



Formidling av dødsbudskap prehospitalt

Betydningen av opplæring for ambulanspersonellets
opplevelse av å overlevere dødsbudskap prehospitalt

Kandidatnummer: 20, 34
Emnekode: PARA3900
Emnenavn: Bacheloroppgave
Studieprogram: Bachelorstudium i paramedisin
Antall ord: 9648
Innleveringsfrist: 03.06.2022

Sammendrag

Bakgrunn

Omtrent 7500 personer dør utenfor sykehus i Norge hvert år, og i flere tilfeller er det ambulanspersonell som må formidle dødsbudskap til etterlatte på stedet. Med denne oppgaven ønsker vi å undersøke om opplæring i dødsbudskap kan bedre opplevelsen for ambulanspersonell når de står i en slik posisjon.

Metode

I denne oppgaven benytter vi litteraturstudie som metode, der vi har utført et grundig søk i anerkjente databaser for å finne relevante artikler. Litteraturstudien tar utgangspunkt i fire forskningsartikler som vil belyse problemstillingen.

Resultater

Funnene i de fire studiene viser at ambulanspersonell får lite eller ingen opplæring i formidling av dødsbudskap, til tross for at de ønsker mer opplæring. Videre viser funnene at opplæring innenfor temaet kan gjøre ambulanspersonell mer kompetent og gi økt selvtillit og forberedelse ved overlevering av dødsbudskap, samt redusere jobbrelatert utbrenthet.

Konklusjon

Resultatene sett i sammenheng med teori, tyder på at opplæring reduserer stress og bedrer ambulanspersonell sin opplevelse av å overlevere dødsbudskap. Likevel er det per dags dato for lite forskning på temaet til å trekke en sikker konklusjon, og det er et stort behov for videre forskning på temaet.

Summary

Background

Each year approximately 7,500 people die outside of hospitals in Norway, and in several cases, it is ambulance personnel who must convey the notification of death to survivors. With this bachelor thesis, we want to investigate whether death notification education can improve the ambulance personnel's experience when they are put in such positions.

Method

The method for this thesis is literature study. We have performed a search in reputable databases to find relevant articles. The literature study is based on four research articles that will shed light on our research question.

Results

The findings in the four studies show that ambulance personnel receive little or no training in communication death notifications, despite wanting more training. The findings also show that education within this topic can increase ambulance personnel's competency, confidence and preparedness when delivering a death notification, as well as reduce work related burnout.

Conclusion

The results seen in context of existing literature, points towards education as stress reducing and as an important factor for improving ambulance personnel's experiences of communicating death notifications. Nevertheless, as of today there is not enough existing research on the topic to draw a definite conclusion, and there is a great need for further research on the subject.

Innholdsliste

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Hensikten med studien	1
1.3 Problemstilling og avgrensinger	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 TEORI	5
2.1 Ambulansepersonell og dødsbudskap	5
2.1.1 Aktuelle situasjoner	5
2.1.2 Å gi budskapet	5
2.1.3 Å motta budskapet	6
2.2 Stress	7
2.2.1 Fysiologiske responser	8
2.2.2 Konsekvenser	8
2.2.3 Stressreducerende tiltak	8
2.3 Eksisterende kunnskap	9
2.3.1 Prosedyrer	9
2.3.2 Pensum	9
2.3.3 Faglitteratur om dødsbudskap	10
2.4 Oppsummering	13
3.0 METODE	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Strukturert litteratursøk	14
3.2.1 PICO skjema	14
3.2.2 Søkeord og databaser	15
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier i søket	17
3.2.4 Søkeprosess ved strukturert søk	17
3.3 Ustrukturert søk	18
3.4 Kildekritikk og kvalitetssikring	18
3.4.1 Metodiske styrker og svakheter	18
3.5 Forskningsetikk og juridiske aspekter	20
4.0 RESULTATER OG FUNN	21
4.1 Begreper	21
4.1.1 P-verdi	21
4.1.2 OR	21

4.1.3	CI	21
4.2	<i>Temaer</i>	22
4.2.1	Ambulansepersonell og dødsbudskap	22
4.2.2	Betydning av opplæring	24
4.2.3	Hvilken type opplæring	25
4.3	<i>Litteraturmatrise</i>	26
5.0	DISKUSJON	30
5.1	<i>Ambulansepersonell og dødsbudskap</i>	30
5.2	<i>Betydning av opplæring</i>	31
5.3	<i>Hvilken type opplæring</i>	32
5.4	<i>Svakheter ved oppgaven</i>	33
6.0	KONKLUSJON	35
	Litteraturliste	36
	Vedlegg	40
	<i>Vedlegg 1: Flytskjema</i>	
	<i>Vedlegg 2: Søkehistorikk</i>	
	<i>Vedlegg 3: Sjekkliste hentet fra helsebiblioteket</i>	
	<i>Vedlegg 4: GRIEV_ING</i>	

1.0 Introduksjon

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Er det én ting som er sikkert i livet, så er det at vi alle skal dø. Hvert år dør omtrent 7500 personer utenfor sykehus (Bjørshol et al., 2018, s. 5). Ved dødsfall utenfor helseinstitusjon eller hjem er melding til etterlatte et politiansvar, men i mange sammenhenger vil dødsbudskapet til etterlatte bli gitt av en lege eller annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2016, s. 62).

Overlevering av dødsbudskap er en påkjenning for budbringeren og krever kunnskap og ferdigheter (Stabrun, 2014, s. 37). I vårt arbeid som ambulanspersonell har vi selv kjent på stresset og en følelse av utilstrekkelighet ved overlevering av dødsbudskap til etterlatte. Det har vært ubehagelige situasjoner hvor vi i ettertid sitter igjen med en dårlig følelse. Vi er usikre på om vi har gjort det vi skulle, eller om vi kan ha gjort situasjonen verre for de etterlatte. Dette stresset og usikkerheten fører til en dårlig opplevelse, i stedet for en mestingsopplevelse. Vi ønsker å sette søkelyset på overlevering av dødsbudskap, fordi vi selv synes det har vært for lite fokus på temaet under utdanningen. Vi har også hørt fra andre ambulanspersonell at det er lite eller ingen opplæring på temaet fra arbeidsgivere. For å utvikle ferdighet til å ivareta pårørende, oss selv og hverandre, trenger man kompetanse, trening og utvikling av profesjonelle holdninger (Stabrun, 2014, s. 14).

1.2 Hensikten med studien

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke betydningen av opplæring til ambulanspersonell i å gi dødsbudskap prehospitalt. Vi vil se på hva de inkluderte studiene og relevant faglitteratur sier om ambulanspersonell, dødsbudskap og opplæring. Med det ønsker vi å skape en større forståelse av hvordan ambulanspersonell påvirkes av situasjoner der de må overlevere dødsbudskap, og om opplæring kan føre til en bedre opplevelse av situasjonen. Vår antakelse er at opplæring innenfor temaet kan gi ambulanspersonell en bedre opplevelse av formidling av dødsbudskap både før, under og etter formidlingen. Vi ønsker å bidra til økt diskusjon rundt temaet, og håper på en bevisstgjøring og utvikling i fagfeltet, som igjen kan bidra til endringer i måten ambulanspersonell får opplæring i dødsbudskap og eventuelle prosedyrer tilknyttet dette.

1.3 Problemstilling og avgrensninger

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å sette søkelys på ambulanspersonellens opplevelser og erfaringer når de gir dødsbudskap, ikke etterlatte som mottar dødsbudskapet. Etterlatte sine opplevelser i slike situasjoner vil derfor ikke være i fokus med mindre det er relevant for å belyse den valgte problemstillingen. Denne avgrensningen er basert på at det finnes lite forskning på etterlattes opplevelser, og at problemstillingen ville bli stor til å svare godt på i en bacheloroppgave. På bakgrunn av hensikten og avgrensningen, har vi kommet frem til følgende problemstilling:

«Betydningen av opplæring for ambulanspersonellens opplevelse av å overlevere dødsbudskap prehospitalt».

Med forskningsspørsmålet; *«Blir det en bedre opplevelse for ambulanspersonell å overlevere dødsbudskap dersom de har fått opplæring i det, og i så fall hvilken type opplæring?».*

1.4 Begrepsavklaring

I oppgaven benytter vi flere begreper, og de defineres på følgende måte:

Vi vil benytte begrepet *ambulanspersonell* som et samlet begrep, som inkluderer de som har bachelor på universitetsnivå, de som er autorisert med fagbrev og sykepleiere med utsjekk til prehospitalt arbeid. De engelske ordene *EMT (Emergency Medical Technician)* og *paramedic* vil også bli oversatt til og omtalt som *ambulanspersonell* i denne oppgaven. Betegnelsen *ALS (Advanced Life Support)* brukes om ambulanspersonell utdannet på avansert nivå, og betegnelsen *BLS (Basic Life Support)* brukes om ambulanspersonell utdannet på basisnivå (Campos et al., 2021, s. 540).

Med *prehospitalt* mener vi det akuttmedisinske som skjer utenfor sykehus, kalles ofte sykehusets forlengede arm, og omhandler i hovedsak ambulansen og ambulanspersonell. (Nordby, 2014, s. 20).

Dødsbudskap handler om å formidle til andre at en eller fler av deres nærmeste har omkommet (Dyregrov, 2008, s. 31). Begrepet *budbringer* vil også brukes, og anvendes om den som bringer dødsbudskapet.

Begrepet *etterlatte* brukes om «*de som lever videre når en av deres nærmeste dør.*» (Skants, 2014, s. 212).

Rammede brukes om mennesker som rammes av kriser eller katastrofer. Det kan blant annet være pårørende, overlevende eller etterlatte, som eventuelt vil ha bruk for psykososial hjelp (Helsedirektoratet, 2016, s. 15).

Pårørende innebærer alle nærstående personer i pasientens liv som vil kunne være berørt av det som har skjedd med pasienten. Den nærmeste pårørende vil være den personen pasienten har oppgitt selv (Helsedirektoratet, 2016, s. 15).

Med *stress* menes «*en psykologisk reaksjon som inntreffer når en persons evne til å mestre en belastning overskrides*» (Skants, 2014, s. 213).

Med *død* og *sikker død* mener vi at det er sikre tegn på at personen har total ødeleggelse av hjernen, med et opphør av funksjoner i hele hjernen som er irreversibelt, der også en total og varig stans av hjertefunksjon og respirasjon har inntruffet (Rognum, 2022).

Vi bruker begrepet *opplæring* om tiltak som er ment for å øke kompetansen og ferdighetene til ambulanspersonellet.

Med *trening* mener vi strukturert øving på ferdigheter og egenskaper (Bryhn, 2020).

Med *bedre opplevelse* mener vi i denne oppgaven det som kan gjøre en opplevelse av en situasjon mindre psykisk belastende for den som utfører det.

Psykisk belastning brukes om langvarige belastninger som gir utslag i psykiske helseplager som angst, depresjon og nervøsitet, som gir dårligere mental helse hos personen (Samdal et al., 2017, s. 8).

Begrepet *mestring* handler om «*strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger og følger av slike påkjenninger.*» (Eide et al., 2017, s. 48).

Med *utbrenthet* mener vi «*en psykologisk tilstand hos personer som over lengre tid har opplevd stor arbeidsbelastning som har overskredet trivselsnivået og medført økende følelsesmessig press og slitasje*» (Malt, 2021).

2.0 Teori

Vi har valgt å presentere faglitteratur som er relevant for å belyse vår problemstilling i et eget teorikapittel, og dermed danne det faglige grunnlaget vi skal diskutere resultatet opp mot. Vi vil først belyse i hvilke situasjoner det er aktuelt for ambulanspersonell å formidle dødsbudskap, og om hvordan det ifølge faglitteraturen oppleves å være budbringer, og for etterlatte å motta budskapet. Deretter vil vi ta for oss stress, hvordan det påvirker kroppen og hvordan det kan reduseres. Til slutt i teoridelen vil vi belyse eksisterende kunnskap rundt temaet, der prosedyrer, pensum og kunnskap om overlevering av dødsbudskap kommer frem.

2.1 Ambulanspersonell og dødsbudskap

2.1.1 Aktuelle situasjoner

Stabrun (2014) skriver at i situasjoner hvor etterlatte er til stede der den døde befinner seg vil det være politi, ambulansetjenestens lege eller ambulanspersonell som informerer de etterlatte (s. 14). I mange tilfeller er verken politi eller lege til stede når pasienten dør, og det blir dermed ambulanspersonellet sitt ansvar å informere de tilstedeværende etterlatte. Dette er som oftest når man velger å ikke starte hjerte- og lungeredning (HLR) på grunn av skader som ikke er forenelig med liv eller sikre tegn på død, eller når man avslutter påstartet HLR etter gjeldene helseforetak sine kriterier for å avslutte HLR. Dette kan for eksempel være situasjoner der pasienten har omkommet i en ulykke, begått selvmord eller fått hjertestans.

For å beskytte rettssikkerheten i det norske samfunn og samtidig ta vare på de etterlattes behov for assistanse, er dødsbudskap et offentlig oppdrag og et profesjonelt ansvar (Stabrun, 2014, s. 36). Hjelp- og omsorgsyrker, som blant annet ambulansetjenesten er, får sin yrkesetiske begrunnelse både i nærhetsetikken, som omhandler direkte møter med andre mennesker og at mennesker er avhengig av hverandre, og i samfunnsoppdraget som blir gitt gjennom profesjonen deres (Stabrun, 2014, s. 35). «Å meddele dødsbud er ikke en egen yrkesrolle, det er en oppgave, en funksjon som flere profesjoner ivaretar.» (Stabrun, 2014, s. 37).

2.1.2 Å gi budskapet

Å overbringe et dødsbudskap kan være en utfordring. «Det er tungt å tåle andres fortvilelse og dype smerte, og samtidig oppleve egen hjelpeløshet.» (Stabrun, 2014, s. 120).

I en kvalitativ studie av Douglas et al. (2012) som undersøker ambulanspersonell sine erfaringer ved dødsbudskap kom det fram at flere ambulanspersonell var usikre på hvilken rolle de hadde når det gjaldt dødsbudskap, der det sies; «*I didn't know whether it was my place to tell him or not.*» (s. 534). Videre uttrykker deltagerne at dødsfall som var traumatisk, uventet, kunne forebygges eller involverte barn, la til ekstra stress når de da skulle formidle dødsbudskap, og at de etterlattes reaksjoner kan gi enda flere utfordringer (Douglas et al., 2012, s. 536). Deltagerne snakket også om at de har doble roller som ambulanspersonell, der de først har en klinisk rolle for pasienten, men raskt må skifte til en støttende rolle for de pårørende når de avslutter resuscitering, og flere ambulanspersonell synes skiftet i roller er utfordrende (Douglas et al., 2012, s. 535-536). Douglas et al. (2012) skriver også at flere ambulanspersonell uttrykte følelser som hjelpeløshet, ubehag og pinlighet ved formidling av dødsbudskap (s. 534).

«*Sterke inntrykk tidlig i tjenesten og slitasje etter de mange møtene med mennesker rammet av store tap – får profesjonelle yrkesutøvere til å spørre hva arbeidet gjør med oss.*» (Stabrun, 2014, s. 120).

2.1.3 Å motta budskapet

Det er ikke lett å få beskjed om at en av dine nærmeste er død. «*Budskapet er brutalt og endelig for mottakeren*» (Stabrun, 2014, s. 82). I boken *Omsorg i kriser* (Skants, 2014) skriver Skants (2014) at etterlatte vil få ulike reaksjoner når de får dødsbudskapet, og generelt trenger de etterlatte tid til å ta slike vanskelige budskap innover seg, og går inn i psykisk sjokk. De kan høre det du sier uten at de egentlig skjønner, og sterke reaksjoner kommer som regel senere (s. 121). Reaksjoner som kan oppstå ved akutte hendelser, blant annet når en etterlatt får beskjed om at deres nærmeste er død, er delt inn i 4 ulike faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Skants, 2014, s. 181-182). Når det er situasjoner med pårørende kan man legge til en ekstra fase, kalt usikkerhetsfasen, som er fasen før de vet noe om hva som har skjedd, og ledsages av fantasier, engstelser, og det å prøve å samle informasjon og finne svar (Skants, 2014, s. 182).

I en studie gjort av Jurkovich et al. (2000) har de forsket på hva pårørende synes er viktig ved dødsbudskap når de har mistet sine nærmeste. Studien er gjort på intensivavdelinger og

akuttmottak, og de pårørende har svart at det viktigste var hvor klar beskjeden var, budbringerens holdninger, det å kunne få dødsbudskapet uten forstyrrelser, samt kunnskap hos budbærer til å svare på eventuelle spørsmål (Jurkovich et al., 2000, s. 867).

Uavhengig av hvordan vi går frem når vi skal overlevere et dødsbudskap, vil det kunne være en traumatiserende erfaring for pårørende, og i etterkant forteller mange at situasjonen da de mottok dødsbudskapet, har festet seg i minnet deres (Dyregrov, 2008, s. 36-37). Dyregrov (2008) skriver at dersom situasjonen er håndtert på en dårlig måte, kan den gi vedvarende smerte, eller huskes med fortvilelse og elendighet. Det er ikke nødvendigvis selve budskapet som virker traumatiserende, men hvordan det formidles (s. 37).

2.2 Stress

(2014) skriver at en verdi vi mennesker setter høyt er å ha kontroll, både i arbeidslivet og i privatlivet. Likevel liker vi også utfordringer, og det å gå utenfor vår egen komfortsone er noe vi gjør med jevne intervaller (s. 20). Skants (2014) skriver videre at balansen mellom det å ha utfordringer som plasserer oss utenfor komfortsonen, og det å ha kontroll, er på mange måter hva livet består av. Det å miste kontrollen og å føle at en er under så stor grad av press at det kjennes belastende eller ubehagelig, kalles stress (s. 20).

Det engelske ordet «stress» betyr *belastning* eller *påkjennning* (Myhrer, 2018, s. 43). Hvilke situasjoner man opplever som utfordringer, eller hvor stressende en opplever det å for eksempel overlevere et dødsbudskap, varierer og henger sammen med det at vi som individer er ulike i hvordan vi mestrer belastninger (Myhrer, 2018, s. 43).

Ansatte i operative yrker vil med sikkerhet møte perioder der de opplever stress, og mange assosierer stress med noe negativt, hvor de føler tap av kontroll og usikkerhet (Myhrer, 2018, s. 43). Likevel ser man også at stress kan være noe positivt. Noen assosierer begrepet stress med at de presterer optimalt i en situasjon (Eid & Harris, 2018, s. 143). En optimal stressreaksjon er et område mellom for lav stressreaksjon og for høy stressreaksjon, der optimal stressreaksjon gir god prestasjonsevne (Eid & Harris, 2018, s. 148).

2.2.1 Fysiologiske responser

Aktivering av det sympatiske nervesystemet oppstår i som regel situasjoner der vi føler ekstra påkjenninger, som stress, for å kunne regulere reservene i kroppen vår (Myhrer, 2018, s. 42). Når dette systemet aktiveres, ser vi det i fysiske responser. Utskilling av adrenalin i kroppen fører til at vi begynner å svette, det øker hjertefrekvensen og prioriterer å sende blod til skjelettmuskulatur, hjertet og hjernen, mens blodforsyning til fordøyelsesorganer og huden reduseres (Myhrer, 2018, s. 42). Psykiske påkjenninger kan derfor fort lede til kroppslige symptomer, og vedvarende stress, altså langvarig psykisk belastning, kan lede til at det både i kroppen og hjernen vår skjer en vevsødeleggelse (Myhrer, 2018, s. 43).

2.2.2 Konsekvenser

Eid og Harris (2018) skriver at arbeidsrelatert stress, kombinert med familiære og sosiale problemer, kan medføre at et individ etter hvert mister motivasjonen til å jobbe og føler seg utslitt, som kalles utbrenthet. Denne utbrentheten er et resultat av vedvarende belastninger i privatlivet og på arbeidsplassen (s. 151). Det viser seg også at dersom dyr går inn i konfliktsituasjoner de ikke mestrer, utvikler de hjerteinfarkt, svikt i immunsystemet, eller magesår, og det antas at de samme reaksjonene kan forekomme hos mennesker i situasjoner de ikke kan mestre (Myhrer, 2018, s. 44). «*Dersom forventningene om å kunne mestre er høye og selve mestringsutførelsen er dårlig, kan dette lett føre til helseplager*» (Myhrer, 2018, s. 44).

2.2.3 Stressreducerende tiltak

«Trening (drilling) på aktuelle situasjoner som kan oppstå i operative yrker, vil kunne bidra til å holde aktiveringen på et lavere nivå slik at god ytelse også er mulig i svært krevende situasjoner.» (Eid & Harris, 2018, s. 148).

Å tenke klart under stress krever øvelse. Øvelser bidrar til at vi kan gjenkjenne ulike sider ved oss selv, og trene på handlingsmønstre som er gode hjelpemidler når øvelse blir til virkelighet (Skants, 2014, s. 59). Eid og Harris (2018) skriver at å være trent og forberedt på å møte belastninger også kan lede til mindre tap av kontroll, da man kan bruke tillærte teknikker for å adaptere nivået av aktivering på stressreaksjonen på basis av situasjon. Dette er en ressurs for psyken som kan gi mer rom for rasjonelle beslutninger, tilstedeværelse og forståelse i situasjonen (s. 149). «*Den som er forberedt reagerer raskere når noe skjer, har en bedre*

tilnærming til oppgavene som må løses, og håndterer det de har vært med på bedre i etterkant.» (Skants, 2014, s. 58).

En teori som Eid og Harris (2018) benytter, Cognitive Activation Theory of Stress (CATS), viser hvordan tidligere tanker og erfaringer har en effekt på stressreaksjonen, og om den belastningen personellet får leder til sykdom, eller om belastningen kan gjenkjennes som en treningstilstand som gjør dem mer herdet til å gå inn i slike situasjoner senere (s. 144). *«Dersom vi gjentatte ganger utsetter oss for belastninger som vi mestrer, vil vi tilpasse oss og lære. Dette er positivt stress – eller belastninger som bidrar til økt motivasjon og vekst.»* (Eid & Harris, 2018, s. 152). Skants (2014) skriver at en sentral del av trening vil være personlig forberedelse, som blant annet innebærer å trene på ferdigheter en vil få bruk for, og øvelser i mest mulig reelle situasjoner (s. 59). For å forberede oss mot stress er trening og erfaring uten tvil to essensielle faktorer (Skants, 2014, s. 59).

2.3 Eksisterende kunnskap

2.3.1 Prosedyrer

Tiltaksboken Ambulanse (Oslo Universitetssykehus HF, 2017) i Bliksund utviklet av Oslo Universitetssykehus helseforetak har en prosedyre for prehospital avslutning av HLR og hva en skal gjøre når HLR er avsluttet. Der står det blant annet: *«Personellet skal ivareta psykisk omsorg for eventuelle pårørende og kan være behjelpelige med å kontakte familie og/eller begravelsesbyrå»* (Oslo Universitetssykehus HF, 2017). Prosedyren sier derimot ikke noe om *hvordan* vi skal overlevere dødsbudskap prehospitalt.

I tilsvarende tiltaksbok utviklet av Vestfold-Telemark helseforetak, står det i prosedyren at *«Det er ikke påkrevd at ambulanspersonellet blir på stedet inntil lege har ankommet»*. Det står også at overlevering av dødsbudskap til etterlatte er en politioppgave (Sykehuset Telemark HF, 2019).

2.3.2 Pensum

Utdanningsløpet for bachelorstudier i helse- og sosialfag i Norge inneholder spesifikke fag, men også noen fellesfag som alle skal igjennom. Dette er «kommunikasjon og etikk» på første året, og «kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og konflikthåndtering» på tredje året, og det er i disse fagene de vanskelige samtalene kommer inn i pensum (Stabrun, 2014, s. 37).

Gjennom sistnevnte fag på bachelorutdanningen vi går på – bachelor i prehospitalt arbeid ved Oslo Metropolitan University – hadde vi én forelesning med en politiprest som snakket om formidling av dødsbudskap, og boken *Bud bærer* (Stabrun, 2014) på pensumlisten. Vi hadde ingen simulering, rollespill eller gruppearbeid tilknyttet dødsbudskap. I tillegg til fagene har vi gjennom studietiden praksisperioder i ambulansen. Praksis kan gi oss praktiske ferdigheter og utførelse av oppgaver med en erfaren, utdannet veileder (Stabrun, 2014, s. 38).

2.3.3 Faglitteratur om dødsbudskap

Vi finner lite faglitteratur om dødsbudskap som spesifikt omhandler det prehospitale eller har hovedfokus på ambulanspersonell. Ettersom det å gi dødsbudskap i andre yrker og situasjoner har flere likheter til å gjøre det prehospitalt, har vi valgt å inkludere faglitteratur som finnes på temaet fra politi, prester og helsepersonell, og presenterer de viktigste punktene under.

«Det finnes ingen standardløsning på å formidle et dødsbudskap. Enhver situasjon vil kreve at det som gjøres, tilpasses til den enkelte etterlatte eller etterlattes familie, til dødsfallet som har skjedd, og til de omstendigheter som dødsfallet må overbringes under» (Dyregrov, 2008, s. 47). Stabrun (2014) skriver at kompetansen rundt dødsbudskap avhenger av yrket vi hører til, men at den er bygget på fellesfaglige holdninger, og at det er disse kvalitetene som er viktige i samtalene ved brå død (s. 37). For å meddele dødsbud kreves kunnskap, innsikt og ferdigheter (Stabrun, 2014, s. 37).

Bennett et al. (1992) påpeker i prosedyren *In person – In time* viktigheten ved å tilstrebe å være to personer som går med dødsbudskap. Det begrunnes i mulige reaksjoner hos pårørende, og fordi påkjenningen ved slike oppdrag gjør det viktig for budbringerne å ha støtte og noen å snakke med (s. 3). Dette støttes av Dyregrov (2008, s. 47) og Stabrun (2014, s. 62-63).

Forberedelse

Et gjengående tema i litteraturen er forberedelse før oppdraget, både i form av mental forberedelse og innsamling av informasjon. Stabrun (2014) skriver at det er viktig at vi er innforstått med hvor viktig oppgaven er, og at vi er forberedt på å være nær den redsel og fortvilelse som oppstår hos etterlatte (s. 19). Faglitteraturen lister opp informasjon som er

viktig å få tak i, hvor gjengående spørsmål er: Hvem er død? Når, hva og hvor skjedde det? Hvilken situasjon kan budbringer forvente? (Dyregrov, 2008, s. 37; Skants, 2014, s. 121-122; Stabrun, 2014, s. 73). Dyregrov (2008) skriver også at det er en fordel om de livreddende tiltakene som ble gjort, hvis det ble gjort noe, også er noe budbringer har kunnskap om (s. 38).

Samtalen

Personlig, i tide

Budskapet skal ikke gis før vi er sikre på identiteten til den avdøde, poengterer Bennett et al. (1992), der det videre påpekes at hurtig formidling av dødsbudskapet er viktig, og at en alltid skal etterstrebe å gi budskapet personlig, og unngå å gjøre det over telefon (s. 2). Dette er noe som også understrekes av Dyregrov (2008, s. 33) og Stabrun (2014, s. 61).

Personlig og direkte

«Med enkle ord, presist og uten omskrivninger, meddeles dødsbudskapet» (Stabrun, 2014, s. 87). Budbringeren skal introdusere seg selv og si navnet på den avdøde, snakke sakte og gi detaljer som er tilgjengelige (Bennett et al., 1992, s. 3-4). Dødsbudskapet skal ikke omskrives eller pakkes inn, det skal være tydelig og klart hva som har skjedd og hvem det gjelder (Dyregrov, 2008, s. 36; 2018, s. 97; Skants, 2014, s. 121; Stabrun, 2014, s. 54). Å si «sovnet inn» eller «gått bort» kan skape forvirring hos både barn og voksne, som igjen kan medføre større påkjenninger (Stabrun, 2014, s. 54).

Med empati uten trøst

Situasjonen krever at budbringeren er personlig tilstede, har selvinnsikt og empati, tar i bruk fagkunnskap og livserfaring, og tilpasser alt dette til den spesifikke situasjonen man står i (Stabrun, 2014, s. 44-45). Å sikre omsorgsfulle rammer ved å gi fysisk omsorg, rolige omgivelser, nærhet og varme, er viktig psykologisk førstehjelp ved dødsbudskap (Dyregrov, 2008, s. 40-41). Det er viktig å akseptere både etterlattes og sine egne følelser, der det å felle en tåre er bedre enn å fremstå som en følelsesløs budbringer (Bennett et al., 1992, s. 4). Samtalen er første skritt for etterlatte på å forstå hva som har skjedd, og vi må anerkjenne deres smerte (Stabrun, 2014, s. 87-88). Budbringeren skal ikke bli løsningsorientert, men ha mot til å være de rammede uten å kunne lindre smertene (Stabrun, 2014, s. 47), og unngå fraser som «tiden vil hjelpe» eller «det vil nok gå bra» (Dyregrov, 2018, s. 97). Det er ikke

mange trøstende ord som etterlatte finner hjelpsomme, men det er alltid passende å si «jeg kondolerer» (Bennett et al., 1992, s. 4).

Barn

Barn kan også være etterlatte. Ved å inkludere barn når man gir dødsbudskap får man en kontroll over informasjonen barnet mottar, og barnet får en mulighet til å stille og få svar på spørsmål (Dyregrov, 2008, s. 45-46). Ved barn, som voksne, skal budskapet være sant og direkte. Bruk språk som er enkelt, og gi informasjon i øyehøyde. Forklar det som er relevant og forsikre deg om at barnet forstår det som blir sagt. Det er viktig at barnet har voksne omsorgspersoner til stedet (Dyregrov, 2008, s. 45).

Reaksjoner

Å motta et dødsbudskap er en usedvanlig krevende situasjon, det rammer hardt, og sjokkreaksjonene som medfølger kan arte seg på mange måter (Stabrun, 2014, s. 77-78). Reaksjonene, som nærmere beskrevet i delkapittelet *2.1.3 Å motta budskapet* på side 6-7, er som oftest helt ufarlige (Dyregrov, 2008, s. 39), og ofte blir mottakeren bedøvet i starten, da et vanskelig budskap krever tid å forstå (Skants, 2014, s. 121). Man skal ikke umyndiggjøre etterlatte eller ta noe ansvar fra dem, men gi hjelp til selvhjelp, som innebærer å akseptere og ikke umiddelbart dempe reaksjonen (Stabrun, 2014, s. 82).

Akkurat som voksne reagerer barn på forskjellige måter når de mottar et dødsbudskap, forskjellen er at barn lettere går ut og inn av sorg (Stabrun, 2014, s. 110). Hvis barnet begynner å leke, kan man berolige foreldre med at det er normal reaksjon (Dyregrov, 2008, s. 45-46).

Etter samtalen

Det å sikre tidlig støtte fra familie og venner er viktig ved psykologisk førstehjelp (Dyregrov, 2008, s. 40-41). Selv om det kan føles godt å praktisk hjelpe de etterlatte, enten det er å kontakte begravelsesbyrå eller ringe familie og venner, skal dette først skje dersom de etterlatte ikke klarer det selv. For etterlatte kan slike aktiviteter være en mestringsstrategi, vi må derfor ikke frarøve dem muligheten (Dyregrov, 2008, s. 41). Det kan i noen tilfeller være på sin plass å orientere om eller kontakte kommunale tilbud om krisestøtte, andre fagpersoner,

eller representanter fra tros- eller livssynssamfunn, og blir bistand tilkalt skal man bli hos de etterlatte til noen andre har tatt over (Stabrun, 2014, s. 82-83).

Måten man håndterer den døde, huskes av de etterlatte (Dyregrov, 2008, s. 44). Hvis de etterlatte vil se kroppen med en gang, bør det tillattes (Bennett et al., 1992, s. 5). Å se den døde kalles syning, og er en måte for de etterlatte å forstå tapet (Skants, 2014, s. 122). Syning skal være ønsket og etterlatte skal være godt forberedt. Skader og forandringer skal beskrives, og større skader tildekkes (Stabrun, 2014, s. 93). Det er påkrevd med en rettslig obduksjon ved mange uventede dødsfall, og dette er noe etterlatte bør forberedes på (Dyregrov, 2008, s. 44). Hvis man har lovet de etterlatte noe, enten det er telefonsamtale eller annet, må dette følges opp (Skants, 2014, s. 122).

2.4 Oppsummering

Som faglitteraturen viser er det ikke uvanlig at ambulanspersonell er de som må overlevere dødsbudskap til etterlatte. Når vi da ser på hva teorien sier om hvordan ambulanspersonell opplever å gi budskapet, og hvor viktig det er for etterlatte hvordan budskapet gis, er det viktig å undersøke hvilke tiltak hva man kan gjøre for at ambulanspersonellet får en bedre opplevelse. Det er det vi ønsker å gjøre med problemstillingen vår: «betydningen av opplæring for ambulanspersonellets opplevelse av å overlevere dødsbudskap prehospitalt».

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

«Metode er den strukturerte fremgangen man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2019, s. 74). I denne bacheloroppgaven brukes litteraturstudie som metode. Et litteraturstudie er en egnet metode for å belyse problemstillingen vår, da det er en forklaring av kunnskap som allerede finnes, og en analyse av utvalgte studier som eksisterer innen et bestemt fagområde (Thidemann, 2019, s. 79-80).

«Et godt utført litteratursøk er en viktig del av kunnskapsbasert praksis» (Kirkehei & Ormstad, 2013, s. 141). Vi vil i hovedsak utføre strukturerte søk etter forskningslitteratur, da et strukturert litteratursøk er «*planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart*» (Thidemann, 2019, s. 82). Likevel kan det være en fordel å supplere det strukturerte søket med andre metoder. Disse metodene kan blant annet være tips fra eksperter i faget eller å gå igjennom referanselistene i relevante studier (Kirkehei & Ormstad, 2013, s. 141). Vi vil derfor også gjøre ustrukturerte søk.

3.2 Strukturert litteratursøk

3.2.1 PICO skjema

Når vi skal gjøre et godt litteratursøk er det viktig å gjøre det vi lurer på, altså problemstillingen og forskningsspørsmålet, presist og tydelig. Et godt hjelpemiddel for å klargjøre spørsmålet for litteratursøk er PICO (Helsebiblioteket, 2016a). Ved at vi benytter oss av PICO rammeverket, hjelper det oss å presisere spørsmålet vi ønsker svar på, single ut søkeord som er viktige for søket vårt, samtidig som det hjelper oss å tydeliggjøre hva vi vil ha med og ikke ha med i søket (Thidemann, 2019, s. 82).

Bokstavene i et PICO-skjema beskriver faktorer som ofte brukes ved kliniske spørsmål:

- Patient/Problem (P); hvilket problem eller hvilken populasjon handler det om?
- Intervention (I); hvilken intervensjon eller hvilket tiltak ønsker du å vurdere?
- Comparison (C); hva sammenlignes tiltaket eller intervensjonen med?
- Outcome (O); hva er det med tiltaket eller intervensjonen vi ønsker å vurdere eller oppnå?

(Nortvedt et al., 2021, s. 38; Thidemann, 2019, s. 83).

Vi har valgt å bruke *PIO-modellen*, en modifisert versjon av PICO hvor vi har fjernet «Comparison», da det ikke er relevant for vår problemstilling.

Tabell 1: PIO-skjema

Patient/Problem	Paramedisinere som må overlevere dødsbudskap til etterlatte ved brå død prehospitalt.
Intervention	Opplæring/øke kompetansen i å overlevere dødsbudskap
Outcome	Lettere/bedre opplevelse ved overlevering av dødsbudskap

3.2.2 Søkeord og databaser

Databaser

For å finne relevant litteratur i det strukturerte søket har vi valgt databasene CINAHL, Medline og PsycINFO. Medline inneholder helsefaglig forskningslitteratur fra internasjonale tidsskrifter og er mye brukt av helsepersonell. CINAHL inneholder forskningslitteratur, noen bøker og andre publikasjoner innen sykepleie og tilgrensende fag. PsycINFO er en referansedatabase for litteratur innen psykologi.

Søkeord

Når vi skal søke har vi valgt å bruke emneord, som er standardiserte ord i databasene som beskriver innholdet i publikasjonene, og tekstord, som er ord fra titler, fra sammendrag, og stikkord forfatteren har lagt inn selv (Thidemann, 2019, s. 86). De ulike databasene vi bruker har egne emneordsystemer; Medline bruker Medical Subject Headings (MeSH), CINAHL bruker CINAHL subjekt headings, en modifisert utgave av MeSH for sykepleiefaglige emner, og PsycINFO bruker PsycINFO Thesaurus (Thidemann, 2019, s. 86).

De standardiserte emneordsystemene finnes på engelsk, «og kobler begrepsdefinisjoner, nærliggende begreper og synonymer» (Legemiddelaktuell, 2018). For å finne riktige søkeord på engelsk har vi brukt «MeSH på norsk og engelsk» via Helsebiblioteket, Wikipedia, Ordnett.no, Google Translate, og vurdert ulike synonymer, stavemåter og uttrykksformer av ordene. Vi har for eksempel inkludert både ambulansarbeider og ambulanspersonell. Vi har

også brukt søketeknikken trunkering, som vil si at vi erstatter slutten av et ord med et tegn for å søke på stammen av ordet, og dermed alle endinger av ordet (Nortvedt et al., 2021, s. 66).

I databasene blir studier merket, som vil si at studiene etter hvert blir tillagt standardiserte emneord som tilsvarer det studien handler om, slik at vi får treff på dem når vi søker i en database. For å ikke gå glipp av studier som ikke er merket, har vi også søkt på emneordene som vanlige tekstord i teksten. Vi har valgt å sette opp et søkeskjema, basert på PIO-skjemaet, for å strukturere søket ved å koble og organisere søkeordene, og dermed fått en strukturert strategi for søket som gir større mulighet for relevante treff (Thidemann, 2019, s. 87). Vi har valgt å ikke ha med «Outcome», da vi ikke ønsker å avgrense søket til kun det utfallet vi er interessert i. Etter å ha valgt ut de engelske søkeordene, kombinerte vi de med kombinasjonsordene *AND* og *OR* for å rette søket direkte mot vår problemstilling (Nortvedt et al., 2021, s. 65) vist i søkeskjema, tabell 2.

Tabell 2: Søkeskjema

	Norske ord	Engelske søkeord	
Patient	Paramedisiner Ambulansearbeider Ambulansepersonell	Emergency Medical Technicians/ Paramedics# Paramedic* Ambulance worker* Emergency Medical Technician*	OR
AND			
Problem	Dødsbudskap	Death	OR
	Dødsvarsling	AND	
	Dødsmelding	Message* Communicat* Notif*	
AND			
Intervention	Utdanning Opplæring Trening	Education/# Learning/# Education	OR

		Learning Training	
* = trunkering / = MeSH/CINAHL subject headings term # = PsycINFO Thesaurus			

3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier i søket

Vi vil definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for oppgaven vår, som bidrar til å gjøre litteratursøket tydeligere, og begrenser antall treff ut ifra det vi ønsker å finne av litteratur (Thidemann, 2019, s. 83). Vi har avgrenset søket til å inneholde studier som er fagfelleverdert. «*Fagfellevurdering er en akademisk bedømming av en forskningsartikkel hvor artikkelen blir vurdert og godkjent av to eller tre upartiske, anonyme eksperter innenfor fagfeltet*» (Utdanningsforskning.no, 2016). Artikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter går igjennom en fagfellevurdering (Dalland, 2012, s. 78), og alle artikler publisert i Medline og PsycINFO er fagfelleverdert. I CINAHL avgrenset vi det i søkemonitoren. Vi har også avgrenset søket til studier som er publisert de siste 10 årene (2012-2022), fordi vi ønsker forskning fra nyere tid slik at det er relevant og overførbart til oss i dag, og som er utgitt på enten norsk, svensk, dansk eller engelsk.

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier i søket	Eksklusjonskriterier i søket
<i>Fagfelleverdert</i>	<i>Når publisert</i>
Ja	Eldre enn 10 år
<i>Språk</i>	
Engelsk, norsk, svensk og dansk	

3.2.4 Søkeprosess ved strukturert søk

Da vi var fornøyde med utvalgte databaser, søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, utførte vi søk i databasene i tidsperioden 2.april – 28. april. Vi fikk totalt 42 treff i utvalgte databaser. Vi utførte så en manuell inkludering- og ekskluderingsprosess. Først fjernet vi duplikater og leste overskrifter. I studiene vi fant overskriften relevant for problemstillingen leste vi abstraktet. Her ble flere studier ekskludert da de ikke omhandlet temaet vårt. Vi leste

deretter hele studien og vurderte relevansen til vår problemstilling, og inkluderte til slutt 4 studier fra det strukturerte søket. Vi har begge vært med på alle stegene i prosessen, fra utvelgelse av søkeord til lesing og utvelgelse av studier. Se flytskjema i vedlegg 1 for utvelgelsesoversikt, og vedlegg 2 for søkehistorikk.

3.3 Ustrukturert søk

Flere studier blir aldri utgitt i vanlige publiseringskanaler, og blir dermed ikke registrert i databasene (Kirkehei & Ormstad, 2013, s. 144). For å ikke gå glipp av relevant litteratur, og for å belyse problemstillingen vår på en tilfredsstillende måte, har vi valgt å gjøre ustrukturerte søk i tillegg. Ved å kontakte fagfolk, gå gjennom referanselistene til alle de valgte studiene, og søke i Google Scholar og Up to date, fant vi ingen studier som falt innenfor kriteriene våre. De relevante studiene vi fant var eldre enn 10 år, og vi har derfor valgt å ikke ta dem med. Noen av artiklene og faglitteraturen vi oppdaget gjennom ustrukturert søk, er tatt med som faglig grunnlag til teori og diskusjon i oppgaven.

3.4 Kildekritikk og kvalitetssikring

Formålet med kritisk vurdering av kildene vi har brukt, er å forsikre oss om at kildene eger seg til belysning av vår problemstilling, slik at leseren skal kunne forstå refleksjoner vi har gjort rundt gyldigheten og relevansen av litteraturen vi presenterer (Dalland, 2012, s. 72-73). I denne oppgaven har vi kun inkludert nyere studier som er publisert i anerkjente tidsskrifter og er fagfellevurdert.

Vi har kvalitetssikret og kritisk vurdert de fire studiene vi har valgt å inkludere for å belyse problemstillingen vår ved å bruke sjekklister for kvalitative studier, tverrsnittstudier, kohortstudier og oversiktsartikler hentet fra Helsebiblioteket (2016b), se vedlegg 3. Vi fant ingen sjekklister for intervensjonsstudier for studien til Hobgood et al. (2013), og brukte derfor sjekklisten for kohortstudie da den var mest passende. Studiene er vurdert til å være utført på en tilfredsstillende måte, og vi anser dem som egnet til å belyse vår problemstilling.

3.4.1 Metodiske styrker og svakheter

Selv om vi har brukt mye tid på framgangsmåte og valg av studier, med hensyn til kvalitet og relevans på kildene, er det ulike aspekter ved metoden vår som kan diskuteres og som leseren

bør gjøres oppmerksom på. Vi har begrenset problemstillingen vår til det prehospitalt med fokus på paramedisinen. Dette, sammen med eksklusjonskriteriet på publiseringsdato og at studien skal være skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk snevrer inn forskningslitteraturen betraktelig. Vi kan derfor ha gått glipp av relevant forskning utgitt tidligere eller på andre språk.

Vi har heller ingen garanti, til tross for en grundig søkeprosess, at de søkeordene vi har brukt har ført til at alle relevante studier har blitt fanget opp og vurdert. For å redusere sjansen for at viktig forskningslitteratur faller utenfor med de søkeordene og eksklusjons- og inklusjonskriteriene vi har satt i det strukturerte søket, eller som ikke er publisert på de tradisjonelle publiseringskanalene, har vi derfor også gjort ustrukturerte søk.

Vi har i hovedsak brukt primærkilder, for å sikre oss mot å ta til oss andre forfatteres eventuelle feiltolkninger (Dalland, 2012, s. 87), men i teori- og diskusjonsdelen er flere av kildene våre sekundærkilder, som kan medføre tolkninger fra forfatterne. Det vil også være en risiko for fortolkning når vi selv presenterer resultatene fra de fire studiene vi har inkludert i denne oppgaven. De inkluderte studiene er alle fra prehospital setting i vestlige samfunn med godt utviklede helsevesen. Selv om organiseringen rundt ambulansetjenestene vil variere, og det er kulturelle forskjeller også i vestlige samfunn, anser vi resultatene som sammenlignbare med norsk modell.

En styrke ved litteraturstudien vår er at vi benytter en oversiktsartikkel og flere forskjellige typer enkeltstudier, som gjør at vi kan belyse problemstillingen vår fra flere vinkler. «*Oversiktsartikler gir en oversikt eller sammenfatning av forskningslitteratur om et bestemt emne*» (Nortvedt et al., 2021, s. 206), noe vi ser på som en styrke da det gir en oversikt over flere studier som har belyst temaet vi er interessert i. Samtidig er oversiktsartikler sekundærstudier, som betyr at de inneholder tolkning av andres arbeid, som igjen kan medføre eventuelle feiltolkninger hos forfatteren, da data fra eksisterende primærstudier analyseres på nytt (Dalland, 2012, s. 79). De resterende tre studiene er enkeltstudier. «*Enkeltstudier dekker resultater fra ett enkelt forskningsprosjekt*» (Nortvedt et al., 2021, s. 54) og ligger nederst på kunnskapspyramiden (s. 48-49). Alle inkluderte studier vil bli nøyere presentert i resultatkapittelet.

Vi ønsker også å gjøre leseren oppmerksom på at enkeltstudiet Campos et al. (2021) er inkludert i oversiktsartikkelen Somers (2021), likevel har vi valgt å ha den med på bakgrunn av at det er funn vi ønsker å presentere fra denne studien som ikke kommer frem i oversiktsartikkelen.

3.5 Forskningsetikk og juridiske aspekter

«Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre» (Dalland, 2012, s. 96). Det omhandler også å sikre troverdighet av forskningsresultater, og forskningen må unngå at det å tilegne innsikt eller kunnskap i temaet ikke belaster deltagerne eller utsetter de for skade (Dalland, 2012, s. 96). Helsinkideklarasjonen skriver at man ved forskning skal samle inn informert samtykke fra alle deltagere, og at forskningen skal være godkjent på forhånd av en etisk komité (World Medical Association, 2018).

Vi forutsetter at studier som er gjennomført og godkjent av universiteter, og som er godkjent og publisert i en database der artiklene er fagfelleurdert (Dalland, 2012, s. 78), er gjennomført under etiske retningslinjer. Enkeltstudiene vi har inkludert i denne oppgaven har studert ambulanspersonell som jobber prehospitalt. Vi legger til grunn at ambulanspersonell er profesjonelle aktører, og ikke kan regnes som sårbare grupper i forskningen. Det betyr ikke at ambulanspersonell ikke blir berørt eller utfordret av situasjoner som innebærer død og dødsbudskap, men det går utenfor omfanget av denne oppgaven å gå inn på dette i detalj.

4.0 Resultater og funn

I dette kapittelet av oppgaven vil vi ta for oss resultatene i hver enkelt studie vi har inkludert fra litteratursøket. Disse presenteres her uten å gjøre noen tolkninger, vurderinger og diskusjoner (Thidemann, 2019, s. 106). Vi har valgt å fremstille resultatene tematisk etter felles temaer i de ulike studiene, både for å gi leseren bedre oversikt, og for å belyse problemstillingen vår på en tilfredsstillende måte. Der det er mulig vil vi presentere resultatene i tabeller (Thidemann, 2019, s. 108). For oversikt over studiene i kronologisk rekkefølge, er studiene avslutningsvis i dette kapittelet oppsummert i en litteratormatrise.

4.1 Begreper

4.1.1 P-verdi

P-verdi står for «*probability value*», og viser sannsynligheten for at den observerte sammenhengen eller forskjellen, skyldes tilfeldigheter eller kan stoles på (Johannessen et al., 2021, s. 410). Det brukes vanligvis p-verdi 0,05 som en grense for å vise om hypotesen er sannsynliggjort av de resultatene som er funnet gjennom studien, der p-verdi lik eller under grensen på 0,05 viser at resultatene er statistisk signifikant (Johannessen et al., 2021, s. 411; Nortvedt et al., 2021, s. 208).

4.1.2 OR

Odds ratio (OR) brukes innenfor statistisk forsøksmetode som forholdet mellom to ulike odds, der én odds er «*sannsynligheten for at en gitt hendelse skal inntreffe i forhold til sannsynligheten for at den ikke skal inntreffe*» (Braut & Grønmo, 2020).

4.1.3 CI

Konfidensintervall (CI) sier noe om graden av sikkerhet i resultatene, der en 95% konfidensintervall er vanlig å bruke i samfunnsforskning (Johannessen et al., 2021, s. 400). Dersom konfidensintervallet er på 95% betyr det at forskeren kan si at det er 95% sannsynlighet for at resultatene i studien er sikre (Johannessen et al., 2021, s. 401).

4.2 Temaer

4.2.1 Ambulansepersonell og dødsbudskap

Resultatene i Campos et al. (2021), en tversnittstudie som kartlegger ambulansepersonell sine opplevelser med dødsbudskap og sammenhengen mellom overlevering av dødsbudskap, trening og utbrenthet, viser at de fleste ambulansepersonell som er ALS (78%) og en tredjedel av de som er sertifisert på BLS (33%) rapporterte å ha levert minst ett dødsbudskap i løpet av de siste 12 månedene ($p < 0.001$), se tabell 4.

Resultatene viste også at å gi dødsbudskap er assosiert med økte odds for arbeidsrelatert utbrenthet. Ambulansepersonell som har gitt mellom 1-5 dødsbudskap det siste året hadde 36% større sannsynlighet, og de som hadde overlevert mer enn 5 dødsbudskap det siste året hadde 73% større sannsynlighet, for arbeidsrelatert utbrenthet. Begge grupper er sammenlignet med de som ikke hadde overlevert noen dødsbudskap det siste året, se tabell 5. Nesten halvparten, ALS (48%) og BLS (49%), rapporterte imidlertid ingen formell opplæring knyttet til denne oppgaven som en del av grunnutdanningen, og kun 44% av ALS og 30% av BLS rapporterte opplæring knyttet til dødsbudskap gjennom etterutdanning, se tabell 6.

Tabell 4: Antall dødsbudskap stratifisert etter EMS-sertifiseringsnivå (N=1,514)

	BLS n (%) n = 831	ALS n (%) n = 683	p-value
Voksne dødsbudskap de siste 12 månedene			<0.001
0	537 (67.5)	155 (23.3)	
1-5	233 (29.3)	257 (53.7)	
Mer enn 5	26 (3.3)	153 (23.0)	
<i>mangler, n</i>	35	18	

Tall hentet fra Table 1 (Campos et al., 2021, s. 542).

Tabell 5: Justerte* odds ratio for arbeidsrelatert utbrenthet blant ambulansepersonell, etter antall dødsbudskap levert de siste 12 månedene

	aOR* (95% CI)
Antall dødsbudskap levert de siste 12 månedene	
0	<i>Referent</i>
1-5	1.36 (1.03-1.80)

Mer enn 5	1.73 (1.16-2.60)
*Justert for: sertifiseringsnivå, års erfaring, byråtype og ukentlig oppdragsmengde.	

Tall hentet fra Table 4 (Campos et al., 2021, s. 544).

Tabell 6: Opplæring og instruksjoner i dødsbudskap stratifisert etter EMS-sertifiseringsnivå

	BLS n (%)	ALS n (%)	p-value
Mottok dødsbudskap-opplæring under initial EMS-utdanning	403 (50.6)	347 (52.0)	0.578
Mottok dødsbudskap-opplæring i etterutdanning	236 (29.6)	290 (43.5)	<0.001
Opplæring vil forbedre forberedelsene til å gi dødsbudskap	720 (91.0)	591 (89.4)	0.301

Tall hentet fra Table 2 (Campos et al., 2021, s. 543).

I Somers (2021), en oversiktsartikkel hvor forfatteren har sammenlignet systematiske oversikter, kvalitative og kvantitative studier og noe grå litteratur, er *utilstrekkelig forberedelse* identifisert som et nøkkeltema i flere av studiene. Litteraturen var konsistent på dette området, og fant at ambulanspersonell stort sett følte seg utilstrekkelig forberedt på døden i en profesjonell setting av sin utdanning. Dette inkluderer oppgaver som å overlevere dødsbudskap, håndtere pasientdødsfall og støtte de etterlatte.

Hobgood et al. (2013) har utført en intervensjonsstudie som undersøker om trening i å overlevere dødsbudskap ved hjelp av «GRIEV_ING» modellen forbedrer selvtillit, kompetanse og kommunikasjon. Resultatene viser at det ikke er noen forskjell i prestasjon hos ambulanspersonell basert på kjønn eller år i erfaring, når det kommer til kommunikasjon, kompetanse og selvtillit ved det å overlevere dødsbudskap.

Douglas et al. (2013) har gjort en kvalitativ studie for å undersøke ambulanspersonellens opplevelse og trening i dødsbudskap, der deltagerne er delt inn i fire fokusgrupper og uttrykker egne tanker og erfaringer. Et ambulanspersonell i denne studien uttrykte; «*Nobody ever taught us how to talk to people, what should be said, what shouldn't be said...*» (Douglas et al., 2013, s. 154). Flere ambulanspersonell i studien til Douglas et al. (2013) forteller at dødsbudskap er en stressende oppgave for dem. Forfatterne skriver at ambulanspersonellet

uttrykker usikkerhet angående hvordan de skal kommunisere et dødsbudskap tydelig nok, der en av deltagerne sier: «...we're saying...im sorry he's passed away, theres nothing else we can do, but not knowing how to say it properly...» (Douglas et al., 2013, s. 155). Forfatterne skriver videre at ambulanspersonell sier at det trengs mer trening og støtte når det gjelder dødsbudskap.

4.2.2 Betydning av opplæring

I studien til Campos et al. (2021) mente rundt 90% av respondentene at opplæring vil gi dem økt forberedelse i å overlevere et dødsbudskap, se tabell 6. Resultatene fra studien viser også at ambulanspersonell sine holdninger til å levere dødsbudskap varierer ut ifra om de har hatt tidligere opplæring. Å ha tidligere opplæring gjorde at ambulanspersonell følte seg mer komfortabel og forberedt når det gjaldt dødsbudskap, se tabell 7. Blant ambulanspersonell som leverte minst én døds melding i løpet av de siste 12 månedene, var opplæring i dødsbudskap i etterutdanning assosiert med en 29% reduksjon i oddsene for utbrenthet, mens opplæring gjennom initial utdanning ikke viste en statistisk signifikant reduksjon i oddsene for utbrenthet.

Tabell 7: Forberedelse til å gi dødsbudskap for respondenter med og uten opplæring i dødsbudskap stratifisert etter sertifiseringsnivå.

	Tidligere opplæring	Ingen tidligere opplæring	p-value
Forberedt på å gi dødsbudskap			
BLS	324 (67.8)	74 (23.6)	<0.001
ALS	388 (86.6)	120 (55.8)	<0.001
Komfortabel ved å gi dødsbudskap			
BLS	270 (56.4)	105 (33.3)	<0.001
ALS	324 (72.2)	128 (59.3)	0.001

Tall hentet fra Table 3 (Campos et al., 2021, s. 544).

I følge Somers (2021) viste både kvalitative og kvantitative studier at studenter som studerer for å bli ambulanspersonell ville ha nytte av et opplæringsprogram om død og dødsbudskap. Et slikt opplæringsprogram var også konsekvent assosiert med økt selvtillit i å gi

dødsbudskap og håndtere pasientdød for ambulanspersonell. Dette var hovedsakelig evaluert via kvantitative metoder.

I Hobgood et al. (2013) viser analysen av selvtillit en betydelig statistisk forbedring fra før og etter opplæring (67.3 vs. 78.7% respektivt, forskjell = 11.4%, 95% CI: 7.7-14.4%, $p < 0.0001$). Det var mest forbedring i komponentene *grunnleggende logistikk* og *organisatoriske funksjoner*; samle familien ($p = 0.0075$) og introdusere seg selv ($p = 0.0003$).

Ambulanspersonellet var også mer selvsikker på tre ferdigheter i *overføring av nøkkelinformasjon*: informere og opplyse familien om døden til en kjær ($p = 0.0143$), bekrefte at pasienten var død ($p = 0.0082$) og diskutere organdonasjon, begravellesbyrå og behandling av liket ($p = 0.0008$).

Analysen av kompetanse viser også en betydelig statistisk forbedring fra før og etter opplæring (62.8 vs. 76.7% respektivt, forskjell = 13.9%, 95% CI: 7.3-20.4%, $p < 0.0001$).

Ambulanspersonellet hadde noe forbedring på alle komponentene, likevel var det mest forbedring på klar introduksjon ($p = 0.009$), sikre at alle overlevende var til stede før overlevering av dødsbudskapet ($p = 0.0016$), bruke klart og tydelig språk, som «død» ($p = 0.0067$), unngå bruk av eufemismer ($p = 0.01$), gi korrekt kontaktinformasjon ($p = 0.02$) og klart identifisere pasienten ($p = 0.02$). Det var ingen endring i bruk av riktig språk eller å la pårørende respondere, det var 100% begge ganger.

Analysen av kommunikasjon viste ingen statistisk endring, da ambulanspersonellet skåret høyt på dette punktet både før og etter opplæringen.

Douglas et al. (2013) skriver at treningsprogrammer i overlevering av dødsbudskap kan forbedre ambulanspersonellens kunnskap og holdninger til dødsbudskap, og at obligatorisk opplæring for alle ambulanspersonell vil forberede dem på å gjøre det ute på oppdrag. Videre skriver forfatterne at dersom treningen ambulanspersonellet får, samsvarer med de utfordringene i overlevering av dødsbudskap som de møter i jobben, kan treningen redusere stresset som følger med denne oppgaven.

4.2.3 Hvilken type opplæring?

I studien til Campos et al. (2021) rapporterer ambulanspersonell at de har mottatt flere typer former for opplæring i dødsbudskap, hvor forelesning og diskusjon i klasserom er mest vanlig. Studien sier ingenting om effekten av de forskjellige typene opplæring. Resultatene

viser derimot, som beskrevet nærmere i underkapittelet 4.2.2 *Betydning av opplæring* på side 24, at det er reduksjon i oddsene for å bli utbrent hvis man har opplæringen i etterutdanning, i motsetning til opplæring under initial utdanning som ikke viser noen betydelig reduksjon.

Metodene for opplæring innen død og dødsbudskap varierte i litteraturen i studien til Somers (2021), men alle viste seg å være passende. Metodene ble ikke sammenlignet med andre opplæringsprogrammer om død og dødsbudskap. Noen av studiene diskuterte fordelene med simuleringer og repetisjon av dødsbudskap, håndtering av pasientdødsfall og avslutning av gjenopplivning. Opplæring som omhandler død og dødsbudskap for spesifikke pasientgrupper, som barn eller omsorg ved slutten av livet, viste seg å være effektive.

I Hobgood et al. (2013) ble GRIEV_ING (vedlegg 4), en strukturert metode som bruker en enkel mnemonikk, en huskeregel for å veilede rekkefølgen og innholdet i et dødsbudskap, brukt som intervensjon. Denne viste seg å øke både selvtillit og kompetanse hos ambulanspersonellet. Kommunikasjon var noe ambulanspersonellet allerede skåret høyt på, og den viste derfor ingen endring på dette punktet.

Ambulanspersonellet i fokusgruppene til Douglas et al. (2013) ønsker en person innenfor eget yrke til å undervise dem om dødsbudskap, noen som har stått i slike situasjoner selv, der en av deltagerne sier «*I want someone who's been there, who does this day-to-day*» (Douglas et al., 2013, s. 155). Ambulanspersonellet uttrykker selv at de kan tenke seg rollespill og diskusjoner i grupper som metoder for å lære hvordan de best mulig kan kommunisere et dødsbudskap. De påpeker også viktigheten av å lære å ta egne følelser og holdninger i betraktning når de møter død og skal overlevere dødsbudskap på jobb. Videre skriver forfatterne at ambulanspersonellet ønsker å lære om både det praktiske arbeidet, og det følelsesmessige rundt håndtering av død og overlevering av dødsbudskap.

4.3 Litteratormatrise

Nr.	Førsteforfatter, publiseringsår	Tittel	Hensikt	Inklusjon/ eksklusjon	Resultater	Kvalitet	Metode
1	Campos et al., 2021	The association of death	1) Beskrive ambulanspersonell sine	<i>Inklusjon:</i> Praktiserende, ikke-militære	Ambulanspersonell gir minst et	God	Tverrsnittstudie

	notification and related training with burnout among emergency medical services professionals .	erfaring og opplæring relatert til dødsbudskap blant voksne pasienter 2) Kartlegge forholdet mellom å gi dødsbudskap om en voksen prehospitalt, opplæring og arbeidsrelatert utbrenthet blant ambulanspersonell	profesjonelle med «EMT» eller høyere utdanning (paramedic). <i>Eksklusjon:</i> «Emergency medical responders» Militært ambulanspersonell Ikkepraktiserende Dødsbudskap når personer ≥18 år dør.	dødsbudskap hvert år, men kun halvparten har fått opplæring under utdanning og enda færre rapporterte etterutdanning. En stor del av de som hadde opplæring følte seg forberedt til å gi dødsbudskap i motsetning til de som ikke hadde fått opplæring. Jo flere dødsbudskap ambulanspersonellet ga, jo høyere odds hadde de for utbrenthet, i motsetning til de som ikke hadde overlevert dødsbudskap. Etterutdanning var assosiert med reduserte odds for utbrenthet, mens initial utdanning		
--	---	--	--	---	--	--

					ikke viste noen spesiell reduksjon i odds for utbredthet.		
2	Douglas et al., 2013	Death notification education for paramedics: past, present and future directions.	Å utforske ambulanspersonell sine erfaringer ved trening i overlevering av dødsbudskap.	<i>Inklusjon:</i> Paramedics fra både by og distrikt	Deltakerne rapporterte minimal trening i overlevering av dødsbudskap i utdanningsløpet, men har lært gjennom å observere andre.	Moderat	Kvalitativ metode
3	Hobgood et al., 2013	Death in the field: Teaching paramedics to deliver effective death notifications using the educational intervention "GRIEVING".	Å finne ut om modellen "GRIEVING", kan styrke selvtillit, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter hos ambulanspersonell.	<i>Inklusjon:</i> Lignende initial opplæring Sertifisert av staten North Carolina på EMT-paramedic nivå.	Selvtillit og kompetanse forbedret seg etter opplæring i bruk av «GRIEVING» modellen. Kommunikasjonsferdighetene var omtrent uforandret.	God	Intervensjonsstudie
4	Somers, A., 2021	Are paramedic graduates effectively prepared for death? A scoping review.	Går gjennom nyere forskning for å avgjøre kvaliteten og kvantiteten på ambulanspersonell sin opplæring rundt døden med forskningsspør	<i>Inklusjon:</i> 2016-2020 Engelskspråklig Fokus på prehospitale roller Fokus på dødsopplæring	Gjennom tematisk analyse ble 4 temaer identifisert: - Utilstrekkelig forberedelse - Metoder for opplæring - Økt selvtillit - Implikasjoner for mer forskning	God	Oversiktsartikkel

			<p>målet: «Er nyutdannede ambulanspersonell godt nok forberedt på døden?»»</p>	<p><i>Eksklusjon:</i></p> <p>Mangel på fokus dødsopplæring / trening</p> <p>Andre språk enn engelsk</p> <p>Ikke fokus på prehospital setting.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

5.0 Diskusjon

I introduksjonen definerte vi vår hensikt med oppgaven, og kom frem til problemstillingen «*Betydningen av opplæring for ambulanspersonellets opplevelse av å overlevere dødsbudskap prehospitalt*», med forskningsspørsmål om opplæring kan gjøre en forskjell i opplevelsen av overlevering av dødsbudskap for ambulanspersonell, og i så fall hvilken type opplæring. Vi har tidligere presentert relevant teori i teorikapittelet og funn fra studiene vi fant gjennom det strukturert søket i resultatkapittelet. I denne delen av oppgaven ønsker vi å sette disse kapitlene sammen, og diskutere funn i lys av teori og annen faglitteratur for å belyse problemstillingen vår. Vi har valgt å strukturere diskusjonskapittelet med en tematisk fremstilling på samme måte som i resultatkapittelet. Styrker, svakheter og etikk i dette kapittelet diskuteres der det er nødvendig.

5.1 Ambulanspersonell og dødsbudskap

Ambulanspersonell har tidligere uttrykt at dødsbudskap er en stressende oppgave og at de opplever følelser som pinlighet, ubehag og hjelpeløshet rundt formidlingen (Douglas et al., 2012, s. 534). Flere av deltagerne i Douglas et al. (2013) sier at de ønsker mer trening på temaet (s.156). Til tross for at ambulanspersonell ønsker trening, har nesten halvparten av deltagerne i studien til Campos et al. (2021) ikke hatt opplæring under initial utdanning, og enda færre rapporterte opplæring gjennom etterutdanning (s. 543). Dette støttes opp av et tidligere studie utført av Smith-Cumberland og Feldman (2006), som i et randomisert kontrollert forsøk viste at 89% av deltagende ambulanspersonell i studien ikke hadde noen form for formell opplæring i dødsbudskap (s. 92). Dette støttes også av Dyregrov (2008), hvor forfatteren poengterer at hans oppfatning er at de som får i oppgave å overlevere dødsbudskap, sjelden får noen form for strukturert trening på hvordan de kan utføre oppgaven på best mulig måte (s. 31). Stabrun (2014) påpeker at dødsbudskap er et offentlig oppdrag og et profesjonelt ansvar, «*Folk skal kunne forvente at profesjonelle som kommer til dem eller tar kontakt med dem, har forberedt seg på oppgaven.*» (s. 36-37). Det er dermed nærliggende å tenke seg at ambulanspersonell, som ikke får opplæring i å gi dødsbudskap, ikke møter de forventningene samfunnet har til dem.

Funnene i Somers (2021) hevder at ambulanspersonell ikke føler seg forberedt, at de føler seg utilstrekkelig, til formidling av dødsbudskap til etterlatte, og generelt til håndtering av

dødsfall (s. 412). Skants (2014) hevder at vi mennesker setter det å ha kontroll høyt, samtidig som vi liker utfordringer og å gå utenfor komfortsonen, men det å miste kontrollen i så stor grad at det kjennes belastende, kalles stress (s. 20). Det kan derfor argumenteres for at ambulansepersonell kjenner på tap av kontroll, og dermed stress, når de ikke føler seg forberedt ved dødsbudskap, noe Douglas et al. (2013) også poengterer i sin studie (s. 154). Eid og Harris (2018) skriver om arbeidsrelatert stress og hvordan det, ofte i kombinasjon med stress i privatlivet, kan gjøre så vi føler oss utslitt og mister motivasjon i arbeidslivet, som kalles utbrenthet (s. 151). I en av studiene fra vårt strukturerte søk hevder forfatterne at det å gi dødsbudskap er assosiert med økte odds for arbeidsrelatert utbrenthet, og at jo fler dødsbudskap en gir, jo større blir oddsene (Campos et al., 2021, s. 543). Det er derfor rimelig å tenke at vedvarende stress på arbeidsplassen har en sammenheng med arbeidsrelatert utbrenthet. Dette blir igjen støttet av Eid og Harris (2018), som skriver at stress som en følge av arbeidsmessige belastninger har vist seg å svekke menneskers immunsystem (s. 150), samt av Myhrer (2018), som hevder at «*dersom forventningene om å kunne mestre er høye og selve mestringsutførelsen er dårlig, kan dette lett føre til helseplager.*» (Myhrer, 2018, s. 44).

5.2 Betydning av opplæring

I studien *Death notification education for paramedics: Past, present, and future directions* konkluderer Douglas et al. (2013) at opplæringsprogrammer om dødsbudskap kan forbedre ambulansepersonellens holdninger til dødsbudskap, og redusere stresset tilknyttet å formidle dødsbudskap i jobbsammenheng (s. 158). Dette samsvarer med hvilken effekt opplæring hadde på ambulansepersonellet i de inkluderte studiene. Resultatene viser en forbedring når det gjelder både selvtillit, kompetanse og forberedelse (Campos et al., 2021; Hobgood et al., 2013; Somers, 2021). Videre viser resultatene i Campos et al. (2021) at blant ambulansepersonell som leverte minst ett dødsbudskap de siste 12 månedene, var trening i dødsbudskap i etterutdanning assosiert med nesten en tredjedel reduksjon i oddsene for utbrenthet (s. 544). Eid & Harris (2018) hevder at personer som er trent, og med det også forberedt på å møte belastninger, kan bruke teknikker de har tillært seg for å tilpasse nivået av aktivering på stressreaksjonen ut ifra situasjonen de er i (s. 149). Dette støttes av Skants (2014), som skriver at for å forberede oss mot stress, er trening og erfaring uten tvil to essensielle faktorer (s. 59). Samtidig viser funn fra en tidligere intervensjonsstudie at ambulansepersonellet som mottok trening i dødsbudskap, følte mer kontroll etter treningen sammenlignet med kontrollgruppen (Smith-Cumberland & Feldman, 2006, s. 93). I lys av

dette kan det argumenteres for at treningsprogrammer som omhandler dødsbudskap fører til mindre tap av kontroll, og reduserer stressnivå og risikoen for arbeidsrelatert utbrenthet, og det er dermed nærliggende å tro at opplevelsen blir bedre for ambulansepersonellet.

Vi har i problemstillingen avgrenset oss til ambulansepersonellets perspektiv, mye fordi det finnes få empiriske studier som undersøker hvordan etterlatte erfarer dødsbudskap (Dyregrov, 2008, s. 31). Å motta et dødsbudskap kan være en traumatiserende episode for pårørende, spesielt hvis situasjonen er håndtert på en dårlig måte (Dyregrov, 2008, s. 36-37). Det er ikke nødvendigvis selve dødsbudskapet som er traumatisk, men måten det er formidlet på (Dyregrov, 2008, s. 37). Jurkovich et al. (2000) skriver at det pårørende ser på som det viktigste ved et dødsbudskap er budbringerens holdninger, hvor klart dødsbudskapet er, å få det uten forstyrrelser og at budbærer har kunnskap til å svare på eventuelle spørsmål. Resultatene i Douglas et al. (2013) hevder at opplæring i dødsbudskap kan både forbedre ambulansepersonells holdninger og kunnskap til dødsbudskap, samt gjøre dem mer forberedt på å gjøre det i felten (s. 156). Dette støttes av funnene i de andre studiene som viser økt forberedelse, selvtillit og kompetanse etter opplæring (Campos et al., 2021; Hobgood et al., 2013; Somers, 2021). Eid og Harris (2018) skriver at trening og forberedelse kan føre til mindre tap av kontroll, som igjen kan gi mer tilstedeværelse og forståelse i situasjonen (s. 149). Hvis vi tar i utgangspunkt i at opplæringen baserer seg på hovedpunktene presentert i *2.3.3. Faglitteratur om dødsbudskap* på side 10-13; forberedelse, samtalen, reaksjoner og etter samtalen, er det nærliggende å tenke seg at opplæring i dødsbudskap også kan påvirke de etterlattes opplevelse. Dette er noe som bør forskes mer på, men som i praksis er vanskelig både på grunn av de ukontrollerbare faktorene prehospitalt, og på grunn av det etiske rundt å forske på etterlatte, en sårbar gruppe.

5.3 Hvilken type opplæring

Ingen av de inkluderte enkeltstudiene sammenligner de ulike metodene for opplæring. Campos et al. (2021) skriver at ambulansepersonell rapporterte at de hadde hatt forskjellige typer opplæring i dødsbudskap, og at forelesning og diskusjon var vanligst, men sier ingenting om effekten av de forskjellige opplæringsformene (s. 543). Somers (2021) skriver at alle former for opplæring innen død og dødsbudskap tatt med i oversiktsartikkelen viste seg å være passende leveringsmetoder, men at metodene ble ikke sammenlignet med hverandre (s. 410). Det er imidlertid noen funn som tyder på at visse metoder kan fungere bedre enn andre.

Blant annet viser resultatene i Campos et al. (2021) at det er en statistisk signifikant reduksjon i oddsene for å bli utbrent hvis man har opplæring om dødsbudskap i etterutdanning, i motsetning til opplæring under initial utdanning, som ikke viste noen signifikant reduksjon (s. 543-544). Med dette kan vi tenke at opplæring gjennom bachelorstudiet i paramedisin ikke vil hjelpe ambulanspersonellet like mye som opplæring når de har kommet ut i jobb.

Andre funn tyder på at opplæring i dødsbudskap bør tilpasses spesifikke grupper. Douglas et al. (2012) skriver at ambulanspersonell uttrykker at dødsfall som var traumatisk, uventet, kunne forebygges, involverte barn, det første dødsfallet eller en situasjon de relaterte til, la til ekstra stress ved kommunikasjon av dødsbudskap (s. 536). Etter sin analyse av ulike studier, skriver Somers (2021) at opplæring i dødsbudskap som tok for seg spesifikke pasientgrupper, for eksempel barn, eller omsorg ved slutten av livet viste seg å være effektiv (s. 149). Funnene i Hobgood et al. (2013) viser at strukturert metode som bruker en enkel mnemonikk hadde god effekt på selvtillit og kompetanse, men ingen endringer i kommunikasjon, hvor ambulanspersonellet allerede skåret høyt (s. 505). Ambulanspersonellet i fokusgruppene til Douglas et al. (2013) forteller at de ønsker noen innenfor deres eget yrke til å undervise gjennom rollespill og diskusjoner, og de ønsker å lære både om det praktiske og det følelsesmessige (s. 155). På bakgrunn av disse funnene kan det argumenteres for at det er flere typer metoder for opplæring i død og dødsbudskap som er effektive, men at det kreves mer forskning for å sammenligne de ulike metodene, og for å komme frem til hvilken type opplæring og hva den skal inneholde.

5.4 Svakheter ved oppgaven

Det er et gjennomgående tema i enkeltstudiene vi har valgt å bruke, bortsett fra studien til Campos et al. (2021), at studiene har få utvelgelseskriterier, og deltagere og forskeren/-e selv påpeker problemer med generalisering av resultatene. Generaliserbarhet handler om i hvilken grad resultatene fra forskningen kan overføres til andre forhold og kontekster (Johannessen et al., 2021, s. 258). Vi fant lite forskning på temaet dødsbudskap prehospitalt, og både Somers (2021, s. 410) og Campos et al. (2021, s. 546) skriver om behov for mer forskning.

Det er i ingen av de inkluderte studiene forsket på om det er forskjell på hvilke typer dødsfall det er gitt dødsbudskap på, eller, som nevnt tidligere, hvilken type opplæring som har best effekt. Mangel på kunnskap er en mulig årsak til at det mangler teori på dødsbudskap

spesifikt til ambulanspersonell. Det kan argumenteres for at behovet for spesifikk teori og opplæring til ambulanspersonell er viktig, fordi man ikke har den tiden til å forberede seg som eksisterende teori tilsier, da pårørende er til stede og man skal tilstrebe å gi budskapet raskt. Dette støttes av ambulanspersonell i Douglas et al. (2012, s. 535), som sier at den raskt skiftende rollen fra klinisk behandling for pasienten, til en emosjonelt støttende rolle til pårørende er utfordrende.

Det kreves også flere studier som setter kostnader opp mot gjennomførbarhet. Funnene vi har presentert i oppgaven tyder på at selv om det finnes lite forskning prehospitalt, bør ikke det være et hinder for implementering av opplæring av ambulanspersonell. Det er mye som tyder på at denne opplæringen er viktig både for ambulanspersonellet, og for etterlatte, i opplevelsen av å gi eller motta et dødsbudskap. Dette støttes av en av studiene analysert i Somers (2021), som argumenterte for at mangel på forskning rundt ambulanspersonells opplæring innenfor tema om død og dødsbudskap, ikke var til hinder for forandringer i tjenesten (s. 410).

6.0 Konklusjon

Hensikten vår med denne oppgaven var, som nærmere forklart i introduksjonen, å undersøke om opplæring innenfor temaet kan gi ambulanspersonell en bedre opplevelse av formidling av dødsbudskap både før, under og etter formidlingen. Resultatene fra de fire inkluderte studiene viser at det er lite opplæring i død og dødsbudskap hos ambulanspersonell, til tross for at det er ønsket. Ifølge funnene kan opplæring øke kompetanse, forberedelse og selvtillit hos ambulanspersonell, senke stresset, og redusere utbrenthet (Campos et al., 2021; Douglas et al., 2013; Hobgood et al., 2013; Somers, 2021). Når resultatene ses i sammenheng med relevant faglitteratur, er det nærliggende å tenke seg at opplæring reduserer stresset og bedrer opplevelsen av å gi dødsbudskap. Det er imidlertid for lite forskning på området til å kunne trekke en konklusjon, og det er, som påpekt i to av de inkluderte studiene (Campos et al., 2021, s. 546; Somers, 2021, s. 410), et stort behov for videre forskning.

Som tidligere nevnt i delkapittelet *3.5 forskningsetikk og juridiske aspekter* på side 20, ser vi på ambulanspersonell som profesjonelle aktører som ikke kan regnes som sårbare grupper i forskningen. Etterlatte er derimot en sårbar gruppe og vanskeligere å forske på. Dette fordi å forske på sårbare grupper gjør kravene til utforming, rekruttering, taushetsplikt, og vurdering av samtykkekompetanse og frivillighet mer skjerpet og strenge (NSD - Norsk senter for forskningsdata, u.å.). I tillegg er den prehospital settingen en vanskelig forskningsplattform på grunn av mange ukontrollerbare faktorer, noe som gjør at blant annet et randomisert kontrollert forsøk ikke er en egnet forskningsmetode. Det bør derfor heller satses på kvalitativ forskning med intervjuer, fordi man ønsker å få frem ambulanspersonellens eller etterlattes erfaringer og opplevelser i en gitt situasjon (Dalland, 2012, s. 140).

På grunn av entydige funn i de inkluderte studiene, og de etiske og praktiske barrierene ved å forske på effekten av opplæring i dødsbudskap prehospitalt, mener vi at lite prehospital forskning ikke burde være et hinder for å iverksette en form for opplæring i død og dødsbudskap for ambulanspersonell i helseforetakene.

Litteraturliste

- Bennett, D. T. L., State Medical Examiner, The Iowa Organization for Victim Assistance (IOVA), MADD/Polk County Chapter & Polk County Victim Services. (1992). «*In Person, In Time*» — *Recommended Procedures for Death Notification*. Crime Victim Assistance Division Iowa Department of Justice. https://irp-cdn.multiscreensite.com/ac5c0731/files/uploaded/in_person.pdf
- Bjørshol, C., Nordseth, T., Myklebust, H., Kramer-Johansen, J. & Steen, P. A. (2018). *Sammen redder vi liv - Faktagrunnlag*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sammen-redder-vi-liv-strategidokument/>
- Braut, G. S. & Grønmo, S. (2020). *odds ratio*. Store norske leksikon. Hentet 10. mai 2022 fra https://snl.no/odds_ratio
- Bryhn, R. (2020). *trening*. Store medisinske leksikon. Hentet 20. mai 2022 fra <https://sml.snl.no/trening>
- Campos, A., Ernest, E. V., Cash, R. E., Rivard, M. K., Panchal, A. R., Clemency, B. M., Swor, R. A. & Crowe, R. P. (2021). The Association of Death Notification and Related Training with Burnout among Emergency Medical Services Professionals. *Prehospital Emergency Care*, 25(4), 539-548. <https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1785599>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Douglas, L., Cheskes, S., Feldman, M. & Ratnapalan, S. (2012). Paramedics' experiences with death notification: a qualitative study. *Journal of Paramedic Practice*, 4(9), 533-539. <https://doi.org/10.12968/jpar.2012.4.9.533>
- Douglas, L., Cheskes, S., Feldman, M. & Ratnapalan, S. (2013). Death notification education for paramedics: Past, present, and future directions. *Journal of Paramedic Practice*, 5(3), 152-159. <https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104244944&site=ehost-live&scope=site>
- Dyregrov, A. (2008). Å gi dødsbudskap - rammer og fremgangsmåte. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis* (s. 31-48). Fagbokforl.
- Dyregrov, A. (2018). *Katastrofe psykologi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Eid, J. & Harris, A. (2018). Emosjoner, stress og mestring. I J. Eid & B. H. Johnsen (Red.), *Operativ psykologi* (3. utg., s. 137-169). Fagbokforlaget.

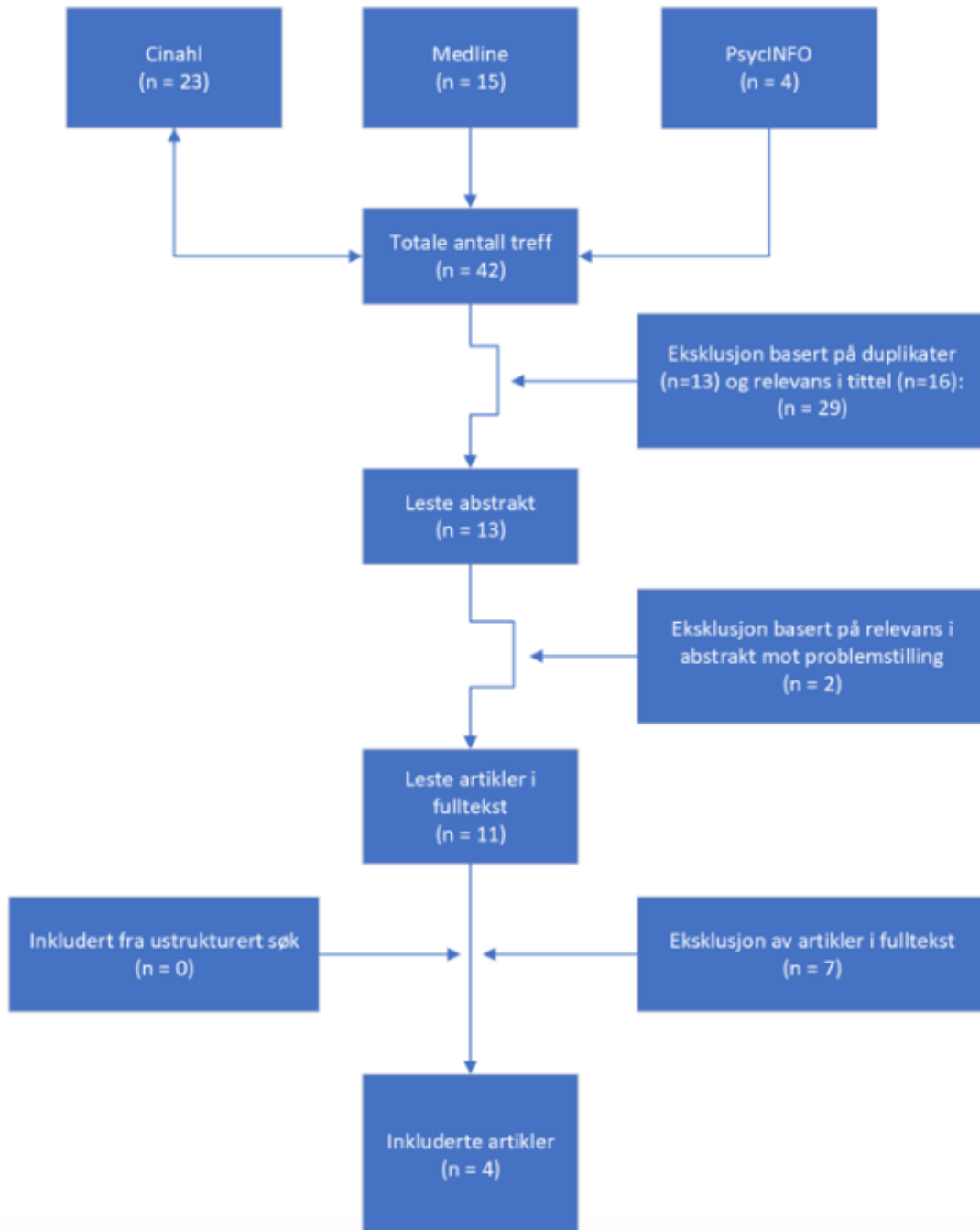
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016a). *PICO*. Folkehelseinstituttet. Hentet 04. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b). *Sjekklist*. Folkehelseinstituttet. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/>
- Hobgood, C., Mathew, D., Woodyard, D. J., Shofer, F. S. & Brice, Jane H. (2013). Death in the Field: Teaching Paramedics to Deliver Effective Death Notifications Using the Educational Intervention 'GRIEV_ING'. *Prehospital Emergency Care*, 17(4), 501-510. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.804135>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Jurkovich, G. J., Pierce, B., Pananen, L. & Rivara, F. P. (2000). Giving Bad News: The Family Perspective. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 48(5), 865-873. https://journals.lww.com/jtrauma/Fulltext/2000/05000/Giving_Bad_News_The_Family_Perspective.9.aspx
- Kirkehei, I. & Ormstad, S. S. (2013). Litteratursøk. *Norsk epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1635>
- Legemiddelaktuel. (2018). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Folkehelseinstituttet. Hentet 04. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Malt, U. (2021). *utbrenthet*. Store medisinske leksikon. Hentet Hentet 20. mai 2022 fra <https://sml.snl.no/utbrenthet>
- Myhrer, T. (2018). Fysiologiske prosesser. I J. Eid & B. H. Johnsen (Red.), *Operativ psykologi* (3. utg., s. 33-55). Fagbokforlaget.
- Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W. & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

- NSD - Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Sårbare grupper*. NSD - Norsk senter for forskningsdata. Hentet 28. mai 2022 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sarbare-grupper/>
- Oslo Universitetssykehus HF. (2017). Avslutning av HLR / Dødsfall. I *Tiltaksbok Ambulanse*. https://bliklundweb.no/v2/procedure_manual/219/cards/168
- Rognum, T. O. (2022). *dødsriterier*. Store medisinske leksikon. Hentet 20. mai 2022 fra <https://sml.snl.no/d%C3%B8dsriterier>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., Torsheim, T., Notat, HEMIL-senteret & Universitetet i Bergen. (2017). *Stress og mestring*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Smith-Cumberland, T. L. & Feldman, R. H. (2006). EMTs' attitudes' toward death before and after a death education program. *Prehosp Emerg Care*, 10(1), 89-95. <https://doi.org/10.1080/10903120500365955>
- Somers, A. (2021). Are paramedic graduates effectively prepared for death? A scoping review. *Journal of Paramedic Practice*, 13(10), 408-413. <https://doi.org/10.12968/jpar.2021.13.10.408>
- Stabrun, E. J. (2014). *Bud bærer : samtaler ved plutselig død*. Gyldendal Akademisk.
- Sykehuset Telemark HF. (2019). Dødsfall. I *Tiltaksbok Ambulanse*. <https://bliklundweb.no>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Utdanningsforskning.no. (2016). *Hva er en fagfelleverdert artikkel?* Utdanningsforbundet. Hentet 04. april 2022 fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
- World Medical Association. (2018). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma->

[declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/](#)

Vedlegg

Vedlegg 1: Flytskjema



Vedlegg 2: Søkehistorikk

Database	Søkeord i kombinasjon	Antall treff	Leste abstrakter	Leste studier	Studier inkludert
CINAHL	<p>(MH "Emergency Medical Technicians") OR paramedic* OR Ambulance worker* OR Emergency Medical Technician*</p> <p>AND</p> <p>Death AND Communicat* OR Message* OR Notif*</p> <p>AND</p> <p>(MH "Education") OR (MH "Learning") OR Education OR training OR Learning</p> <p><i>Avgrensninger:</i> År: 2012-2022 Språk: norsk, svensk, dansk, engelsk Peer reviewed</p>	23	12	10	4
Medline (OVID)	<p>Emergency Medical Technicians/ OR paramedic*.mp. OR</p>	15	6	4	1

	<p>Ambulance worker*.mp. OR Emergency Medical Technician*.mp.</p> <p>AND</p> <p>Death.mp. AND Communicat*.mp Message*.mp. OR Notif*.mp.</p> <p>AND</p> <p>Education/ OR Learning/ OR Education.mp. OR Training.mp. OR Learning.mp.</p> <p><i>Avgrensninger:</i> År: 2012-2022 Språk: norsk, svensk, dansk, engelsk</p>				
PsycINFO	<p>Paramedics/ OR paramedic*.mp. OR Ambulance worker*.mp. OR Emergency Medical Technician*.mp.</p> <p>AND</p>	4	0	0	0

	<p>Death.mp. AND Communicat*.mp Message*.mp. OR Notif*.mp.</p> <p>AND</p> <p>Education/ OR Learning/ OR Education.mp. OR Training.mp. OR Learning.mp.</p> <p><i>Avgrensninger:</i> År: 2012-2022 Språk: norsk, svensk, dansk, engelsk</p>				
--	---	--	--	--	--

Vedlegg 3: Sjekkliste hentet fra helsebiblioteket

*Kohortstudie (intervensjonsstudie)

Artikkel 1: Hobgood et al., 2013	JA	NEI	UKLART
Er formålet med studien klart formulert?	x		
Er deltakerne rekruttert til studien på en tilfredsstillende måte?			x
Ble eksponeringen presist målt?	x		
Ble utfallet presist målt?			x
Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?	x		
Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	x		
Ble mange nok av deltagerne fulgt opp?	x		
Ble personene fulgt opp lenge nok?			x
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	x		
Basert på svarene dine på punktene over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?			
Hva er resultatene i denne studien?			
Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?			
Tror du på resultatene?	x		
Kan resultatene overføres til praksis?	x		
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i annen forskning?	x		

*Tversnittstudie

Artikkel 2: Campos et al., 2021	JA	NEI	UKLART
Er problemstillingen i studien klart formulert?	x		

Er tverrsnittstudie en velegnet metode for å svare på problemstillingen/spørsmålet?	x		
Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart definert?	x		
Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	x		
Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?			x
Er svarprosenten høy nok?		x	
Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle?	x		
Er datainnsamlingen standardisert?	x		
Er dataanalysen standardisert?	x		
Hva er resultatene i denne studien?			
Kan resultatene overføres til praksis?	x		
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	x		

*Kvalitativ studie

Artikkel 3: Douglas et al., 2012 og 2013	JA	NEI	UKLART
Er formålet med studien klart formulert?	x		
Er metoden studien har valgt hensiktsmessig for å svare på problemstillingen?	x		
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	x		
Er deltakerne rekruttert til studien på en tilfredsstillende måte?		x	
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen blir besvart?	x		
Har forskerne vurdert eventuelle svakheter ved datainnsamlingen?			x

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	x		
Er etiske forhold vurdert?	x		
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	x		
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?			
Er funnene klart presentert?	x		
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?			

*Oversiktsartikkel

Artikkel 4: Somers, A., 2021	JA	NEI	UKLART
Er formålet med studien klart formulert?	x		
Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	x		
Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?		x	
Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?			x
Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?			
Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?			
Hva er resultatene?			
Hvor presise er resultatene?			
Kan resultatene overføres til praksis?	x		
Ble alle viktige utfallsmål vurdert?			x
Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	x		

Vedlegg 4: GRIEV_ING

G – gather	Gather the family; ensure that all members are present.
R – resources	Call for support resources available to assist the family with their greif, i.e., chaplain services, ministers, family, and friends.
I – identify	Identify yourself, identify the deceased or injured patient by name, and identify the state of knowledge of the family relative to the events of the day.
E – educate	Briefly educate the family as to the events that have occurred in the emergency department, educate them about the current state of their loved one.
V – verify	Verify that their family member has died. Be clear! Use the words “dead” or “died”.
_ – space	Give the family personal space and time for an emotional moment; allow the family time to absorb the information.
I – inquire	Ask if there is any questions, and answer them all.
N – nuts and bolts	Inquire about organ donation, funeral services, and personal belongings. Offer the family the opportunity to view the body.
G - give	Give them your card and access information. Offer to answer any questions that may arise later. Always return their calls.

The GRIEV_ING mnemonic copyright C. Hobgood, MD (Hobgood et al., 2013, s.503).