



# Bacheloroppgave i sykepleie

## HJERTE- LUNGEREDNING

«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende ved hjerte- lungeredning?»

Kandidatnummer: 1006 / 1190  
Emnekode: SYBA3900  
Emnenavn: Bacheloroppgave  
Studieprogram: Sykepleie  
Antall ord: 11 090  
Innleveringsfrist: 13/3-20

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I 2018 var det meldt om 815 tilfeller av hjertestans på sykehus. Pårørende kan være vitne til det både hvis det skjer på sykehus, hjemme eller et annet sted. Ofte kan de bli stående på sidelinjen - redde og fulle av uvisshet. Det er fortalt om tilfeller hvor de pårørende har fått traumatiske psykologiske utfall etter å ha sett sitt familiemedlem motta HLR. Samtidig har vi sett forskning som tyder til det motsatte. Derfor ser vi nærmere på om det er fordelaktig for pårørende å få være til stede under HLR, og hvordan sykepleier kan benytte sine evner og kunnskap til å ivareta de pårørende ved HLR.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å utforske og belyse hvordan sykepleiere kan ivareta pårørende ved en HLR-situasjon.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, samt fag- og forskningsartikler.

### **Resultat og diskusjon:**

Forskning viser at informasjon er sentralt i ivaretagelse av pårørende. Internasjonale retningslinjer anbefaler å la pårørende være tilstede under HLR, og det vises i tillegg at familiemedlemmer som fikk være til stede mens HLR pågikk hadde mindre forekomst av psykologiske traumer og minsket sorgprosess.

**Konklusjon:** Forskningen som er tilgjengelig viser til at pårørende må i større grad få bedre informasjon, og bli tilbudt å være tilstede under HLR dersom det vurderes hensiktsmessig. Helsepersonell bør aktivt forbedres i ivaretagelsen av pårørende, og det bør implementeres faste retningslinjer for HLR hvor pårørende er inkludert.

## Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.	1
1.2 Oppgavens avgrensning.	2
1.3 Presentasjon av problemstilling.	2
1.4 Begrepsavklaring.	2
1.5 Oppgavens oppbygging.	3
2.0 TEORI	4
2.1 Akutt hjertestans.	4
2.2 Avansert hjerte-lunge-redning.	4
2.3 Pårørende.	5
2.3.1 Reaksjonsmønster og behov hos pårørende i akutte situasjoner.	6
Reaksjonsmønster og behov under HLR	6
Reaksjonsmønster og behov etter HLR	7
2.4 Omsorg til pårørende.	7
2.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori.	7
2.4.2 Kommunikasjon.	8
2.4.3 Omsorg under og etter HLR.	9
2.4.4 Omsorgens etikk.	10
2.5 Sykepleierens etiske ansvar.	11
2.5.1 Yrkesetiske retningslinjer.	11
2.6 Lovverk.	12
2.6.1 Helsepersonelloven.	12
2.6.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.	12
3.0 METODE	14
3.1 Litteraturstudie som metode.	14
3.2 Søkeprosessen.	14
3.3 Valg av litteratur.	15
3.4 Valg av forskningsartikler.	16
3.5 Kildekritikk.	16
4.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA FORSKNING	18
4.1 Retningslinjer for ivaretagelse av pårørende i avdelingene både under og i ettertid av HLR.	18
4.2 Helsepersonell er restriktive til å la pårørende være tilstede under HLR.	19
4.3 Erfaring og kunnskap hos personell er byggestein for å ønske å inkludere pårørende.	20

4.4	Pårørendes opplevelser av HLR-situasjonen.	20
4.5	Helsepersonell forklarer og informerer pårørende under HLR.	21
4.6	Hvordan sykepleier bidrar til omsorg til pårørende i ettertid av HLR.	22
5.0	DRØFTING	24
5.1	Hva sier lovverket og retningslinjer om at pårørende er en del av pasientsituasjonen?	24
5.2	Bør pårørende ha mulighet til å være tilstede under pågående HLR?	25
5.3	Hvilke utfordringer gjør at helsepersonell ikke inviterer pårørende til å være tilstede ved HLR?	28
5.4	Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende ved HLR?	29
5.5	Hvordan kan ivaretagelsen av pårørende forbedres langsiktig?	33
6.0	KONKLUSJON	35
	Litteraturliste	37
7.0	VEDLEGG	41
7.1	<i>Vedlegg 1. PICO-skjema</i>	42
7.2	<i>Vedlegg 2 Søkeprosess</i>	43
7.3	<i>Vedlegg 3 Lesematrise</i>	45

## 1.0 INNLEDNING

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om pårørende som vitne til HLR, og hvordan sykepleier på best mulig måte kan ivareta de pårørende under og etter en HLR situasjon. Vi går nærmere inn på hvorvidt pårørende faktisk bør være tilstede, og om det eventuelt er fordeler ved at de er der. Samtidig vil vi prøve å finne ut av om det er noen psykologiske ettervirkninger hos de pårørende som har vært tilstede under HLR.

Videre tar vi for oss retningslinjer innen sykepleie, og samtidig ser nærmere på om det er implementert protokoller eller prosedyrer for HLR-situasjoner, og om de tar for seg at de pårørende kan være tilstede. I teoridelen tar vi bakgrunn i Kari Martinsen sine teorier ut i fra pensum, samtidig som vi vil benytte annen relevant litteratur og pensum, og senere presentere metoden og funn i forskning. Avslutningsvis vil vi drøfte våre funn fra forskning og pensum, og til slutt forsøke å komme frem til en konklusjon som svarer på problemstillingen.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Vi har sett i jobbsammenheng og i praksis at ivaretagelsen av pårørende kan ofte kreve mye av helsepersonell. Da vi startet å søke i forskning og teori om emnet så vi at det var svært lite forskning på det aktuelle området. Samtidig har vi også sett at det ikke fremgår klart om det er implementert faste rutiner eller prosedyrer for hvordan de pårørende best kan ivaretas.

Hvordan man ivaretar pårørende under en akutt hjertestans vil ha mye å si både for hvordan de opplever situasjonen, men også i ettertid for å kunne takle følelser og tanker relatert til hendelsen. Derfor syntes vi det virket interessant å dykke dypere i et tema det enda ikke er mye pensum og forskning på.

## 1.2 Oppgavens avgrensning.

I oppgaven har vi valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle pårørende til pasienter som får hjertestans på sykehus. Det er fordi man kan anta at en sykepleier er en del av personalet. På sykehus blir stansteam/akutteam tilkalt etter hjerte-lungeredning blir iverksatt. Vi har derfor valgt å ekskludere prehospitale tjenester. Vi har valgt å ekskludere barn som pårørende. Vi tar utgangspunkt i at det er sykepleier på post som bistår under HLR-situasjon.

## 1.3 Presentasjon av problemstilling.

Vi har valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende ved hjerte- lungeredning?»

## 1.4 Begrepsavklaring.

### **HLR**

Hjerte- og lungeredning (HLR) innebærer en kombinasjon av brystkompresjoner og innblåsninger (Eikeland, Stubberud, Haugland, 2016, s. 266)

### **Pårørende**

Pårørende er den som «pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3).

### **Stansteam**

Stansteam er et team som rykker ut som et akutteam når det gjelder om liv og død. Består av minst tre personer som har kunnskaper og ferdigheter i avansert HLR og den praktiske gjennomføringen av HLR samt diagnostikk og videre behandling etter vellykket primær

resuscitering. Personellet består som regel av anestesilege, anestesisykepleier/ sykepleier fra akuttmottak og medisinsk forvakt (lege) (E-håndboka, OUS)

### 1.5 Oppgavens oppbygging.

Oppgaven består av totalt seks kapitler. Vi har valgt å følge Dalland (2015) og Thidemanns (2019) forslag til struktur. Oppgaven begynner med en introduksjon av temaet vi har valgt til oppgaven, samt en begrunnelse på hvorfor vi mener dette er et viktig tema. Videre er det også utarbeidet en problemstilling med stor relevans for temaet og begrepsavklaringer for å konkretisere den.

I kapittel 2 vil vi legge frem teoridelen med sentrale begreper og sykepleieteori som vi anser som aktuelle for å kunne svare på problemstillingen. Både etiske og juridiske aspekter av sykepleieutøvelsen vil bli presentert. I kapittel 3 vil vi redegjøre for metoden vi har brukt. Fremlegging av litteratursøket og valg av litteratur samt valg av forskningsartikler. Kapittel 4 omhandler presentasjon av funn fra forskningsartikler og i kapittel 5 vil vi diskutere og drøfte funn fra forskning og pensum samt litterære kilder. Avslutningsvis presenterer vi vår konklusjon på selve oppgaven.

## 2.0 TEORI

I den teoretiske forankringen har vi valgt å bero oss på pensumbøker, lovverk, forskning og fagartikler. Vi har valgt å implementere Kari Martinsens omsorgsteori i vår oppgave fordi hennes teori er situasjonsbestemt og legger stor vekt på det å bruke moralsk skjønn og vurdere situasjonen før man handler og setter i gang tiltak (Martinsen, 2003). Teorien er delt inn i ulike kapitler med relevante tema for klargjøring av begreper, og vår besvarelse av problemstillingen.

### 2.1 Akutt hjertestans.

Felleskatalogen (2019) definerer akutt hjertestans som at hjertet plutselig slutter å pumpe blod rundt om i kroppen. “Ved hjertestans opphører all blodsirkulasjon, dette fører til en iskemi og hypoksisk celledød i alle deler av kroppen” (Wyller, 2009, s. 79).

Når pasienten faller om, vil det stå om minutter før oksygenmangelen i blodet vil føre til irreversible skader. Dersom hjerte-lungeredning ikke startes umiddelbart for å opprettholde blodsirkulasjonen og åndedrettet, kan personen dø etter kort tid. Wyller (2009) belyser at i praksis skyldes hjertestans nesten alltid ventrikkelflimmer eller asystoli. Wyller beskriver at iskemisk hjertesykdom er vanligvis den underliggende årsaken til livstruende arytmier (2009, s. 79).

En tidlig hjerte-lungeredning kan være forskjellen på liv og død, og at pasienten kan komme seg fullstendig igjen uten varige skader. Det gjelder også selv om hjerte-lungeredningen har pågått i mer enn 1 time. I følge Felleskatalogen (2019) er det likevel en stor del av de som mottar hurtig og god førstehjelp som likevel dør.

### 2.2 Avansert hjerte-lunge-redning.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i retningslinjene til Norsk Resuscitasjonsråd sine nasjonale retningslinjer for avansert hjerte-lunge-redning på voksne pasienter fordi vi har sett at både



bøker og norske sykehus forholder seg til disse. Videre i oppgaven vil vi kun benytte oss av begrepet “HLR”, der dette vil omfatte både HLR og AHLR.

Retningslinjene beskriver at AHLR er avansert medisinsk behandling som primært skal utføres av helsepersonell med tilstrekkelig grunnkompetanse til å vurdere luftveishåndtering, medikamentell behandling og akutt diagnostikk, i tillegg til etiske og juridiske forhold ved gjenopplivingsforsøk på mennesker med hjertestans (Norsk Resuscitasjonsråd, 2019).

Når situasjonen oppstår, må det konstateres at det er en hjertestans og alarmere for assistanse. Som helsepersonell sjekker man at pasienten er bevisstløs, og har unormal respirasjon eller bortfall av sirkulasjon. Man roper på hjelp eller trykker på stans-knappen hvis inne på et pasientrom. Annet personell ringer internt nødnummer på sykehus som tilkaller stansteamet (NRR, 2019).

Retningslinjene beskriver at man bør starte hjerte-lungeredning med 30:2 – 30 kompresjoner og 2 innblåsninger. Ved kompresjoner på voksne bør disse være på 5 cm dype og med en frekvens på 100-120 kompresjoner/min. Når defibrillatoren er koblet til, analyserer denne hjerterytmen. Dersom den viser ikke-sjokkbare rytme (asystole eller pulsløs elektrisk aktivitet) skal man straks starte med HLR. Det anbefales å gi Adrenalin i løpet av det første minuttet. Man gir HLR i tre minutter før neste rytmeanalyse. Hvis analysen viser ventrikkelflimmer skal det gis ett enkelt sjokk og fortsette umiddelbart med HLR. Det fortsettes med HLR i tre minutter frem til neste sjokk. Dersom ingen sirkulasjon, bør man vurdere medikamenter og gi HLR i to min før ny analyse (NRR, 2019).

Luftveishåndteringen vil som regel i starten være pocketmaske eller maske-bag for å ventilere pasienten. Ved intubasjon bør det forsøkes med minst mulig pause i kompresjoner. Man forsøker å ventilere en intubert pasient på ca 10x pr minutt. Man intuberer for å sikre at luften kommer tilstrekkelig ned i lungene til pasienten (NRR, 2019).

### 2.3 Pårørende.

Pasientens pårørende blir i lov om pasient - og brukerrettigheter § 1-3 (1999) definert som den pasientens oppgir som nærmeste pårørende. Grov belyser at pårørende er avhengig av familiens struktur og oppbygging. Vanligvis er pårørende de man har nærmest - forelder,

ektefelle eller barn (2016, s. 327). Pårørende kan ha rett på informasjon om helsetilstanden til pasienten, og i visse tilfeller kan pårørende ha rett til å medvirke i behandlingen (jf. Pasient og brukerrettigheter, 1999, § 3-3).

Helsedirektoratet belyser på sine sider at det er viktig å ivareta de pårørende i akutte situasjoner ved å yte psykososial støtte og gi god informasjon for å blant annet skape trygghet og bidra til å gi håp og mestring (Helsedirektoratet, 2018, 1. avsn.).

### 2.3.1 Reaksjonsmønster og behov hos pårørende i akutte situasjoner.

Gjennom studiet har vi i praksis lært om hvordan vi skal kunne støtte pårørende i forskjellige settinger. Som sykepleier vil man ofte oppleve at pårørende reagerer forskjellig, og spesielt i traumatiske situasjoner. Uansett utfall, kan hjertestans på et familiemedlem være en situasjon som vil påvirke pårørende i stor grad. Ifølge Helsedirektoratet (2018) bør helsepersonell bidra med psykososial støtte for å skape trygghet og dempe uro, samt bidra til mestring, samhørighet og håp. Som hjelp i støtten til pårørende anbefaler Helsedirektoratet (2018) aktiv bruk av pårørendes eget sosiale nettverk i ettertid. De oppgir blant annet en rekke punkter som kan bidra til at helsepersonell på best mulig måte kan nå frem til de pårørende. Her anbefaler de å prate rolig med de pårørende, ta seg tid og tilpasse den gitte informasjonen da det i akutte situasjoner kan være vanskelig for pårørende å ta innover seg ny informasjon mens man er i krisereaksjon.

#### *Reaksjonsmønster og behov under HLR*

Pårørende kan oppleve situasjonen som overveldende, kaotisk og usikker når en av deres nærmeste blir akutt syk. De færreste har erfaring med slike situasjoner og kan oppleve flere forskjellige reaksjoner i form av angst, bekymring, frustrasjon, stress og sårbarhet for å nevne noen (Stubberud, 2019, s. 181). Når en kritisk situasjon oppstår, kan kroppene våre gå inn i tankemessige reaksjoner som påvirker hvordan man takler slike hendelser. Både dårligere konsentrasjon og muligheten til å tenke rasjonelt kan være noen av konsekvensene i en stressende situasjon (Skants, 2014, s. 181). I tillegg kan pårørende oppleve hjerteklapp, brekninger og noen forteller også at det er vanskelig å kommunisere med andre. Sinne kan også være en reaksjon som er fremtredende (Skants, 2014).

### *Reaksjonsmønster og behov etter HLR*

Stubberud (2019) poengterer at pårørende i tiden etter en akutt situasjon, som en hjertestans er, vil kunne oppleve følelsesreaksjoner. Angst er en normal og nødvendig reaksjon på en situasjon der det foreligger umiddelbar fare for fysisk eller psykisk skade, og dette kan også beskrives som frykt (2019).

Behovet for informasjon er noe Moesmand (2011) beskriver som noe av det viktigste rett etter akutt sykdom har oppstått. Pårørende ønsker å få forsikring om at pasienten får behandling og pleie av høy kvalitet, og at smerter blir lindret. Ofte vil pårørende trenge hjelp til å lindre sin egen angst og frykt. Ærlig informasjon om pasientens tilstand og at noen lytter til dem og er sammen med dem beskriver Moesmand som viktig (2011, s. 169).

Boken belyser videre at denne informasjonen skal være konkret, ærlig og forståelig. Pårørende kan da gjennom sine egne vurderinger skaffe seg et overblikk over hva som har skjedd og hva som kan skje videre (Moesmand, 2011, s. 169). Etter akutte hendelser er det normalt å oppleve vonde følelser som tristhet eller sorgfølelse. Dersom de vonde følelsene fremdeles er like sterke én til to måneder etter hendelsen, eller kanskje blir verre, kan etterreaksjonen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) forekomme (Skants, 2014, s. 190).

## **2.4 Omsorg til pårørende.**

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for sykepleierens omsorg til pårørende, med utgangspunkt i Kari Martinsens teorier. Videre tar vi for oss kommunikasjon som omsorg, og omsorgsetikk.

### 2.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori.

Martinsen skriver at omsorg er et ord vi kjenner fra dagliglivet, men også fra yrkessammenheng. Omsorg kan være «vise omtanke for», «ta hensyn til» og «hjelp», som alle er ord som uttrykker ulike sider av begrepet omsorg (Martinsen, 2003, s. 69). Ifølge Martinsen er det tre viktige dimensjoner innenfor omsorgsbegrepet som skaper omsorgens treenighet; den moralske, den relasjonelle og den praktiske dimensjonen.

**Den relasjonelle dimensjonen** beskriver Martinsen som at den forutsetter minst to parter. Den ene parten vil oppleve smerte eller trenger omsorg, mens den andre er den som besørger og ivaretar den andre parten (Martinsen, 2003). Sykepleieren skal i denne dimensjonen hjelpe den andre parten med smerten og bidra til økt verdighet. Ifølge Martinsen (2003), skal sykepleieren i den relasjonelle dimensjonen vise bekymring og omtenkksomhet for den andre.

**Den praktiske og konkrete omsorgen** viser seg i omsorgsrelasjonen for hvordan vi viser omsorg for hverandre gjennom konkrete og praktiske handlinger. I møte med den andre personen må man forstå situasjonen som den andre parten befinner seg i. Videre belyses det at omsorgen oppøves og læres gjennom at vi praktiserer omsorg (Alvsvåg, 2016, s. 349).

**Den moralske dimensjonen** viser seg ved hvordan man handler og at man handler på en moralsk riktig måte. I relasjonen mellom sykepleier og pårørende vil det være en forskjøvet maktbalanse blant annet fordi sykepleieren har kunnskap og innsikt i hva som trengs i pasientsituasjonen, mens pårørende trenger informasjon (Martinsen, 2003). Omsorg forutsetter riktig forståelse av situasjonen og en god vurdering av hvilke mål som ligger i omsorgssituasjonen.

Både det relasjonelle, praktiske og moralske inngår i enhver omsorgssituasjon - hvor man ikke forventer å få noe tilbake (Martinsen, 2003, s. 73). Ved at sykepleieren skjønnsmessig vurderer hver enkelt situasjon og bruker sitt faglige skjønn, kan man se hvilke tiltak man må gjøre for å gi god omsorg til pårørende Martinsen (2003).

Vi vil i oppgaven fokusere mest på den praktiske og moralske dimensjonen av Martinsens teori da både det å vurdere situasjonen og handle ut i fra omsorgsbehov er noe vi anser som sykepleierens fokus på omsorg i vår oppgave.

#### 2.4.2 Kommunikasjon.

Kommunikasjon er mye av en sykepleiers omsorgsarbeid, både med kollegaer, annet helsepersonell, samt pasienter og pårørende. *“Kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten”* (Eide & Eide, 2016, s.12). Begrepet kommunikasjon i seg selv, formulerer Eide & Eide som *“...utveksling av*

*meningsfylte tegn mellom to eller flere parter”* (2016, s.17) Kommunikasjon er både verbal og nonverbal, og det krever øvelse for å mestre alle aspekter.

Eide & Eide belyser at personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele disse tankene og følelsene med (Eide & Eide, 2016, s.166). God kommunikasjon fra sykepleier ved HLR kan bidra til at pårørende kan mestre situasjonen bedre. Skants har i sin bok et kapittel som handler om den psykososiale samtalen etter krisen har inntruffet. Det er ingen fasit på hvordan samtalen skal gå for seg, og det vektlegges at alle mennesker er unike med historien de har, følelser og reaksjoner. Videre forklares det at målet med samtalen er å møte de “der de er” (2014, s. 94). Eide & Eide forklarer i sin bok hvordan relasjoner påvirkes av kriser og at pårørendes reaksjoner må møtes og sykepleier må bidra til mestring.

Kommunikasjon kan være en utfordrende oppgave for sykepleier ved HLR. Eide & Eide trekker frem tre områder. hendelsen, mulige bivirkninger og fysiske konsekvenser samt følelsesmessige og psykologiske reaksjoner, og relasjonen til pårørende (2016, s. 171) Særlig viktig er det at man hjelper pårørende til emosjonell kontroll ved å tilby seg selv som psykososial støtte. Sykepleier kan bidra til å skape en følelse av trygghet og mestring ved å lytte og tilby emosjonell støtte (Eide & Eide, 2016, s.183).

### 2.4.3 Omsorg under og etter HLR.

Helsedirektoratet (2018) har som tidligere nevnt anbefalt hvordan sykepleiere bør bidra til å skape trygghet og dempe uro hos pårørende. I akutte situasjoner kan omsorgsbehovet hos pårørende variere, og det er viktig å se både på kroppsspråk og lytte til pårørende for å kunne bedømme deres omsorgsbehov i denne situasjonen.

Stubberud (2019) beskriver i et eget kapittel hvordan man kan utøve omsorg for pårørende til den voksne pasienten. Kapitlet viser til noen prinsipper for hvordan man kan støtte pårørende i en akutt situasjon. Under HLR er det viktig at man som sykepleier viser at man er rolig og at man bruker tid på å gi informasjon som er tilpasset den pårørende. Pårørende har behov for informasjon om pasientens tilstand, og å få være med pasienten dersom situasjonen tilsier det. Man må som sykepleier legge til rette for at dette samværet kan foregå og man kan også

spørre pårørende hvilke behov de har i denne akutte fasen når hjerte-lungeredning blir gjennomført.

I tiden etter hjerte-lungeredning kan omsorgen avhenge om pasienten overlever eller ikke. Som sykepleier er det i denne fasen viktig å snakke med pårørende og gi et informasjonsskriv om tiden etterpå. Helsedirektoratet (2018) anbefaler at oppfølgingen må tilpasses den enkelte familie. Ofte kan spørsmål knyttet til hendelsen være aktuelt og temaer som omhandler pårørendes reaksjoner etter hendelsen. Det kan være aktuelt å informere om aktuelle lokale støttetilbud som pårørendesenter. Pårørendes hjelp og støtte fra eget nettverk bidrar til opplevelse av kontroll og kan være tilstrekkelig for mange ifølge Helsedirektoratet (2018). I tillegg kan det informeres om hva helse- og omsorgstjenesten kan bistå med og hvor pårørende kan ta kontakt i ettertid (Helsedirektoratet, 2018).

Sykepleier bør gi råd om hva det er lurt å fokusere på de første dagene etter hendelsen og gi kontaktinformasjon til relevant helse- og omsorgstjenester dersom nødvendig. Det aller viktigste er å vise at man er der, og at tilbudet om å kontakte er gitt til pårørende. Det kan være aktuelt å gjøre avtaler om videre kontakt (Stubberud, 2019, s 198).

#### 2.4.4 Omsorgens etikk.

Martinsen (2003) belyser at sykepleiere i enhver situasjon må faglig vurdere og bruke skjønn for å vurdere hvilke etiske valg man står overfor. Etikken er essensiell i omsorgsarbeidet til en sykepleier. Nordtvedt (2017) vektlegger at når man skal skille mellom rett og galt, og det moralske ansvaret i situasjonen, vil følelser og fornuften veie sterkt. I vårt dilemma om hvordan man kan ivareta pårørende ved HLR, må sykepleier avveie situasjonen. Man må ta stilling til etiske valg ut fra følelser og fornuft. Martinsen (2003) sin teori bringer frem at man i situasjonen vil forsøke å hjelpe pårørende så godt man kan ved å bruke moralsk skjønn og faglig vurdering kan se pårørendes og deres behov. Evnen til observasjon og persepsjon bør sykepleieren inneha for å kunne bidra til ivaretagelse. Omsorgsetikken er personrettet og fokuset fjernes med fra handlingsbegrunnelser og fokuserer mer over på mennesket (Nordtvedt, 2017, s. 63). Gjennom samtale og god overveid kommunikasjon kan sykepleier observere hvilket behov pårørende har for støtte, for videre å etisk vurdere om pårørende kan

ha et behov for å være tilstede under HLR. Nordtvedt (2017) vektlegger at det er viktig å forstå situasjonen riktig, se hva som er relevant og skille mellom hva som er etisk viktig og uviktig (2017, s. 67).

## 2.5 Sykepleierens etiske ansvar.

«Etikk er viktig for utøvende sykepleie fordi sykepleie grunnleggende sett er en moralsk og etisk virksomhet» (Nordtvedt, 2017, s.11) Martinsen bygger opp om at sykepleieren gjennom å forstå situasjonen som pasienten befinner seg i, og ved å vurdere situasjonen, utøver sykepleie på en moralsk og etisk riktig måte.

Etikk i seg selv tar utgangspunkt i verdien av godt og vondt, og moral er knyttet tett til etikkens prinsipper og verdier. Nordtvedt hevder at for pasientens del er etikken i sykepleien essensiell, og dens funksjon er kritisk i forhold til valg av hva som er best i pasientens subjektive og objektive behov for pleie og helsehjelp. (2017, s.18)

### 2.5.1 Yrkesetiske retningslinjer.

Yrkesetiske retningslinjene fra Norsk sykepleierforbund går det frem at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt (NSF, 2019).

Det er et eget avsnitt med punkter i de yrkesetiske retningslinjene som heter “Sykepleieren og pårørende” som tar for seg sykepleierens ansvar overfor pårørende. Her presiseres blant annet sykepleieres bidrag til pårørendes rett til informasjon og at informasjonen til behandles med fortrolighet. Ett av punktene sier at sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere pårørende. Det er verdt å merke seg siste punkt i de yrkesetiske retningslinjene som belyser at dersom det oppstår en interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres (NSF, 2019).

Det yrkesetiske ansvaret veies ofte mellom det juridiske og faglige ansvaret til sykepleieren. Retningslinjene sykepleiere forholder seg til definerer lovbestemmelser eller hvordan utføre forsvarlig sykepleie. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er ikke en fasit for hvordan sykepleiere skal utøve omsorgsarbeid, men er en veileder når det skal fattes vanskelige avgjørelser (NSF, 2019).

## 2.6 Lovverk.

Vi har valgt disse lovene da det er lover som gir rammer for helsepersonells yrkesutøvelse og er sentrale med tanke på sykepleie og vår oppgave. Disse vil bli trukket inn i drøftingskapittelet.

I henhold til yrkesetiske retningslinjer kan pårørende ha behov for å være informert, men de har ikke nødvendigvis krav på eller rett til slik informasjon dersom de ikke er nærmeste pårørende. Taushetsplikten om pasientens sykdomsforhold og andre personlige forhold er overordnet (Helsepersonelloven, 2019)

### 2.6.1 Helsepersonelloven.

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og pårørende, og sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell (Helsepersonelloven, 2019).

### 2.6.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.

I kapittel 2.3 skrev vi om pårørende og hvem de er. I lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-3 (1999) er pasientens nærmeste pårørende den som pasienten selv har valgt. Dersom pasienten ikke kan samtykke under behandling er det den som står oppført som nærmeste pårørende som får være tilstede.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fastslår at dersom en pasient dør og utfallet er uventet, har pårørende nærmeste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde og femte ledd, så



langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2, fjerde og femte ledd.)

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 fastslår at pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes dersom pasienten samtykker til at informasjonen gis, eller at forholdene tilsier at informasjonen kan gis.

Loven legger til grunn for at der det ikke er mulig å få pasientens samtykke til om pårørende skal informeres, tilsier forholdene at informasjonen likevel kan gis til pårørende. Dette kan være dersom pasienten er bevisstløs.

Pårørende kan oppleve utfordringer med å forstå informasjonen de får ut av helsepersonellet om pasientens tilstand og behandlingsplan. I henhold til lov om pasient - og brukerrettigheter § 3-5 sier den noe om hvilke forutsetninger vi som helsepersonell må ta hensyn til når det gjelder pårørende, som alder, modenhet, erfaring og kultur. Informasjonen skal gis på en forståelsesfull måte, og en skal forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som er blitt gitt (Pasient og brukerrettighetsloven, 2019).

## 3.0 METODE

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for metoden vi har brukt. Dalland forklarer metode som et redskap for det man vil undersøke (Dalland, 2015, s.112). Metoden er fremgangsmåten til hvordan vi skal samle inn gode data, og faglig kunne belyse og besvare vårt spørsmål.

Oppgaven vår har litteraturstudie som metode. Vi har søkt kunnskap i pensumbøker, fagartikler og forskningsartikler for så å systematisk samle kunnskapen og faglig besvare vårt forskningsspørsmål.

### 3.1 Litteraturstudie som metode.

En litteraturstudie inkluderer alle de skriftlige kildene og vitenskapelige artiklene man har jobbet med. I oppgaven benytter vi relevant pensum, lærebøker, forskningsartikler, lover, selvvalgt litteratur og egne erfaringer for å besvare oppgavens problemstilling. Man bruker data som er samlet inn av andre, som tilsvarer sekundærkilder. Det er data man finner i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2019, s. 75.). Forskningsartiklene vi har tatt i bruk er både kvantitative og kvalitative studier.

Man må både innhente litteratur og kritisk lese gjennom stoffet. Vi har brukt god tid på å sammenfatte forskningsartiklene i oppgaven. Den som leser oppgaven skal kunne få en god forståelse av hvordan vi har jobbet for å svare på problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 75).

### 3.2 Søkeprosessen.

Et systematisk litteratursøk er både planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart. Litteratursøkene er knyttet til oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s. 82).

Prosessen startet med at vi formulerte en problemstilling som vi anså relevant til oppgavens tema og hensikt. I søk etter forskningsartikler startet vi med å søke i Google Scholar for å danne oss en oversikt over hva som fantes av forskning på området. Deretter konkretiserte vi informasjonsbehovet vårt og for å begrense oss i søken etter litteratur benyttet vi PICO-

skjema som vedlagt i vedlegg 1. Vi gjorde deretter søket i CINAHL da vi fant flere relevante artikler.

Til info om PICO- skjema. I vedlegg 1, ser man at “P” står for Patient/population, “I” - intervention, “C”- comparison og “O”- outcome. “I” og “C” brukes for å ha en mulighet for å sammenligne, og i i vår oppgave har vi benyttet PICO-skjema for å vurdere om pårørende kan ha positive resultat i å få være tilstede under HLR som eksempel.

Vi startet med at vi konkretiserte hva vi ønsket å søke på i PICO-skjema. Deretter benyttet vi Cinahl og EBSCOhost for å finne relevante og nyttige artikler vi kunne bruke i oppgaven. Vi gjorde enkeltsøk i CINAHL, som vist i vedlagt tabell (vedlegg 2).

I søket endte vi opp med ord som; *family, cpr, emergency nurse, witnessed resuscitation*. Vi eksploderte noen av ordene for å få høyere resultat i funn.

Da vi hadde søkt på søkeordene valgte vi å kombinere søkene. Vi søkte på noen ord med OR for å få artikler som inneholdt ett av ordene. Det er gjort enkeltsøk, og man kan i vedlegg 2 se hvordan vi har kombinert søkene og avgrenset dem. Vi avgrenset noen av artiklene geografisk, hovedsakelig til Europa og USA. Mens vi som oftest avgrenset alle artikler til “Peer reviewed” for å finne relevante og pålitelig forskning. Vedlegg 2. er en oversikt over hvordan vi ekskluderte artikler som resulterte i antall artikler som legges frem i kapittel 4.0.

### 3.3 Valg av litteratur.

Vi har i oppgaven fokusert på pensum som er av nyere dato, hvorav det inkluderer både bøker, tidsskrifter, artikler, retningslinjer og lovverk. Vi har prøvd å forholde oss til pensumlitteratur, men har også brukt noen bøker som ikke står oppført som det. Vi har forsøkt så langt det går å bruke primærkilder, men det har hendt at vi har brukt sekundærkilder som Alsvåg (2016).

Bøkene som vi anså som relevant for problemstillingen vår har vi funnet ved å gå gjennom litteratur vi har hatt som pensum i løpet av studiet, i tillegg til å søke opp på Helsefagbiblioteket etter bøker innenfor temaet. I tillegg har bøker relatert til bachelorskriving vært en god veileder for fremgangsmåten for å svare på problemstillingen vår.

### 3.4 Valg av forskningsartikler.

Etter litteratursøket satt vi igjen med litt over 8 artikler. De aller fleste følte vi var aktuelle for vår studie, derimot handlet flesteparten av artiklene om pårørende bør være tilstede eller ikke i rommet når det pågår hjerte-lungeredning. Vi har brukt både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. De aller fleste er kvantitative med klare fakta om studien, mens de kvalitative gir oss et innblikk i pårørendes egne opplevelser og preferanser. Vi har gjort en tematisk analyse av funnene og etter det sammenfattet funnene i kapittel 4.0.

### 3.5 Kildekritikk.

“Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet” (Dalland, 2015, s. 72). Vår formulering av problemstillingen gjorde det aktuelt å bruke forskning som tar for seg både helsepersonell sine synspunkter når det gjelder pårørendes rolle under HLR, men også pårørendes egne opplevelser og behov i en slik situasjon. Vi ønsket å finne artikler som ga oss kvalitative resultater for å kunne beskrive dette nøye. Oversiktsartikler ble brukt for å inkludere flere sammenligninger, vurderinger og oppsummeringer av flere studier om samme emne.

I vårt søk etter litteratur og fagkunnskap har vi sett at det generelt er lite stoff om denne gruppen. I pensum er fokuset rundt pårørende ofte begrenset til lovgivning og ivaretagelse etter bortgang og ofte er dette beskrevet i korte trekk. Dermed brukte vi god tid i søken etter forskningsartikler som både kunne definere pårørende og gi et innblikk i hva de ønsker og har behov for i akutte situasjoner. Flere av forskningsartiklene konkluderer med det samme: et behov for mer kvalitativ forskning med synspunkter fra pårørende. I søket om pårørende bør være tilstede ved HLR fikk vi mange treff med en overvekt av helsepersonellens synspunkter og antakelser.

I oppgaven har vi fokusert på å benytte den nyeste og mest oppdaterte forskningen; den eldste artikkelen ble publisert i 2003, mens den nyeste er fra 2019. Forskningsartiklene er blitt godkjent av etisk komité og har blitt publisert i velrenommerte tidsskrifter og fagfelleurdert. Vi har hatt fokus på å velge ut artikler som kan relateres til sykepleiepraksis. Enkelte av

artiklene har et annet fokus (feks. prehospitaltjenester), men vi har likevel valgt å inkludere dem på grunn av at vi mener artikkelen vil hjelpe oss i å besvare oppgavens problemstilling.

For å kunne kritisk gjennomgå de 8 artiklene, brukte vi verktøyet «sjekklister» som er en ressurs med pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av ulike typer vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2016). Vi anvendte ulike sjekklister ut i fra hvilken studiedesign artikkelen har, for å kvalitetssikre den i samråd med sjekklisene. Veiledningene vi brukte var rettet mot randomisert kontrollert studie (RCT, oversiktsartikler, samt kvalitativ og kvantitativ studie.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA FORSKNING

For å danne seg et helhetsinntrykk for å finne felleselementer i forskningen har vi valgt å fremstille funnene i temaer. Hvert tema er underbygget av flere artikler. Hovedfokuset vil være på hvilke erfaringer pårørende selv har om hvordan sykepleier har ivaretatt pårørende i akutte situasjoner som hjertestans. I tillegg vil pårørendes tilstedeværelse under HLR være et område vi har fokusert på. Vi vil inkludere sitater og andre eksempler fra forfatterne av forskningen.

### **Hovedfunn:**

- Retningslinjer for ivaretagelse av pårørende i akutte situasjoner
- Helsepersonell er restriktive i inkludering av pårørende under HLR
- Erfaring og kunnskap hos personell er byggestein for å ønske å inkludere pårørende
- Pårørende opplevelser av HLR-situasjonen
- Helsepersonell forklarer og informerer pårørende under tilstedeværelse av HLR
- Hvordan sykepleier bidrar til omsorg til pårørende etter HLR

### 4.1 Retningslinjer for ivaretagelse av pårørende i avdelingene både under og i ettertid av HLR.

Flere av forskningsartiklene vi har funnet viser til funn der det ikke er noen retningslinjer sykepleierne kan forholde seg til når det gjelder ivaretagelse av pårørende. I artikkelen til Powers (2018) er ett av funnene at 46% av deltakerne opplevde at deres organisasjon ikke hadde retningslinjer angående hvordan ivareta pårørende under slike situasjoner. García-Martinez & Meseguer-Liza (2019) viser at deres deltakere har et ønske om det dannes protokoller som fastslår når, hvordan og til hvem bevitnet HLR bør tilbys.

Artikkelen til Weslien et al. (2005) belyser at det ikke fantes retningslinjer for hvordan pårørende blir ivaretatt etter HLR

*There ought to be a follow-up visit. In any case, they [the staff] ought to give some directions. How should I come into contact with someone? ... You don't know by yourself* (Weslien et al. 2005 ss. 19)

#### 4.2 Helsepersonell er restriktive til å la pårørende være tilstede under HLR.

McClenathan, Torrington & Uyehara (2013) fremmer en studie der helsepersonellet er delt i om de ønsker å inkludere pårørende til å være tilstede under HLR. Funn viser at leger var Den viser til at sykepleiere hadde større ønske om å la pårørende være tilstede enn leger hadde, selv om flestparten av sykepleierne i denne studien også var restriktive til å inkludere pårørende. De begrunner funnet med at personalet opplever frykt for psykologisk traume hos pårørende. Samme artikkel viser til resultater der helsepersonellet opplevde frykt for prestasjonsangst ved at pårørende var tilstede.

Powers (2018) viser i sin studie til resultater der sykepleierne var restriktive til å la pårørende være tilstede på grunn av at de ikke følte de hadde nok kunnskap eller kursing i hvordan håndtere pårørende i en slik situasjon. 93% hadde opplevd en gjenoppliving som krevde hjerte-lungeredning med tilstedeværelse av pårørende, men bare 33% hadde hatt kursing eller opplæring i hvordan ivareta pårørende i slike situasjoner. I artikkelen belyser det hvordan mangel på hvordan å takle denne situasjonen begrenser deres omsorg til pårørende *“the greatest barrier to family presence during resuscitation is inadequate preparation of nurses.”* (Powers, 2018 ss. 213)

En annen informant i artikkelen forklarer *“families are going to start being invited into the room during resuscitation and there definitely need to be some education”* (2018 ss. 213).

Jabre et al. (2013) bygger opp om at helsepersonell var restriktive til å la pårørende være vitne til resuscitering på grunn av frykt for rettstvister i ettertid av hendelsen. Artikkelen viser at det ikke kom noen søksmål i ettertid.

Noe av det som kommer frem i en artikkel er viktigheten av samarbeid mellom flere yrkesgrupper, ikke bare sykepleiere. Flere deltakere beskriver at behovet for å jobbe sammen med hele behandlingsteamet og at alle har samme kursing er viktig for å kunne være mindre

restriktive i å invitere pårørende i rommet. I artikkelen kommer det blant annet frem at sykepleiere anbefaler leger å ta kursing i dette slik at de kan jobbe sammen for å ivareta pårørende slik at det ikke bare faller på sykepleierne. *“Training needs to be generalized to apply all members of code team not focused just towards nursing, that way all code team members are cooperative”* (Powers, 2018 ss. 213).

#### 4.3 Erfaring og kunnskap hos personell er byggestein for å ønske å inkludere pårørende.

Positive erfaringer hos helsepersonell gir en profesjonell selvtillit som øker sjansen for at de ønsker å invitere pårørende til å være tilstede under HLR (García-Martinez & Meseguer-Liza, 2019) I tillegg viser en studie fra McClenathan, Torrington & Uyehara (2013) at de som ikke hadde erfaring fra tidligere ville invitert pårørende til å bli med mer enn de som hadde mye erfaring.

Erfaringer fra personell av at pårørende hadde håndtert situasjonen godt med tanke på følelsesmessige reaksjoner, går frem at 88% av de som ble spurt ville inkludert pårørende (Oman & Duran, 2011). Dette bygges opp om i artikkelen til Powers (2018), hvor det beskrives at de som tidligere hadde latt pårørende være tilstede under gjenoppliving ville latt dem være tilstede igjen. Samme artikkel beskriver videre behovet for økt kunnskap om pårørendes tilstedeværelse under HLR og at det bør implementeres kursing for å inkludere dem. En informant sier blant annet

#### 4.4 Pårørendes opplevelser av HLR-situasjonen.

Intervensjonsgruppen i en randomisert kontrollert forsøk viste signifikante forskjeller i prevalens av senskader enn kontrollgruppen som ikke var tilstede (Jabre et al. 2013). Pårørende som ikke var tilstede opplevde høyere rate av senskader som angst, depresjon og PTSD i ettertid. En annen artikkel viser til resultater der pårørende fikk mulighet til å forstå og konfrontere situasjonen rasjonelt og minske sorgprosessen ved å være tilstede (García-Martinez & Meseguer-Liza, 2019).



I artikkelen til Weslien et al. (2005) belyses det hvordan pårørende opplevde det betryggende at sykepleieren informerte og lyttet under HLR. Familiemedlemmer beskriver at de opplevde det styrkende at personalet respekterte deres ønske om å være til stede under HLR og at helsepersonellet arbeidet for at de ikke skulle føle skyld. I Weslien et al. (2005) blir en pårørendes opplevelse beskrevet slik:

*They worked well [in the resuscitation room] and under no circumstances did I want to wait in another room and think about what they were doing. (2005, ss 19).*

Weslien et al. (2005) belyser at pårørende følte seg alene dersom de ikke fikk invitasjon til å være tilstede under HLR. Et annet eksempel fra samme artikkel viser til hvordan pårørende opplevde tiden i ettertid dersom de ikke var tilstede. «*Suddenly he passed away. But what happened the last 30 min? Even today, we don't know exactly. That is still a gap in my memory that I need to fill in*” (Weslien et al. 2005, s. 19)

#### 4.5 Helsepersonell forklarer og informerer pårørende under HLR.

I den akutte situasjonen hvor du ser at familiemedlemmet ditt mottar livsviktig helsehjelp kan det være vanskelig å vite akkurat hvorfor de gjør det slik eller hvorfor de gir akkurat det medikamentet.

Oman og Duran (2011) vektlegger i sin artikkel at en familiefasilitator er elementært i en slik situasjon på grunn av omsorgen og informasjonen som gis til pårørende. I tillegg vises det til at dersom pårørende blir hysterisk kan det være nødvendig å lede dem på et annet rom for emosjonell støtte. Artikkelen har et sitat som lyder

*I think it was beneficial to the family member to see that we did all we could for the patient. However, the family member (mother) was extremely emotional, loud, and out of control. We assigned a CNA to support her, and she was much more manageable after that (2011, s.529-530, avns. 9).*

Weslien et al. (2005) vinkler at pårørende opplevde at de ble forlatt fordi ingen fra helsepersonellet stod med dem. Pårørende forteller at de var usikre på om alt ble gjort og at usikkerheten om personalet jobbet sakte dersom det ikke var noen som forklarte hva som skjedde. Samme artikkel skriver at noen familiemedlemmer ikke mottok noen informasjon om behandlingen under HLR.

#### 4.6 Hvordan sykepleier bidrar til omsorg til pårørende i ettertid av HLR.

Sykepleiers ivaretagelse av pårørende blir i Weslien et al. (2005) beskrevet som viktig, både da pårørende ankom sykehuset etter pasienten, men også dersom pasienten gikk bort. At sykepleieren viste omsorg og ga emosjonell støtte ved å gi sine kondolanser ble sett på som snilt og motvirket følelsen av ensomhet. Artikkelen viser til pårørendes opplevelser at sykepleier ivaretar pårørendes behov

*There was a nurse... she never left me. I wanted something to drink... Immediately there was a tray with a bottle of water and she phoned the other relatives... We didn't talk the whole time but instead she held my hand.... Often a gesture like that says more than words (Weslien et al. 2005 ss. 19).*

Pårørende opplevde i studien til Weslien et al. (2005) at det at pårørende ble møtt da de ankom sykehuset hadde mye å si for dem uavhengig av utfallet.

*When I arrived in the emergency and accident unit, a physician met me when I came rushing in. He understood who I was [the family member]. The physician told me that they could not rescue him [my husband]. I understood. He had a very weak pulse. They [the staff] had picked flowers outside. It was fabulous. They were fantastic... His dignity was maintained (2005, ss. 19).*

At sykepleiere ser pårørende og deres behov er viktig for å kunne forhindre senreaksjoner som kan komme i tiden etterpå. En studie viser til at pårørende ikke klarte å stille spørsmål under HLR på grunn av sjokktilstanden de befant seg i (Weslien et al. 2005).

En annen artikkel beskriver hvordan informasjonsbehovet til pårørende er en viktig del av ivaretagelsen av pårørende. «*Jeg fikk absolutt ingen informasjon fra noen (sukker). Ikke i det hele tatt!*» (Holme, 2019). Artikkelen viser videre til at pårørende opplevde informasjonen av dårlig kvalitet

*So in my case the information was of poor quality, it often was wrapped with words that I didn't quite understand, [and] it was covered in a sense of not illuminating the seriousness of the situation (...)* (Holme, A., N., 2019 s. 19-24).

Weslien et al. (2005) viser i sin studie til at noen pårørende opplevde at de burde fått komme tilbake på sykehuset eller få vite noe om hvordan de skulle ta fatt på tiden videre.

*There ought to be a follow-up visit. In any case, they [the staff] ought to give some directions. How should I come into contact with someone? ... You don't know by yourself* (Weslien et al. 2005 ss. 19)

## 5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil vi drøfte våre funn fra forskningsartiklene opp mot relevant faglitteratur, egne erfaringer og praksiserfaring. Når et nært familiemedlem plutselig får hjertestans, er tiden knapp og det står om liv og død for å redde pasienten. Situasjonen kan være kaotisk, både at pleiere fra avdelingen hjelper til, men også når stansteamet ankommer og skal jobbe for å gjenopplive pasienten. Pårørende kan oppleve denne situasjonen som traumatisk. Målet vårt er å undersøke hvordan man som sykepleier skal kunne ivareta pårørende og gi god støtte under og etter hjerte-lungeredning.

### 5. 1 Hva sier lovverket og retningslinjer om at pårørende er en del av pasientsituasjonen?

Pasientens pårørende blir i lov om pasient - og brukerrettigheter § 1-3 definert som den pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Loven legger frem at dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten (Pasient og brukerrettighetsloven, 2019, § 1-3). Dette betyr at nærmeste pårørende kan være ektefelle eller samboer, men det kan også være pasientens barn (Grov, 2016).

Norsk Sykepleierforbund (2019) beskriver i de yrkesetiske retningslinjene at pårørende skal bli behandlet med respekt og omtanke. Retningslinjene bygger opp om de rettslige standardene som sykepleiere jobber under (Helsepersonelloven, 2020). Selv om de yrkesetiske retningslinjene viser til at pårørende har rett til å bli sikret informasjon, er det ikke nødvendigvis at de har krav på informasjonen. Selv om man gjerne ønsker å gi utdypende informasjon til familie, er det viktig at man er klar over hvem som har rett på den. I slike situasjoner er det svært viktig at man som sykepleier vet om pårørende er berettiget til informasjon om pasientens situasjon (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Dette betyr blant annet at det kun er nærmeste pårørende som skal få informasjonen.

I de yrkesetiske retningslinjene blir pårørende beskrevet i et eget avsnitt. Dette avsnittet drar frem at man som sykepleier skal inkludere pårørende i pasientsituasjoner, og at sykepleier

skal sikre pårørendes rett til informasjon. I tillegg til lovverket og yrkesetiske retningslinjer, har Helsedirektoratet (2018) laget en egen pårørendeveileder for hvordan pårørende bør bli ivaretatt i akutte situasjoner. Denne veilederen beskriver hvordan sykepleier bør jobbe for å skape trygghet og ro for pårørende. Alt dette bygger opp om at pårørende er en del av pasientsituasjonen og at man som sykepleier må arbeide for å støtte dem i vanskelige situasjoner, og ikke minst inkludere de.

Ut ifra det forskning, lovverk og forskrifter samt retningslinjer skriver, er pårørende en del av pasientsituasjonen. Sykepleier bør møte pårørendes ønsker og behov, også dersom de ønsker å være tilstede under HLR.

## 5.2 Bør pårørende ha mulighet til å være tilstede under pågående HLR?

En måte å ivareta pårørende under pågående HLR er å tilby dem om å være tilstede dersom de ønsker det. Funn i forskning viser at det er få instanser som har klare retningslinjer på om pårørende bør være tilstede under HLR eller ikke. Vi har valgt å inkludere dette kapittelet i drøftingen da pårørende kan ha et ønske og behov for å være tilstede, samt at forskning har vist at det kan være fordelaktig for de pårørende.

Ifølge Moesmand (2011) og forskningen vi har funnet er det et kontroversielt tema om pårørende bør være tilstede under hjerte-lungeredning. Det kan tenkes at for pårørende kan det være en brutal erfaring og by på mange reaksjoner og følelser. Likevel har pårørende ut i fra lov om pasientrettigheter og de internasjonale retningslinjene for hjerte-lungeredning, anledning til å være hos pasienten når situasjonen tilsier det (Moesmand og Kjøllesdal, 2011, s 178). Martinsen (2003) trekker frem viktigheten av at sykepleier faglig bør vurdere pårørendes egne ressurser for å mestre situasjonen. I tillegg poengterer hun at den moralske omsorgen fra sykepleier vil være elementær for å få en riktig forståelse av situasjonen for å sette i gang tiltak som kan hjelpe pårørende. Det kan være hensiktsmessig å tilby pårørende å være tilstede under HLR dersom de forholder seg rolig, og ikke blir en distraksjon for helsepersonellens arbeid.

García-Martínez & Meseguer-Liza (2019) viser til resultater der sykepleiere med positive erfaringer fra tilstedeværelse av pårørende under HLR var motivasjon til å invitere pårørende

ved andre anledninger. Dette bygges opp om i artikkelen til Weslien et al. (2005) hvor pårørende opplevde det positivt at sykepleierne lyttet til deres ønske om å være tilstede da det ble gitt HLR (2005, s. 19). En av informantene drar frem hvordan det opplevdes styrkende at sykepleierne respekterte deres ønske om å være tilstede slik:

*They worked well [in the resuscitation room] and under no circumstances did I want to wait in another room and think about what they were doing (2005, s. 19).*

Først og fremst kan pårørende ha en opplevelse av at de føler seg ivaretatt i en slik situasjon fordi noen anerkjenner deres behov for å være tilstede og nær pasienten. Forskning viser til ulike resultater, men det er vist at de som var tilstede under HLR hadde lavere prevalens av psykologiske traumer enn de som ikke var tilstede. Det å være hos pasienten mens det pågår HLR kan både øke og redusere opplevelsen av psykologisk stress hos pårørende, men dette avhenger av den enkeltes opplevelse av hendelsen. For noen pårørende kan det å få være med og observere, være hensiktsmessig slik at man ikke får tanker om hva som skjer eller hva som kunne blitt gjort annerledes. Derfor kan det være hensiktsmessig at pårørende er tilstede under HLR dersom de ønsker det.

Artikkelen til McClenathan et. al. (2013) viste derimot at personalet var negative til å ha pårørende i rommet på grunn av at de var bekymret for psykologisk traume hos de pårørende. Selv om det å oppleve en hjertestans i seg selv kan være et psykologisk traume, kan det å være vitne til det gi enda flere uønskede reaksjoner eller utfall. Man kan tenke seg til at denne situasjonen kan fremstå dramatisk og kaotisk for pårørende både med tanke på ribbein som knekker eller at pasienten blir intubert. Dette er en situasjon hvor sykepleier må vurdere om pårørende bør være tilstede eller ikke. Deriblant skriver Skants i sin bok (2014) at fysiske reaksjoner som brekninger og hjerteklapp kan gjøre at pårørende kan gå fra å ha psykologiske behov til å selv stå i behov av fysisk hjelp og støtte. Man kan tenke seg til at dette i slike situasjoner kan skape kaos og at sykepleiere må hjelpe pårørende også. Situasjonen kan bli enda mer kaotisk og vil kreve enda flere ressurser, dermed kan vi anta at i slike tilfeller bør pårørende ikke være tilstede under pågående HLR.

På den annen side anbefaler Jabre et al. (2013) i deres studie å la pårørende være tilstede. Bakgrunnen til dette begrunner de med at pårørende i tiden etterpå har hatt lavere forekomst

av psykologisk stress som angst, depresjon og PTSD. I tillegg belyser artikkelen at pårørende ikke gikk i veien for den medisinske behandlingen av pasienten. Derfor kan man tenke seg at pårørende bør få muligheten til å være tilstede under HLR så lenge de forholder seg rolig og ut i fra forholdene takler situasjonen bra.

Funn i flere forskningsartikler anbefaler at pårørende bør få tilbud om å være tilstede under HLR dersom situasjonen tilsier det. Weslien et al. (2005) viser til funn der en informant ikke fikk invitasjon til å være tilstede som gjorde at pårørende følte seg alene. Tiden i ettertid kan antas å bli vanskelig å takle dersom pårørende ikke har fått muligheten til å være tilstede under HLR. Det kan muligens gjøre at man sitter igjen med en følelse av uvitenhet og sorg. En informant forteller «*Suddenly he passed away. But what happened the last 30 min? Even today, we don't know exactly. That is still a gap in my memory that I need to fill in*» (Weslien et al. 2005, s. 19). Vi har tidligere skrevet om den moralske omsorgen som sykepleier utøver i pasientsituasjoner (Martinsen, 2003). Den moralske omsorgen legger til rette for at man kan vurdere situasjonen og se hvordan man kan hjelpe pårørende med deres behov. Dersom dette behovet er å være til stede under HLR, er dette noe sykepleier bør vurdere slik at pårørende har muligheten dersom de ønsker det.

Det vi har sett i forskning og pensum er at det ikke går frem noen gode og definitive svar på om pårørende burde være til stede i rommet under HLR. På den ene siden kan man forstå helsepersonellens bekymringer når det gjelder pårørende og psykologisk stress, men på den annen side kan man se at pårørende ofte beskriver et behov for å få muligheten til å være i rommet under HLR. Svaret på om pårørende bør få mulighet til å være tilstede blir noe vag, fordi det er lite forskning om pårørendes egne opplevelser tilgjengelig. Antagelig er det mye usikkerhet rundt temaet og de pårørende står overfor en situasjon med dramatiske valg som de nødvendigvis ikke vet konsekvensene av. Desto viktigere er det at sykepleiere og annet helsepersonell bistår pårørende i denne situasjonen. Helsepersonell må gjøre en vurdering og i samarbeid med pårørende ta en avgjørelse om det å være tilstede under HLR vil være hensiktsmessig for dem.

### 5.3 Hvilke utfordringer gjør at helsepersonell ikke inviterer pårørende til å være tilstede ved HLR

Funn i forskning viser en prevalens av at sykepleiere er mer positive til å la pårørende være tilstede under HLR enn leger. Mye av forskningen kan tyde på at det er mye usikkerhet rundt temaet, eller at det muligens er for lite diskutert. McClenathan, Torrington & Uyehara viser i sin studie at 136 av 343 leger og sykepleiere som hadde latt pårørende være tilstede ikke ville ha gjort dette igjen. Dette begrunner de med at 79% var bekymret for psykologiske traumer hos de pårørende. Som tidligere ble det diskutert om pårørende burde være tilstede under HLR, og at forskning viste frykten oftere lå hos personalet. Man kan tenke at man som helsepersonell vil skåne de pårørende for situasjoner som kan være traumatiserende - som HLR.

Det kan antas at denne forskjellen mellom leger og sykepleiere kan komme av at legen har det overordnede ansvar for pasienten da legen er den som leder behandlingen (E-håndboka, OUS) Muligens vil ethvert sikkerhetstiltak tas i bruk for å kunne utøve best mulig helsehjelp, og i noen situasjoner kan det kanskje sees som fordelaktig og fjerne mulige distraksjoner - eksempelvis pårørende som er hysteriske eller i veien for medisinsk behandling. Legen vil trolig ha ansvaret for å se til at situasjonen blir taklet på best mulig måte av alle parter og dette vil bidra til å veie for om pårørende blir invitert til å være tilstede ved HLR eller ikke.

På samme måte kan et annet moment for at leger er mer skeptiske enn annet helsepersonell er at leger har en mer overordnet behandlingsrettet tilnærming til pasienten og pårørende. Derimot har sykepleieren delen der omsorgen står i fokus og det å se pårørende i den situasjonen de er i. Dette bygger Martinsen (2003) opp om når hun snakker om at omsorgen er praktisk og konkret ved at det er viktig å møte pårørende i situasjonen og se dem. I omsorgsrelasjonen for hvordan man som sykepleier viser omsorg for hverandre er det viktig at man forstår situasjonen som den andre parten befinner seg i (Alsvåg, 2016). På denne måten kan man anta at legen vil unngå å invitere pårørende, mens sykepleieren vil se pårørendes behov for å være tilstede ved HLR.

Powers (2018) viser til at dersom de ikke hadde hatt opplæring eller kursing i hvordan å ivareta pårørende, var de skeptiske til å frivillig invitere pårørende til å bli med i rommet hvor pasienten fikk hjerte-lungeredning. Ettersom de ikke hadde retningslinjer, kursing eller opplæring i å ivareta pårørende, kan det tenkes at usikkerheten fort blir stor når man er i



situasjonen og i tillegg da må støtte pårørende. Som regel er det en kaotisk situasjon og den kan bli enda mer kaotisk dersom pårørende er tilstede uten at helsepersonell vet hvordan de skal ivareta dem. OUS har som tidligere nevnt fagprosedyrer der det forklares hvem som inngår i stansteamet, og hvem som anbefales til å gjøre hva. Det ser tilsynelatende ikke ut til å være faste protokoller implementert, og heller ingen nasjonale retningslinjer som inkluderer pårørende som en del av HLR-situasjonen. Det kan antas at dette gjør at helsepersonell opplever at inkludering av pårørende er en utfordring under HLR. Gitt at det hadde vært fremlagt faste rutiner eller protokoller kunne dette muligens vært med på å styrke helsepersonellens bevissthet rundt ivaretagelse av de pårørende i situasjonen, og i tillegg gitt mer innsikt i hvordan slike situasjoner bør håndteres. Sannsynligvis vil faste prosedyrer bidra til mer selvsikkerhet i arbeidet hos helsepersonell som igjen kan veie for at helsepersonell inviterer pårørende oftere til å være i rommet under HLR.

#### 5.4 Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende ved HLR

Martinsen (2003) vektlegger at en sykepleiers omsorg er situasjonsbasert og at man må vurdere situasjonen og se hvilke behov pårørende kan ha. Hun fremhever at sykepleier må bruke sine fagkunnskaper og sitt faglige skjønn. Man kan både ivareta gjennom konkrete og praktiske tiltak, men også ved å vise medmenneskelighet og hjelpe den andre med smerten (2003).

En fagartikkel i tidsskriftet Sykepleien viser hvordan pårørende opplevde å ha blitt ivaretatt på sykehus. Det som trekkes frem er behovet for informasjon. De opplyser at 93,7% ønsket informasjon fortløpende om tilstanden til pasienten. De tar også opp at det var ønsket om samtale ved innleggelse, og at 80% som hadde ønsket samtale ved utskrivelse ikke fikk tilbud om det. Dersom pårørende får denne viktige informasjonen kan dette være med på å skape trygghet, tillit og forståelse (Engebretsen & Olsen, 2020). Disse tallene viser til at helsepersonell må i høyere grad være konsekvente med informasjon til pårørende. Det er også i yrkesetiske retningslinjer stadfestet at sykepleier skal sikre pårørendes rett til informasjon. Tidligere snakket vi om hvordan personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide & Eide, 2016, s.166). God

kommunikasjon tilpasset situasjonen og de pårørende kan bidra til at det for de pårørende blir lettere å mestre situasjonen.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal informasjonen til pårørende bli gitt på en slik måte at pårørende forstår både alvoret og innholdet i informasjonen som blir gitt.

Viktigheten av at man som sykepleier vurderer hvilke forutsetninger pårørende har, både med tanke på alder og modenhet, erfaring og kultur er essensielt i en slik situasjon. I likhet med lovverket bygger de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019) opp om at sykepleier skal også arbeide for å ivareta pårørende og deres behov for eksempelvis under HLR.

Artikkelen til Holme (2019) portretterer at pårørende i det akutte forløpet ved innkomst i sykehuset var mest opptatt av informasjon knyttet til partnerens tilstand, undersøkelser og behandling. Som beskrevet tidligere i kapittel 2.8, er det da viktig at sykepleieren kan gi denne informasjonen på en forståelsesfull måte slik at de forstår alvoret og betydningen av informasjonen (jf. Pasient og brukerrettighetsloven, 2019). Holme (2019) drar frem opplevelsen til en av de pårørende som:

*So in my case the information was of poor quality, it often was wrapped with words that I didn't quite understand, [and] it was covered in a sense of not illuminating the seriousness of the situation (...)* (Holme, A., N., 2019 s. 19-24).

På samme måte illustrerer Holme (2019, s 19-24) at støtten fra sykepleierne og legene var viktig for å kunne takle skumle tanker og følelser og for å forstå situasjonens alvor. Av den grunn kan man tenke seg til at pårørende forstår hva som skjer med pasienten, at de får et overblikk og klarer å forstå informasjonen som blir gitt. Sykepleieren kan spille en stor rolle i ivaretagelsen av pårørende og bidra til trygghet for dem i situasjonen. Med andre ord kan man si at sykepleieren kan ivareta pårørende ved å gi den informasjonen på en forståelsesfull måte.

Primært i forskningen har vi sett at noe av det viktigste for at sykepleier skal kunne ivareta pårørende er å se an situasjonen for å deretter kunne vurdere om en skal tilby familien å få være tilstede under HLR. Det å tilby pårørende å være tilstede har forskning vist at kan gjøre de takler situasjonen bedre, og at sorgprosessen blir minsket. Martinsen (2003) vektlegger at noe av en sykepleiers viktige oppgave i en omsorgssituasjon er å møte pårørende “der de er”. Hun fremhever at moralsk skjønn er viktig. Sykepleieren må vurdere situasjonen, omgivelsene og de som er tilstede og vurdere disse opp mot det etiske for å gjøre et godt

moralsk valg. Dette vil si at man må bruke det man har lært tidligere, både erfaringer og kunnskap, for å på best mulig måte støtte pårørende og ivareta dem. I tillegg til å se pårørende og anerkjenne den situasjonen de er i, kan man forstå hvilke behov de har for omsorg og støtte. Studien til Weslien et al. (2005) bygger opp om dette med at sykepleiere har invitert pårørende til å bevitne HLR dersom pårørende har et behov for det. Slik kan man se at sykepleier kan ivareta pårørende under HLR fordi sykepleier lytter til deres ønske og ser deres behov.

Som illustrasjon vil en familie som er helt fra seg tenkes at muligens heller bør trekkes ut av situasjonen, for å dernest gi emosjonell støtte og ivareta dem med god kommunikasjon utenfor rommet der HLR pågår. På samme måte som vi i OUS sin veileder og i forskningsartiklene har sett, er det anbefalt at noen tar seg av de pårørende i en HLR-situasjon. OUS legger frem sykepleier fra post som forslag, og i forskningsartiklene fortelles det om familiefasilitator, eller en sykepleier som tar den jobben. Oman og Duran hadde i sitt utarbeidede spørreskjema åpne felt for utfyllende kommentar der en lød slik:

*“I think it was beneficial to the family member to see that we did all we could for the patient. However, the family member (mother) was extremely emotional, loud, and out of control. We assigned a CNA to support her, and she was much more manageable after that.”* (2011, s.529-530, avns. 9).

I tilfellet Oman og Duran (2011) fanget opp i sin forskning antyder den som besvarte skjemaet at helsepersonellet som ble satt til å ta vare på moren førte til en mer kontrollert situasjon. Selv om man kan tenke seg til at det vil være lett å forholde seg til retningslinjer, kan man på forstå at det i virkelighetens praksis muligens ikke er like lett. Stort sett vil helsepersonell kunne finne “sin naturlige plass” og vurdere hvor i situasjonen det er behov for dem. Kanskje trengs det hjelp til å hente diverse utstyr, eller om det er flere pårørende som er hysteriske kan det kreve at flere sykepleiere må arbeide sammen for å ivareta pårørende.

Eksempelvis har en av oss opplevd å være på jobb da en stanssituasjon oppstod. Pårørende kom i korridoren og var på vei inn i rommet da helsepersonell løp til rommet for å starte gjenoppliving før stansteamet ankom. Den kaotiske situasjonen med flere personer som løp mot rommet med røde kjegler utenfor der deres nærmeste lå, gjorde at pårørende reagerte med høylytt gråting og febrilsk prøvde å forstå situasjonen. En sykepleier som var rolig gikk bort til pårørende og la en hånd på hver skulder til den pårørende for å både støtte og hjelpe

pårørende med omsorg. Sykepleieren geleidet pårørende bort fra korridoren og inn på vaktrommet der hun forklarte hva som foregikk og hva som ble gjort for pasienten. Stansteamet ankom og sykepleieren stod med pårørende og trøstet. Sykepleieren ga informasjon om hvor lenge personalet hadde jobbet med pasienten før stansteamet kom. Pårørende ble i dette eksempelet ivaretatt med fysisk støtte, informasjon og ble på en rolig måte geleidet inn på et annet rom for å få oversikt over situasjonen og la pårørende forstå situasjonen.

Det sentrale for å kunne ivareta pårørende ved HLR, blir i Eide & Eide fremhevet som at sykepleieren bør bruke god kommunikasjon for å skape tillit og hjelpe pårørende til å takle situasjonen på en god måte. Martinsen (2003) bygger opp om dette med at sykepleieren på en medmenneskelig måte skal gi emosjonell støtte til pårørende ved å sette seg inn i deres situasjon og opplevelse for å kunne ivareta dem på en tilstrekkelig måte.

Weslien et al. (2005) viser til at pårørende fikk kontakte sykehuset i tiden etterpå dersom de hadde behov for det. En sykepleiers omsorgsarbeid er ikke kun i den akutte fasen, men også i dagene og ukene etterpå. Samme artikkel belyser at for pårørende der pasienten gikk bort, opplevde de at å være tilstede ved HLR gjorde sorgprosessen lettere. Antagelig vil sorgprosessen bli noe lettere dersom man har sett med egne øyne hva som ble gjort for å redde deres nære. Det kan også tenkes at pårørende som var til stede ble beroliget med at de visste hva som foregikk og at de hadde en slags "kontroll". Dersom pasienten har en dårlig prognose kan det være hensiktsmessig å invitere pårørende til å være tilstede for å ivareta dem på en god måte.

Ikke bare vil utfallet om pasienten overlever eller ikke ha noe å si for hvilken hvilken omsorg pårørende kan trenge etter en hjertestans. Hvis pasienten går bort, har pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde og femte ledd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2, fjerde og femte ledd.) Helsedirektoratet (2018) anbefaler dersom pasienten går bort at sykepleieren fokuserer på å snakke med pårørende og gå gjennom et informasjonsskriv som kan gi informasjon om tiden etter hendelsen. Sykepleieren bør informere om aktuelle lokale støttetilbud, eksempelvis pårørendesenter. Videre anbefales det at sykepleier må være observant og se etter tegn på at pårørende kan trenge helsehjelp, og at de da bør få tilbud om bistand til å kontakte eksempelvis fastlege. Det bygges opp om dette i boken til Stubberud (2019) med at det viktigste man gjør som sykepleier er å vise de pårørende at man er der, og

at det blir gitt tilbud om å ta kontakt i ettertid. Det er åpenbart at alle mennesker er ulike, også med tanke på hvordan man reagerer i akutte situasjoner. I oppgaven vår har vi sett på de ulike verktøyene som ligger til rette for at vi som sykepleiere på best mulig måte skal kunne ivareta pårørende. Kommunikasjon, empati, moralsk skjønn og faglig skjønn er noe man som sykepleier må ta i bruk som verktøy for å kunne ivareta pårørende. Hva den enkelte pårørende har behov for er ulikt. Det kan antas at det viktigste er at man ser personen og anerkjenner dem og deres behov. Muligens er ofte pårørendes behov så enkle som å bli sett, hørt og få god og tilrettelagt informasjon under og etter HLR.

### 5.5 Hvordan kan ivaretakelsen av pårørende forbedres langsiktig?

Forskning viser at det er svært splittet geografisk hvor det er implementert retningslinjer som legger til rette for at pårørende er tilstede. USA har blant annet retningslinjer som anbefaler å la de pårørende være tilstede, mens Norge kun har retningslinjer for utførelsen av HLR. Viktigheten av samarbeid mellom flere yrkesgrupper blir sett på elementært i studien til Powers (2018). En informant sier blant annet at trening på ivaretakelsen bør være noe alle helsepersonell bør fokusere på, slik at man jobber samlet for å ivareta pårørende (2018 s. 213). ‘

Tiltak vi har funnet som bidrar til ivaretakelse ved HLR i Norge er norsk resuscitasjonsråds retningslinjer for HLR (NRR, 2019), OUS sin veileder for stansteamet (E-håndboka, 2019) og helsedirektoratets pårørendeveileder (Helsedirektoratet, 2018). Disse utgivelsene innehar gode grunnlag for noe som kunne blitt utarbeidet til en nasjonal protokoll eller anbefaling for håndtering av pårørende tilstede under HLR. På denne måten kan man anta at ivaretakelsen av pårørende i fremtiden kan bli mer konkret og øke fokuset på denne gruppen.

Vi husker da vi hadde akuttsimulering på skolen. Man måtte hjelpe og ivareta hysteriske pårørende mens man ventet på ambulanse. Dette opplevdes utfordrende, og kan virke distraherende i arbeidet med mindre man utpeker noen til å hovedsakelig ta seg av de pårørende. Man kan tenke at en stanssimulering også kan, og bør innebære hvordan man ivaretar pårørende mens det pågår HLR. Det kan antas at dette bidrar til økt læring for sykepleiere og annet helsepersonell om temaet, i tillegg til at det skaper rom for å øve seg på

ting man er usikker på - som for eksempel hvordan man best mulig kan ivareta redde pårørende i akutte situasjoner.

Powers (2018) trekker frem at utdanning og fokus på temaet bør vektlegges fordi pårørende vil muligens være med på situasjoner hvor HLR blir gitt og da kreves det kunnskap (2018 s. 213). Ut i fra forskning og pensum kan det muligens være behov for at det implementeres klare retningslinjer eller protokoller for ivaretagelse og inkludering av de pårørende under HLR. I tillegg kan det være essensielt med klare rammer for *når* og *om* det bør tilbys de pårørende å være tilstede, hvordan de skal ivaretas under HLR, og hva som kan gjøres i ettertid dersom pårørende har behov for det.

## 6.0 KONKLUSJON

Forskning viser et behov for informasjon hos de pårørende. Yrkesetiske retningslinjer (NSF) og lovverk (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3) støtter opp om pårørendes rett til informasjon, og sykepleier som skal ivareta denne retten. Derimot har forskning og fagartikler vist at pårørende ikke alltid føler seg sett og ivaretatt i akutte situasjoner, og at de ikke får tilstrekkelig informasjon. Vi mener det i en HLR-situasjon bør pekes ut en fasilitator som kan ivareta de pårørende, gjerne da en sykepleier på post som da står ansvarlig for at de pårørende ivaretas og får kontinuerlig informasjon.

Forskning gjort i USA har henvist til nasjonale retningslinjer som anbefaler å la pårørende være tilstede i rommet. Norge har ingen faste retningslinjer for HLR som inkluderer ivaretagelsen av pårørende. Vi mener det burde implementeres retningslinjer som la til rette for at pårørende får tilbud om å være tilstede under HLR. Samtidig burde dette inkludere anbefalinger til hvordan pårørende kan ivaretas. Dette tror vi kan styrke sikkerheten i arbeidet, og samtidig øke bevisstheten rundt de pårørende i en slik situasjon. Forskning har også vist til færre tilfeller av psykologiske traumer i ettertid hos de pårørende som fikk tilbud om å være tilstede under HLR. Derfor mener vi at dersom det viser seg hensiktsmessig i situasjon, bør pårørende få tilbudet om å være tilstede i rommet under HLR. Forskning har også vist til at helsepersonell var mer profesjonelle i kommunikasjon og samarbeidet bedre når pårørende var tilstede i rommet. Dermed kan det også vise seg nyttig for helsepersonellet i tillegg.

Det er også vist i forskning at det er usikkerhet hos helsepersonell når det gjelder ivaretagelse av pårørende under HLR, spesielt hos de uten tidligere HLR-erfaring. Dermed ser vi nytten av kursing om håndtering av pårørende i akutte situasjoner, eller simuleringer av HLR hvor pårørende er tilstede. Dette for å aktivt forberede helsepersonell på slike situasjoner.

Forskning, retningslinjer og pensum gir ingen konkrete svar til hvordan man kan ivareta pårørende under HLR. Derimot har vi gjennom arbeid med oppgaven sett oss ut de punktene vi mener bidrar til god ivaretagelse av pårørende under HLR. Heriblant ser vi viktigheten av at de pårørende føler seg sett, får god informasjon, tilbys å være tilstede i rommet mens HLR

utføres, og at én sykepleier tar på seg ansvaret til å ta vare på de. Samtidig ser vi det fordelaktig for helsepersonell at det implementeres faste retningslinjer, kursing og simuleringer som inkluderer ivaretagelsen av pårørende.



## Litteraturliste

- Alvsvåg, H., (2016) Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. (4.utg.)  
A. K. T. Heggstad og U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleier: Sykepleieboken 2.* (s 346-379) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- E-håndboka. (u.å.) HLR organisering OUS. Hentet fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/19273/fields/23>
- Eide, H & Eide, T. (Red.). (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eikeland, A., Stubberud, D. G., Haugland, T. (2016). *Sykepleie ved hjertesykdommer* (5.utg.)  
H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 229-280). Oslo: Gyldendal akademisk
- Engebreetsen, L., Olsen, A. M. (2020.22.januar) Hvordan opplever pårørende at de blir ivaretatt på sykehus? *Sykepleien*. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-opplever-parorende-de-bli-ivaretatt-pa-sykehus>
- Felleskatalogen, D. L. (2019). Felleskatalogen. Hentet fra  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/hjertestans>
- Frivold G., Dale, B., Slettebø, Å., (2015), Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 2015 (4) ss 232-240.  
doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006>
- García-Martínez, A. L., Meseguer-Liza, C. (2019) Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>

- Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s.327-345) Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Helsedirektoratet (2018, 16. januar). Ivaretagelse av pårørende i akutte situasjoner eller kriser. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-i-akutte-situasjoner-og-kriser/ivareta-parorende-i-akutte-situasjoner-eller-kriser>
- Holme, A., N., (2019) Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt, *Sykepleien* (2019) ss. 18-24  
doi: [10.4220/sykepleienf.2008.0045](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0045)
- Jabre, P., Belpomme V., Azoulay E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F.,... Adnet, F. (2013) Family presence during caridopulmonary resuscitation, *The New England Journal of Medicine*, 2013 (11) ss. 1008-1018.  
doi: [10.1056/NEJMoa1203366](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366)
- Lovdata. (1999) Lov om helsepersonell LOV-2019-04-10-11. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lovdata. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg), Oslo: Universitetsforlaget
- McClenathan, B. M., Torrington, K. G., Uyehara, C. F. T. (2003) Family Member Presence During Cardiopulmonary Resuscitation- A Survey of US and International Critical Care Professionals. *CHEST* s.2204-2211.  
doi:<https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106810949&site=ehost-live>
- Moesmand., A. M. (2011) Pårørende til akutt kritisk syke (2.utg.). I Kjøllesdal A. (Red), *Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (s. 144-200). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nordtvedt, P. (2017) *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

- Norsk resuscitasjonsråd (u. å.), Retningslinjer 2015 AHLR på voksne. Hentet fra:  
[https://nrr.org/images/pdf/AHLR\\_pa\\_voksne\\_Norske\\_retningslinjer\\_2015.pdf](https://nrr.org/images/pdf/AHLR_pa_voksne_Norske_retningslinjer_2015.pdf)
- Norsk sykepleierforbund (NSF) (u.å.) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Oman, K. S., Duran, C. R. (2011) Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*, 37. S. 524-532.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.06.014>
- Powers, K. A. (2018). Family Presence During Resuscitation - The Education Needs of Critical Care Nurses, *Dimensions of critical care nursing*, 2018 (4) ss. 210-216.  
doi: 10.1097/DCC.0000000000000304
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stubberud, D.-G., & Almås H. (2016) Sykepleie ved hjertesykdommer.(5.utg.) I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (229-276) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og/eller kritisk syk. Stubberud, D-G. (Red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s.15-47) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Stubberud, D-G.(2019). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 170-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjelmeland, I. B. M., Kramer-Johansen, J., Nilsen, J. E., Mydske-Earl. K., Andersson, L-J., Bratland, S., Hafstad, A. K., Haug, B., Langørgen, J., Larsen, A. I., Lindner, T., Olasveengen, T., Skogvoll, E. (2018) *Et register over gjenopplivingsforsøk i Norge: Årsrapport fra 2018 med plan for forbedringstiltak* Hentet fra:

[https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/7\\_arsrapport\\_2018\\_norsk\\_hjertestansregister\\_0.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/7_arsrapport_2018_norsk_hjertestansregister_0.pdf)

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist A. & Fridlund, B (2005) When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest, *Nursing in Critical Care*, 2005 (1) ss. 15-22  
doi: <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00094.x>

Wyller, V. B. (2009) Hjertesykdommer, *Det syke mennesket* (2 utg.) Akribe AS

## 7.0 VEDLEGG

- 7.1 Vedlegg 1, “PICO-skjema”
- 7.2 Vedlegg 2 «Søkeprosessen»
- 7.3 Vedlegg 3 “Lesematrise»

7.1 Vedlegg 1. PICO-skjema

P	I	C	O
Populasjonsgruppe	Intervention	Comparison	Outcome
Pårørende	Pårørende tilstede under HLR	Pårørende ikke tilstede.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Føler seg ivaretatt</li><li>2. Opplever pårørende angst eller symptomer på depresjon eller PTSD i tiden etterpå.</li></ol>

## 7.2 Vedlegg 2 Søkeprosess

Google Scholar								
Søkedato:	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Valgte	Artikkelnavn	Fagfellevurdert
13.01	should family witness cpr		24 000	2	2	1	«Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation»	X
13.02	hjerteinfarkt, informasjon, pårørende		1 110	1	1	1	«Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt»	
13.02	family members experience cardiac arrest		98 000	1	1	1	«When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest»	X
13.02	Family members' experiences being cared by nurses		278 000	1	1	1	«Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical»	

Cinahl								
Søkedato:	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Valgte	Artikkelnavn	Fagfellevurdert
13/1-20	S1 cpr or cardiopulmonary resuscitation S2 CPR S3 Family witnessed resuscitation S4 "family presence during resuscitation" S5 "Health care providers" S6 S4+S5	S2 Inpatients; Peer reviewed S3 Peer reviewed S4 Peer reviewed	S1 2 S2 131 S3 61 S4 164 S5 17,715 S6 12	4	2	1	«Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation»	X
14/1-20	S1 "cardiopulmonary resuscitation"	S1 Peer reviewed S2 Inpatients; Peer reviewed	S1 5,917 S2 4,146 S3 25	2	1	1	«Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of US and	X

	S2 (MH "Critical Care Nursing") S3 Family member presence S4 S1+S3		S4 7				International critical care professionals"	
13.01.20	S1 "Family+" OR "relatives or family" S2 "care" S3 (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Intensive Care Unit") S4 (MH "Resuscitation, Cardiopulmonary") S5 Peer reviewed	adult: 19-44 years Geography: USA, Europe, Ireland and Britain. S5 Peer reviewed	S1 (109,492) S2 (422,588) S3 (30,858) S4 (4,404) Treff etter begrensning: 22	2	1	1	"Family Presence During Resuscitation: The Education Needs of Critical Care Nurses"	x
13/1-20	S1.Resuscitation S2.Emergency nursing S3."CPR" S4."Emergency nursing" S5. "Witnessed resuscitation" S6. S4+S5	S3.Peer reviewed S4.Peer reviewed S6. Peer reviewed	S1.31,722 S2.14,342 S3.5,132 S4.10,342 S5.127 S6. 9	3	2	1	"Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation."	X



### 7.3 Vedlegg 3 Lesematrise

#### Artikkel 1

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation.</b>
<b>Forfatter/Årstall</b>	García-Martínez, Ana Laura; Meseguer-Liza, Cristóbal 2/2/2019
<b>Søkeord:</b>	Resuscitation, emergency nursing, CPR
<b>Forskningsspørsmål</b>	Which are the attitudes of emergency nurses to the concept of witnessed resuscitation?
<b>Hensikt:</b>	Inspisere de mest relevante bevisene av akutt sykepleieres holdninger til bevitnet gjenoppliving.
<b>Sentrale begrep</b>	Inpatient: Pasient som er over natten
<b>Metode:</b>	Relevant litteratur hentet fra PubMed, Lilacs og SciELO. Ekskludert kontekst med barn.
<b>Resultater:</b>	En sammenslutning av 10 artikler som ble kategorisert som «positiv holdning» og «negativ holdning».
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Ulike meninger blant sykepleiere fra ulike kontekster og land. Ser at det er et behov for konkrete retningslinjer. Det å oppleve gjenopplivning kan bane mulighet for å forstå og håndtere situasjonen rasjonelt samtidig dempe og verdigjøre sorgen.
<b>DOI/Link:</b>	<a href="http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055">http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055</a>

Artikkel 2

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>Family presence during cardiopulmonary resuscitation.</b> Publikasjon: The New England Journal of Medicine
<b>Forfatter/Årstall</b>	Patricia Jabre, Vanessa Belpomme, Elie Azoulay, et al. Mars 14, 2013
<b>Søkeord:</b>	cardiopulmonary resuscitation, family presence, posttraumatic stress disorder
<b>Forskningsspørsmål</b>	Hva er effekten av tilstedeværelse av familie mens det pågår hjerte-lungeredning på familiemedlemmer og det medisinske teamet?
<b>Hensikt:</b>	Prøve å klarifisere om familiemedlemmer som opplever tilstedeværelse under HLR får senskader som angst, depresjon og PTSD og om det medisinske teamet opplever at familien er tilstede som problematisk
<b>Sentrale begrep</b>	
<b>Metode</b>	Familiemedlemmer til pasienter som får HLR – en kjerneparørende til hver pasient får være med å tilse mens det blir gitt HLR. Kontrollgruppe blir ikke spurt, retningslinjer blir fulgt på sykehuset.  En randomisert undersøkelse blant 15 prehospitalt avdelinger i Frankrike.  Åtte og syv deltakende avdelinger ble randomisert til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Voksne familiemedlemmer av voksne pasienter med hjertestans ble spurt.  Undersøkelsen gikk over 90 dager etter hendelsen.
<b>Resultater:</b>	Å tilby pårørende å være tilstede mens det pågår HLR ble assosiert med positive resultater når det gjelder psykologiske variabler, og hindret ikke den medisinske utførelsen, stresset helsepersonell eller resulterte i medisinske rettsvister.
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Kort periode, PTSD kan fremtre i senere tid.

	<p>Liten gruppe av deltakere.</p> <p>Opplevs pro «tilstedeværelse for pårørende mens det pågår HLR».</p> <p>Studien ble gjennomført utenfor sykehus.</p>
<b>DOI/Link:</b>	DOI: 10.1056/NEJMoa1203366

Artikkelen ble kontrollert og fagfelleurdert av andre.

Artikkel 3

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>“Health care providers’ evaluations of family presence during resuscitation”</b> JEN: Journal of Emergency Nursing
<b>Forfatter/årstall</b>	Oman, K.S; Duran, C.R. 31/1-2011
<b>Søkeord:</b>	“Family witnessed resuscitation” AND “nurses”
<b>Forskningsspørsmål</b>	Helsepersonells evalueringer av familie til stede ved HLR
<b>Hensikt:</b>	Studiens hensikt var å evaluere familiens tilstedeværelse under HLR, ved hjelp av helsepersonells meninger.
<b>Sentrale begrep</b>	“FP”= family presence= familie til stede “HCP”= Health care provider= helsepersonell Resuscitation= Gjenoppliving Guidelines= retningslinjer
<b>Metode:</b>	Deskriptiv studie designet for å hente opp kvantitative og narrative data. En elektronisk spørreundersøkelse bestående av 7 spørsmål + 5 laget i Likert-skala. Inkluderte også luker for åpne svar og kommentarer.  Studien ble gjort på et akademisk medisinsk senter i vestlige USA, hvor det var 106 gjenopplivninger i løpet av studiens periode. 65 av 134 helsepersonell som var med på HLR deltok i studien.
<b>Resultater:</b>	59% av de som svarte på studien indikerte at familiemedlemmer klarte å emosjonelt tolerere situasjonen, og ikke blande seg inn i hjelpen som ble gitt pasienten (88%). En familiefasilitator var tilstede 70% av gangene, og det var i 41% av tilfellene en sykepleier.
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Studien konkluderer med at det å ha familie tilstede under HLR ikke har negativt virkning på pasientens pleie, virker å være en fordel for familien, og at det er en viktig del av prosessen å ha en utnevnt familiefasilitator
<b>DOI/Link:</b>	<a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.06.014">http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.06.014</a>

Artikkel 4

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>Family Presence During Resuscitation: The Education Needs of Critical Care Nurses</b>  Dimensions of Critical Care Nursing, 37(4), 210–216.
<b>Forfatter/Årstall</b>	Powers, K. A. (2018).
<b>Søkeord:</b>	"Family+") OR "relatives or family", "care" (MH "Critical Care Nursing+") OR (MH "Intensive Care Units+"), (MH "Resuscitation,Cardiopulmonary+")
<b>Forskningsspørsmål</b>	
<b>Hensikt:</b>	
<b>Sentrale begrep</b>	Critical care, family presence, family presence during resuscitatioin, nursing
<b>Metode:</b>	A cross-sectional survey design was used, descriptive and qualittitative data were collected.  395 critical nurses .
<b>Resultater:</b>	1/3 hadde fått gjennomgått FPDR-utdanning, og 83% ønsket utdanning i dette feltet. 4 temaer ble oppdaget, “sykepleiere trenger utdanning”, team trening er viktig”, fokus på implementering av FPDR” og “en god del variasjon av preferanse”.
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Diskusjonen omhandlet at akuttsykepleierne rpporterte for forskere at det trengted en utdanning som tar for seg det behovet sykepleiere har for å kunne teste at kunnskapen sitter hos personellet.
<b>DOI/Link:</b>	<a href="https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000304">https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000304</a>

Fagfelleverdert

Artikkel 5

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>“Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. A survey of US and international critical care professionals”</b> EBSCO publishing
<b>Forfatter/Årstall</b>	McClenathan BM; Torrington KG; Uyehara CFT; McClenathan, Bruce M; Torrington, Kenneth G; Uyehara, Catherine F T 28/2-2003
<b>Søkeord:</b>	“CPR” AND “Family witnessed resuscitation”
<b>Forskningsspørsmål</b>	Støtter Akuttpersonell retningslinjene som anbefaler å la familiemedlemmer være tilstede under HLR
<b>Hensikt:</b>	Undersøke om helsepersonell er enige i retningslinjene om familie tilstedeværende i rommet under HLR.
<b>Sentrale begrep</b>	FWR= family-witnessed resuscitation CPR, ECC, Nurse, critical care professionals
<b>Metode:</b>	Undersøkelse av helsepersonell som deltok på “The International Meeting of Chest Physicians in San Fransisco, CA” i 2000. Spørreundersøkelse som spurte etter helsepersonellens erfaring innen HLR, deres mening om å ha pårørende tilstede under HLR, og demografiske karakteristika. Svarene til leger, sykepleiere og annet helsepersonell ble sammenlignet og forskjeller basert på demografi ble utforsket.
<b>Resultater:</b>	592 helsepersonell tok undersøkelsen. Færre leger (26%) enn sykepleiere og annet helsepersonell sammenlagt (39%) ville la familie være tilstede under HLR gitt til voksne. Det var også demografiske forskjeller, leger i de nord-østlige statene var mindre tilsynelatende enig i å la familie være til stede enn andre leger.
<b>Anbefalinger/ Konklusjon:</b>	Deres konklusjon er at flesteparten av helsepersonellet som deltok i undersøkelsen var ikke enige i anbefalingene gitt av retningslinjene til ECC og CPR i 2000.
<b>DOI/Link:</b>	<a href="https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=c8h&amp;AN=106810949&amp;site=ehost-live">https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=c8h&amp;AN=106810949&amp;site=ehost-live</a>

Artikkel 6

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest, Nursing in Critical Care (1) ss 15-22</b>
<b>Forfatter/Årstall</b>	Marita Weslien, Tore Nilstun, Anita Lundqvist and Bengt Fridlund, 2005
<b>Søkeord:</b>	Cardiac arrest, Experience, Family member, Qualitative analysis Resuscitation
<b>Forskningsspørsmål</b>	
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med artikkelen var å få innsikt i pårørendes opplevelser når pasienter går inn i hjertestans før, under og i sykehus.
<b>Sentrale begrep</b>	Cardiac arrest Present
<b>Metode:</b>	Undersøkelsen ble gjort gjennom semistrukturerte intervjuer med 17 familiemedlemmer ca 5-34 måneder etter hjertestansen hos et familiemedlem.
<b>Resultater:</b>	Artikkelen viser til resultater der pårørende opplevde det som godt at helsepersonell hadde gjort alt mulig for å resuscitere pasienten.  Pårørende forteller om deres opplevelser i ettertid av hendelsen. Det var mulig å ringe tilbake til sykehuset i tiden etterpå. Familiemedlemmer som ble med inn i resusciteringsrommet, verdsatte at de ansatte respekterte deres ønske å være tilstede.
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Studien viser at helsepersonell involvert har stor påvirkningskraft og en unik posisjon for å kunne ivareta og guide pårørende for å være avslappet og balansert. I hele prosessen bør alt bli tatt opp med omtanke og respektfullt. Idealet er at familiemedlemmer i ettertid ikke har noen form for skyld. Oppmerksomhet til hva som er det beste for hver enkelt familie bør være i fokus.
<b>DOI/Link:</b>	<a href="https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00094.x">https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00094.x</a>

Fagfellevurdert

Artikkel 7

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt</b>
<b>Forfatter/Årstall</b>	Aenny Norlemann Holme, 2019
<b>Søkeord:</b>	hjerteinfarkt, pårørende, informasjon
<b>Forskningsspørsmål</b>	
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med denne studien er å beskrive ektefellers opplevelser og erfaringer i den første tiden etter sykehusoppholdet i lys av den informasjon de mottok mens partneren var innlagt i sykehus.
<b>Sentrale begrep</b>	Kvalitativ studie, Ektefelle, hjerteinfarktpasient, informasjon, sykepleier
<b>Metode:</b>	Fokusgruppeintervju med ni ektefeller derav åtte kvinner og en mann. Intervjuene fant sted hovedsakelig seks til ti uker etter sykehusoppholdet.
<b>Resultater:</b>	Artikkelens hovedfunn er at ektefellens opplevelse av den akutte fasen på sykehuset i stor grad har innvirkning på hvordan han/hun takler den første tiden hjemme i etterkant.
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Studiens implikasjoner for klinisk praksis kan være at sykepleiere i møte med hjerteinfarktpasienter og deres ektefeller tar utgangspunkt i ektefellenes egne behov, også hos de som ikke etterspør informasjon, slik at ektefellene skal være i stand til å takle sin nye livssituasjon på en god måte.
<b>DOI/Link:</b>	<a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0045">10.4220/sykepleienf.2008.0045</a>

Fagfellevurdert



Artikkel 8

<b>Tittel og publikasjon</b>	<b>Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study</b>
<b>Forfatter/Årstall</b>	Frivold, Gro, Dale Bjørg, Slettebø, Åshild, 2015
<b>Søkeord:</b>	Communication, Family members, Intensive care unit, Patient care
<b>Forskningsspørsmål</b>	.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med studien er å illustrere betydningen av å bli ivaretatt av sykepleiere og leger i norske intensivavdelinger.
<b>Sentrale begrep</b>	
<b>Metode:</b>	Tretten pårørende til kritiske syke pasienter som ble behandlet på intensivavdelinger i sør-Norge ble intervjuet høsten 2013.
<b>Resultater:</b>	To hovedtemaer ble funnet. Å være i en mottakende og passiv rolle og være i en deltakende rolle. Den mottakende rollen ble ofte sett på med erfaringer der informasjon og støtte fra helsepersonell. Den deltakende rollen innebar at pårørende hadde følelse av at de var med i behandlingen og ga en følelse av inkludering og trygghet i bestemmelsessituasjoner.
<b>Anbefalinger/Konklusjon:</b>	Å være pårørende til pasienter som er kritisk syke er ofte erfart som det å motta informasjon, og samtidig kan være en deltakende rolle. Kvaliteten i relasjoner mellom pårørende og helsepersonell er viktig når pårørende skal bli ivaretatt og oppleve emosjonell støtte. Dersom de ikke opplevde å bli ivaretatt ga det en følelse av ensomhet og utrygghet.
<b>DOI/Link:</b>	<a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006</a>

Fagfellevurdert

