om ja: Hur upplever du det då?
- Om nej: Beskriv varför?

Coping/hantering

7. Hur förberedd i din hantering skulle du säga att du kände dig inför ditt första plötsliga dödsfall av ett barn?
- På vilket sätt?
8. Hur skulle du beskriva dina copingstrategier/ditt sätt att hantera situationen när ett barn plötsligt dör under ditt arbetspass?
9. Upplever du att du har tillräckligt med copingstrategier för att hantera plötsligt dödsfall av barn på akutmottagning?
- Om ja: Beskriv hur?
- Om nej: Varför inte?
10. Hur upplever du att plötsligt dödsfall av barn påverkar dig praktiskt i yrkesrollen?
11. Hur upplever du att plötsligt dödsfall av barn på akutmottagning påverkar din yrkesroll känslomässigt?

Resurser på Arbetsplats

12. Vad finns det för riktlinjer som rör hjälp och stöd för sjuksköterskan efter ett plötsligt dödsfall av barn på din arbetsplats?
- Om stöd finns: Följdes stödet upp?

13. Vad fick du för hjälp på arbetsplatsen när du upplevde plötsligt dödsfall av barn?
14. Har ni debriefingmöten efter att ett plötsligt dödsfall av barn har skett?
- Om nej: vem vänder du dig till då?
 - Om ja: Hur är debriefingmötena utformade?
 - Upplever du att du har nytta av dessa?
 - Om ja: På vilket sätt?
 - Om nej: Varför inte?
15. Har du fått någon teoretisk utbildning på din arbetsplats angående plötslig död av barn?
- Om ja: vad gick utbildningen ut på?
 - Hur tror du att utbildningen har påverkat dina copingstrategier?
 - Vad fick du ut av utbildningen?
 - Om nej: Hur tror du att dina copingstrategier hade påverkats om du hade fått en utbildning?
16. Har ni haft något praktiskt träningstillfälle på arbetsplatsen för att vara förberedda inför mötet med plötslig död av barn på akutmottagning?
- Om ja: Hur tycker du att det har påverkat din hantering av plötsligt dödsfall av barn?
 - Om nej: Hur tror du att det har påverkat dina copingstrategier om ni hade haft ett praktiskt träningstillfälle?

Övrigt

17. Hur upplever du dina copingstrategier nu jämfört med när du var med om ditt första plötsliga dödsfall av ett barn?
- Har de förändrats?
 - Om ja :På vilket sätt?
 - Om nej: Varför tror du att det är så?
18. Är du nöjd med stödet som har erbjudits dig på din arbetsplats vid plötsligt dödsfall av barn?
- Om nej: Varför inte?
 - Om ja: På vilket sätt?
19. Är det praktiska eller känslomässiga stödet viktigast för dig?
- På vilket sätt?
20. Vad tycker du kan förbättras gällande stödåtgärder för sjuksköterskan?
21. Vill du tillägga något?
- Hur kändes det att prata om de här händelserna i efterhand? **

* Förtydligad efter pilotintervju

** Användes ej i studiesyfte