

Norske legevaktens rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall



University
of Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i Pre-Hospital Critical Care
Masteroppgave (30 ECTS)**

Siri-Linn Schmidt Fotland

**Veileder: Grethe E. Johnsen, Nasjonalt kompetansesenter for
legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre AS.**

02. juni 2020

MASTERSTUDIUM I PRE-HOSPITAL CRITICAL CARE

Masteroppgave

Semester: våren 2020

Forfatter/Masterkandidat: Siri-Linn Schmidt Fotland

Veileder: Grethe E. Johnsen, Ph.D. Forsker II ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel på masteroppgave:

Nordisk tittel:

Norske legevakters rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall

Engelsk tittel:

Norwegian emergency primary health care clinics routines on management of bereaved in acute crises after sudden death

NØKKELOD/SØKEORD:

Etterlatte, Akutt krise, Dødsfall, Psykososial intervensjon, Legevakt, Rutiner, Retningslinjer

ANTALL SIDER: 58

STAVANGER, 02.06.2020

Forord

Gjennom å jobbe i legevakt, både som sykepleier, leder og via det psykososiale kriseteamet i kommunen, har jeg flere ganger møtt etterlatte i akutt krise etter dødsfall, og hver gang har det gjort like stort inntrykk. Å kjenne på maktesløsheten ved at jeg ikke visste hva jeg skulle gjøre, hvordan jeg skulle oppføre meg og hva jeg skulle si førte til at jeg begynte å interessere meg mer for dette feltet. Spesielt en hendelse fortalte meg at hvordan vi som helsepersonell forholder oss og vår trygghet i situasjonen påvirker de etterlatte. I etterkant av hendelsen fikk jeg muligheten til å snakke med de etterlatte, som beskrev at utsagn som tydet på usikkerhet eller mangel på kunnskap hos hjelpepersonellet tilførte en ekstra utrygghet i situasjon, noe som førte til et sinne mot dette personellet i etterkant. Samtidig hadde de opplevd personell som med sin væremåte og trygghet i situasjonen klarte å gi dem den støtten de trengte. Overfor dette helsepersonellet uttrykket de stor takknemlighet. Kontrasten i beskrivelsen av både den positive og negative opplevelsen av helsepersonellet gjorde inntrykk.

For å få mer kunnskap startet jeg på studiet Sorgutdanning ved Universitetet i Bergen. Der jeg fikk muligheten til å la meg inspirere av de utrolig kunnskapsrike og entusiastiske foreleserne fra Senter for Krisepsykologi, med Atle Dyregrov i spissen. Her fikk jeg et inntrykk av at forskningen innen dette feltet i hovedsak handler om tiden etter at innsatspersonell har forlatt stedet eller tilfeller der pårørende ikke er tilstede når dødsfallet inntreffer. Jeg ble nok den litt irriterende studenten som alltid spurte: «Men hva med legevaktene og ambulanspersonellet, hvordan skal de agere?». Så med opplevelsen av at legevakt og ambulanspersonell var utelatt fra dette feltet og et ønske om å finne ut mer fikk jeg jobb ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Med den fantastiske gjengen i ryggen kan jeg, etter 4 år på masterstudiet «Prehospital Critical Care» ved Universitetet i Stavanger, endelig levere en masteroppgave jeg håper vil være nyttig for legevaktene og legevaktpersonellet. Mitt mål er at flere legevakter skal ha rutiner som kan være til hjelp når personellet møter de etterlatte, slik at de etterlatte opplever en legevaktjeneste som ivaretar dem på en god måte slik at en normal sorgreaksjon kan starte.

Så har jeg en god gjeng jeg må takke for all den hjelpen de har gitt meg underveis i denne prosessen. Jeg må takke lederne for legevaktene som år etter år svarer på spørsmålene i Nasjonalt legevaktregister og som tålmodig også svarte når jeg sendte mail i etterkant av undersøkelsen. En stor takk til prosjektgruppen for Nasjonalt legevaktregister, med Tone

Morken i spissen, som har kommet med gode råd og lagt til rette for bruk av de innhentede dataene. Takk til Jesper Blinkenberg og resten av gjengen ved NKLM for de gode faglige samtalene og den gode støtten jeg har fått gjennom hele studietiden. Jeg er privilegert. Og så må jeg takke min supre veileder, Grethe E. Johnsen, som har lært meg mye underveis, kommet med gode og konstruktive tilbakemeldinger og har ført meg inn på riktig spor igjen når jeg har hatt behov for det.

Jeg har hatt en utrolig fin reise gjennom disse fire årene på masterstudiet, ikke minst på grunn av kunnskapsrike og engasjerte medstudenter og forelesere. Tusen takk til alle dere og en spesiell takk til medstudent Kate Vold som har vært en fantastisk sparringpartner.

Til slutt må jeg takke flokken min, familie og venner som har stilt opp, støttet og heiet hele veien. Uten dere ville ikke dette vært mulig. En helt spesiell takk til min mann, Fredrik Schmidt Fotland: DU ER GULL!!!

Sammendrag

Plutselige og voldsomme dødsfall kan virke traumatiserende for de etterlatte, og måten man blir møtt på av innsatspersonell kan påvirke sorgprosessen i både positiv og negativ retning. Legevakt er en del av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og møter ofte de etterlatte i umiddelbar fase etter dødsfallet. Personell beskriver dette som utfordrende og meningsfullt, og at erfaring øker trygghet og mestring i situasjonen. Skriftlige rutiner blir assosiert med kvalitet i tjenesten, skal sørge for enhetlig praksis og kan bidra med viktig informasjon inn i en vanskelig situasjon. Samtidig er kvaliteten på rutinen avhengig av innhold og tilgjengelighet.

I denne masteroppgaven har jeg undersøkt om legevaktene har rutine for håndtering av etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall, om organisatoriske faktorer har betydning for om legevakten har slike rutiner og om rutine inneholder momenter relevante for legevaktpersonellet.

Studien har funnet at 60,2% av legevaktene oppgav at de hadde rutiner. Internt fokus på pårørendehåndtering hadde betydning for om legevakten hadde rutine. Det finnes både skriftlige og muntlige rutiner for oppfølging av etterlatte ved plutselig død. I de skriftlige rutine i denne studien var det stor variasjon i både innhold, detaljnivå og hvor beskrivende de var.

Masteroppgaven er todelt der del 1 er kappe og del 2 artikkel. Artikkelen er skrevet etter IMRAD-prinsippet og presenterer sentrale funn, mens kappen er en utvidelse av informasjonen i artikkelen med hovedvekt på kunnskapsgrunnlag, metodebeskrivelse og diskusjon av metodevalg.

Oversikt over tabeller, figurer, vedlegg og forkortelser

Tabeller:

Tabell 1: Beskrivelse av momenter identifisert som relevant for legevakt (kappe og artikkel)

Tabell 2: Oversikt over svar fra legevaktene på om de har rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall (artikkel)

Tabell 3: Legevaktens rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise ved plutselig dødsfall etter legevaktens populasjonsstørrelse, utrykning fra vaktlege og internt fokus på pårørendehåndtering (artikkel)

Tabell 4: Skriftlige rutiner for håndtering av etterlatte etter populasjonsstørrelse og internt fokus på pårørendehåndtering (artikkel)

Tabell 5: Antall momenter identifisert i hver rutine som relevant for legevakt etter hvem rutinen er skrevet for og populasjonsstørrelse (artikkel)

Tabell 6: Legevaktens rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise ved plutselig dødsfall etter legevaktens populasjonsstørrelse, utrykning fra vaktlege og internt fokus på pårørendehåndtering. De som ikke har rutiner skriftlig er plassert i kategorien *Nei*. (Kappe)

Tabell 7: Skriftlige rutiner for håndtering av etterlatte etter populasjonsstørrelse, inkludert de som ikke har svart. (Kappe)

Figurer:

Figur 1: Antall rutiner som inneholder de ulike momenter identifisert som relevante for legevakt

Vedlegg:

Vedlegg 1: Beskrivelse av legevaktregisteret

Vedlegg 2: Forfatterveiledning for artikkel skrevet til tidsskriftet Sykepleien Forskning

Forkortelser og definisjoner:

Akuttmedisinsk personell	Personell som er i akuttmedisinsk beredskap, enten på sykehus (akuttmottak og intensivavdelinger) eller utenfor sykehus. Utenfor sykehus gjelder dette personell innen ambulanse og legevakt.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
Komplisert sorg	Avvik fra normal sorgreaksjon, enten i tid og/eller intensitet (1).
Legevakt	Kommunal tjeneste som har ansvar for å vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging gjennom hele døgnet (2).
NKLM	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Psykososiale tiltak	Målrettede tiltak som settes inn etter potensielt traumatiserende hendelser for å bistå enkeltpersoner og/eller grupper (3).
PTSD	Posttraumatisk stresslidelse. En angstlidelse som kan oppstå i etterkant av særlig skremmende og redselsfulle opplevelser (4)
Rutiner	En innarbeidet vane eller et fast mønster, altså noe man kan tilegne seg ved trening eller lang erfaring. En rutine kan også være beskrevet, altså at man skal følge en bestemt plan regelmessig eller i en bestemt situasjon (5)
Retningslinjer	En systematisk utarbeidet og normgivende anbefaling for håndtering av en problemstilling eller situasjon, men kan også omhandle organisering av tjenesten. Retningslinjen angir <i>hva</i> som bør gjøres i gitte situasjoner og av hvem (6).
Umiddelbar fase	Perioden rett etter den traumatiske hendelsen har skjedd, eksempelvis plutselig dødsfall.
Veileder	Overordnet og ofte omfattende dokument som gir organisatoriske og/eller faglige føringer, gjerne på et nasjonalt nivå, for et fagområde (6).

Innholdsfortegnelse

Del 1: Kappe.....	9
1.0 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	10
1.3 Valg av artikkel	11
1.4 Formål med kappen	11
1.5 Avgrensinger	11
2.0 Kunnskapsgrunnlag	12
2.1 Den umiddelbare fasen etter dødsfall	12
2.1.1 Helsepersonells perspektiv	12
2.1.2 Etterlattes perspektiv	12
2.2 Prinsipper og intervensjoner i umiddelbar fase	13
2.3 Skriftlige rutiner	15
2.3.1 Krav til styringssystem	15
2.3.2 Begrepene rutine, retningslinje og prosedyre	15
2.3.3 Effekt av rutiner	16
3.0 Metode.....	17
3.1 Design.....	17
3.2 Utvalg og datainnsamling.....	19
3.3 Analyse.....	19
3.4 Litteratursøk	21
3.5 Etikk	21
4.0 Resultat.....	21
5.0 Diskusjon.....	23
6.0 Avslutning	26
Referanseliste	27
Vedlegg 1:	32
Vedlegg 2:	33
Del 2: Artikkel.....	40

Del 1: Kappe

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hver gang noen dør påvirkes de som er nær denne personen. Sorg er assosiert med fysiske og psykiske helseproblemer og en høyere risiko for død i månedene etter dødsfallet (1). Dette gjelder spesielt for etterlatte ektefeller og foreldre som mister barn. Faktorer som voldelig død, nær relasjon til den døde (spesielt ektefelle eller foreldre/barn relasjon) og at man ikke har mulighet til å forberede seg på dødsfallet er assosiert med risiko for komplisert sorg (7, 8) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (9). Det er også funnet en sammenheng mellom PTSD og selvmordsfare (10).

Tall fra Dødsårsaksregisteret viser at det i 2018 døde 2704 personer av ytre årsaker som ulykker, selvmord, drap eller skade/forgiftninger i Norge (11). Hovedgruppen her er ulykker som utgjør 1999 dødsfall, mens 674 dødsfall var betegnet som selvmord. Dette var en økning fra 595 selvmords dødsfall i 2017. I følge hjertestarterregisteret for 2018 var det i tillegg 3405 personer med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus som ble forsøkt gjenopplivet, og av disse ble gjenoppliving avsluttet på stedet i 2387 av tilfellene (12). Dette er eksempler på dødsfall som kan karakteriseres som plutselig og i mange tilfeller voldsomme.

Den psykososiale oppfølgingen etter kriser, ulykker og katastrofer er et kommunalt ansvar (13), og skal være forankret i beredskapsplanen til hver enkelt kommune. Hvordan man tilrettelegger oppfølgingen løses ulikt, men en fellesnevner er at mange kommuner møter dette lovkravet ved å opprette psykososiale kriseteam som bemannes av ansatte fra det øvrige tjenesteapparatet i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller andre relevante tjenester (3). Psykososiale kriseteam er oftest ikke en beredskapstjeneste, og responstiden vil variere.

Legevakttjenesten sammen med ambulans og akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er definert som akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og skal kunne rykke ut umiddelbart ved ulykker og andre akutte situasjoner når det er nødvendig (2). I 2016 var det 182 legevakter i Norge og hver enkelt legevakt dekket fra 457 til 681 729 innbyggere, som gir en variasjon i hvordan legevaktene er organisert (14, 15). Over halvparten av legevaktene oppgir at vaktlege rykker ut alltid eller oftest (14). Vaktlege rykker ut enten alene, sammen med ambulans og/eller annet personell som sykepleier fra legevakten eller personell fra brannvesenet (15).

Den nasjonale veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (3) poengterer at «*Nødvendig psykososial støtte alltid må inngå i akuttmedisinske tjenester som en del av forsvarlig tjenesteutøvelse.*» Men hva som er forsvarlig tjenesteutøvelse i det tidsvinduet akuttmedisinske tjenester møter de etterlatte er lite beskrevet i denne veilederen. Hva som er beste praksis eller hvilke intervensjoner som er riktig å bruke i dette tidsvinduet er i liten grad forsket på (16).

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Formålet med denne masteroppgaven er å finne ut av om legevaktene har rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall, om organisatoriske faktorer har betydning for om legevakten har slike rutiner og om rutinene inneholder informasjon som er relevant for legevaktpersonell.

Hypotesen er at følgende faktorer påvirker om de har rutine:

1. Størrelse på legevakt.
2. I hvilke grad legevakten rykker ut
3. Om legevaktene har hatt pårørendebehandling som tema i intern opplæring siste to år.

Det antas at store legevakter har mer ressurser og behov for å utforme slike rutiner for å sikre en enhetlig tjeneste. Samtidig antas det at ved de legevakter der vaktlege rykker ut til alvorlige hendelser, som kan resultere i dødsfall, i større grad har behov for slike rutiner og dermed også har utformet dem. Det er rimelig å forvente at et internt fokus på pårørendebehandling øker sjansen for at de har rutiner.

Forskningsspørsmålene er tre-delt:

1. Hvor mange legevakter har rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall?
2. Er der en sammenheng mellom om legevaktene har rutine og følgende organisatoriske faktorer:
 - a. størrelsen på befolkningen legevakten dekker?
 - b. at vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom (rød respons)?
 - c. at man har hatt pårørendebehandling som tema på fagseminar, personalmøter eller lignende de to siste årene?

3. Inneholder de tilsendte rutinene momenter identifisert som relevakt for legevakt i form av:
 - a. Antall momenter
 - b. Hvem rutinen i utgangspunktet skrevet er for

1.3 Valg av artikkel

Jeg har valgt å skrive masteroppgaven i artikkelformat og har et mål om å publisere artikkelen i tidsskriftet *Sykepleien Forskning*. Dette er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen (vedlegg 2).

Valget om å skrive masteroppgaven i artikkelformat ble gjort på bakgrunn av tre faktorer. For det første for å kunne nå så mange som mulig innen mitt målområde, som i dette tilfellet er ledere, sykepleiere og leger som jobber ved legevakt. For det andre fordi jeg til daglig jobber i et akademisk miljø, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), som har en visjon om å kunne bidra til å etablere nødvendige faglige standarder og delta i forskning innen fagfeltet legevaktmedisin (17). For det tredje så er dette en unik mulighet til å utvikle egne ferdigheter innen presentasjon av egen forskning i artikkelformat.

1.4 Formål med kappen

Kappen er en utvidelse av informasjonen i artikkelen med hovedvekt på kunnskapsgrunnlag, metodebeskrivelse og diskusjon av metodevalg. Under kunnskapsgrunnlag er det valgt tre hovedelement. Det ene er hva forskningen forteller om etterlatte og hjelpepersonells opplevelse i denne umiddelbare fasen. Det andre er en beskrivelse av prinsipper og intervensjoner og det tredje er en beskrivelse av lover og regler som omhandler skriftlige rutiner og forskning rundt bruk av rutiner og retningslinjer.

Kappen inneholder også resultater som ikke er med i artikkelen. Refleksjonene rundt og begrunnelse for hvilke resultater som er tatt med i artikkelen er beskrevet.

1.5 Avgrensinger

Møte med personer i akutt krise er et stort fagfelt og kan omfatte mange ulike potensielt traumatiske hendelser. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å undersøke om legevakter har rutiner for oppfølging av etterlatte i krise etter plutselig dødsfall. Da legevaktene i hovedsak møter de etterlatte i den umiddelbare fasen før eventuelt andre tjenester i kommunen overtar er det dette tidsrommet jeg har avgrenset oppgaven til å omhandle.

Jeg har valgt å ikke beskrive AMK og Legevaktsentral sin rolle i møte med etterlatte i akutt krise. Både AMK og legevaktsentral har en sentral rolle ved at de er inngangsport til helsetjenesten og vil i mange tilfeller være de etterlattes første møte med helsetjenesten. Det å møte de etterlatte på telefon skiller imidlertid seg vesentlig fra møte ansikt til ansikt, og er derfor ikke videre beskrevet i denne oppgaven.

2.0 Kunnskapsgrunnlag

Her beskrives både tidligere studier som omhandler etterlatte i krise etter plutselig dødsfall og akuttmedisinsk personells opplevelse av dette møtet. Faglige retningslinjer og lover/regler innen dette feltet er også beskrevet. Her er kunnskapsgrunnlaget beskrevet grundigere enn i artikkelen, der innledningen er skrevet som et sammendrag av det som er beskrevet her. Noe av teksten og mange av referansene vil derfor gå igjen begge steder.

2.1 Den umiddelbare fasen etter dødsfall

2.1.1 Helsepersonells perspektiv

Helsepersonell beskriver at det å gi støtte til etterlatte, både emosjonell og praktisk, blir opplevd som en viktig oppgave (18, 19), men også utfordrende på grunn av egne og etterlattes følelsesmessige reaksjoner (19-21). I en studie ble det formidlet at det var vanskelig å kommunisere med foreldre i krise etter krybbedød. Begrunnelsen var at foreldre i den situasjonen ikke var i stand til å kommunisere og at ambulanspersonellet kjente på egne følelser og begrensninger (20). En annen situasjon beskrevet som potensielt vanskelig var valget om å avslutte gjenoppliving (18, 21). I disse tilfellene kunne de etterlatte blant annet bli opprørt over avgjørelsen. Samtidig har ulike studier funnet at 50-70% av studiedeltagerne (sykepleiere og leger i akuttmottak og ambulanspersonell) var komfortable med å håndtere de etterlattes følelsesmessige reaksjoner (18, 19).

Personell har i studier gitt tilbakemelding om at erfaring oppleves som essensielt for å kunne møte de etterlatte i akutt krise med selvsikkerhet og trygghet (19, 21, 22). Egne erfaringer med å være etterlatt er også beskrevet som en styrke ved at man kan huske tilbake til hva man selv ønsket i den situasjonen (19). Organisatoriske faktorer som tid og ressurser har også betydning for oppfølgingen (19). En studie fant at hyppighet av kritiske og traumatiske hendelser og mangel på mulighet for å hente seg inn igjen etter slike hendelser var assosiert med utbrenthet blant ambulanspersonellet (23).

2.1.2 Etterlattes perspektiv

En studie som har intervjuet etterlatte etter krybbedød om deres møte med ambulanspersonell fant at de etterlatte ikke forventet at ambulanspersonellet skulle ha

ekspertkunnskap om krisepsykologi, men at informasjon og omsorg tilpasset situasjonen var forventet (24). Behov uttrykt av etterlatte i møte med helsepersonell omhandlet blant annet god kommunikasjon, tidsriktig og konkret informasjon, og at omsorgen må være empatisk og respektfull (25, 26). At dette er et behov blir også beskrevet av helsepersonell og i en studie blir det presisert at de etterlatte hadde behov for både skriftlig og muntlig informasjon (22).

Ulike studier har funnet at hvordan de etterlatte ble møtt av helsepersonell og andre profesjonelle i tiden etter et traumatisk dødsfall hadde påvirkning på sorgprosessen videre (26, 27). Tilbudet om hjelp bør alltid formidles slik at de etterlatte slipper å lete frem til hvilke tilbud som finnes og slipper å be om hjelp (28). De etterlatte ber også om at hjelpeapparatet må ta initiativ til videre oppfølging, ikke bare informere om hvilke tilbud som finnes (26). De etterlatte beskriver også et intenst behov for informasjon omkring dødsfallet (26). Ved selvmord og rusrelatert død kan de etterlatte kjenne på en opplevelse av å bli stigmatisert. I disse tilfellene kan hjelpepersonellens kroppsspråk, hvordan man uttrykker seg og om man er ukomfortabel eller usikker i situasjonen forsterke opplevelsen av stigmatisering (29).

Hjelp til ivaretagelse av barn som etterlatte er ett behov både beskrevet av de etterlatte (30) og er krav spesifisert i Helsepersonelloven (31). Helsepersonell som møter barn som etterlatte skal bidra til at behovet for informasjon og nødvendig oppfølging blir ivaretatt. Informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetning. I følge pårørendeveilederen er dette eksempler på situasjoner der helsepersonell skal bidra (32):

- Når foreldre ikke er i stand til, eller ikke ser seg i stand til å møte barnas behov
- Når foreldre søker råd om hvordan de skal ta vare på barnet
- Når helsepersonellet vurderer at foreldrene kan ha nytte av rådene

2.2 Prinsipper og intervensjoner i umiddelbar fase

Ut fra søk gjort i denne studien er det ikke funnet evidensbaserte retningslinjer eller retningslinjer som beskriver beste praksis utarbeidet for akuttmedisinsk personell i den umiddelbare fasen etter dødsfall. Men det finnes beskrivelse for hva som er beste praksis for overlevende og etterlatte etter traumatiske hendelser og som strekker seg over lenger tid enn den umiddelbare fasen.

Mangelen på evidens fra kliniske studier på effektive intervensjoner i umiddelbar og akutt fase etter traumatiske hendelser var grunnen til at Hobfoll og hans internasjonale ekspertpanel gjennomgikk forskning på feltet i 2007 (33). De ble enig om 5 intervensjons prinsipper: 1) skape opplevelse av sikkerhet, 2) berolige, 3) skape mestring, 4) samhörighet, og 5) håp. Her

blir sosial støtte, riktig og tilstrekkelig informasjon og at brukeren selv får mestring gjennom å medvirke løftet frem som viktige tiltak. Disse prinsippene har i etterkant fått være veiledende i beskrivelse av støttetiltak (34) og er også beskrevet i den nasjonale veilederen for psykososiale tiltak (3).

Intervensjonen psykologisk førstehjelp omtales som god praksis i den umiddelbare fasen (16, 35, 36). Psykologisk førstehjelp ble utarbeidet av fagpersoner ved National Child Traumatic Stress Network og National Center for PTSD i USA og ble utgitt i 2006 (37). Intervensjonen ble utarbeidet på bakgrunn av erfaring, forskning og konsensus i fagmiljøet. Tilnærmingen baseres på at overlevende (her også etterlatte) etter en traumatisk hendelse i ulik grad vil oppleve umiddelbare reaksjoner (f.eks. fysiske, psykologiske, atferdsmessige og åndelige). I noen tilfeller kan disse reaksjonene bli overveldende og tanken er at man kan klare å gjenoppta kontrollen ved at hjelpemannskaper oppleves medfølende og omsorgsfulle. Intervensjonen er laget for alle som møter barn og voksne i en traumatisk situasjon og omfatter følelsesmessig og praktisk støtte, riktig og nok informasjon og å mobilisere ett nettverk rundt de etterlatte. Det virker som at det er internasjonal konsensus om at psykologisk førstehjelp er anbefalt som tidlig intervensjon for overlevende og etterlatte etter ulykker, kriser og katastrofer. Samtidig etterspørres mer evidens for hvilke effekt psykologisk førstehjelp har (38, 39).

Kent og McDowell (40) har etter en gjennomgang av litteraturen laget prinsipper for beste praksis ved oppfølging av etterlatte umiddelbart etter dødsfall i akuttmottak. Disse prinsippene innebærer hvordan man skal kontakte de etterlatte, hvordan ta imot dem, hvordan forholde seg til de etterlatte ved fremdeles pågående gjenoppliving, hvordan formidle dødsbudskap, syning av den døde, hvordan håndtere den dødes eiendeler, praktisk informasjon om videre forløp (kontakt med begravelsesbyrå, informasjon til sosialt nettverk) og tilbud om oppfølging.

Nettsiden kriser.no (41), som er utarbeidet av Senter for Krisepsykologi, inneholder oversikt over hva en rutine for psykososial oppfølging etter traumatiske hendelser i kommunene bør inneholde. Her er tiltakene delt inn i 3 faser: mobiliseringsfasen, akutfasen og den videre oppfølgingen. I mobiliseringsfasen er det et mål å få oversikt over og kontakt med alle som trenger psykososial oppfølging og igangsette adekvat bistand. Den etat (politi, ambulanse, legevakt eller andre) som først kommer i kontakt med de etterlatte skal informere om kommunens tilbud og kartlegge ønske og behov for å iverksette tiltak.

2.3 Skriftlige rutiner

2.3.1 Krav til styringssystem

I følge forskrift for Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (42) skal alle virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten utarbeide styringssystem tilpasset de aktiviteter man har ansvar for. I veileder til forskrift presiseres det at det er øverste leder for virksomheten som avgjør hvordan styringssystemet skal etableres og hvordan tjenesten leveres og dokumenteres, men det må være et effektivt verktøy tilpasset virksomheten (43). I tillegg pekes det på at skriftlige prosedyrer må være i aktiv bruk og følges opp, samt at de skal oppleves som nødvendig og meningsfulle. Eksempel på relevante interne dokumenter er blant annet beskrivelse av arbeidsoppgaver som utføres sjelden og oppgaver som bør organiseres eller løses på en bestemt måte. Veileder for legevakt og legevaktsentral skriver at legevaktene bør ha rutiner for samhandling med kommunens psykososiale kriseteam og for akutt psykososiale oppfølging av pasienter, pårørende og eget personell (44). Ledelsen har også plikt til å tilrettelegge og se til at personell får nødvendig opplæring og trening i egne oppgaver og samhandling med andre akuttmedisinske tjenester og nødetater (2, 13).

Fylkesmannen i Hordaland har ved tilsyn på legevakter beskrevet hva de forventer av en forsvarlig legevaktordning (45):

«Leiinga sørgjer for innarbeidde rutinar for vurdering, råd, rettleiing, prioritering ved spørsmål om øyeblikkeleg hjelp, mottak, diagnostikk og behandling av pasientar på legevaktstasjon/sjukebesøk og ved ulykker og andre akutte situasjonar.»

Og at

«Kommunen følgjer med på at rutinar fungerer og blir følgde, og gjennomfører nødvendige korrigerande og førebyggjande tiltak når det blir meldt om feil, manglar eller uønskte hendingar.»

2.3.2 Begrepene rutine, retningslinje og prosedyre

Nylenna, redaktør av Medisinsk ordbok, har i en språkspalte i Tidsskriftet Den Norske Legeforening tatt opp at betegnelsen på faglige anbefalinger i helsetjenesten bør kvalitetssikres og standardiseres bedre (6). Han beskriver at tre betegnelser går igjen i ulike anbefalinger, nemlig *veileder*, *retningslinjer* og *prosedyre*. *Veileder* er beskrevet som et overordnet, oftest omfattende dokument som gir organisatoriske og/eller faglige føringer, gjerne på et nasjonalt nivå, for et fagområde. *Retningslinjer* er beskrevet som en systematisk utarbeidet og normgivende anbefaling først og fremst for håndtering av en klinisk

problemstilling eller situasjon, men kan også omhandle organisering av tjenesten. Retningslinjen angir *hva* som bør gjøres i gitte situasjoner og av hvem. Nasjonale retningslinjer utarbeides kun av Helsedirektoratet. Prosedyrer er en detaljert beskrivelse av en fremgangsmåte for å utføre en bestemt og avgrenset aktivitet eller prosess og angir *hvordan* avgrensede oppgaver bør utføres.

Rutine er ikke beskrevet her men er forklart i ordbok som at det er en innarbeidet vane eller et fast mønster, altså noe man kan tilegne seg ved trening eller lang erfaring. Men det er også forklart som noe som er beskrevet, altså at man skal følge en bestemt plan regelmessig eller i en bestemt situasjon (5).

2.3.3 Effekt av rutiner

Ved litteratursøk der ordet rutine (engelsk: routine) og retningslinje (engelsk: guidelines) ble brukt, ble det funnet studier som beskrev hvilke krav man stiller, målt effekt, opplevelse av effekt og suksessfaktorer for implementering av rutiner.

En studie utført av Nordanger, Dyregrov & Dyregrov fant at eksisterende skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord var en god prediktor for kvalitet på den tjenesten de etterlatte mottok. De stilte samtidig spørsmål ved om effekten av kvalitet kunne være relatert til prosessen helsepersonell gikk gjennom, altså at temaet ble belyst og at man ble bevisstgjort etterlattes behov, når organisasjonen utformet rutinen (46). En oversiktsstudie over litteratur på organisatoriske rutiner konkluderte med at man ved bruk av rutiner kan oppnå koordinerte tjenester, enhetlig og stabile tjenester, mindre bruk av kognitive ressurser i situasjoner når rutinene er innarbeidet. I tillegg ble det funnet at rutiner oppbevarer kunnskap som kan hentes ut når man trenger det (47). En systematisk oversikt konkluderte med at eksplisitte retningslinjer forbedrer klinisk praksis, men det var stor forskjell i forbedringsgraden (48). En annen systematisk oversikt konkluderte med at kliniske retningslinjer kan redusere variasjon i praksis og forbedre pasientbehandlingen (49). Ved bruk av kliniske retningslinjer er det rapportert opplevelse av at det er til hjelp og støtte, et bra opplæringsverktøy og at det oppleves som at det øker kvaliteten på tjenesten (50). Samtidig viste resultat i denne studien at kliniske retningslinjer kan oppleves som for rigid i møte med den individuelle pasienten, at den reduserer hjelpers autonomi og i overkant forenkler medisinen. En systematisk oversikt som har sett på effekt av sikkerhetssjekklistene innen medisin viser at sjekklistene ser ut til å øke

pasientsikkerheten ved blant annet å styrke samsvar med retningslinjer, redusere uheldige hendelser og bedre de menneskelige faktorene(51).

Det er funnet at sannsynligheten for at retningslinjer blir brukt øker hvis retningslinjen er lett å forstå og ikke krever spesielle ressurser (52), man har positiv støtte fra ledelsen, at innholdet er lett tilgjengelig og implementerings strategien er god (52, 53). En studie har funnet at undervisning om rutinen i små grupper var en nøkkelfaktor i god retningslinje implementering (53).

Om rutiner i legevakt blir brukt har vært beskrevet i dokument etter tilsyn ved legevakter. Her ble det beskrevet at selv om systemhåndboken var dekkende og relevant og opplevdes som nyttige var det tilfeldig om den ble brukt (45, 54). Det ble også beskrevet at det for noen var ukjent hvor man kunne finne rutinen (54). Ved en annen legevakt ble det funnet at rutinene ikke var oppdatert, var mangelfull eller inneholdt direkte feil (55).

Et tema som ikke inngående vil belyses i denne studien er effekten av trening på hvordan møte etterlatte i akutt krise. Men en pilot-studie fra England, som ble publisert i år, har sett på effekt av evidensbasert trening på møte med etterlatte etter selvmord. De fant at både kunnskap, ferdigheter og selvsikkerhet hadde økt etter trening og at motivasjonen til å lære mer om temaet og ønske om å endre praksis ble større (56).

3.0 Metode

3.1 Design

Studien ble utført som en tverrsnittstudie der det ble brukt spørreundersøkelse som metode. Standardisering i oppgitte svaralternativer gir mulighet til å kategorisere resultatene og analysere den kvantitativt. Det var en av grunnene til at dette ble valgt som metode.

Muligheten for å implementere spørsmål i spørreundersøkelsen til Nasjonalt legevaktregister lettet datainnsamlingen og økte sjansen for høy svarprosent. Nasjonalt legevaktregister har vært administrert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) siden 2006 og har stort sett hatt 100% svarprosent i sine undersøkelser (14). Det ble ansett som en styrke at NKLM har hatt ressurser til å følge opp spørreundersøkelsen slik at registeret inneholdt data fra alle norske legevakter. Samtidig inneholder registeret annen informasjon som

organisering, ressurser, utstyr og lokale prosedyrer, noe som muliggjør analyse av spørsmålene spesielt utformet til denne studien opp mot andre variabler. Undersøkelsen sendes ut annen hvert år og spørsmålene til denne studien ble implementert i spørreundersøkelsen i 2016.

Det ble også sendt ut en e-post til alle legevakter som svarte at de hadde rutiner på oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall. Der ble det spurt om rutinene var skriftlig, og om vi kunne få de tilsendt.

«Mestring, samhörighet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» inneholder beskrivelse av den beste praksisen innen den psykososial oppfølgingen (3). Selv om denne ikke inneholder tydelig beskrivelse av hva som kan ansees som den beste praksisen for den umiddelbare fasen ble den brukt som utgangspunkt for utvelgelse og beskrivelse av momenter som kan ha relevans for legevaktene (tabell 1). Rutinene ble gjennomgått av førsteforfatter og de identifiserte momentene ble registrert.

Tabell 1 Beskrivelse av momenter identifisert som relevant for legevakt

<i>Legevaktens oppgaver omtalt</i>	En faktisk beskrivelse av hva legevakten skulle gjøre. Mer enn at legevakten, som en av flere, kan kontakte psykososialt kriseteam.
<i>Hjelp til å skaffe oversikt over hendelsen</i>	En beskrivelse av hvilke informasjon som var viktig når man skulle overføre informasjonen til neste ledd. Eksempelvis oversikt over de etterlatte og hvilke behov de har.
<i>Oversikt over tilbud for videre oppfølging</i>	En beskrivelse hvilke tiltak som er best egnet for ulike hendelser eller behov. Eksempelvis kontakt med fastlege, psykososialt kriseteam, barnevern, helsestasjon e.l.
<i>Hvordan aktivere videre oppfølging</i>	En beskrivelse av hvordan aktivere videre oppfølging. Eksempelvis telefonnummer til kontaktpersoner i kriseteamet, henvisning til hvor man kan finne denne informasjonen.
<i>Fordeling av ansvar</i>	En fordeling av hvilke tjenester som har ansvar for hvilke oppgaver.
<i>Barn som etterlatte</i>	En beskrivelse av hva og/eller hvordan man skal sikre ivaretagelse av barn.
<i>Ivaretagelse av helsepersonell</i>	En beskrivelse av behovet for å hente inn mer personell ved en pågående hendelse og/eller rutiner for ivaretagelse av personellet i etterkant.
<i>Omtaler intervensjonsprinsipper</i>	Intervensjonsprinsippene: Skape trygghet og dempe uro. Bidra til mestring, samhörighet og håp. Ivareta brukermidvirkning. Aktiv bruk av sosiale nettverk.

3.2 Utvalg og datainnsamling

Spørreskjemaet ble sendt ut til lederne ved alle landets 182 legevakter våren 2016.

Undersøkelsen ble gjort i et nettbasert spørreskjemaverktøy kalt Qualtrics. For denne studien ble to spørsmål inkludert:

1. Har legevakten rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall (inntil kriseteamet i kommunen eventuelt tar over)?
2. Har legevakten hatt pårørendehåndtering som tema på fagseminar, personalmøte eller lignende i løpet av de siste to årene?

En automatisk påminnelse ble sendt ut til de som ikke hadde besvart etter to uker. De som ikke responderte på påminnelsen ble kontaktet av personell fra NKLM enten via telefon eller e-post. Datainnsamlingen ble fullført i juni 2016.

Oppfølgings e-post ble sendt i januar 2017 til de respondentene som hadde svart positivt på spørsmål om de hadde rutine for oppfølging av etterlatte. Påminnelse ble sendt via e-post og informasjon om prosjektet ble formidlet på den nasjonale lederkonferansen for legevakter i mars 2017. Datainnsamling ble avsluttet i juni 2017.

3.3 Analyse

Dataene ble analysert i SPSS-statistikk, versjon 25. Det ble utført en frekvensanalyse beskrevet med antall (n) og prosent (%) for å besvare forskningsspørsmål 1. Ved analyse til forskningsspørsmål 2 ble det brukt krysstabell for å teste sammenheng. Den avhengige variabelen *om legevakten har rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall* ble analysert opp mot disse tre uavhengige variablene:

1. Størrelse på befolkningen innenfor legevaktens nedslagsfelt
2. I hvilken grad vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom
3. Om pårørendehåndtering har vært tema på fagseminarer, personalmøter eller lignende de siste to årene.

Signifikans ble testet med kji-kvadrattest og signifikansnivået satt til 5 % (p-verdi < 0,05). Forutsetningen for å bruke kji-kvadrattest er at > 80% av cellene har forventet verdi > 5 (57). Hvis det viste seg at 20 % eller mer av cellene i krysstabellen hadde forventet verdi < 5 ble Fishers Eksakte Test brukt.

For å kunne tolke resultatene ble det satt opp tre H_0 hypoteser:

1. Størrelse på befolkning innenfor legevaktens nedslagsfelt er ikke assosiert med at legevaktene har utarbeidet rutine.
2. I hvilken grad vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom er ikke assosiert med at legevaktene har utarbeidet rutine.
3. Om legevaktene har hatt pårørendehåndtering som tema på fagseminarer, personalmøter eller lignende er ikke assosiert med at legevaktene har utarbeidet rutine.

Størrelse på befolkningen innenfor legevaktens nedslagsfelt ble kategorisert i 3 kategorier: små legevakter <10 000 (n=84), mellomstore legevakter 10 000 – 60 000 (n=76) og store legevakter > 60 000 (n=21). *Legevaktorganisering i Norge – Rapport fra Nasjonalt legevaktregister* brukte samme inndelingen av de små legevaktene, men grensen for de store legevaktene ble satt til 100 000 innbyggere(15). Forfatterne av rapporten har ikke beskrevet konkret hvorfor inndelingen er slik. Det er en grunnleggende forskjell i organiseringen av store og små legevakter. Dette handler blant annet om hvor mange som er på jobb til enhver tid. Hvordan man organiserer seg og hvilke ressurser man har tilgjengelig kan tenkes å påvirke blant annet i hvilken grad man har tilgjengelig fagutviklingspersonell og hvor oversiktlig organisasjonen er. Det er også forskjell om man jobber alene eller i et team. Derfor ble rådata fra Nasjonalt legevaktregister 2018 gjennomgått. Disse dataene viste at de aller fleste legevaktene som kun hadde en lege på vakt uten hjelpepersonell hadde en populasjonsstørrelse under 10 000 innbyggere. Samtidig viste dataene at for de opp til 60 000 innbyggere hadde de fleste legevaktene fremdeles bare en lege på vakt, men de hadde 1-3 hjelpepersonell på vakt i tillegg på kveld i ukedager. For de som hadde et nedslagsfelt på over 60 000 innbyggere er tendensen at de har 2 eller flere leger og 4 eller flere hjelpepersonell på vakt. Denne inndelingen ble gjort før analysene ble utført.

I hvilken grad vaktlege rykker ut er analysert med data hentet fra Nasjonalt legevaktregister 2016 (14). Svaralternativene i spørreundersøkelsen var alltid, oftest, av og til og aldri. Alltid og oftest er ved analyse slått sammen til ett alternativ da disse vurderes som «godt nok» ut fra §6c i akuttmedisinforskriften (2) som beskriver at vaktlege skal rykke ut umiddelbart for å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner når det er nødvendig. Alternativene i analysen er derfor alltid/oftest (n=121), av og til (n=52) og aldri (n=8).

Frekvensanalyse med antall (n), prosent (%), gjennomsnitt og variasjon (min/maks) ble brukt for å besvare forskningsspørsmål 3. Antall momenter ble også målt opp mot hvem rutinen i utgangspunktet var skrevet for og populasjonsstørrelse.

3.4 Litteratursøk

Det ble i 2016 utført et litteratursøk sammen med bibliotekar ved Universitetet i Bergen, Det psykologisk fakultet. Dette søket ga få funn, men la et grunnlag for videre utforskning av litteraturen ved bruk av referanseliste. Etter dette har det vært gjort søk i både PubMed, MEDLINE, Cochrane og Google Scholar med forskjellige søkeord avhengig av tema. Det har vært søkt innen to hovedtema: Umiddelbar oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall og effekt av rutiner eller retningslinjer. Referanselister i utvalgte artikler og *sitert av* funksjonen i Google Scholar har vært brukt aktivt for å finne mer litteratur.

3.5 Etikk

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har godkjent Nasjonalt Legevaktregister som prosjekt (prosjektnummer 13325), og det var derfor ikke nødvendig å søke for denne studien alene. Denne studien inneholder ikke personidentifiserbare data og søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) var derfor ikke nødvendig.

4.0 Resultat

Her presenteres sammendrag av resultater i studien, både de som er brukt i artikkelen og de som ikke er tatt med. En begrunnelse for disse valgene følger også.

Alle 182 legevaktene svarte på spørreundersøkelsen til legevaktregisteret, men en legevakt har ikke svart på spørsmålene undersøkt i denne studien. Oppfølingsmail ble besvart av 70,6% og 27 rutiner ble tilsendt og gjennomgått.

60,2% av legevaktene oppga at de hadde rutiner. 40,3% av disse igjen oppga at rutinene ikke var skriftlig. Internt fokus på pårørendehåndtering hadde betydning for om legevakten hadde rutine. Populasjonsstørrelse og om vaktlege rykker ut hadde ikke betydning.

Underveis i prosessen med å analysere dataene ble det satt spørsmålstegn ved om det burde være en forutsetning at rutinen var skriftlig for at man skulle kunne si at man har rutine. En valgte å gjøre analyser for begge forhold. Da ble de som hadde avkreftet at rutinene var skriftlig plassert under kategorien at de ikke hadde rutiner (tabell 6). Dette gav en lavere p-verdi målt opp mot populasjonsstørrelse og uttrykning fra vaktlege enn vist i tabell 3 i

artikkelen, men var ikke statistisk signifikant. Endringen var størst i gruppen «vaktlege rykker ut alltid/oftest» der 33 av 77 legevakter ble flyttet over til at de ikke hadde rutiner. I gruppen «vaktlege rykker aldri ut» var det ingen endring. Pårørendehåndtering som tema stod fremdeles med en p-verdi på $< 0,001$.

Tabell 6 Legevaktens rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise ved plutselig dødsfall etter legevaktens populasjonsstørrelse, utrykning fra vaktlege og internt fokus på pårørendehåndtering. De som ikke har rutiner skriftlig er under Nei, har ikke rutiner

	Legevakten har rutine (etter oppfølgingsspørsmål)								p-verdi*
	Ja		Nei		Vet ikke		All		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Populasjonsstørrelse									0,246
<10 000	33	(39,3)	46	(54,8)	5	(6,0)	84	(100)	
10 000 – 60 000	21	(27,6)	50	(65,8)	5	(6,0)	76	(100)	
>60 000	11	(52,4)	9	(42,9)	1	(4,1)	21	(100)	
Vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom (rød respons)									0,228
Alltid / Oftest	44	(36,4)	71	(58,7)	6	(5,0)	121	(100)	
Av og til	16	(30,8)	32	(61,5)	4	(7,7)	52	(100)	
Aldri	5	(62,5)	2	(25,0)	1	(12,5)	8	(100)	
Har hatt pårørendehåndtering som tema på fagseminar, personalmøte eller lignende de to siste årene.									0,001
Ja	30	(55,6)	23	(42,6)	1	(1,9)	54	(100)	
Nei	26	(24,3)	73	(68,2)	8	(7,5)	107	(100)	
Vet ikke	9	(45,0)	9	(45,0)	2	(10,0)	20	(100)	
Totalt	65		105		11		181	(100)	

*Fishers eksakte test

Under analyse av om populasjonsstørrelse hadde betydning for om legevakten hadde rutinen skriftlig eller ikke (tabell 7) ble den første analysen gjennomført med de som ikke hadde svart på oppfølgingsmailen som egen gruppe. Dette ga et statistisk signifikant resultat ($p=0,018$). På bakgrunn av usikkerhet om det signifikante resultatet var på grunn av kategorien «ikke svart» ble denne kategorien ved en ny analyse fjernet. Det resultatet var ikke statistisk signifikant ($p=0,051$) og viste samtidig at antagelsene var rett. I artikkelen er derfor tabellen uten kategorien «ikke svart» presentert.

Tabell 7 Skriftlige rutiner for håndtering av etterlatte etter populasjonsstørrelse og internt fokus på pårørendehåndtering, inkludert de som ikke har svart.

Legevakten har rutinene skriftlig

	Ja		Nei		Ikke svart		All		p-verdi*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Populasjonsstørrelse									0,018
<10 000	13	(24,5)	20	(37,7)	20	(37,7)	53	(100)	
10 000 – 60 000	10	(24,4)	20	(48,8)	11	(26,8)	41	(100)	
>60 000	10	(66,7)	4	(26,7)	1	(6,7)	15	(100)	
Totalt	33		44		32		109	(100)	

* Kji-kvadrat test

27 rutiner ble tilsendt og gjennomlest. Det var stor variasjon i oppbygning av rutinene og antall momenter de inneholdt (Artikkelen). Rutinene var enten skrevet for kommunale tjenester (8 rutiner), psykososiale kriseteam (7 rutiner) eller for legevakt (12 rutiner). Antall momenter var lavest i de rutinene skrevet for legevakt (4,8 momenter per rutine). De aller fleste rutinene var overordnet og nesten alle rutinene inneholdt praktisk informasjon om fordeling av ansvar mellom tjenestene, tilbud for videre oppfølging og hvordan aktivere aktuelle tilbud.

Det var ulik bruk av begrep for å forklare hva den tilsendte rutinen er definert som. Det ble brukt begrep som instruks, rutine, tiltakskort, prosedyre, plan, håndbok, retningslinjer, tiltaksplan.

5.0 Diskusjon

I artikkelen diskuteres resultatene opp mot forskningsspørsmålene, krav til legevaktene og tidligere studier. I kappen diskuteres i hovedsak valg av forskningsspørsmål og metode.

En tverrsnittstudie gir et øyeblikksbilde av det en utforsker. I denne studien var dette øyeblikksbilde en beskrivelse av hvor mange legevakter som har rutine for oppfølging av etterlatte, om organisatoriske forhold hadde betydning for om legevakten hadde rutiner og om rutinene inneholdt momenter identifisert som relevant for legevakt. Resultatene i denne studien viser hvordan situasjonen var i 2016/2017 og mye kan ha skjedd siden den gang. Datainnsamlingen til denne studien startet våren 2016 og Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (3) kom i februar 2016. Selv om den i liten grad inneholder veiledning på hvilke rutiner som bør være gjeldende for innsatspersonell i den umiddelbare fasen, så kan den i etterkant av denne studien ha ført til at kommunene i større grad har laget styringsdokument for dette feltet og dermed også har involvert legevaktene. Veileder for legevakt og legevaktsentral(44) kom i februar 2020 og sier at legevakter bør ha rutiner for

samhandling med det psykososiale kriseteamet og for akutt psykososial oppfølging. Det er ikke beskrevet hva innholdet i en slik rutine skal være, men samtidig så legger den føringer for at legevaktene *bør* ha slike rutiner. Derfor kan man anta at hvis studien ble utført på et senere tidspunkt så kunne resultatene sett annerledes ut, og det kan stilles spørsmål ved validiteten i denne studien opp mot dagens situasjon.

I hvilke grad forskningsspørsmålene er relevant og interessant for fagfeltet kan også diskuteres. Om legevaktene har rutine kan fortelle om dette er et fagområde legevaktene fokuserer på. Det kan tenkes at jo mer viktig et område er for en legevakt, jo større sannsynlighet er det for at de vil utarbeide en rutine. Samtidig vet vi ikke om det å ha utarbeidet rutine i dette tilfellet har hatt en kvalitetshevende effekt på møte mellom de etterlatte og hjelpepersonellet. Altså kan ikke resultatene i denne studien være et mål på kvalitet på tjenesten legevakten leverer til de etterlatte. Hva som skal til for å heve kvaliteten i tjenesten ville vært spennende å forske mer på. Det bør også undersøkes hvilken utforming en rutine eller retningslinje innenfor dette feltet skal ha for å være til best hjelp i den umiddelbare fasen for akuttmedisinsk personell og de etterlatte. Med bakgrunn i usikkerhet rundt hva en slik rutine bør inneholde kan det argumenteres for at man i første omgang måtte undersøke om legevaktene har rutiner og hva disse rutinene inneholder. Skriftlige rutiner kan fortelle hvilke krav tjenesten selv stiller og hva man mener er beste praksis innad i egen organisasjon.

Bruk av ordet *rutine* i spørsmålet som ble implementert i spørreundersøkelsen kan diskuteres med bakgrunn i hva hver enkelt respondent legger i begrepet. Resultatene har vist at legevaktene brukte ulike begreper for å beskrive hva denne rutinen var skrevet som (instruks, rutine, tiltakskort, prosedyre, plan, håndbok, retningslinjer, tiltaksplan). Ut fra antallet ulike begrep kan det stilles spørsmål ved om vi har en enhetlig forståelse av hva som er betydningen av de ulike begrepene og hva dette har av betydning for tolkningen av resultatene. Med bakgrunn i dette kunne det ha styrket studien om ordet rutine ble definert sammen med spørsmålet i spørreundersøkelsen. Da kunne vi i større grad kvalitetssikret at legevaktene svarer med samme forståelse av spørsmålet. Definisjonen av ordet rutine kan tolkes som at rutiner kan vært både skriftlig, ved at det kan være en beskrevet plan som skal følges i gitte situasjoner, men at det også kan være en innarbeidet vane eller et fast mønster som naturlig nok ofte ikke er skriftlig. Denne studien har vist at det i norske legevakter finnes både skriftlige og muntlige rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise. Dette er et

interessant funn og kan støtte et argument for at det er behov for en mer enhetlig forståelse og bruk av begrepene.

Som beskrevet i metoddelen ble valg av inndeling mellom små, mellomstore og store legevakter tatt ut fra en analyse av rådata med bakgrunn i en tanke om at det er forskjell på store og små i hvor mange som er på jobb. Denne inndelingen gav en skjevfordeling i gruppene, der gruppen med store legevakter var mindre enn de to andre gruppen. Dette oppleves som en naturlig inndeling men er ikke en validert inndeling og kan oppfattes som en svakhet i studien. En annen inndeling kunne gitt et annet resultat.

En skjevhet i gruppene ble også gjeldende etter oppfølgingsmailen, der vi fikk en svarprosent på 70,6%. Som presentert i artikkelen var de små legevaktene overrepresentert (62,5%) i gruppen som ikke svarte på oppfølgingsmailen, noe som svekker funnene. Riktignok var ikke funn relatert til disse tallene statistisk signifikante, og vi trenger derfor ikke legge vekt på dem. I gruppen med de store legevaktene svarte alle på spørreundersøkelsen i legevaktregisteret. I tillegg var det bare var en legevakt i denne gruppen som ikke svarte på oppfølgingsmailen og 8 av 10 sendte den skriftlige rutinen. Så resultatene for denne gruppen isolert kan gi et beskrivende bilde for hvordan virkeligheten ser ut innenfor denne gruppen. Men det er valgt å ikke sette fokus på dette resultatet ut fra en vurdering om at størrelse i sin helhet ikke har vist å ha betydning og at det i denne gruppen er få legevakter representert.

Momentene som var trukket frem som relevante for legevaktpersonell i denne studien, var kun gjennomlest av én person. Det hadde vært en styrke om en annen fagperson også hadde lest gjennom dem. På den måten kunne man vurdert enighet (interrater reliabilitet) mellom fagpersonene. Det finnes ikke en beskrivelse av beste praksis i veileder eller nasjonale faglige retningslinjer å vurdere rutine opp mot. Valg av momenter rutine ble vurdert mot er i tråd med det som er beskrevet som behov i den umiddelbare fasen ut fra nasjonal veileder, men kan ikke sees på som en uttømmende liste for hva en slik rutine bør inneholde.

Diskusjon av valg av artikkel

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er valgt som mål for utgivelse av artikkelen. Uavhengig av hvordan legevakten er organisert kan det argumenteres for at det oftest er leger i legevakt som vil møte de etterlatte i akutt krise, og det kan derfor stilles spørsmål ved valg av tidsskrift. Men på bakgrunn av at sykepleiere innehar rollen som leder på legevakt i 50% av

legevaktene, og at det er de som da har ansvar for styringssystemet ved sin legevakt, er dette en viktig gruppe å nå (15). I tillegg har de mellomstore og store legevaktene et team på vakt bestående av både lege og sykepleiere, som medfører at også sykepleierne har en rolle i oppfølging av de etterlatte i akutt krise etter dødsfall. I tillegg vil denne studien kunne ha relevans for annet akuttmedisinsk personell, som for eksempel ambulanspersonell, som i noen tilfeller er sykepleiere. Håpet er at de vil kunne etterspørre slike rutiner ved sin arbeidsplass.

6.0 Avslutning

Målet med denne masteroppgaven var å undersøke om legevaktene hadde rutine for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall, om organisatoriske faktorer hadde betydning for om legevakt hadde slike rutiner og om rutinene inneholdt informasjon relevant for legevaktpersonell.

Konklusjonen, som også er presentert i artikkelen, er at det i norske legevakter var både skriftlige og muntlige rutiner for oppfølging av etterlatte ved plutselig død. I de skriftlige rutinene i denne studien var det stor variasjon i både innhold, detaljnivå og hvor beskrivende de var. Den store variasjonen i hva legevaktene oppga var en rutine kan indikere at det er et varierende fokus på temaet uavhengig av organisatoriske forhold som populasjonsstørrelse i legevaktdistriktet og deltagelse utenfor legevakten. Internt fokus på fagområdet pårørendehåndtering er relatert til om man har rutine. Vi vet ikke om skriftlige rutiner innen oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall hever kvalitet på tjenesten eller om det vil ha påvirkning på utkommet for de etterlatte. Her trengs mer forskning.

Denne masteroppgaven setter fingen på et område med forbedringspotensial for legevakt. Ut fra resultatene kan det se ut til at dette er et felt legevaktene med fordel kan ha mer fokus på. Samtidig er det fremdeles mangel på kunnskap om hva som er de beste intervensjonene i den umiddelbare fasen etter plutselig dødsfall i dagens veiledere for oppfølging av etterlatte. Ved å gi bedre hjelp til etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall kan vi fremme normal sorgreaksjon og forhåpentligvis redusere risikoen for komplisert sorg og PTSD.

Referanseliste

1. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* (London, England). 2007;370(9603):1960-73.
2. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [FOR-2019-12-20-1925:[Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>].
3. Helsedirektoratet. Mestring, samføringhet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [IS-2428]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20E2%80%93%20Veileder.pdf.
4. Malt U. Store medisinske leksikon - Posttraumatisk stresslidelse. Oslo2019 [Available from: https://sml.sn.no/posttraumatisk_stresslidelse].
5. NAOB - Det Norske Akademis ordbok [Internett]. Oslo: Det Norske Akademi for Språk og Litteratur; [Available from: <https://naob.no/ordbok/rutine>].
6. Nylenna M. Veileder, retningslinje, prosedyre. Tidsskrift for Den norske legeforening [Internet]. 2018; 17.0737. Available from: <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>.
7. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies* [Internet]. 2010 2010/08/25; 34(8):[673-98 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>.
8. Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2002;10(4):447-57.
9. Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):131-47.
10. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2012 2012/10/01/; 53(7):[915-30 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X12000302>.
11. Tall fra Dødsårsaksregisteret Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018 [Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>].

12. Tjelmeland IBM, Kramer-Johansen J, Nilsen JE, Mydske-Earl K, Andersson LJ, Bratland S, et al. Norsk hjertestansregister - Et register over gjenopplivningsforsøk i Norge. Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak2019. Available from: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/7_arsrapport_2018_norsk_hjertestansregister_0.pdf.
13. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). 2011.
14. Morken T, Myhr K, Raknes G, Hunskaar S. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Rapport nr. 4 - 2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre AS; 2016 [Available from: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016_ending%20versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y].
15. Morken T, Solberg LR, Allertsen M. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018. Rapport nr. 4-2019 Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre AS; 2019 [Available from: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/19665/Legevaktorganisering%20i%20Norge_Rapport%20fra%20Nasjonalt%20legevaktregister%202018.pdf?sequence=8&isAllowed=y].
16. Johnsen GE. Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser - Hva gjør vi og hva virker? Utposten [Internet]. 2010; 2/2010. Available from: <https://www.utposten.no/asset/2009/2009-05-35-38.pdf>.
17. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Årsmelding 2018. Rapport no. 1-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre; 2019.
18. Waldrop DP, Waldrop MR, McGinley JM, Crowley CR, Clemency B. Managing Death in the Field: Prehospital End-of-life Care. Journal of Pain and Symptom Management [Internet]. 2020 2020/05/11/. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420303778>
19. Kalocsai C, des Ordon AR, Sinuff T, Koo E, Smith O, Cook D, et al. Critical care providers' support of families in bereavement: a mixed-methods study. Canadian journal of anaesthesia/Journal canadien d'anesthesie [Internet]. 2020 Apr 2; 67:[857-65 pp.]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-020-01645-0>.
20. Nordby HN, Øyvind. Communication and empathy in an emergency setting involving persons in crisis. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine [Internet]. 2008; 16:5. Available from: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-7241-16-5>.
21. Walker WM. Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. Emergency Medicine Journal [Internet]. 2014; 31(6):[453-8 pp.]. Available from: <https://emj.bmj.com/content/emered/31/6/453.full.pdf>.

22. Walker W, Deacon K. Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing* [Internet]. 2016; 33:[39-47 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715001172?via%3Dihub>.
23. Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* [Internet]. 2001 Jan; 178(1):[76-81 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.76>.
24. Nordby H. "Førstemann inn" - Møter mellom ambulanspersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer; 2007. Contract No.: ISBN 82-7184-325-7.
25. van der Klink MA, Heijboer L, Hofhuis JG, Hovingh A, Rommes JH, Westerman MJ, et al. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive & critical care nursing* [Internet]. 2010 Aug; 26(4):[215-25 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.05.004>.
26. Harrington C, Sprowl B. Family Members' Experiences with Viewing in the Wake of Sudden Death. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [Internet]. 2012; 64(1):[65-82 pp.]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/OM.64.1.e>.
27. Janzen L, Cadell S, Westhues A. From Death Notification Through the Funeral: Bereaved Parents' Experiences and Their Advice to Professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [Internet]. 2004; 48(2):[149-64 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.2190/6XUW-4PYD-H88Q-RQ08>.
28. Dyregrov K. Ungdom som etterlatte ved selvmord - Hvilke hjelp og støtte ønsker de? *Suicidologi*. 2008;13:1:34-7.
29. Walter T, Ford A, Templeton L, Valentine C, Velleman R. Compassion or stigma? How adults bereaved by alcohol or drugs experience services. *Health & social care in the community* [Internet]. 2017; 25(6):[1714-21 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.12273>.
30. Dyregrov K. ASSISTANCE FROM LOCAL AUTHORITIES VERSUS SURVIVORS'NEEDS FOR SUPPORT AFTER SUICIDE. *Death studies*. 2002;26(8):647-68.
31. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999 [LOV-2019-04-10-11:[Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
32. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. Oslo:2017.
33. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* [Internet]. 2007 2007/12/01; 70(4):[283-315 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>.

34. Michel PO. Moderne krisestøtte. Oppsummering basert på internasjonal litteratur. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2013. Contract No.: ISBN 970-82-8122-067-6.
35. Dyregrov K, Dyregrov A. Krisepsykologi i praksis. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
36. Johansen IH, Blinkenberg J, Arntz-Hansen C, Moen K. Legevakthåndboken, 5. utg.: Gyldendal Akademiske; 2015. Available from: www.lvh.no.
37. Brymer M, Layne C, Jacobs A, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological first aid field operations guide (2nd ed.). Washington, DC: National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD; 2006.
38. Shultz JM, Forbes D. Psychological First Aid: Rapid proliferation and the search for evidence. Disaster Health [Internet]. 2013; 2(1):[3-12 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.4161/dish.26006>.
39. Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. PLoS one [Internet]. 2014; 9(12). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>.
40. Kent H, McDowell J. Sudden bereavement in acute care settings. Nursing Standard. 2004;19(6).
41. kriser.no: Senter for krisepsykologi; 2005 [updated 2018. Available from: <https://www.kriser.no/>.
42. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016 [FOR-2020-02-04-119:[Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>.
43. Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [29.10.2018:[Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.
44. Helsedirektoratet. Veileder for legevakt og legevaktsentral Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [28.02.2020:[Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>.
45. Fylkesmannen i Hordaland. Rapport frå tilsyn med Fjell Kommune - Sotra legevakt 11.-13. september 2018 [Internett]. Helsetilsynet; 2018 [Available from: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/hordaland/2018/fjell-kommune-sotra-legevakt-2018/>.
46. Nordanger D, Dyregrov K, Dyregrov A. Betydningen av skriftlige rutiner for omsorgen etter krybbedød og barneulykker. Tidsskrift for Den norske Lægeforening. 2003;123:993-5.

47. Becker MC. Organizational routines: a review of the literature. *Industrial and corporate change*. 2004;13(4):643-78.
48. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet* [Internet]. 1993; 342:[1317-22 pp.]. Available from: <https://wicancer.org/wp-content/uploads/2015/08/Effect-of-Clinical-Guidelines-on-Medical-Practice.pdf>.
49. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 1999; (1). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000349>.
50. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Medical Journal of Australia* [Internet]. 2002; 177(9):[502-6 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04920.x>.
51. Thomassen Ø, Storesund A, Sjøfteland E, Brattebø G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [Internet]. 2014; 58(1):[5-18 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1111/aas.12207>.
52. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [Internet]. 2008 2008/09/12; 8:38. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>.
53. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on evidence-based nursing* [Internet]. 2007; 4(4):[210-9 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x>.
54. Fylkesmannen i Vest-Agder. Rapport fra tilsyn med Kristiansand legevakt 2015 [Internett]. Helsetilsynet; 2015 [Available from: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/vest-agder/2015/legevaktjenesten-kristiansand-legevakt-2015/>].
55. Telemark Fi. Rapport fra tilsyn med om kommunene sikrer forsvarlige legevaktjenester ved Kragerø og Drangedal interkommunale legevakt 2015 [Internett]. Helsetilsynet; 2016 [Available from: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/telemark/2015/kragero-og-drangedal-interkommunale-legevakt-2015/>].
56. McDonnell S, Nelson PA, Leonard S, McGale B, Chew-Graham CA, Kapur N, et al. Evaluation of the impact of the PABBS suicide bereavement training on clinicians' knowledge and skills. *Crisis* [Internet]. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000646>.
57. Bjørndal A, Hofoss D. *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2004.

Vedlegg 1: Beskrivelse av legevaktregisteret



Prosjektfakta

Navn

Nasjonalt legevaktregister

Status

Aktiv

Periode

01.08.05 - 31.12.28

Finansiering

Norwegian Directorate of Health

Forskningstema

Registerdata

Akuttmedisin og legevakt

Nasjonalt legevaktregister

Registeret skal gi grunnlag for offentlig statistikk og rapportering, men også gi innsyn i legevaktorganiseringen i Norge, samt et kontaktadresseregister for NKLM.

Trendanalyseprosjektet er et samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).

Prosjektet Nasjonalt legevaktregister finansieres av NKLM.

Siden prosjektet «Nasjonalt legevaktregister» startet i 2005 har NKLM gitt ut en rekke rapporter basert på spørreundersøkelsen som annet hvert år sendes til lederne av alle legevaktene. Her er noen av funnene fra undersøkelsen i 2018 som også inkluderte legevaktsentralene:

I 2018 er det registrert 177 legevakter og 97 legevaktsentraler i Norge.

En av ti legevakter har vanskeligheter med å rekruttere kvalifisert helsepersonell.

Mange legevakter mangler rutiner for å ivareta personer som er utsatt for vold i nære relasjoner.

Fire av ti legevakter har aldri utført samtrening med akuttmedisinsk helsepersonell.

Hentet fra <https://www.norceresearch.no/prosjekter/nasjonalt-legevaktregister> 01.06.2020

Vedlegg 2: Forfatterveiledning Tidsskriftet *Sykepleien Forskning*

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfelleurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Sykepleien Forskning publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. Sykepleien Forskning inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

Lengde på manuskriptet

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer, men disse bør ikke overskride 4000 ord.

Format og oppsett

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Manuskriptets innhold

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (main document) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterenes navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (abstract)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

Tekst

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skrijving i det hvite feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og bakgrunn for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode

dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrise i metodedelene.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai; 45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.
5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabank.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan.* (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

Følg brev til redaktør (cover letter)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

Innsending av manuskript

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem ScholarOne, via følgende adresse:
<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også tittelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Oversetting til engelsk

Alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettside:

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter».

Sist oppdatert 09/2019. Hentet fra https://sykepleien.no/forfatterveiledning_01.06.2020

Del 2: Artikkel

Norske legevaktens rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter plutselig dødsfall

Siri-Linn Schmidt Fotland, Sykepleier og Forsker ¹

Grethe Johnsen, Ph.D. ¹

¹Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre,
Kalfarveien 31, 5018 Bergen

Kontaktperson:

Siri-Linn Schmidt Fotland

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Kalfarveien 31, 5018 Bergen

siri-linn.fotland@norceresearch.no

Telefon: 56 10 72 26

Antall tegn inkludert ordmellomrom: 19 461

Antall ord: 2956

Sammendrag

Bakgrunn:

Plutselige og voldsomme dødsfall kan virke traumatiserende for de etterlatte, og måten man blir møtt på av innsatspersonell kan påvirke sorgprosessen i både positiv og negativ retning. Legevakt er en del av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og møter ofte de etterlatte i umiddelbar fase etter dødsfallet. Personell beskriver dette som utfordrende og meningsfullt, og at erfaring øker trygghet og mestring i situasjonen. Skriftlige rutiner blir assosiert med kvalitet i tjenesten, skal sørge for enhetlig praksis og kan bidra med viktig informasjon inn i en vanskelig situasjon. Samtidig er kvaliteten på rutinen avhengig av innhold og tilgjengelighet.

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å undersøke om legevakter har rutine for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall, om organisatoriske faktorer har betydning for om legevakten har slike rutiner og om rutinene inneholder momenter relevante for legevaktpersonellet.

Metode:

I 2016, som en del av Nasjonalt legevaktregister, ble en spørreundersøkelse sendt til alle ledere ved legevaktene i Norge. E-mail ble brukt for videre utforskning av svarene og innhenting av eksisterende rutiner. Disse ble vurdert etter momenter identifisert som relevant for legevakt.

Resultat:

60,2% av legevaktene oppgav at de hadde rutiner og 40,3% av disse oppgav at rutinene ikke var skriftlige. Internt fokus på pårørendehåndtering hadde betydning for om legevakten hadde rutine. Populasjonsstørrelse og om vaktlege rykker ut ved akutt skade og sykdom hadde ikke betydning. Antall momenter rutinene inneholdt varierte fra 1 til 8 (n=8) med et gjennomsnitt på 5,4 momenter per rutine. Fordeling av ansvar mellom tjenestene og oversikt over tilbud for videre oppfølging var hyppigst beskrevet. Det var stor variasjon i oppbygning og omfang av rutinene.

Konklusjon:

I norske legevakter finnes det både skriftlige og muntlige rutiner for oppfølging av etterlatte ved plutselig død. I de skriftlige rutinene i denne studien var det stor variasjon i både innhold, detaljnivå og hvor beskrivende de var. Den store variasjonen i hva legevaktene oppga var en rutine kan indikere at det er et varierende fokus på temaet uavhengig av organisatoriske forhold som populasjonsstørrelse i legevaktdistriktet og deltagelse utenfor legevakten. Internt fokus på fagområdet pårørendehåndtering er relatert til om man har rutine. Vi vet ikke om skriftlige rutiner innen oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall hever kvalitet på tjenesten eller om det vil ha påvirkning på utkommet for de etterlatte. Her trengs mer forskning.

Innledning

Hver gang noen dør påvirkes de som er nær denne personen. Skjer dødsfallet plutselig og på en voldsom måte vil dette kunne forårsake mer stress og traumereaksjoner enn ved andre typer dødsfall (1). Faktorer som voldelig død, at man ikke har mulighet til å forberede seg på dødsfallet og nær relasjon til den døde (spesielt ektefelle eller foreldre/barn relasjon) er assosiert med risiko for komplisert sorg (2) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (3).

I 2018 døde 2704 personer av ytre årsaker som ulykker, selvmord, drap eller skade/forgiftninger i Norge (4). I tillegg ble 3405 personer med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus forsøkt gjenopplivet, og gjenoppliving ble avsluttet på stedet i 2387 av tilfellene (5). Dette er eksempler på dødsfall som kan karakteriseres som plutselig og i mange tilfeller voldsom.

Den psykososiale oppfølgingen etter kriser, ulykker og katastrofer er et kommunalt ansvar (6). Mange kommuner møter dette lovkravet ved å opprette psykososiale kriseteam som bemannes av ansatte fra det øvrige tjenesteapparatet i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller andre relevante tjenester (7). Psykososiale kriseteam er oftest ikke en beredskapstjeneste, og responstiden vil variere. Den nasjonale veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer poengterer at *«Nødvendig psykososial støtte alltid må inngå i akuttmedisinske tjenester som en del av forsvarlig tjenesteutøvelse»* (7)

Legevakttjenesten er sammen med ambulans og AMK definert som akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og skal kunne rykke ut umiddelbart ved ulykker og andre akutte situasjoner når det er nødvendig (8). I 2016 var det 182 legevakter i Norge og hver enkelt legevakt dekker fra 457 til 681 729 innbyggere. 67 % av legevaktene oppgir at vaktlege alltid eller oftest rykker ut ved melding om akutt skade eller sykdom der det står om liv (rød

respons) (9). Vaktlege rykker ut enten alene, sammen med ambulanse og/eller annet personell som sykepleier fra legevakten eller personell fra brannvesenet (10).

For personell i akuttmedisinske tjenester er fokuset å redde liv. Ved hendelser der pasienten blir bekreftet død på stedet krever det at helsepersonell endrer fokus fra å redde liv til å ivareta de etterlatte. Helsepersonell opplever dette skiftet som en viktig (11), men også utfordrende oppgave på grunn av egne og etterlattes følelsesmessige reaksjoner (12-14). Personell gir tilbakemelding om at oppfølging av de etterlatte i akutt krise krever erfaring og trygghet (14, 15). Organisatoriske faktorer som tid og ressurser har også betydning for oppfølgingen (14). En studie fant at hyppige kritiske og traumatiske hendelser og mangel på mulighet for å hente seg inn igjen etter slike hendelser var assosiert med utbrenthet blant ambulansepersonellet (16).

En studie som har intervjuet etterlatte etter krybbedød om deres møte med ambulansepersonell viser til at de etterlatte ikke forventet at ambulansepersonellet skulle ha ekspertkunnskap om krisepsykologi, men at informasjon og omsorg tilpasset situasjonen var forventet (17). Etterlatte trenger god kommunikasjon, tidsriktig og konkret informasjon, og at omsorgen må være empatisk og respektfull i møte med helsepersonell (18, 19). Studier beskriver at hvordan de etterlatte ble møtt av både helsepersonell og andre profesjonelle i tiden etter et traumatisk dødsfall hadde påvirkning på sorgprosessen (19, 20).

Tiden rett etter traumatisk dødsfall som beskrevet i denne studien er lite omtalt i veiledere (7, 21), og hvilke intervensjon som er riktig å bruke i denne fasen er usikkert (22). Samtidig står det i Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral at legevaktene bør ha rutiner for samhandling med kommunens psykososiale kriseteam og for akutt psykososiale oppfølging av pasienter, pårørende og eget personell (23). Skriftlige rutiner eller retningslinjer er assosiert med god kvalitet på tjenesten (24, 25). Ved å bruke rutiner kan man oppnå koordinerte tjenester, enhetlig praksis og stabile tjenester. En vil også bruke mindre kognitive ressurser i krevende situasjoner dersom rutinen er innarbeidet og inneholder kunnskap som er lett tilgjengelig (26, 27).

Hensikten med denne studien er å undersøke 1) om legevakter har rutine for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall, 2) om organisatoriske faktorer har betydning for om legevakten har slike rutiner 3) om rutinene inneholder momenter relevant for legevakt. De organisatoriske faktorene som er undersøkt er befolkningsstørrelse i legevaktsdistriktet, om

vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom og om man har hatt pårørendehåndtering som tema på fagseminar, personalmøter eller lignende de to siste årene.

Metode

Design, utvalg og datainnsamling

Studien ble gjennomført som en tverrsnittsstudie, og det ble brukt spørreundersøkelse som metode. Spørsmålene ble implementert i Nasjonalt legevaktregister som har vært administrert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) siden 2006. Nasjonalt legevaktregister inneholder informasjon om organisering, ressurser, utstyr og lokale prosedyrer for alle norske legevakter (9). Undersøkelsen sendes ut annen hvert år. Spørreskjemaet ble våren 2016 sendt per e-post til lederne ved alle landets 182 legevakter. Undersøkelsen ble gjort i det nettbaserte spørreskjemaverktøyet Qualtrics.

En automatisk påminnelse ble sendt ut til legevaktene som ikke hadde besvart etter to uker. De som ikke responderte på påminnelsen ble fulgt opp individuelt av personell fra NKLM enten via telefon eller e-post. Datainnsamlingen ble fullført i juni 2016.

Etter at spørreundersøkelsen var gjennomført ønsket vi også å undersøke om rutinene var skriftlige. I januar 2017 ble det sendt ut en e-post til alle legevakter som hadde svart at de hadde rutiner. Det ble spurt om rutinene var skriftlige og om vi kunne få de tilsendt. Påminnelse ble sendt via e-post og informasjon om prosjektet ble formidlet på den nasjonale lederkonferansen for legevakter i mars 2017. Datainnsamling ble avsluttet i juni 2017.

«Mestring, samhörighet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» var utarbeidet med beskrivelse av den beste praksisen innen psykososial oppfølging (7). Denne ble derfor brukt som utgangspunkt for utvelgelse av momenter som kunne ha relevans for legevaktens rutiner (tabell 1). Rutinene ble gjennomgått av førsteforfatter og de identifiserte momentene ble registrert.

Analyse

Dataene ble analysert i SPSS-statistikk, versjon 25. Det ble utført en frekvensanalyse beskrevet med antall (n) og prosent (%) for å besvare forskningsspørsmål 1. Ved analyse til forskningsspørsmål 2 ble den avhengige variabelen *om legevakten har rutiner* analysert etter disse tre variablene ved bruk av krystabell:

1. Størrelse på befolkning i legevaktdistriktet
2. I hvilken grad vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom

3. Om pårørendehåndtering har vært tema på fagseminarer, personalmøter eller lignende de siste to årene.

Signifikans ble testet med kjiqvadrattest og signifikansnivået satt til 5% (p-verdi $\leq 0,05$). Ved tilfeller der 80% av cellene i krysstabellen var under 5 ble signifikansnivået målt med Fishers Eksakte Test for å få et mer robust resultat.

Frekvensanalyse med antall (n), prosent (%), gjennomsnitt og variasjon (min/maks) ble brukt for å besvare forskningsspørsmål 3. Antall momenter ble også målt etter hvem rutinen i utgangspunktet var skrevet for og populasjonsstørrelse.

Etikk

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har godkjent Nasjonalt Legevaktregister som prosjekt (prosjektnummer 13325), og det var derfor ikke nødvendig å søke for denne studien alene. Denne studien inneholder ikke personidentifiserbare data og søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) var derfor ikke nødvendig.

Resultat

Alle 182 legevaktene svarte på spørreundersøkelsen til legevaktregisteret, men en legevakt har ikke svart på spørsmålene undersøkt i denne studien. En oppfølgende epost ble sendt til legevakter som hadde svart at de hadde rutiner, og ble besvart av 70,6%. 27 rutiner ble tilsendt og gjennomgått.

I spørreundersøkelsen til Nasjonalt legevaktregister svarte 60,2% av legevaktene at de hadde rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall (tabell 2). 44 av 109 (40,3%) svarte på oppfølgingsspørsmål at de ikke hadde rutinen skriftlig. 33 legevakter svarte at rutinene var skriftlig mens 32 legevakter ikke svarte på dette spørsmålet. Ved å flytte de som hadde avkreftet at rutinene var skriftlig til at de ikke hadde rutiner endret prosentandelen som hadde rutiner seg fra 60,2% til 35,9%.

Organisatoriske forhold

Organisatoriske forhold som populasjonsstørrelse og om vaktlege rykket ut hadde ikke betydning for om legevakten hadde rutine for oppfølging av etterlatte (tabell 3). Om legevaktene hadde hatt pårørendehåndtering som tema var den eneste av de målte variablene som var statistisk signifikant (p <0,001).

Internt fokus på pårørendehåndtering hadde ikke betydning for om rutinen var skriftlig. Analyse opp mot populasjonsstørrelse ga en signifikansverdi $p=0,051$ og var dermed ikke statistisk signifikant.

Innholdet i rutinene

Rutinene inneholdt varierende antall momenter identifisert som relevante for legevakt (tabell 5) og varierte fra 1 til 8 momenter ($n=8$).

Det var stor forskjell mellom hvordan rutinene var utformet, hvem de var utarbeidet for og hvilke momenter de inneholdt (tabell 6). 40,7% av rutinene inneholdt 5 eller 6 momenter, og gjennomsnittet lå på 5,4 momenter per rutine. 12 av 27 rutiner var skrevet for legevakt, mens de resterende rutinene var enten skrevet som en helhetlig rutine for de kommunale tjenestene eller for det psykososiale kriseteamet. Rutiner skrevet for legevakt inneholdt det laveste antall momenter i gjennomsnitt (4,8 momenter per rutine). Noen av rutinene var skrevet for hele den kommunale tjenesten. Disse inneholdt mye informasjon og hadde det høyeste antall momenter per rutine i gjennomsnitt (6,6 momenter). Rutinene skrevet for psykososiale kriseteam inneholdt også mange av momentene beskrevet, men omhandlet spesielt rutiner for å iverksette kriseteamet, hvilke oppgaver de skal utføre og hvordan. Det var ingen forskjell mellom de mellomstore og de store legevaktene (5,5 momenter i gjennomsnitt), og de små legevaktene hadde nesten like mange momenter i gjennomsnitt (5,4 momenter).

De hyppigst forekommende momentene i rutinene var «oversikt over tilbud for videre oppfølging» og «fordeling av ansvar mellom tjenestene» omtalt (figur 1). «Ivaretagelse av helsepersonell» og «hjelp til oversikt over hendelsen» havnet nederst og var omtalt i 12 av rutinene. 44,4% av de tilsendte rutinene var skrevet for legevakt. 5 av rutinene omtalte ikke legevakt eller omtalte bare at legevakt var en av flere som hadde mulighet til å kontakte kriseteamet. Rutinene varierte i omfang fra 10 linjer til 29 sider.

De aller fleste rutinene var overordnet og inneholdt i hovedsak praktisk informasjon. Noen få rutiner inneholdt detaljert informasjon med blant annet tips til hjelper, som for eksempel:

«Det viktigste er ikke hva du gjør, men den du er, og at du kan være tilstede»

Eller

«Demp aktivisering ved å roe ned, gå sakte, snakk langsamt og gjerne fysisk berøring der det er passende og naturlig»

Diskusjon

Denne studien har vist at 60,2% av legevaktene hadde rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall, men at 40,3% av disse ikke hadde rutinene skriftlig. Internt fokus på pårørendehåndtering hadde betydning for om legevakten hadde rutine. Populasjonsstørrelse og om vaktlege rykker ut hadde ikke betydning. Antall momenter rutinene inneholdt varierte fra 1 til 8 (n=8) med et gjennomsnitt på 5,44 momenter per rutine. Fordeling av ansvar mellom tjenestene og oversikt over tilbud for videre oppfølging var hyppigst beskrevet. Det var stor variasjon i oppbygning og omfang av rutinene.

Den store variasjon i de rutinene som ble gjennomgått sammen med funnet om at 40,3% ikke hadde utarbeidet rutinene skriftlig kan danne grunnlag for å stille spørsmål ved betydningen av å ha slike rutiner. Som beskrevet tidligere kan begrepet rutine tolkes vidt, altså at det innebærer både vaner og faste mønstre som ikke er beskrevet eller noe som er nedskrevet og skal følges i en bestemt situasjon. I de tilfeller der legevaktene ikke har rutinene skriftlig kan det tenkes at de har vaner eller faste mønstre som de følger i disse situasjonene. Det kan også tenkes at behovet for skriftlige rutiner er mindre i små og oversiktlige kommuner med stabil personellgruppe, men ut fra resultatene i denne studien er det like mange i de mellomstore legevaktene, som i de små legevaktene, som ikke har rutinene skriftlig. Til og med for de store legevaktene sier nesten 1/3 at de har rutiner, men at de ikke er skriftlig. Resultatene viste at om rutinene var skriftlig ikke hadde en statistisk signifikans opp mot populasjonsstørrelse, men at det var en hentydning mot at størrelse kan ha betydning for om rutinen er skriftlig ved at signifikansnivået lå like over «cut-off». Samtidig var det en skjevhet i resultatene ved at svarprosenten var høyest for de store legevaktene og minst for de små legevaktene. Dette kan ha hatt betydning for resultatene.

Nytteverdier av skriftlige rutiner kan være muligheten det gir for å ettergå det som har vært gjort, at det kan være en kvalitetssikring ved at rutinen skal sikre enhetlig utførelse av arbeidet og at det gir personell trygghet ved at de vet hva de skal gjøre. Forskningsmessig vil skriftlige rutiner kunne legge til rette for å forske på om de har effekt. Når rutinene ikke er skriftlige vil muntlig overføring av rutinen og hver enkelt ansattes tolkning av hva som er rutinen være førende og vanskeliggjøre forskning på effekt.

Viktige rutiner innen organisasjonens styringssystem skal være dokumentert, men det er opp til leder for virksomheten hva de oppfatter som viktige rutiner for å kunne drive en forsvarlig virksomhet (28). På den ene siden kan legevaktens deltagelse i hvordan kommunen løser sitt

lovpålagte ansvar innen psykososial beredskap og oppfølging ha en påvirkning på om legevaktene har rutiner for oppfølging av etterlatte. På den andre side kan det handle om at legevakten ikke oppfatter dette som en viktig del av styringssystemet, enten på bakgrunn av at det skjer så sjelden eller at medarbeiderne vet hvordan de skal håndtere en slik hendelse uten behov for en skriftlig rutine.

Veileder for legevakt og legevaktsentral, som ble publisert i år, presiserer at alle legevakter bør ha rutiner for håndtering av etterlatte (23). Dette kan være med på å påvirke i hvilken grad legevaktene utvikler rutiner. Samtidig blir det hverken presisert hva som er faglig forsvarlig eller god praksis for legevaktene i møte med etterlatte, slik som det er beskrevet for kommunen og de psykososiale kriseteamene (7). Resultatene viste at de aller fleste rutinene inneholdt informasjon om hvilke tilbud kommunen har for å ivareta de etterlatte etter den umiddelbare fasen, noe som kan gi en indikasjon på at kommunen ivaretar den videre oppfølgingen og at den viktigste oppgaven akuttmedisinske tjenester har er å identifisere behovet for hjelp videre og formidle dette videre til neste instans. Samtidig så kan det stilles spørsmål ved om det er godt nok når de etterlatte beskriver at møte med akuttmedisinsk personell i umiddelbar fase etter dødsfallet kan sette dype spor, både positivt og negativt.

Rutiner kan sikre kunnskapsbasert og enhetlig praksis (26). Som skrevet i innledningen gir helsepersonell tilbakemelding om at oppfølging av de etterlatte i akutt krise krever erfaring og trygghet. Dette kan være hendelser hver enkelt helsepersonell ikke opplever så ofte, og det kan derfor være vanskelig å opparbeide seg erfaring og trygghet. Det kan tenkes at deler av den praktiske ivaretagelsen, som hvilke tilbud kommunen har og hvordan iverksette videre oppfølging, kan ivaretas ved å ha en skriftlig rutine lett tilgjengelig for helsepersonell når hendelsen skjer. Dette kan bøte på mangelfull erfaring. Det kan også tenkes at en rutine kan øke tryggheten ved at den sier noe om hva som er forventet av personellet i situasjonen. Samtidig er de mellommenneskelige egenskapene etterlatte løfter frem som behov noe som kanskje ikke så lett lar seg nedtegne i en rutine, men som man vil ha bedre effekt av å trene på, som McDonnell et al beskriver i sin studie (29). Likevel kan det tenkes at skriftlige påminnere om intervensjonsprinsippene oppleves som nyttig ved hendelser eller ved opplæring av nye medarbeidere.

Denne studiens funn om at pårørendehåndtering som tema i løpet av de siste to årene har betydning for om man har utarbeidet rutine støttes av en studie utført av Dyregrov, Dyregrov og Nordanger (24). De fant at nedskrevne rutiner var den beste prediktoren for kvalitet på tjenesten de etterlatte fikk, men ut fra kvaliteten på rutinene kunne resultatene tolkes som at

dette var en indirekte prediktor ved at man økte bevisstheten rundt temaet i organisasjonene under utarbeidelsen av rutinen. Denne studien sier ikke noe om kvalitet på de tjenestene som blir gitt i de ulike kommunene, men resultatene indikerer at internt fokus på pårørendehåndtering har betydning for om man har rutiner. Man kan spekulere i om pårørendehåndtering som tema er ensbetydende med at oppfølging av etterlatte har vært et tema. Men det kan tenkes at man ved å ha pårørendehåndtering som tema har større fokus på pårørende uavhengig av setting.

Styrker og svakheter

En styrke er at spørreundersøkelsene i studien er en del av et etablert register som kunne bidra med erfaring og kapasitet til å følge opp respondentene slik at man fikk 100% respons.

Oppfølgingsmailen hadde lavere svarprosent. 62,5% av de som ikke svarte på oppfølgingsmailen var i den kategorien små legevakter, noe som ga en skjevhet i materialet. Resultatene for denne gruppen kunne sett annerledes ut ved høyere svarprosent.

I studien var begrepet rutine brukt for å beskrive legevaktens handlingsmåte ved plutselig eller voldsom død. Rutine kan også forstås som en spesiell handlingsmåte bygget på lang erfaring. I konteksten i spørreskjemaet til legevaktene var likevel begrepet rutine dekkende for en fast handlingsmåte/prosedyre i en bestemt situasjon.

Momentene som er trukket frem som relevante for legevaktpersonell var i denne studien kun gjennomlest av en av forfatterne. Det hadde vært en styrke om en annen fagperson også hadde lest gjennom dem. På den måten kunne man vurdert enighet (interrater reliabilitet) mellom fagpersonene. Det finnes ikke en beskrivelse av beste praksis i veileder eller nasjonale faglige retningslinjer å vurdere rutinene opp mot.

Konklusjon

I norske legevakter finnes det både skriftlige og muntlige rutiner for oppfølging av etterlatte ved plutselig død. I de skriftlige rutinene i denne studien var det stor variasjon i både innhold, detaljnivå og hvor beskrivende de var. Den store variasjonen i hva legevaktene oppga var en rutine kan indikere at det er et varierende fokus på temaet uavhengig av organisatoriske forhold som populasjonsstørrelse i legevaktdistriktet og deltagelse utenfor legevakten. Internt fokus på fagområdet pårørendehåndtering er relatert til om man har rutine. Vi vet ikke om skriftlige rutiner innen oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall hever kvalitet på

tjenesten eller om det vil ha påvirkning på utkommet for de etterlatte. Her trengs mer forskning.

Referanseliste

1. Dyregrov K, Dyregrov A. Krisepsykologi i praksis. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
2. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies* [Internet]. 2010 2010/08/25; 34(8):[673-98 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>.
3. Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):131-47.
4. Tall fra Dødsårsaksregisteret Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018 [Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>].
5. Tjelmeland IBM, Kramer-Johansen J, Nilsen JE, Mydske-Earl K, Andersson LJ, Bratland S, et al. Norsk hjertestansregister - Et register over gjenopplivingsforsøk i Norge. Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak2019. [Available from: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/7_arsrapport_2018_norsk_hjertestansregister_0.pdf].
6. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). 2011.
7. Helsedirektoratet. Mestring, samføringhet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [IS-2428]. [Available from: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20E2%80%93%20Veileder.pdf].
8. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [FOR-2019-12-20-1925:[Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>].
9. Morken T, Myhr K, Raknes G, Hunskaar S. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Rapport nr. 4 - 2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre AS; 2016 [Available from: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016_ending%20versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y].

10. Morken T, Solberg LR, Allertsen M. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018. Rapport nr. 4-2019 Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre AS; 2019 [Available from: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/19665/Legevaktorganisering%20i%20Norge_Rapport%20fra%20Nasjonalt%20legevaktregister%202018.pdf?sequence=8&isAllowed=y].
11. Waldrop DP, Waldrop MR, McGinley JM, Crowley CR, Clemency B. Managing Death in the Field: Prehospital End-of-life Care. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2020 2020/05/11/. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420303778>
12. Nordby HN, Øyvind. Communication and empathy in an emergency setting involving persons in crisis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* [Internet]. 2008; 16:5. Available from: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-7241-16-5>.
13. Walker WM. Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. *Emergency Medicine Journal* [Internet]. 2014; 31(6):[453-8 pp.]. Available from: <https://emj.bmj.com/content/emered/31/6/453.full.pdf>.
14. Kalocsai C, des Ordon AR, Sinuff T, Koo E, Smith O, Cook D, et al. Critical care providers' support of families in bereavement: a mixed-methods study. *Canadian journal of anaesthesia/Journal canadien d'anesthésie* [Internet]. 2020 Apr 2; 67:[857-65 pp.]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-020-01645-0>.
15. Walker W, Deacon K. Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing* [Internet]. 2016; 33:[39-47 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715001172?via%3Dihub>.
16. Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* [Internet]. 2001 Jan; 178(1):[76-81 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.76>.
17. Nordby H. "Førstemann inn" - Møter mellom ambulanspersonell og foreldre som har mistet barn i krybbedød. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer; 2007. Contract No.: ISBN 82-7184-325-7.
18. van der Klink MA, Heijboer L, Hofhuis JG, Hovingh A, Rommes JH, Westerman MJ, et al. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive & critical care nursing* [Internet]. 2010 Aug; 26(4):[215-25 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.05.004>.
19. Harrington C, Sprowl B. Family Members' Experiences with Viewing in the Wake of Sudden Death. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [Internet]. 2012; 64(1):[65-82 pp.]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/OM.64.1.e>.

20. Janzen L, Cadell S, Westhues A. From Death Notification Through the Funeral: Bereaved Parents' Experiences and Their Advice to Professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [Internet]. 2004; 48(2):[149-64 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.2190/6XUW-4PYD-H88Q-RQ08>.
21. Etter selvmordet - veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Contract No.: IS-1898.
22. Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PloS one* [Internet]. 2014; 9(12). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>.
23. Helsedirektoratet. Veileder for legevakt og legevaktsentral Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [28.02.2020]:[Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>].
24. Nordanger D, Dyregrov K, Dyregrov A. Betydningen av skriftlige rutiner for omsorgen etter krybbedød og barneulykker. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 2003;123:993-5.
25. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 1999; (1). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000349>.
26. Becker MC. Organizational routines: a review of the literature. *Industrial and corporate change*. 2004;13(4):643-78.
27. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [Internet]. 2008 2008/09/12; 8:38. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>.
28. Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [29.10.2018]:[Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>].
29. McDonnell S, Nelson PA, Leonard S, McGale B, Chew-Graham CA, Kapur N, et al. Evaluation of the impact of the PABBS suicide bereavement training on clinicians' knowledge and skills. *Crisis* [Internet]. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000646>.

Tabeller og figurer

Tabell 2 Beskrivelse av momenter identifisert som relevant for legevakt

<i>Legevaktens oppgaver omtalt</i>	En faktisk beskrivelse av hva legevakten skulle gjøre. Mer enn at legevakten, som en av flere, kan kontakte psykososialt kriseteam.
<i>Hjelp til å skaffe oversikt over hendelsen</i>	En beskrivelse av hvilke informasjon som var viktig når man skulle overføre informasjonen til neste ledd. Eksempelvis oversikt over de etterlatte og hvilke behov de har.
<i>Oversikt over tilbud for videre oppfølging</i>	En beskrivelse hvilke tiltak som er best egnet for ulike hendelser eller behov. Eksempelvis kontakt med fastlege, psykososialt kriseteam, barnevern, helsestasjon e.l.
<i>Hvordan aktivere videre oppfølging</i>	En beskrivelse av hvordan aktivere videre oppfølging. Eksempelvis telefonnummer til kontaktpersoner i kriseteamet, henvisning til hvor man kan finne denne informasjonen.
<i>Fordeling av ansvar</i>	En fordeling av hvilke tjenester som har ansvar for hvilke oppgaver.
<i>Barn som etterlatte</i>	En beskrivelse av hva og/eller hvordan man skal sikre ivaretagelse av barn.
<i>Ivaretagelse av helsepersonell</i>	En beskrivelse av behovet for å hente inn mer personell ved en pågående hendelse og/eller rutiner for ivaretagelse av personellet i etterkant.
<i>Omtaler intervensjonsprinsipper</i>	Intervensjonsprinsippene: Skape trygghet og dempe uro. Bidra til mestring, samhørighet og håp. Ivareta brukermidvirkning. Aktiv bruk av sosiale nettverk. Henvisning til bruk av psykologisk førstehjelp kommer også innunder her.

Tabell 2 Oversikt over svar fra legevaktene på om de har rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise etter dødsfall

Legevakten har rutiner		
	n	(%)
Ja	109	(60,2)
Nei	61	(33,7)
Vet ikke	11	(6,1)
Totalt	181	(100,0)

Tabell 3 Legevaktens rutiner for oppfølging av etterlatte i akutt krise ved plutselig dødsfall etter legevaktens populasjonsstørrelse, utrykning fra vaktlege og internt fokus på pårørendehåndtering

	Legevakten har rutiner								p-verdi*
	Ja		Nei		Vet ikke		All		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Populasjonsstørrelse									0,615
<10 000	53	(63,1)	26	(31,0)	5	(6,0)	84	(100)	
10 000 – 59 999	41	(53,9)	30	(39,5)	5	(6,0)	76	(100)	
>60 000	15	(71,4)	5	(23,8)	1	(4,1)	21	(100)	
Vaktlege rykker ut ved akutt skade/sykdom (rød respons)									0,416
Alltid / Oftest	77	(63,6)	38	(31,4)	6	(5,0)	121	(100)	
Av og til	27	(51,9)	21	(40,4)	4	(7,7)	52	(100)	
Aldri	5	(62,5)	2	(25,0)	1	(12,5)	8	(100)	
Har hatt pårørendehåndtering som tema på fagseminar, personalmøte eller lignende de to siste årene									<0,001
Ja	45	(83,3)	8	(14,8)	1	(1,9)	54	(100)	
Nei	49	(45,8)	50	(46,7)	8	(7,5)	107	(100)	
Vet ikke	15	(75,0)	3	(15,0)	2	(10,0)	20	(100)	
Totalt	109		61		11		181	(100)	

*Fishers eksakte test

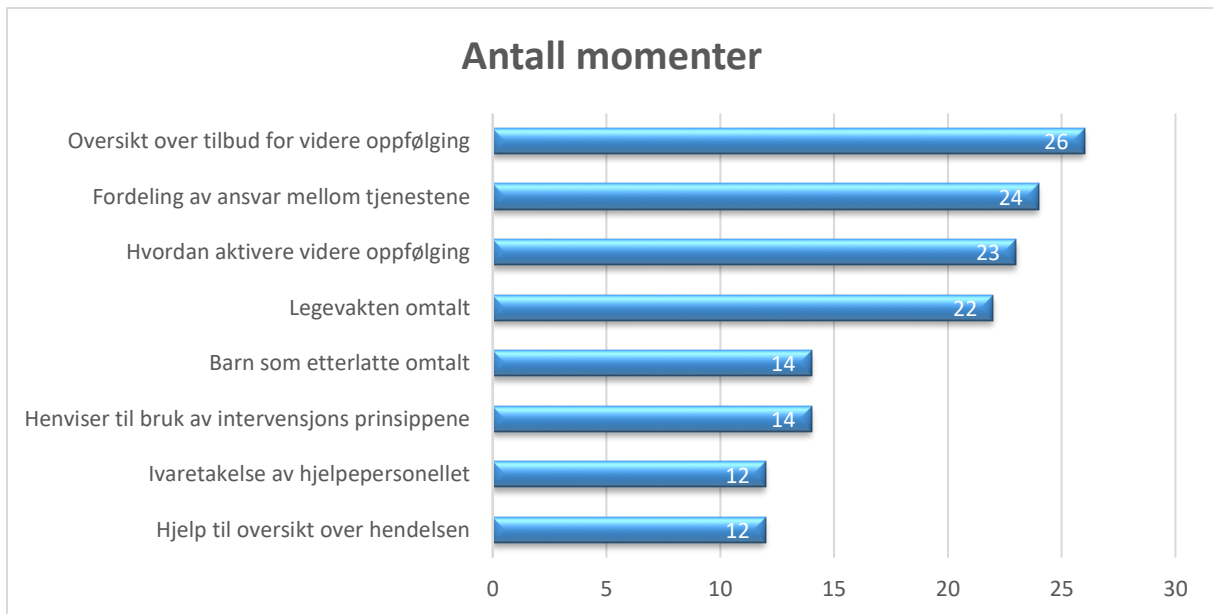
Tabell 4 Skriftlige rutiner for håndtering av etterlatte etter populasjonsstørrelse og internt fokus på pårørendehåndtering.

Legevakten har rutinene skriftlig							
	Ja		Nei		All		p-verdi*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Populasjonsstørrelse							0,051
<10 000	13	(39,4)	20	(60,6)	33	(100)	
10 000 – 59 999	10	(33,3)	20	(66,7)	41	(100)	
>60 000	10	(71,4)	4	(28,6)	15	(100)	
Har hatt pårørendehåndtering som tema på fagseminar, personalmøte eller lignende de to siste årene.							0,359
Ja	16	(51,6)	15	(48,4)	31	(100)	
Nei	12	(34,3)	23	(65,7)	35	(100)	
Vet ikke	5	(45,5)	6	(54,5)	11	(100)	
Totalt	33	(42,9)	44	(57,1)	77	(100)	

*Kjikkvadrat test

Tabell 5 Antall moment identifisert i hver rutine som relevant for legevakt etter hvem rutinen er skrevet for og populasjonsstørrelse.

Beskrivelse av rutinene					
	n	(%)	Gjennomsnitt antall moment	min	maks
Antall moment			5.4		
1	1	(3,7)			
2	1	(3,7)			
3	3	(11,1)			
4	3	(11,1)			
5	4	(14,8)			
6	7	(25,9)			
7	3	(11,1)			
8	5	(18,5)			
Rutinen er skrevet for					
Kommunale tjenester	8	(29,6)	6.3	1	8
Legevakt	12	(44,4)	4.8	2	8
Psykososiale kriseteam	7	(25,9)	5.6	4	7
Populasjonsstørrelse					
<10 000	11	(40,8)	5.4	2	8
10 000 – 60 000	8	(29,6)	5.5	1	8
>60 000	8	(29,6)	5,5	3	8
Total	27	(100)			



Figur 1 Antall rutiner som inneholder de ulike momentene identifisert som relevante for legevakt