

Abstrakt

Länge ansågs det både bland allmänhet och bland läkare, att då hjärtat slutar att slå, var döden oundviklig. Det faktum att hjärtat kan startas på nytt och att människor kan överleva har skapat etiska dilemman. Det optimala är om återupplivningsförsök endast påbörjas på patienter med potential för långt överlevande, vilket kan vara svårt att avgöra i ett tidigt stadium. Vid hjärtstillestånd krävs beslut inom sekunder. Den diskussion som förs av bland andra Svenska Rådet för hjärt-lungräddning handlar dels om hur man kan öka chanserna till överlevnad vid hjärtstillestånd men även om att försöka minimera omotiverade återupplivningsförsök. Syftet med studien var att bland ambulanspersonal i Sverige kartlägga uppfattningar i frågor som rör beslut om att påbörja återupplivningsförsök. Den empiriska studien byggde på en enkätundersökning med tvärsnittsdesign. Resultatet visade att ambulanspersonalen som helhet anser att vissa faktorer, vilka är förknippade med låg överlevnadschans, ska ha betydelse vid beslut om att påbörja återupplivningsförsök. Skillnader förelåg dock beroende på yrkeskategori (ambulanssjukvårdare/sjuksköterska) eller antal år inom yrket. Hur personalen faktisk agerade har inte kartlagts. I diskussionen konstaterades en tydlig variation i ambulanspersonalens uppfattningar. Om denna variation speglade det faktiska agerandet vid omhändertagande av patienter med hjärtstopp innebar detta ett betydande godtycke.

Nyckelord: ambulanspersonal, enkät, beslutsfattande, omvårdnad, prehospital akutsjukvård, återupplivning

Handledare: Eva Sellström, universitetslektor

Examinator: Kenneth Asplund, professor

Ambulanspersonalens uppfattningar i frågor som rör beslut om påbörjande av återupplivningsförsök

JOHAN BROMAN
MATHIAS NÄSSTRÖM
JENNY SKOGLUND

Mittuniversitetet, Östersund
Institutionen för hälsovetenskap
Omvårdnad D, 71-80 poäng
Höstterminen 2007

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|----|
| <u>BAKGRUND</u> | 1 |
| HJÄRTSTOPP OCH ÅTERUPPLIVNING | 1 |
| Gagnlösa återupplivningsförsök | 2 |
| VILKA ÖVERLEVER? VILKA ÖVERLEVER INTE? | 3 |
| RUTINER OCH RIKTLINJER | 4 |
| AMBULANSSJUKVÅRDEN | 5 |
| <u>SYFTE</u> | 6 |
| <u>FRÅGESTÄLLNINGAR</u> | 6 |
| <u>METOD</u> | 6 |
| POPULATION OCH URVAL | 7 |
| BORTFALL | 8 |
| <u>Externt bortfall</u> | 8 |
| MÄTINSTRUMENTET | 8 |
| <u>Enkät</u> | 8 |
| <u>Validitet</u> | 9 |
| PROCEDUR | 9 |
| <u>Dataanalys</u> | 9 |
| <u>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</u> | 9 |
| <u>RESULTAT</u> | 10 |
| SKILLNADER I UPPFATTNINGAR MELLAN AMBULANSSJUKVÅRDARE OCH SJUKSKÖTERSKOR | 12 |
| SKILLNADER MELLAN GRUNDUTBILDADE OCH SPECIALISTUTBILDADE SJUKSKÖTERSKOR | 15 |
| SKILLNADER BEROENDE PÅ ANTAL ÅR INOM YRKET | 15 |
| <u>DISKUSSION</u> | 17 |
| KONKLUSION | 19 |
| <u>REFERENSER</u> | 20 |
| BILAGA 1 | |

Det faktum att hjärtat kan startas på nytt, det vill säga att återuppliva och att människor kan överleva ett hjärtstopp har skapat ett etiskt dilemma. För gamla och svårt sjuka personer kan en plötslig hjärtdöd innebära ett efterlängtat slut på livet, då det är en snabb och smärtfri död. För unga och friska är dock en plötslig hjärtdöd ett oväntat och ovälkommet slut på livet och det kan finnas en outtalad förväntan att de vill få hjälp att överleva (Heilicser, Stocking & Siegler, 1996; Holmberg, Holmberg, Ekström, Herlitz, 2001). Personal inom ambulanssjukvården kan ställas inför situationer där döden är närvarande och snabba beslut måste tas. Orr (1992) hävdar att det inte alltid är etiskt riktigt att påbörja återupplivningsförsök, möjligheten att agera rättfärdigar inte agerandet i sig. Holleran (2002) anser att konsekvenserna av sjukvårdspersonalens handlande måste ses i ett både kortsiktigt och långsiktigt perspektiv. Detta kan rättfärdiga att inte påbörja återupplivning.

Ambulanspersonal är ålagd att genomföra återupplivningsförsök på alla patienter med hjärtstopp om inte så kallade säkra dödstecken (likfläckar, likstelhet och föruttelse) föreligger (Rammer, 2006). Det finns dock situationer och omständigheter då ambulanspersonal, i enlighet med riktlinjer, startar återupplivningsförsök. Trots att patientens chans till överlevnad i princip är lika med noll (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2006b). Det är oklart hur ambulanspersonal ställer sig till att påbörja återupplivningsförsök i de situationer då säkra dödstecken saknas men omständigheter i övrigt talar för att patienter inte kommer överleva. Vi kunde inte finna några studier som avhandlade detta problem, därför var det intressant och viktigt att undersöka ambulanspersonalens uppfattningar.

BAKGRUND

HJÄRTSTOPP OCH ÅTERUPPLIVNING

Långt in i vårt århundrade ansågs det, både bland allmänhet och bland läkare, att då hjärtat slutar att slå var döden oundviklig. Hjärtstoppet var tecknet och symbolen för den oåterkalleliga döden. Nu mera vet vi dock att ingen dör i det ögonblick hjärtat stannar (Holmberg et al., 2001). Brummel definierar hjärtstopp ”som en plötslig, oväntad och potentiellt reversibel kollaps av hjärtats förmåga att förse hjärnan med

adekvat cirkulation” (citerad i Dean, 2001). Om hjärtat startas inom 1-2 minuter uppstår inga skador på kroppen. Tiden är dock knapp, om ingen behandling startas inom femton minuter är döden i princip oundviklig (Holmberg et al., 2001).

Idag vet vi att många hjärtstopp beror på ett kammarflimmer, vilket ofta kan hävas med en eller flera elchocker. En av möjligheterna i Sverige att utföra en sådan defibrillering utanför sjukhus, har varit genom ambulanssjukvården. Tiden mellan hjärtstopp och defibrillering är helt avgörande för chansen till överlevnad. Under tiden 1990-2005 rapporterades i Sverige 49815 patienter med hjärt- och andningsstillestånd utanför sjukhus. På 9312 patienter (19 %) startades ingen livräddande behandling. På de återstående 40503 startade ambulanspersonalen livräddande behandling. Av de rapporterade hjärtstoppen inträffade 63 % i hemmet. Medianålder var 72 år med patienter från 0-104 år. Sannolik anledning till hjärtstoppet var i 70 % av fallen hjärtsjukdom (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2006b).

Återupplivning är en unik behandling på många sätt. För det första är det en behandling som anses vara automatisk. Det finns en förväntan att den ska utföras, om inte ett beslut är fattat om att inte utföra den. För det andra är det en aggressiv behandling som kan vara invasiv och för det tredje en behandling förknippad med en väldigt låg överlevnadschans (Orr, 1992).

Att utföra ett återupplivningsförsök har två fördelar. Den första är att patienten kan återfå sin hälsa (Orr, 1992). Den andra är att vid misslyckad återupplivning, kan personalen och anhöriga trots utgången, vara tillfreds med att försök till återupplivning utförts (Meyers, Eichhorn & Guzzetta, 1998; Meyers et al., 2000; Orr, 1992).

Gagnlösa återupplivningsförsök

Mohr och Kettler (1997a) slår fast att återupplivning först och främst utvecklades för plötslig död hos individer som i övrigt var friska. Återupplivning bör således inte påbörjas hos individer som är svårt sjuka eller i ett terminalt skede av sin sjukdom. Ett återupplivningsförsök ska inte vara en reflexhandling utan en åtgärd som sätts in efter att ha bedömt individuella omständigheter, patientens önskningar och dennes prognos.

Den optimala lösningen gällande återupplivning bör därför vara att enbart påbörja återupplivning på de patienter som har potential för ett långt överlevande men det kan vara svårt att avgöra i ett tidigt stadium. Tidsramen när det gäller hjärtstillestånd kräver medicinskt beslutsfattande inom sekunder (Mohr & Kettler, 1997b).

Mohr, Bahr, Schmid, Panzer och Kettler (1997) anser att den optimala lösningen bör vara att ge återupplivning endast till de patienterna med potential för lång överlevnad. Prehospital personal står inför dilemmat att förlora möjliga överlevare om återupplivningsförsöken avbryts för tidigt, eller att påbörja utsiktslösa återupplivningsförsök. Detta kan tyvärr inte undersökas i prehospital miljö med tanke på den tidspress hjärtstillestånd innebär.

Den diskussion som förs angående HLR handlar dels om hur man kan förbättra möjlighet till överlevnad vid hjärtstopp och dels om att försöka minimera omotiverade återupplivningsförsök (Robinson, 2002; Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2006a). Utsiktslösa återupplivningsförsök kan anses vara ett slöseri med samhällets resurser. Det kan till och med utsätta både ambulanspersonal och allmänhet för fara vid onödigt snabba transporter genom trafik (Morrison et al., 2006; Pepe et al. 2001). Eckstein, Stratton, och Chan (2005) styrker detta genom att slå fast att snabba transporter av patienter med hjärtstillestånd som inte svarat på prehospitala återupplivningsförsök ökar frekvensen av utryckningskörning, vilket är förenligt med signifikanta risker. De menar även att den effektiva hjärt-lungräddningen bak i en rullande ambulans troligtvis är mindre effektiv än den utförd på en stationär patient. Vidare är risken av att oavsiktligt rubba en endotrakealtub eller en intravenös infart ur läge större om patienten är i rörelse. Slutligen, när ambulanspersonalen transporterat in en sådan patient, är de under en längre period ej disponibla för nya uppdrag då de måste städa och fylla på ambulansen.

VILKA ÖVERLEVER? VILKA ÖVERLEVER INTE?

Studier har visat att det är en dålig överlevnadschans om patienten före hjärtstilleståndet har exempelvis cancer, sepsis, njursvikt, mag-tarmblödning, lunginflammation, hypotension eller en livssituation bunden till hemmet (Dean, 2001; Mohr & Kettler, 1997a; Robinson, 2002).

I en studie av Herlitz, Eek, Engdahl, Holmberg och Holmberg (2003) på det svenska hjärtstoppregistret framkom att faktorer som ålder, kön, etiologi, bevitnat hjärtstopp eller ej, initial arytm, om patienten erhållit HLR innan ambulansens ankomst och på vilken plats de insjuknade har betydelse. Hög ålder är dock en oberoende faktor som minskar överlevnadschansen.

Handel och medarbetare konstaterade i en undersökning i Ohio att patienter med bevitnade hjärtstopp hade större sannolikhet till överlevnad. Det visade sig även att HLR utförd av förbipasserande och initial rytm ej hade någon effekt på överlevnaden. Ingen av de patienter som hittats med asystoli som initial rytm överlevde (Handel et al., 2005).

Hos patienter över 75 år är det vanligare med asystoli eller PEA på första EKG, när de drabbats av ett hjärtstillestånd utanför sjukhus. Bland de patienter över 65 år, som drabbades av ett obevitnat hjärtstillestånd samt hittades med en rytm förutom ventrikelflimmer (VF), var endast 0,2 % vid liv efter en månad. Bland patienter som var över 70 år och drabbades av ett obevitnat hjärtstillestånd och hittades med asystoli skrevs 0 % ut levande. Likaledes, inga patienter över 80 år som insjuknat med ett obevitnat hjärtstillestånd och upptäcktes med PEA skrevs ut från sjukhus levande. Den initiala rytmen har visat sig vara än mer viktig än ålder när det gäller överlevnadschansen (Herlitz et al., 2003; Jones & Wollard, 2003; Kirves et al., 2007).

I en jämförande studie som gjordes mellan Göteborg och Stockholm visade det sig att antalet överlevande var tre gånger lägre i Stockholm jämfört med Göteborg. Den troliga orsaken till detta bedömdes vara Stockholms längre framkörningstider och att Göteborg har större ambulanstäthet (Hollenberg et al., 2005).

RUTINER OCH RIKTLINJER

Rutiner gällande återupplivning hämtas från Svenska Rådet för Hjärt- och lungräddnings behandlingsplan som reviderades 2006. Det är verksamhetschefen eller av denne utsedd medicinskt ansvarig som har det yttersta ansvaret för att vården vid ett hjärtstopp bedrivs på ett korrekt sätt (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2006a). All sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för de arbetsuppgifter som utförs. De skall

utföras enligt de direktiv som finns på respektive avdelning. Arbetet ska utföras i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav (LYHS 1998:531).

Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande om människans död reglerar vem som får konstatera dödsfall och vilka kriterier som gäller för detta. Enligt denna lag ankommer det på läkare att konstatera dödsfallet. Döden fastslås ha inträffat när andningen och blodcirkulationen har upphört och varat så länge att det med säkerhet kan avgöras att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

Inom ambulanssjukvården finns det olika riktlinjer för hur ambulanspersonalen ska hantera en situation med en patient som inte svarar på återupplivningsförsök alternativt att personalen anser att återupplivning inte bör påbörjas. Många landsting, däribland Jämtlands läns landsting, har rutinerna att vid resultatlösa återupplivningsförsök kontakta läkare för rådgivning. Om säkra dödstecken föreligger får ambulanspersonalen avstå från att påbörja återupplivning (Sandström, 2004).

AMBULANSSJUKVÅRDEN

Ambulanssjukvården var tidigare en ren transportorganisation och tillhörde ofta räddningstjänsten. De formella kraven på medicinsk kompetens var under lång tid lägre än för motsvarande uppgifter inom den resterande sjukvården. År 1975 fick Socialstyrelsen tillsynsansvar för sjuktransportväsendet, då infördes bland annat krav på att en tillsynsläkare skulle finnas och 1978 blev en 7-veckors sjukvårdsutbildning för ambulanssjukvårdare obligatorisk. Först 1990 rekommenderade Socialstyrelsen landstingen att endast nyanställa ambulanssjukvårdare med lägst undersköterskekompetens. En 20-veckors specialutbildning som kallades ”högre specialutbildning i ambulanssjukvård” inrättades. Under 1990-talet har en mängd författningar reglerat den fortsatta utvecklingen för ambulanssjukvården. Frågan om läkemedelshantering har varit den dominerande och har varit avgörande för Socialstyrelsens författningar om bemanning av ambulanser. Legitimerade sjuksköterskor äger nu rätten att administrera läkemedel efter generella direktiv (Gustafsson & Skjöldebrand, 2000).

Andelen sjuksköterskor i ambulansverksamheten har ökat och bidrar genom detta till att öka den medicinska kompetensen inom ambulanssjukvården. Vid flera lärosäten finns nu möjlighet att gå specialistutbildning i akutsjukvård med inriktning mot ambulanssjukvård. En ökning av antalet sjuksköterskor med denna specialistutbildning är en viktig kompetenshöjning inom ambulansverksamheten. Av sjuksköterskorna som arbetar inom ambulanssjukvården 2003 hade 42 % specialistutbildning i akutsjukvård. Av dessa 42 % hade 35 procent inriktning mot ambulanssjukvård, 17 procent mot intensivvård, 47 procent mot anestesi och 1 procent mot operationsjukvård (Socialstyrelsen, 2004).

SYFTE

Syftet med studien var att kartlägga svensk ambulanspersonals uppfattningar i frågor som rör beslut om att påbörja återupplivningsförsök.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- * Hur ställer sig ambulanspersonal till påståenden gällande påbörjande av återupplivningsförsök?
- * Finns det några skillnader i uppfattning mellan ambulanssjukvårdare och sjuksköterskor?
- * Finns det några skillnader i uppfattning mellan grundutbildade sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor?
- * Finns det någon skillnad i uppfattning beroende på antal år i ambulansyrket?

METOD

För att undersöka personalens uppfattningar i frågor som rör påbörjande av återupplivning genomfördes en jämförande enkätstudie med tvärsnittsdesign. Tjugotvå ambulansstationer med totalt 650 anställda valdes ut för att delta i studien. Fyrahundra-femtiofyra personer svarade vilket innebär en svarsfrekvens på 69,5 %. Jämförande

analyser är gjorda mellan ambulanssjukvårdare och sjuksköterskor, mellan specialistutbildade sjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor och om det finns en skillnad mellan antalet år i yrket. En litteraturgenomgång utfördes innan den empiriska studien påbörjades.

Artiklar och litteratur till bakgrunden söktes i databaserna Cinahl, Pubmed samt Internetsidan Science Direct. Sökorden cardiac arrest, CPR, prehospita, termination, decision, decision making, resuscitation, ambulance, ethics, nursing och attitudes har använts enskilt och i kombination.

POPULATION OCH URVAL

Ambulansorganisationen i Sverige består av cirka 4500 medarbetare. Varje landsting har sin egen ambulansorganisation varav vissa är på entreprenad. En station ur varje landsting eller motsvarande nivå (n=21) lottades fram. Vi eftersträfvade att få stationer med två eller fler bilar. Den stationsförteckning vi använde var inte helt uppdaterad. Arjeplog lottades fram och togs med trots att det i efterhand visade sig att det inte var en tvåbilsstation eller större. På Gotland roterade personalen runt på samtliga stationer (n=3), varför Gotland behandlades som en station. I Halmstad fanns två stationer, dock med varsin personal. Halmstads stationer behandlades som två olika. Vidare betraktades Enköping och Bålsta som en station (Enköping/Bålsta) då personalen tjänstgjorde på båda orterna. Detta innebar att antalet stationer blev tjugotvå. Informationen om stationerna hämtades ur skriften Samverkan Faktabok (Åsheden, 2002) samt via respektive landstings hemsidor. Eftersom fokus ligger på personal som arbetar inom vägambulans exkluderades ambulansflyg och ambulanshelikopter. Vidare exkluderades personal som arbetar på läkarbilar eller läkarbemannade akutbilar. Eftersom endast legitimerad läkare enligt lagen om kriterier för bestämmande av människans död (SFS 1987:269) har rätten att dödförklara en person, även om inte säkra dödsstecken föreligger. Även timanställda vikarier exkluderades. Urvalet blev slutligen 650 respondenter och av dessa svarade 452 på enkäten vilket gav en svarsfrekvens på 69,5 %.

BORTFALL

Externt bortfall

Fyrahundrafemtio två personer svarade på enkäten. Bortfallsgruppen bestod av 198 personer, vilket utgjorde 30,5 % av den totala populationen. Vad avsåg personliga utskick och stationsutskick fanns inga större skillnader mellan respondenter och bortfallsgruppen (tabell 1).

Tabell 1. Fördelning av personliga utskick och stationsutskick mellan respondenter (n=452) och bortfallsgruppen (n=198)

| | Respondenter, n=452 (69,5 %) | Bortfallsgrupp n=198 (30,5 %) |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Personligt utskick | 94 (20,7 %) | 57 (28,8 %) |
| Stationsutskick | 351 (77,7 %) | 141 (71,2 %) |

På bakgrundsvariablerna kön samt utbildningsnivå blev det interna bortfallet 10,4 % på vardera variabeln.

En enkel telefonundersökning hos tre slumpmässigt utvalda stationschefer visade att bortfallet till stor del kan förklaras att stationerna har haft perioder med stor frånvaro, mycket extra personal samt en tung arbetsbelastning.

MÄTINSTRUMENTET

Enkät

Eftersom vi inte hittade något färdigutvecklat instrument som passade vår studie utarbetades en enkät med påståenden/frågor och fasta svarsalternativ (BILAGA 1). Då vi ville undersöka uppfattningar fick respondenterna ta ställning genom att kryssa i en fyragradig skala av Likert-typ (Polit & Beck, 2004). Vi valde fyra grader för att undvika att respondenterna placerade sina svar i mitten för att inte ta ställning. I bakgrunden nämns ett flertal faktorer som kan påverka beslut om att påbörja återupplivningsförsök. De faktorer som visat sig i ett flertal artiklar och som förefaller vara

välgrundade användes för att utveckla påståendena. I slutet av enkäten gavs respondenten möjlighet att lämna kommentarer.

Validitet

Då vi utvecklat enkäten själva har en pilotstudie genomförts. Där har erfaren ambulanspersonal samt vårdlärare besvarat enkäten och lämnat synpunkter. Några justeringar av frågorna utfördes efter detta. Då vi genomfört en pilotstudie anser vi att enkäten håller en god validitet.

PROCEDUR

Stationschefen eller annan kontaktperson på varje station kontaktades per e-post och telefon. De informerades om studiens syfte samt tillfrågades om deltagande i undersökningen. Stationschefen tillfrågades om vi fick erhålla adresslistor till de anställda för att kunna göra personliga utskick. Av 6 stationer fick vi adresslistor och kunde då göra personliga utskick. Till 16 stationer skickades enkäterna direkt till stationen och delades ut av stationschefen. Till samtliga utskickade enkäter bifogades frankerade svarskuvert. Efter 10 dagar skickades en påminnelse ut i ett försök att höja svarsfrekvensen. Ytterligare 7 dagar senare skickades en andra påminnelse ut i hopp om att öka svarsfrekvensen. Efter två påminnelser steg svarsfrekvensen med 13,5 procentenheter. Den ökade från 56 % till 69,5 %.

Dataanalys

De svar som erhöles bearbetades och analyserades i statistikprogrammet Statistical Package för Social Science (SPSS). Respondenternas uppfattningar presenteras som relativa frekvenser. Hypoteserna testades med Chi^2 där p-värde $<0,05$ betraktades som signifikant.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vi gjorde bedömningen att tillstånd från forskningsetisk kommitté inte behövdes, då studien riktar sig till ambulanspersonal. Deltagandet var helt frivilligt och svaren behandlades konfidentiellt (BILAGA 1). Vi erhöles ändå ett rådgivande yttrande från

den lokala etiska kommittén. I yttrandet framhölls vissa synpunkter beträffande upplägg och analys som vi tog i beaktande. Kommittén betonade dock att uppsatsens karaktär av studentarbete innebar att kommitténs yttrande inte var bindande.

Projektet fick stöd av akutområdet i Jämtlands läns landsting i form av finansiella medel till kopiering av enkäter, kuvert och porto.

RESULTAT

De 452 respondenterna bestod av 300 (66,4 %) män och 105 (23,2 %) kvinnor. Fyrtiosju (10,4 %) hade inte besvarat frågan om kön. Vad gäller yrket var det 133 (29,4 %) ambulanssjukvårdare och 272 (60,2 %) sjuksköterskor. Även här hade 47 (10,4 %) valt att inte ange sin utbildningsnivå. De 162 (35,8 %) sjuksköterskorna som hade någon form av specialistutbildning är fördelade enligt tabell 2.

Tabell 2 Fördelning specialistutbildade sjuksköterskor

| Specialistutbildning | Antal |
|----------------------|-------------|
| Ambulans | 80 (17,7 %) |
| Anestesi | 68 (15,0 %) |
| Intensivvård | 33 (7,3 %) |
| Operation | 5 (1,1 %) |
| Annan | 20 (4,4 %) |

Antal år verksam inom ambulanssjukvården sträckte sig från < 1 år till > 40 år. I medeltal hade respondenterna 14,8 års ambulanserfarenhet.

Av tabell 3 framgår respondenternas uppfattningar avseende samtliga påståenden som ingick i enkäten.

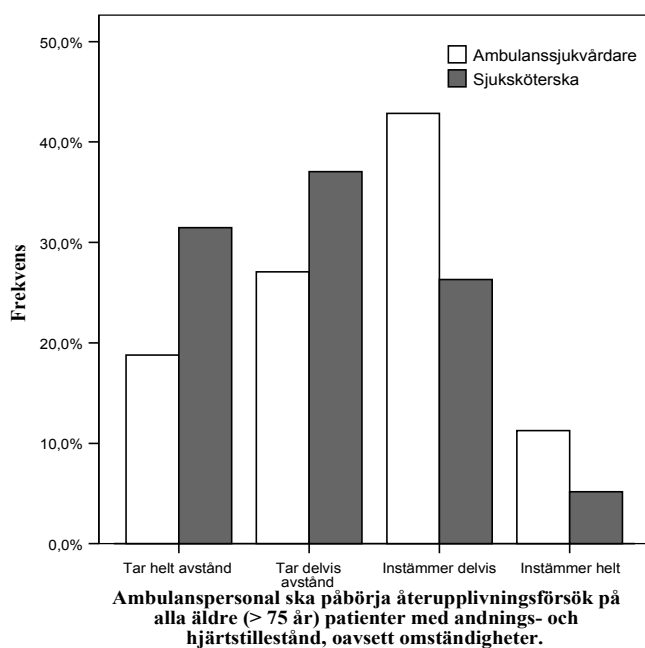
Tabell 3 ambulanspersonalens uppfattningar

| Påstående | Tar helt av- stånd | Tar delvis avstånd | Instämmer delvis | Instämmer helt |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------|
| Ambulanspersonal ska påbörja återupplivningsförsök på alla äldre (> 75 år) patienter med andnings- och hjärtstillestånd, oavsett omständigheter. | 122 (27,0 %) | 146 (32,3 %) | 148 (32,7 %) | 34 (7,5 %) |
| Ambulanspersonal ska alltid påbörja återupplivningsförsök på patienter med asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet (PEA) på det första EKG:t, oberoende av övriga omständigheter. | 108 (23,9 %) | 154 (34,1 %) | 133 (29,4 %) | 55 (12,2 %) |
| Att ingen HLR är påbörjad innan ambulanspersonalens ankomst ska ha betydelse när det gäller beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. | 34 (7,5 %) | 19 (4,2 %) | 211 (46,7 %) | 187 (41,4 %) |
| Ambulanspersonal ska inte påbörja återupplivningsförsök på äldre människor (> 75 år) som avlidit i sitt hem. | 156 (34,5 %) | 131 (29,0 %) | 128 (28,3 %) | 34 (7,5 %) |
| Framkörningstiden ska ha betydelse när det gäller ambulanspersonalens beslut om att påbörja återupplivningsförsök. | 57 (12,6 %) | 49 (10,8 %) | 204 (45,1 %) | 142 (31,4 %) |
| Åsikter och information som kommer från anhöriga ska ambulanspersonalen väga in i sitt beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök (förutsatt att de anhöriga förefaller vara klara och rediga). | 21 (4,6 %) | 40 (8,8 %) | 214 (47,1 %) | 175 (38,7 %) |
| Att ingen bevittnat patientens insjuknande ska ha betydelse för ambulanspersonalens beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. | 47 (10,4 %) | 37 (8,2 %) | 206 (45,6 %) | 159 (35,2 %) |
| Ambulanspersonal ska, trots en framkörningstid på mer än 15 minuter, påbörja återupplivningsförsök på äldre (> 75 år) patienter som hittas i hemmet, ingen HLR är påbörjad och uppvisar asystoli eller PEA på det första EKG:t. | 196 (43,4 %) | 123 (27,2 %) | 93 (20,6 %) | 37 (8,2 %) |
| Ambulanspersonalens uppgift ska vara att avstå från återupplivningsförsök om de anser att det är det mest etiskt riktiga gentemot patienten. | 44 (9,7 %) | 57 (12,6 %) | 189 (41,8 %) | 160 (35,4 %) |

Att påbörja återupplivning på patienter som är >75 år oavsett omständigheter var cirka 60 % tveksamma till. Om det första EKG:t visar asystoli eller PEA så var 58 % tveksamma till att påbörja återupplivning. Många gånger är ingen HLR påbörjad innan ambulansens ankomst. De flesta anser att detta ska vägas in i beslutsfattandet. Ambulanspersonal kan ibland larmas till hem där en äldre människa har avlidit. Sex-tiofyra procent anser att man ska påbörja återupplivning på dessa patienter. Framkörningstiden ska ha betydelse för att ta beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök ansåg 76,5 % av respondenterna. Om anhöriga lämnar information och åsikter till ambulanspersonalen anser de allra flesta av respondenterna att det ska vägas in i beslutet om att påbörja ett återupplivningsförsök. Vid ett obevittnat insjuknande anser majoriteten att den faktorn ska vägas in. Vid en framkörningstid på mer än 15 min, ålder >75 år, hittats i hemmet, ingen HLR påbörjad samt asystoli eller PEA på första EKG:t anser 70,6 % att man inte ska påbörja återupplivning. Vid påståendet att ambulanspersonal ska avstå från återupplivningsförsök om de anser att det är det mest etiska gentemot patienten, så svarade ungefär tre fjärdedelar att de instämmer.

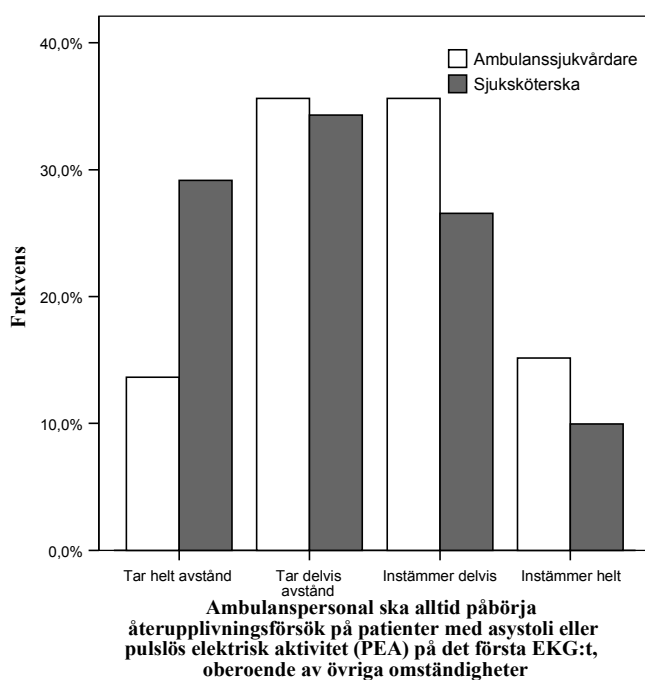
SKILLNADER I UPPFATTNINGAR MELLAN AMBULANSSJUKVÅRDARE OCH SJUKSKÖTERSKOR

Det förelåg skillnader mellan ambulanssjukvårdare och sjuksköterskors uppfattningar avseende vissa av de påståenden respondenterna fick ta ställning till. Signifikant fler ambulanssjukvårdare instämde helt eller delvis i påståendet om att ambulanspersonal ska påbörja återupplivningsförsök på alla äldre (>75 år) patienter med andnings- och hjärtstillestånd, oavsett omständigheter. Figur 1 visar den relativa svarsfrekvensen mellan ambulanssjukvårdare (n=133) och sjuksköterskor (n=270).



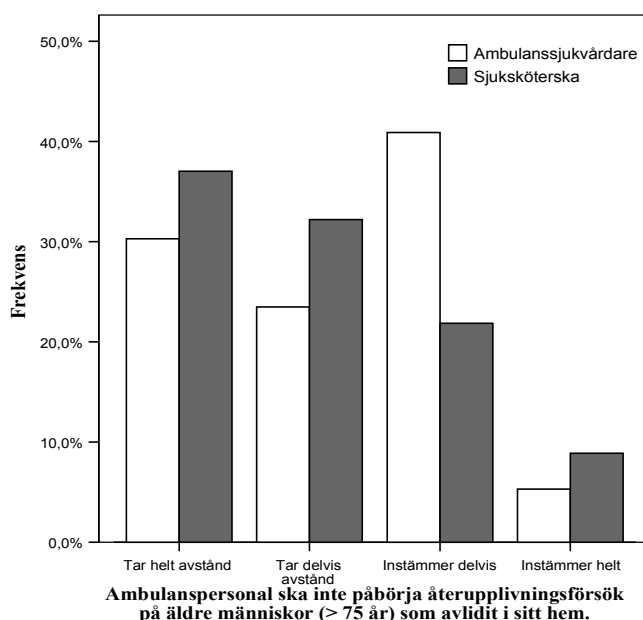
Figur 1. Ambulanssjukvårdares och sjuksköterskors uppfattningar.

Signifikant fler sjuksköterskor än ambulanssjukvårdare tog helt avstånd från påståendet att ambulanspersonal alltid ska påbörja återupplivningsförsök på patienter med asystoli eller PEA på det första EKG:t, oberoende av övriga omständigheter. Figur 2 visar den relativa svarsfrekvensen mellan ambulanssjukvårdare (n=132) och sjuksköterskor (n=271).



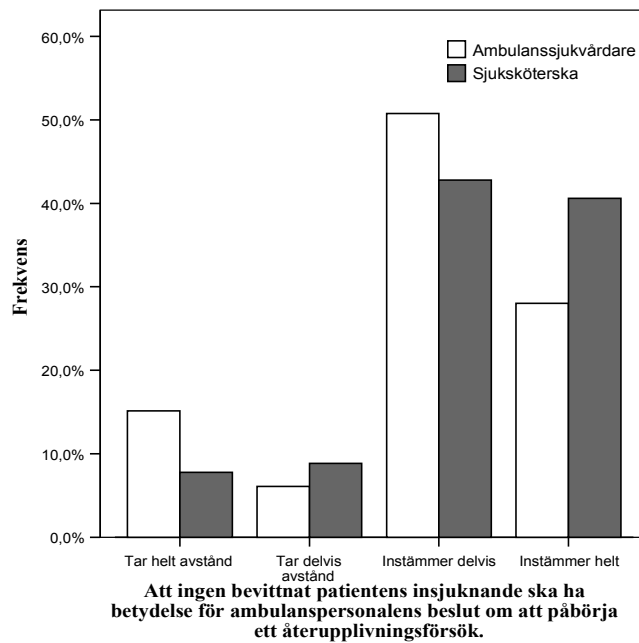
Figur 2 Ambulanssjukvårdares och sjuksköterskors uppfattningar.

Signifikant fler ambulanssjukvårdare än sjuksköterskor instämmer delvis i påståendet att ambulanspersonal inte ska påbörja återupplivningsförsök på äldre människor (> 75 år) som avlidit i sitt hem. Figur 3 visar den relativa svarsfrekvensen mellan ambulanssjukvårdare (n=132) och sjuksköterskor (n=270).



Figur 3. Ambulanssjukvårdares och sjuksköterskors uppfattningar.

Signifikant fler sjuksköterskor instämmer helt i påståendet att ingen bevittnat patientens insjuknande ska ha betydelse för ambulanspersonalens beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. Figur 4 visar den relativa svarsfrekvensen mellan ambulanssjukvårdare (n=132) och sjuksköterskor (n=271).



Figur 4. Ambulanssjukvårdares och sjuksköterskors uppfattningar.

SKILLNADER MELLAN GRUNDUTBILDADE OCH SPECIALISTUTBILDADE SJUKSKÖTERSKOR

Inga signifikanta skillnader förelåg i uppfattningar när grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor jämfördes i Chi²-test.

SKILLNADER BEROENDE PÅ ANTAL ÅR INOM YRKET

Ett samband fanns mellan antal år inom ambulansyrket och hur respondenterna svarat på påståendena. På en del påståenden var korrelationen signifikant skild från noll.

Tabell 4. Korrelationskoefficienter samt signifikansnivåer. Rangkorrelation enligt Spearman

| Påstående | År inom ambulanssjukvård |
|---|--------------------------|
| Ambulanspersonal ska alltid påbörja återupplivningsförsök på patienter med asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet (PEA) på det första EKG:t, oberoende av övriga omständigheter. | 0,115* |
| Att ingen HLR är påbörjad innan ambulanspersonalens ankomst ska ha betydelse när det gäller beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. | -0,117* |
| Att ingen bevittnat patientens insjuknande ska ha betydelse för ambulanspersonalens beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. | -0,131** |
| Ambulanspersonal ska, trots en framkörningstid på mer än 15 minuter, påbörja återupplivningsförsök på äldre (> 75 år) patienter som hittas i hemmet, ingen HLR är påbörjad och uppvisar asystoli eller PEA på det första EKG:t. | 0,111** |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

De som arbetat länge inom ambulanssjukvården höll i större utsträckning med om påståendet att ambulanspersonal ska alltid påbörja återupplivningsförsök på patienter med asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet (PEA) på det första EKG:t, oberoende av övriga omständigheter.

Personal med kortare yrkeserfarenhet inom ambulansen höll i högre grad med i påståendet att om ingen HLR är påbörjad innan ambulanspersonalens ankomst ska det ha betydelse, när det gäller beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. Samma grupp instämde helt i påståendet att om ingen bevittnat patientens insjuknande så ska det ha betydelse för ambulanspersonalens beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök.

De som till största delen tog avstånd till påståendet att ambulanspersonal ska, trots en framkörningstid på mer än 15 minuter, påbörja återupplivningsförsök på äldre (> 75

år) patienter som hittas i hemmet, ingen HLR är påbörjad och uppvisar asystoli eller PEA på det första EKG:t, var gruppen med minst erfarenhet inom ambulansen.

DISKUSSION

I den här studien har vi kartlagt ambulanspersonalens uppfattningar rörande faktorer som kan påverka beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök. Ett antal påståenden tar upp situationer där ambulanspersonal i normalfallet är ålagda att påbörja återupplivningsförsök men där säkra dödstecken ej föreligger.

De flesta respondenter ansåg att om ingen HLR hade påbörjats innan ambulanspersonalens ankomst bör det ha betydelse för beslut om återupplivningsförsök. Även framkörningstiden bör ha betydelse för beslut om återupplivningsförsök. Åsikter och information från anhöriga ska beaktas liksom att ingen bevitnat patientens insjuknande vid beslut om att påbörja återupplivningsförsök. Ambulanspersonalen ansåg att det viktigaste att ta i beaktande vid beslut om påbörjande av återupplivningsförsök var vetskapen att ingen startat HLR innan ambulansens ankomst. Denna uppfattning är i linje med de resultat som visar att sannolikheten att överleva hjärtstopp är liten men ökar avsevärt om personens andning och cirkulation kan hållas igång med HLR innan ambulansens personal tar över (Herlitz & Holmberg, 2002). Man kan alltså förmoda att ambulanspersonalen har tagit del av den kunskap som idag finns inom området och omsätter detta i praktisk verksamhet.

I ett påstående i enkäten inkluderades en rad faktorer som tyder på minimal eller icke existerande chans till överlevnad (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2006b), dvs. framkörningstid > 15 minuter, patient som är >75 år, hittats i hemmet, ingen HLR påbörjad, samt att första EKG:t uppvisar asystoli eller PEA. I en sådan situation ansåg nästan tre fjärdedelar av ambulanspersonalen att återupplivningsförsök inte ska påbörjas, vilket förefaller både relevant och rimlig.

I vår studie uppgav nästan tre femtedelar av ambulanspersonalen att återupplivningsförsök på äldre (>75 år) inte ska påbörjas i alla tänkbara situationer. Med tanke på att hög ålder är en oberoende faktor som minskar överlevnadschansen (Herlitz et al.,

2003) så förefaller denna uppfattning hos personalen adekvat. Flera forskargrupper har dock oberoende visat att den initiala rytmen har större inverkan än ålder gällande överlevnadschansen (Herlitz et al., 2003; Jones & Wollard., 2003; Kirves et al., 2007). Denna allmänna kunskap speglas emellertid inte i våra fynd där färre respondenter ansåg att den initiala rytmen var viktigare än åldern när man skulle inleda återupplivningsförsök.

Ambulanssjukvårdare ansåg i större utsträckning än sjuksköterskor att ambulanspersonal ska påbörja återupplivningsförsök på alla äldre (>75 år), oavsett omständigheter. Uppfattningen hos ambulanssjukvårdare har inte stöd i den kunskap som finns idag (Herlitz et al., 2003). Detta kan bero på att utbildningarna till ambulanssjukvårdare och sjuksköterskor ser olika ut. Utbildningen till ambulanssjukvårdare sker på gymnasial nivå och är inte lika grundlig och omfattande som sjuksköterskeutbildningen som finns på högskola och universitet.

Att det inte förekom skillnader i uppfattning mellan grund- och specialistutbildade sjuksköterskor antar vi bero på att sjuksköterskors attityder och uppfattningar grundläggs redan under den treåriga grundutbildningen.

Om ingen HLR är påbörjad eller där ingen bevittnat insjuknandet, ansåg respondenter med kortare yrkeserfarenhet att detta skulle ha betydelse när man fattar beslut om återupplivningsförsök. Att ha kort yrkeserfarenhet innebär att personen ifråga också bör vara någorlunda nyutbildad och eventuellt mer uppdaterad angående de senaste forskningsresultaten vad gäller överlevnad vid hjärtstopp.

Det finns vissa metodproblem i studien. Bortfallet kan ha samband med de frågor som ställdes i studien. Personer med avvikande eller extrema åsikter kan ha valt att inte delta. Är så fallet måste resultatet tolkas med viss försiktighet. Bortfallet beror dock troligtvis på hård arbetsbelastning. Personalen har haft mycket att göra och valt att inte besvara. Det kan vara svårt att under ett arbetspass ta sig tiden och besvara ett frågeformulär om personalen ideligen avbryts av larm. Det kan tänkas att personalen efter skiftets slut valt att inte ta med enkäten hem utan i stället vara lediga.

Då vi inte hittade något färdigt instrument som passade syftet skapades ett eget frågeformulär. Vi intervjuade erfaren ambulanspersonal och vårdlärare om frågornas utformning. Formuleringar och uttryck justerades efter deras synpunkter. Vår ambition var att renodla de olika påståendena för att förhoppningsvis kunna se om något påstående har större betydelse än något annat. Flertalet respondenter har antytt att uttrycket avlidit i fjärde påstående var illa valt. Avlidit kan uppfattas som att dödsfall har konstaterats av läkare. I dessa fall larmas inte ambulans. Det vi avsåg med uttrycket i påståendet var att ambulanspersonal larmas till en patient med hjärtstopp och där det i efterhand visars sig att patienten från början var död men att ingen konstaterat detta. Vi har därför uteslutit frågan i vår resultatbearbetning.

Urvalet gjordes utifrån den totala populationen av ambulanspersonal i Sverige. Stationerna inom varje landsting har slumpats fram genom lottning. Vi anser därför att urvalet är representativt för populationen. Slumpmässigheten i urvalet har borgat för att generaliserbarheten i uppsatsen är god.

Sammanfattningsvis har vi försökt minimera tänkbara felkällor i denna studie. Därför menar vi att risken för snedvridna resultat är av mindre betydelse.

KONKLUSION

Vår studie speglar en tydlig variation när det gäller ambulanspersonalens uppfattningar i frågor rörande återupplivning. Vi har inte undersökt hur personalen verkligen agerar, men motsvaras personalens uppfattningar av skillnader i hur man faktiskt omhändertar patienter vid plötslig hjärtdöd, kan det innebära ett betydande godtycke. Inom svensk ambulanssjukvård är huvudriktlinjen att återupplivning inte ska påbörjas om säkra dödstecken föreligger. För att minska risken för godtycke i dessa situationer behöver vi nationella riktlinjer för att avstå återupplivningsförsök. Sådana riktlinjer saknas idag.

REFERENSER

Dean, J.A. (2001). The resuscitation status of a patient: a constant dilemma. *British Journal of Nursing*, 10, (8), 537-543.

Eckstein, M., Stratton, S.J., & Chan, L.S. (2005). Termination of Resuscitative Efforts for Out-of-hospital Cardiac Arrests. *Academic Emergency Medicine*, 12, (1), 65-70.

Gustafsson, I., & Skjöldebrand, A. (2000). Prehospital akutsjukvård – ambulanssjukvård. I M.A.B. Halldin & S.G.E. Lindahl (Red.), *Anestesi* (pp. 551-552). Stockholm: Liber AB

Handel, D.A., Gallo, P., Schmidt, M., Bernard, A., Locasto, D., Collett, L., & Lindsell, C.J. (2005). Prehospital cardiac arrest in a paramedic first-responder system using the Utstein style. *Prehospital Emergency Care*, Oct-Dec 9(4), 398-404.

Heilicser, B., Stocking, C., & Siegler, M. (1996). Ethical Dilemmas in Emergency Medical Services: The Perspective of the Emergency Medical Technician. *Annals of Emergency Medicine*, 27, (2), 239-243

Herlitz, J., Eek, M., Engdahl, J., Holmberg, M., & Holmberg, S. (2003). Factors at resuscitation and outcome among patients suffering from out of hospital cardiac arrest in relation to age. *Resuscitation*, 58, 309-317.

Herlitz, J & Holmberg, S. (2002). *Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus. Årsrapport 2002*. Göteborg: OFTA Grafiska.

Holleran, R.S. (2002). When is Dead, Dead? The Ethics of Resuscitation in Emergency Care. *Nursing Clinics of North America – Emergency Nursing*, 37, 11-18.

Holmberg, S., Holmberg, M., Ekström, L., & Herlitz, J. (2001). Hjärtstopp utanför sjukhus. *Akuttjournalen*, 9, 120-131.

Hollenberg, J., Bång, A., Lindqvist, J., Herlitz, J., Nordlander, R., Svensson, L., & Rosenqvist, M. (2005). Difference in survival after out-of-hospital cardiac arrest between the two largest cities in Sweden: a matter of time? *Journal of Internal Medicine*, 257, 247-254.

Jones, T., & Wollard, M. (2003). Paramedic accuracy in using decision support algorithm when recognising adult death: a prospective cohort study. *Emergency Medicine Journal*, 20, 473-475.

Kirves, H., Skrifvars, M.B., Vähäkuopus, M., Ekström, K., Martikainen, M., & Castren, M. (2007). Adherence to resuscitation guidelines during prehospital care of cardiac arrest patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, 75-81.

Lagen om bestämmande av människas död (SFS 1987:269)

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens områden (SFS 1998:531)

Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., & Guzzetta, C.E. (1998). Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, 24, 400-405.

Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Klein, J.D., Taliaferro, E., & Calvin, A. (2000). Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. *American Journal of Nursing*, 100, (2), 32-43.

Mohr, M., Bahr, J., Schmid, J., Panzer, W., & Kettler, D. (1997). The decision to terminate resuscitative efforts: results of a questionnaire. *Resuscitation*, 34, 51-55.

Mohr, M., & Kettler, D. (1997a). Ethical aspects of prehospital CPR. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica Supplementum*, 111, 298-301

Mohr, M., & Kettler, D. (1997b). Ethical aspects of resuscitation. *British Journal of Anaesthesia*, 79, 253-259.

Morrison, L.J., Visentin, L.M., Kiss, A., Theriault, R., Eby, D., Vermeulen, M., Sheribino, J., Verbeek, P.R. (2006). Validation of a Rule for Termination of Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The New England Journal of Medicine*, 355, 478-487.

Orr, R.P. (1992). Tough Choices. The Ethics of CPR. *Journal of Emergency Medical Services*, August, 84-87.

Pepe, P.E., Swor, R.A., Ornato, J.P., Racht, E.M., Blanton, D.M., Griswell, J.K., Blackwell, T., & Dunford, J. (2001). Resuscitation in the Out-of-hospital Setting: Medical Futility Criteria for On-scene Pronouncement of Death. *Prehospital Emergency Care*, 5, (1), 79-87.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research – Principles and Methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rammer, L. (2006). Dödstecken - dödsriterier. I L. Thomsen (Red.), *Rättsmedicin* (pp. 36-66). Stockholm: Liber.

Robinson, E.M. (2002). An ethical Analysis of Cardiopulmonary Resuscitation for Elders in Acute Care. *AACN Clinical Issues*, 13, (1), 132-144.

Sandström, E. (2004) *Behandlingsriktlinjer för ambulanssjukvården i Jämtland-Härjedalen*. Östersund: Jämtlands läns landsting.

Socialstyrelsen. (2004). *Meddelandeblad: Svensk ambulanssjukvård 2003*. Stockholm.

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2006a). A-HLR. Defibrillering. Läkemedel. Göteborg: Stiftelsen för HLR.

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2006b). Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus. Årsrapport 2006. Göteborg: Författaren.

Åsheden, S. (Red.). (2002). *Samverkan faktabok*. Karlshamn: On Road Communications AB.



Till Dig som arbetar inom ambulanssjukvården!

Under tiden 1990-2002 rapporterades i Sverige 41239 patienter med hjärt- och andningsstillestånd utanför sjukhus, där återupplivning med avancerad hjärt-lungräddning (AHLR¹) påbörjades. Det faktum att hjärtat kan startas på nytt, det vill säga att återuppliva och att människor kan överleva ett hjärtstopp har skapat ett nytt etiskt dilemma. Personal inom ambulanssjukvården kan ställas inför situationer där snabba beslut måste tas och döden är närvarande. Många gånger saknas exakta tidsuppgifter om hur länge cirkulationsstilleståndet varat. Det kan också vara svårt att veta hur effektiv eventuellt påbörjad HLR varit. Studier visar att ambulanspersonal kan uppleva svårigheter i att fatta beslut i samband med återupplivningssituationer.

Mot denna bakgrund skickar vi en enkät till Dig och ca 400 andra personer som arbetar inom ambulanssjukvården. En station i varje landsting har lottats fram för att delta i den här undersökningen.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligtvis frivilligt. Eftersom vi undersöker attitydfrågor finns inga svar som är rätt eller fel. Skicka tillbaka enkäten i bifogat frankerat svarskuvert så fort som möjligt och helst inom en vecka.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt!

Varje svarskuvert har ett nummer beroende på att vi måste veta att just Du skickat in Din enkät. Detta för att inte skicka ut påminnelsebrev i onödan. Dina svar kommer att behandlas i ett dataprogram utan identitetsuppgifter. Det finns därför inga möjligheter att identifiera just Ditt svar. De resultat som uppstår kommer att presenteras i tabell-

¹ HLR med defibrillering och administration av läkemedel (Svenska Cardioloföreningen, 2001).

sammanställningar. Efter att undersökningen är avslutat kommer namnlistan med löpnummer att förstöras.

Ambitionen är att undersökningen ska presenteras i form av en uppsats i kursen omvårdnad D vid Mittuniversitetet. Jämtlands läns landsting stödjer undersökningen i form av finansiella medel till kuvert och porto. Enkäterna kommer att skickas till en ansvarig inom landstinget, men all insamling och bearbetning av svaren kommer att ske av författarna. **Ingen inom Jämtlands läns landsting, förutom författarna, kommer i kontakt med de enskilda svaren.**

Om Du har några frågor eller vill veta mer om denna undersökning så är Du välkommen att höra av Dig till någon av författarna.

Östersund, våren 2007

Eva Sellström
Handledare
Universitetslektor
Mittuniversitetet
063-165623

Johan Broman
Stud.Omv. D
Leg.Sjuksköt.
Mittuniversitetet
070-235 5946

Mathias Näsström
Stud.Omv. D
Leg.Sjuksköt.
Mittuniversitetet
070-334 3207

Jenny Skoglund
Stud.Omv. D
Leg.Sjuksköt.
Mittuniversitetet
070-303 99432

Nedan följer ett antal påståenden som vi ber Dig ta ställning till. Vi vill understryka att det inte finns några rätt eller fel svar! Det är Dina uppfattningar vi vill ta reda på.

1. Ambulanspersonal ska påbörja återupplivningsförsök på alla äldre (> 75 år) patienter med andnings- och hjärtstillestånd, oavsett omständigheter.

☐
Tar helt avstånd

☐
Tar delvis avstånd

☐
Instämmer delvis

☐
Instämmer helt

2. Ambulanspersonal ska alltid påbörja återupplivningsförsök på patienter med asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet (PEA) på det första EKG:t, oberoende av övriga omständigheter.

☐
Tar helt avstånd

☐
Tar delvis avstånd

☐
Instämmer delvis

☐
Instämmer helt

3. Att ingen HLR är påbörjad innan ambulanspersonalens ankomst ska ha betydelse när det gäller beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök.

☐
Tar helt avstånd

☐
Tar delvis avstånd

☐
Instämmer delvis

☐
Instämmer helt

4. Ambulanspersonal ska inte påbörja återupplivningsförsök på äldre människor (> 75 år) som avlidit i sitt hem.

☐
Tar helt avstånd

☐
Tar delvis avstånd

☐
Instämmer delvis

☐
Instämmer helt

5. Framkörningstiden ska ha betydelse när det gäller ambulanspersonalens beslut om att påbörja återupplivningsförsök.

☐
Tar helt avstånd

☐
Tar delvis avstånd

☐
Instämmer delvis

☐
Instämmer helt

6. Åsikter och information som kommer från anhöriga ska ambulanspersonalen väga in i sitt beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök (förutsatt att de anhöriga förefaller vara klara och rediga).

☐

Tar helt avstånd

☐

Tar delvis avstånd

☐

Instämmer delvis

☐

Instämmer helt

7. Att ingen bevittnat patientens insjuknande ska ha betydelse för ambulanspersonalens beslut om att påbörja ett återupplivningsförsök.

☐

Tar helt avstånd

☐

Tar delvis avstånd

☐

Instämmer delvis

☐

Instämmer helt

8. Ambulanspersonal ska, trots en framkörningstid på mer än 15 minuter, påbörja återupplivningsförsök på äldre (> 75 år) patienter som hittas i hemmet, ingen HLR är påbörjad och uppvisar asystoli eller PEA på det första EKG:t.

☐

Tar helt avstånd

☐

Tar delvis avstånd

☐

Instämmer delvis

☐

Instämmer helt

9. Ambulanspersonalens uppgift ska vara att avstå från återupplivningsförsök om de anser att det är det mest etiskt riktiga gentemot patienten.

☐

Tar helt avstånd

☐

Tar delvis avstånd

☐

Instämmer delvis

☐

Instämmer helt

Kommentarer till frågorna:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ringa in rätt alternativ för dig:

Ambulanssjukvårdare/Sjuksköterska

Kvinna/Man

Antal år i ambulansyrket:.....

Antal år inom vården:.....

Om sjuksköterska, specialistutbildning?

Ja/Nej.

Om Ja, vilken/vilka?

Ambulans

Anestesi

Intensivvård

Operation

Annan:.....