



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Når pasienten får hjertestans –  
hvordan kan sykepleieren ivareta  
pårørende under pågående hjerte-  
lunge-redning?

**Andreas Bræck og Daniel Rikstad Nielsen**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap  
Sjukepleie Førde  
01.06.18

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Sammendrag

## Tittel:

Når pasienten får hjertestans – hvordan kan sykepleieren ivareta pårørende under pågående hjerte lunge redning?

## Bakgrunn for valg av tema:

Etter tre år på sykepleierskolen har vi lært mye om pasienter gjennom teori og praksis. Det vi dessverre ikke har lært så mye om, er pårørende. Pårørende har vi primært lært oss å kjenne gjennom praksis- og jobb-sammenheng. I denne oppgaven har vi valgt å tilegne oss kunnskap om hvordan man skal ivareta pårørende.

## Problemstilling:

«Når pasienten får hjertestans – hvordan kan sykepleieren ivareta pårørende under pågående hjerte lunge redning?».

## Metode:

Vi har i denne oppgaven hentet frem litteratur fra ulike fagbøker, forskning fra ulike databaser i tillegg til Google Scholar, lovdata for aktuelle lover, helsedirektoratet for pårørendeveiledning, samt yrkesetiske retningslinjer fra NSF. Vi har brukt Oria til å finne relevante bøker som både er pensum og ikke.

## Oppsummering:

Vi har i denne oppgaven sett at det er mange ulike aspekt i det å ivareta pårørende i en gjenopplivningssituasjon. Ivaretagelse av pårørende i denne akutte fasen er krevende, og det stilles mange ulike krav til sykepleieren. Pårørende kan reagere på ulik måte og sykepleieren må tilpasse seg hver enkelt. Sykepleierens holdninger, kommunikasjonsevner og erfaring spiller en viktig rolle for ivaretagelsen av pårørende. Pårørendes tilstedeværelse i gjenopplivingsrommet har vi sett at er fordelaktig for pårørende for å kunne mestre sorgprosessen i ettertid.

Nøkkelord: Gjenopplivning, pårørende, ivaretagelse, kommunikasjon, hjertestans.

# Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Tema for oppgaven .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	1
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	2
1.4.1 Sykepleieren .....	2
1.4.2 Pårørende.....	2
1.4.3 Hjertestans .....	2
1.4.4 Ivaretagelse .....	3
1.4.5 Hjerte-lunge-redning.....	3
2 Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode .....	3
2.2 Primærkilde og sekundærkilde.....	4
2.3 Søkeprosessen.....	4
2.4 Valg av litteratur.....	5
2.5 Valg av forskningsartikler .....	5
2.6 Kildekritikk.....	6
3 Teori.....	7
3.1 Hjertestans .....	7
3.2 Avansert hjerte-lunge-redning .....	8
3.3 Pårørende.....	8
3.4 Reaksjonsmønstre til pårørende og helsepersonell under akutte hendelser .....	9
3.4.1 Fysiske eller kroppslige reaksjoner.....	9
3.4.2 Tankemessige reaksjoner .....	9
3.4.3 Følelsesreaksjoner .....	10
3.4.4 Atferdsmessige reaksjoner.....	10

3.4.5 Reaksjoner til helsepersonell under akutte hendelser.....	10
3.5 Kommunikasjon, makt og stigmatisering .....	11
3.6 Yrkesetiske retningslinjer .....	11
3.7 Joyce Travelbee – Å hjelpe den sykes familie.....	12
3.8 Etikk – moralsk opptreden .....	12
3.9 Lovverk .....	13
4 Resultat/Funn .....	14
4.1 Artikkel 1.....	14
4.2 Artikkel 2.....	15
4.3 Artikkel 3.....	15
4.4 Artikkel 4.....	16
4.5 Artikkel 5.....	16
4.6 Artikkel 6.....	17
4.7 Artikkel 7.....	17
4.8 Artikkel 8.....	18
5 Drøfting.....	18
5.1 Pårørende som målgruppe for sykepleieren.....	19
5.2 Pårørendes tilstedeværelse under AHLR.....	20
5.3 Kommunikasjon/informasjon til pårørende.....	22
5.4 Sykepleierens holdninger til pårørende .....	24
6 Konklusjon .....	25
Bibliografi .....	27

# 1 Innledning

## 1.1 Tema for oppgaven

I 2016 ble det registrert 3163 hjertestans i Norge. Av disse ble det rapportert totalt 318 hjertestans på sykehus (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.d.). Vi har tatt utgangspunkt i situasjoner der pasienter får hjertestans på sykehus, der det kommer et team med sykepleiere og leger som har hver sin oppgave i teamet, og da med fokus på ivaretagelse.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Under utdanningen innenfor dette teamet har hovedfokuset vært på behandling av pasienter med hjertestans. Belysningen om hvordan en skal ivareta pårørende til pasienten har dermed vært minimal. Vi har gang på gang gjennom praksis og jobb sett at ivaretagelse av pårørende ofte stiller en annen kunnskap, og kompetanse av helsepersonellet. At pårørende blir ivaretatt av helsepersonell på en god måte vil kunne ha mye å si for psykisk velvære i ettertid, og opplevelsen pårørende sitter igjen med etter en hjertestans.

En av oss har i en alder av 14 år opplevd at en nabo fikk hjertestans. Pårørende gikk inn i en krisesituasjon og var ikke i stand til å utføre hjerte-lunge-redning. Dette resulterte i at 14-åringen måtte stå alene å utføre hjerte-lunge-redning til luftambulansse kom. En slik hendelse kan være krevende både følelsesmessig, fysisk og mentalt for pårørende.

Det kan være en dramatisk opplevelse for pårørende å få beskjed om at en av dine nærmeste har fått hjertestans, eller være vitne til det selv. Derfor er det viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan en kan på en best mulig måte håndtere denne situasjonen. Belysningen om ivaretagelse etter en slik kaotisk situasjon, er dermed høyst nødvendig. Helsepersonell kommer fra forskjellige avdelinger for å hjelpe til, og det blir mange personer i rommet. Derfor er det viktig å kunne ivareta pårørende på en best mulig måte hvis dette inntreffer. Vi har derfor formulert følgende problemstilling:

*«Når pasienten får hjertestans – hvordan kan sykepleieren ivareta pårørende under pågående hjerte lunge redning?»*

## 1.3 Avgrensing

Å bli pårørende til noen som får hjertestans kan ramme alle. Vi har valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle pårørende til pasienter som får hjertestans på et vestlig sykehus, hvor det i tillegg blir tilkalt et hjertestansteam og hjerte-lunge-redning blir igangsatt. Prehospital støtte har vi derfor valgt å også ekskludere fra oppgaven. Vi vil også avgrense oppgaven til at pårørende ikke har noen form for radikal religiøs eller kulturell tilnærming. Pårørende skal snakke norsk, så det ikke oppstår noe form for språkbarriere. Vi har også valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle voksne pasienter over 18 år. At barn er pårørende har vi også valgt å ekskludere fra denne oppgaven.

## 1.4 Begrepsavklaring

### 1.4.1 Sykepleieren

Vi skal i dette kapitlet kort presentere definisjonene av begrepene som er brukt i problemstillingen. Travelbee (1999) sier at en sykepleier er et menneske, og alle antakelser om mennesker gjelder derfor for enhver som kan kategoriseres som sykepleier. Sykepleieren har likevel visse spesialiserte kunnskaper, og kan anvende disse ferdighetene til å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand. En sykepleier er i tillegg juridisk ansvarlig for sine sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999).

### 1.4.2 Pårørende

*En nær pårørende er den pasienten selv gir, eller ville ha gitt, denne status dersom han hadde hatt mulighet til det. Pårørende og pasient er personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets- og kontaktforhold (Moesmand, 2005).*

### 1.4.3 Hjertestans

Med hjertestans menes det at hjertet plutselig slutter helt å pumpe blod ut i kretsløpet. Det oppstår sirkulasjonsstans, som enten skyldes at hjertet står helt stille, som kalles asystoli. Det kan også være noe som kalles ventrikkelflimmer, som er at hjertet bare vibrerer. Pasienten mister da bevisstheten (Lindebjerg & Stubberud, 2015).

#### 1.4.4 Ivaretagelse

Skants (2014) beskriver ivaretagelse som at de involverte og berørte ikke bare får nødvendig praktisk hjelp, men også at de opplever at de blir møtt som mennesker, at noen ser dem og deres fortvilelse, at noen bryr seg.

#### 1.4.5 Hjerte-lunge-redning

Med hjerte-lunge-redning menes det å komprimere pasienter med 30 hjertekompresjoner, der en presser sternum ned 5-6 cm i et tempo som tilsvarer ca. 100 hjerteslag i minuttet. Algoritmen er 30 kompresjoner for så å ta 2 innblåsingar ved hjelp av munn-til-munn metoden (Lindebjerg & Stubberud, 2015). Videre i oppgaven kommer vi til å vise til hjerte-lunge-redning med forkortelsen HLR.

## 2 Metode

Dalland (2017) forklarer metode på følgende måte i sin bok. «Å være vitenskapelig er å være metodisk». Det å være metodisk i vitenskapelig forstand er å bruke og overholde intellektuelle standarder i vår argumentasjon. I dette kapitlet skal vi gjøre rede for valg av litteraturstudie som metode. Vi skal også gjøre rede for søkeprosessen vi har gjort og grunngi valg av litteratur, før vi til slutt skal forklare styrker og svakheter med de kildene og forskningsartiklene vi har valgt å bruke (Dalland, 2017, s. 52).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å innhente litteratur, for deretter å gå kritisk gjennom det, før man til slutt sammenfatter det (Magnus & Bakketeig, 2000). En har en systematisk tilnærming til alle trinn i prosessen. Hensikten med dette er å gi den som leser oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, i tillegg til hvordan en har kommet frem til kunnskapen. (Thidemann, 2015).

## 2.2 Primærkilde og sekundærkilde

En primærkilde betyr at artikkelen eller rapporten er skrevet av den personen eller personene som faktisk har gjennomført undersøkningen. Sekundærkilder er en tolkning av en studie hvor man selv ikke har deltatt i studien. Her kan det være vanskelig å oppnå full objektivitet, noe som kan medføre til at resultatene i en primærkilde ikke er like presise som de i primærkilden (Axelsson, 2008). Vi har valgt å fokusere på primært å ha primærkilder i vår oppgave. Likevel har vi valgt å bruke sekundærkilder der vi mener at tolkning og budskap likevel kommer fram på en bra måte.

## 2.3 Søkeprosessen

For å finne bøkene til vår oppgave brukte vi søkemotoren «Oria» som lar oss søke på bibliotekets bøker. Siden oppgaven har et sykepleiefokus har vi valgt å bruke bøker som er sykepleierrettet. Søkeordene vi brukte var blant annet «pårørende», «akutt kritisk syk». I tillegg så vi på hva som har vært pensumlitteratur og valgte ut de bøkene vi syntes var relevante. Alle artiklene vi har brukt ble sist gang lest 14.05.18, hvor vi printet ut alle forskningsartiklene, og har videre brukt forskningsartiklene i papirformat.

I søkeprosessen var vi opptatt av å finne mest mulig ny forskning. Når vi skulle søke etter forskningsartikler brukte vi SveMed+ MeSH for å finne relevant engelsk fagterminologi og brukte både Google Scholar og Academic Search Elite. Søkeordene vi søkte på var HLR, som på engelsk er «cardiopulmonary resuscitation», eller forkortelsen «CPR». Istedenfor å bruke «CPR» brukte vi ordet resuscitation fordi vi fikk flere relevante treff. Deretter søkte vi på ordene pårørende som på engelsk fagterminologi er «caregivers» eller «family». Deretter brukte vi ordet «hospital», for å konkretisere at forskningen skulle omhandle sykehus. I tillegg brukte vi «nurse» for å finne noe sykepleierrettet. Vi har brukt Academic Search Elite for å finne forskning. På linken «choose databases» hukte vi av for Cinahl, Medline og Academic Search Elite. Først søkte vi på «resuscitation» og fikk 55193 treff. Deretter søkte vi på «family» og fikk 1008309 treff. Så brukte vi «nurse» og fikk 538018 treff. Til slutt søkte vi på «hospital» og fikk 2216182 resultater. Så huket vi av på alle fire søkene og søkte med «search with and» og hukte av på at den skulle være «peer reviewed» og fikk til slutt 434 resultater. Til slutt gikk vi gjennom overskriftene på de forskjellige artiklene vi hadde funnet og valgte ut de vi syntes var relevant i forhold til vår problemstilling.



I tillegg ville vi ha forskning som gikk på kommunikasjon med kritisk syke pasienter, fordi vi tenkte dette også var veldig relevant for vår problemstilling. Det første ordet vi søkte på var «communication» og fikk 1796164 resultater. Deretter søkte vi på ordet «family» og fikk 2476252 resultater. Til slutt søkte vi på ordet «critical care nursing» og fikk 49352 resultater. Vi kombinerte disse tre ordene med «AND», i tillegg til å begrense funnene fra 2008 til dags dato og huke av «peer reviewed». Vi endte da opp med 1204 resultater.

Den syvende forskningsartikkelen som heter «*Family presence during CPR – the experiences and attitudes of code team members*» (Weslien & Nilstun, 2003) fant vi på Google Scholar ved å søke på nøkkelordene «attitude», «cpr» og «family». Av dette kom det 30200 resultater. Det første søkeresultatet er det vi har brukt i denne oppgaven.

Artikkelen "Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt" brukte vi sykepleien.no, her søkte vi i søkefeltet på "Pårørende hjerte" og det kom opp 92 treff i perioden 2007 til 2018 i hele sykepleien.no. Videre valgte vi å kun ta med forskningsartikler og det kom da totalt 17 treff. Her fant vi en sekundærkilde og vi trykket på "last ned" slik at vi fikk opp primærkilden. Denne artikkelen fant vi ut at var veldig relevant for vår problemstilling.

## 2.4 Valg av litteratur

I vår oppgave har vi valgt å bruke ulike bøker, forskningsartikler, lover og retningslinjer. Vi har brukt noe pensumlitteratur, og noen bøker som ikke er det. Vi har prøvd etter beste evne å finne bøker og forskning fra nyere dato, med noen unntak. Vårt fokus har vært på å bruke mest mulig primærlitteratur. Likevel har vi brukt sekundærlitteratur som for eksempel «sykepleieteorier» av Marit Kirkevold. Vi har også brukt sekundærlitteratur i boken til Moesmand (2005) der hun henviser til mye av forskningen som er gjort på området i boken sin.

## 2.5 Valg av forskningsartikler

I denne oppgaven har vi valgt å inkludere åtte forskningsartikler som skal belyse problemstillingen vår. Mye av forskningen vi fant på dette området går på om pårørende skal være tilstede eller ikke under gjenopplivingsforsøket. Vi har derfor valgt å ha med fire forskningsartikler som omhandler dette tema. Videre valgte vi å finne forskning som omhandlet kommunikasjon, fordi dette er veldig relevant for vår problemstilling, og veldig viktig for en sykepleier som skal ivareta pårørende. Denne

går på hvordan sykepleiere kan kommuniserer til pårørende til akutt kritisk syke pasienter. Videre fant vi forskning som omhandlet erfaringer om hvordan det er å støtte og ivareta pårørende til pasienter under gjenoppliving, i tillegg en forskningsartikkel som omhandler læringstiltak for å forbedre støtte og omsorg til pårørende under gjenoppliving. Lenger ned i oppgaven vil vi ta for oss og beskrive disse artiklene.

## 2.6 Kildekritikk

Gjennom god kildekritikk er det viktig at man finner ut om kildene troverdige. Det er også viktig at kilden også er relevant ut fra tema og/eller problemstillingen for oppgaven vår.

Den første boken vi har valgt å bruke i oppgaven er *"Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom"*. (Stubberud, 2015) Denne boken belyser på en god måte mange aspekter som er relevant for vår oppgave. Stubberud er intensivsykepleier med 15 års klinisk erfaring fra ulike avdelinger på sykehuset, han er også forfatter av *Klinisk sykepleie 1 og 2*. Boken tar for seg det psykososiale aspektet hos både pasienter, pårørende og sykepleiere ved kritisk og akutt sykdom på en oversiktlig og god måte.

Den andre boken vi har valgt å ta med er *"Å være akutt kritisk syk"* (Moesmand & Kjøllesdal, 2005). Begge forfatterne er intensivsykepleiere med mange års relevant erfaring. Denne boken kom ut i 2005 og er derfor eldre enn hva vi skulle ønske, men den er veldig relevant for vår oppgave når det kommer til å sette seg inn i perspektivet til pårørende til akutt kritisk syke pasienter. Den har til og med et eget punkt under *kapittel 5 pårørende til akutt kritisk syke* som heter *"Pårørendes behov for å være til stede hos pasienten under utførelse av invasive prosedyrer eller hjerte/lunge-redning (HLR)"*. Boken er i hovedsak rettet mot intensivsykepleiere, men forfatterne av boken sier den også er relevant for personer som jobber med akutt kritisk syke personer. Dette er en av flere grunner til at vi har valgt å inkludere denne boka tross sin alder i oppgaven vår.

Den tredje boken vi har valgt å inkludere i oppgaven vår heter *«Omsorg i kriser»* (Skants, 2014). Dette er en bok som ser på det psykososiale støttarbeidet rettet mot mennesker som opplever kriser. Dette kan overføres til pårørende som for eksempel har en nær person som gjennomgår HLR på et sykehus. Primært er denne boken rettet mot større katastrofer og ulykker. Likevel synes vi boken hadde fine forklaringer og beskrivelser av reaksjonsmønstre til pårørende, og hvordan vi kan ivareta dem.

Den fjerde boken vi har valgt å ta med heter Sosiologi i sykepleie og helsearbeid (Ingstad, 2013). Der fant vi et kapittel som handlet om det med kroppsspråk som verktøy for sykepleieren som er svært viktig.

Når det kommer til sykepleieteoretiker har vi brukt boken til Travelbee (1999). Vi har også brukt noe litteratur fra Marit Kirkevold (1992) sin bok om sykepleieteoretikere der vi mener hennes tolkning er god.

Når det kommer til valg av forskningsartikler er noe av det vi har brukt fra sykehus i blant annet USA. Overføringsverdien er kanskje noe lavere enn ved et europeisk sykehus grunnet kulturelle forskjeller og forskjellene på hvordan sykehuset er bygd opp på. Når det kommer til forskning som er gjort på sykehus i Europa mener vi det har større overføringsbetydning fordi kulturen er mye av det samme som vi har i Norge. Den ene artikkelen vi har valgt å ta med heter *”Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt”*, denne har tross alt fokusert på ivaretaking av pårørende til pasienter med hjerteinfarkt, men det står en del aktuell informasjon om den akutte syke pasienten som vi sammen har vurdert til å være relevant til vår oppgave. Derfor tok vi med denne også selv om denne omhandler hjerteinfarkt og ikke hjertestans og HLR.

## 3 Teori

### 3.1 Hjertestans

Akutt kommer fra det latinske ordet *actus*, noe som betegnes som skarp eller plutselig. Noe som kommer brått på. Akutt sykdom blir definert som en akutt hendelse uten en tidligere sykdomshistorie, men som kan gå fort over. Innenfor akutt sykdom kommer både medisinske og kirurgiske lidelser. Et godt eksempel på akutt somatisk sykdom vil være hjerteinfarkt, hjertestans, respirasjonsstans eller sirkulatorisk sjokk (Stubberud, 2015).

Ved hjertestans vil hjertet slutte å pumpe blod ut i kretsløpet. Det oppstår en sirkulasjonsstans. Pasienten mister da bevisstheten. Ved hjertestans vil kroppen allerede etter fem minutter kunne få varige skader av oksygenmangelen som skjer. Dette skyldes at hjertet enten står helt stille, som en kaller for asystoli, eller at hjertet bare vibrerer, som kalles ventrikkelflimmer. De vanligste årsakene til hjertestans er iskemi og nekrose ved hjertemuskelen, som ved hjerteinfarkt. Andre årsaker kan være forgiftninger, drukninger og ulykker (Lindebjerg & Stubberud, 2015).

## 3.2 Avansert hjerte-lunge-redning

AHLR står for avansert hjerte-lunge redning. Vi har valgt å bruke nettsiden til Norsk Resuscitasjonsråd fordi dette er den siste oppdateringen på disse retningslinjene. Avansert hjerte-lungeredning tar utgangspunkt i god basal hjerte-lungeredning. Jeg vil derfor forklare dette nærmere først, med utgangspunkt i en hjertestans på et sykehus. Det første punktet i AHLR er å konstatere at pasienten har hjertestans og alarmere det interne nødnummeret på sykehuset. Deretter er det å starte med hjertekompresjoner og koble til defribillator. Hjertekompresjonene ved hjertestans på voksne bør være 5-6 cm dype med en takt på 100 kompresjoner i minuttet (Høybakk, 2015). Deretter er det å foreta en rytmeanalyse. Dersom det viser at pasienten ikke har sjokkbar rytme som pulsløs elektrisk aktivitet eller asystole skal en fortsette å gi kompresjoner i tre minutter til neste rytmeanalyse. Ved ventrikkelflimmer skal en gi ett sjokk og fortsette umiddelbart med HLR for å få kort mulig opphold. HLR skal da utføres i tre minutter frem til neste sjokk. Når det gjelder luftveishåndtering vil en i starten bruke pocketmaske eller maske-bag ventilere pasienten. Ved intubasjon skal en tilstrebe minst mulig pause i kompresjonene. Etter en eventuelt intubasjon, som oftest gjøres av en anestesilege vil man tilstrebe å ventilere 10 ganger per minutt, som kalles normoventilere. Intubere gjør man for å sikre at luften kommer sikkert ned i lungene til pasienten. Adrenalin er det foretrukne legemiddelet under AHLR. I tillegg er også Amiodarone et medikament som brukes under AHLR (NRR, 2015). Når vi videre i denne oppgaven omtaler HLR, innebærer dette også både HLR og AHLR.

## 3.3 Pårørende

Pasientens og brukerens pårørende blir i lov definert slik i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3.:

*«Den 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, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende*

*rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette».*

### 3.4 Reaksjonsmønstre til pårørende og helsepersonell under akutte hendelser

I dette kapitlet skal vi ta for oss reaksjonen pårørende kan få når deres nærmeste får hjertestans. I tillegg til dette skal vi også ta for oss hvordan helsepersonell reagerer i akutte situasjoner. Vi deler de inn i fysiske og kroppslige reaksjoner, tankemessige reaksjoner, følelsesmessige reaksjoner og atferdsmessige reaksjoner. Faren er stor for at pårørende opplever angst, frykt og håpløshet i begynnelsen når den akutte sykdommen har inntruffet. Pasientens tilstand er ustabil, det er usikkert hvordan det kan gå, og pårørende har ikke fått tid til å forberede seg på hva som skjer (Moesmand, 2005) Når en pasient er akutt kritisk syk er ofte pårørende tilstede med pasienten. Det kan være en stor utfordring for pårørende å måtte forholde seg til en alvorlig sykdom til pasienten. Ingen pårørende reagerer likt og det er viktig å ivareta pårørende og forklare at deres reaksjoner er helt naturlig. Pårørendes psykologiske stress avhenger av situasjonen, hvordan den og tilgjengelige løsningsmuligheter og begrensninger vurderes, og av pårørendes mestringspotensial og mestring. Det er ikke kun den stressnivået i seg selv som gjør at pårørende er i stand til å hankses med situasjonen, det er også angstnivået (Moesmand, 2005)

#### 3.4.1 Fysiske eller kroppslige reaksjoner

Den vanligste fysiske reaksjonen på en akutt stressreaksjon er et behov for hyppigere vannlatning. I tillegg til dette er muskelspenninger, skjelving og dirringer også svært vanlig, og ca. 50 % vil oppleve dette. På grunn av en fysiske forsvarsmønstre vil blodet samle seg i mageregionen, og hjerteklapp og kraftig svetting er også vanlig. Svetting og frysing om hverandre er vanlig, det samme gjelder diaré, brekninger, nedsatt hørselsevne og tunnelsyn. Noen forteller også om smerter i rygg, bryst, hodepine og en «klump i halsen». Noen blir i tillegg lettskremte (Skants, 2014).

#### 3.4.2 Tankemessige reaksjoner

Når det kommer til tankemessige reaksjoner i en akutt situasjon vil det å få dårligere konsentrasjon, langsommere tenkning og vanskeligheter med å forstå ting det viktigste. Dette har med at hjernen i

slike situasjoner kutter ut de avanserte funksjonene som logisk tenkning og beslutningsevne og bruker energien på det hjernen opplever som viktigst. I tillegg vil hukommelsen bli dårligere, og vi kan ha vanskeligheter med å huske hva ting eller personer heter (Skants, 2014)

### 3.4.3 Følelsesreaksjoner

De følelsesmessige reaksjonene ved en akutt hendelse kan være at personen blir apatisk og ha manglende interesse for omverdenen. Den akutte hendelsen rykker vegg noe av tryggheten i tilværelsen, og angst er derfor en vanlig etterreaksjon. Angsten kan være knyttet til der hendelsen fant sted. Angsten kan føre til at en blir urolig, rastløs eller generelt mer skvetten en vanlig. Det er i tillegg vanlig at en kan oppleve en form for uvirkelighet. At det som en har opplevd ikke har skjedd, men at det er en drøm. Denne opplevelsen vil gjerne gi seg etter hvert som det som har skjedd får synke inn (Skants, 2014)

### 3.4.4 Atferdsmessige reaksjoner

En del får vanskelig å kommunisere med andre i en akutt hendelse. Av andre atferdsmessige reaksjoner er kanskje sinne det mest fremtredende. Det er heller ikke uvanlig å gråte mye etter en akutt hendelse. Mange får hikstende gråteanfall i lange perioder etterpå (Skants, 2014)

### 3.4.5 Reaksjoner til helsepersonell under akutte hendelser

Under en akutt hendelse er det vanlig at også helsepersonellet sin evne til logisk tenkning og å ta beslutninger er vanlig også hos dem. Øvelse gir mulighet til å trene og oppleve disse stressreaksjonene. Dette gjør at vi blir mindre stresset midt i det hektiske, og dermed flinkere til å håndtere situasjonen. Det finnes ikke et sett med reaksjoner for dem som bistår. Dette har med at mennesker er relativt like. Ingen kommer uberørt ut av et psykososialt støtteam. Alle vil i en eller annen form ha med seg etterreaksjoner. For de fleste vil disse reaksjonene være håndterbare, og tones ned i løpet av kort tid (Skants, 2014).

### 3.5 Kommunikasjon, makt og stigmatisering

Det ligger mye makt i måten vi kommuniserer på. Stemme kroppsholdning, bevegelser og valg av ord og uttrykk viser ofte maktforholdet mellom forskjellige mennesker. Dersom helsepersonellet bruker ord og uttrykk pasienten ikke forstår, kan det få pasientene til å føle seg små og maktesløse.

Kommunikasjon bidrar til ivaretagelse av relasjoner, men også avstand og brudd. Når det kommer til stigmatisering innebærer dette at individet har en egenskap eller et kjennetegn som diskvalifiserer personen fra å bli sosialt akseptert på lik linje med andre. En kan skille mellom tre typer stigma som man knytter til kroppslige forhold, karaktertrekk og slektsforhold. Alle disse formene for stigma har det til felles at de tiltrekker seg oppmerksomhet, og får de som møter personen til å se bort fra de egenskapene personen har (Ingstad, 2013).

### 3.6 Yrkesetiske retningslinjer

I de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk sykepleierforbund står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2016). I tillegg står følgende om sykepleieren og pårørende:

Sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende.

- *Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.*
- *Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet.*
- *Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres.*

I tillegg til dette har helsedirektoratet en egen pårørendeveileder på sine nettsider med retningslinjer. Spesielt står det om hvordan pårørende kan ivaretas i akutte situasjoner eller kriser. Den sier blant annet følgende:

*I akutte situasjoner og kriser bør helsepersonell jobbe etter følgende hovedprinsipper i møte med pårørende:*

- *skape trygghet og dempe uro*
- *bidra til mestring, samhørighet og håp*
- *aktiv bruk av sosiale nettverk*

(Helsedirektoratet, 2018)

### 3.7 Joyce Travelbee – Å hjelpe den sykes familie

Joyce Travelbee baserer sin teori på eksistensialistisk filosofi. Filosofien hennes baserer seg på mennesket som individ, lidelse, mening, menneske til menneske-til-menneskeforhold og kommunikasjon. Hun fokuserer på at mennesket er "et enestående, uerstattelig individ – et engangs-eksisterende-vesen i denne verden, lik men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve". Travelbee fokuserer på at menneske som individ tar mange erfaringer fra det fellesskapet som mennesker, men hvert enkelt menneskes opplevelse av ulike erfaringer er forskjellige. Hun liker ikke å bruke samlebegreper som pasient og sykepleier grunnet at disse er alt for generaliserende, noe som videre sletter hver enkelt person sitt særegne trekk (Kirkevold, 1992, ss. 100-101)

Travelbee sier i sin teori at det ikke bare er den syke selv som trenger hjelp til å finne en mening i sykdommen. Også familien trenger hjelp til dette. Den syke er medlem av en familie, og det som skjer med den, vil også ha innvirkning på de andre. Sykepleiere betrakter pårørende på forskjellige måter. Noen oppfatter de som en person som skal lage vanskeligheter og er «i veien». Det er liten forståelse og omtanke å møte den sykes pårørende når en sykepleier har en sånn oppfatning. En sykepleier som mener hun eller han er kun ansatt til å ta vare på den syke pasienten og ikke pårørende har misforstått. Alt som angår den syke, angår pårørende, og også omvendt (Travelbee, 1999).

Travelbee sier videre at ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem – når de samtaler, og når de er tause. Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneskeforhold (Travelbee, 1999).

### 3.8 Etikk – moralsk opptreden

Sykepleieren har et overordnet ansvar for å handle moralsk ovenfor den man har ansvar for, man er nødt å være motivert og omsorgsfull ovenfor den aktuelle personen. Man er også nødt å handle på en måte som er god for den man har omsorg for, slik at han opplever sykepleieren som respektfull og



omsorgsfull. Videre er det også viktig at man evner å identifisere ulike moralske problem i situasjonen man befinner seg i, og hva for problem man står ovenfor. Dømmekraft er også særdeles essensielt innenfor sykepleieryrket, her er det viktig at man evner å reflektere kritisk over ulike handlingsalternativer ut fra sykepleierens innlevelse, kunnskap og erfaring (Nordtvedt, 2012).

### 3.9 Lovverk

I dette kapittelet har vi valgt å ta for oss disse lovene som er relevant for vår oppgave:

#### *§ 3-1. Pasientens eller brukers rett til medvirkning*

*"Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten".*

*"Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes"* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

#### *§ 3-3*

*"Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukers nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukers helsetilstand og den helsehjelp som ytes".*

*"Dersom en pasient eller bruker dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, har pasientens eller brukers 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, § 3-3).

#### *§ 3-5*

*"Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen"* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

## 4 Resultat/Funn

### 4.1 Artikkel 1

«*Family presence during invasive procedures and resuscitation – The experience of family members, nurses and physicians*» (Meyers, Eichhorn, Guzzetta, Clark, & Taliaferro, 2000).

Studien brukte både kvalitative og kvantitative metoder for å utforske tilstedeværelsen av familie under gjenopplivning og invasive prosedyrer. 39 familiemedlemmer, 96 helsearbeidere (hvorav det var 60 sykepleiere og 36 leger). Forskningen ble gjennomført på Presbyterian Hospital of Dallas. Hensikten med studiet var å utforske både fordeler og ulemper med å ha familie og pårørende tilstede under hjerte- og lunge-lungeredning. Familiemedlemmene og helsearbeiderne fikk utdelt ulike spørreskjema hvor de skulle svare på hvordan de opplevde situasjonen. Funnene i artikkelen var at familien så på det som positivt å være til stede under gjenopplivingen og de følte at det var deres rett i en slik situasjon. Familien følte at det var nyttig for dem å være til stede og at de ville gjort det samme igjen. De følte også at de var aktive deltagere i selve omsorgsprosessen, deres informasjonsbehov ble også dekket og de følte de fikk knyttet sterke bånd med pasienten. På den annen side er det viktig å ha en fagperson som er med å forklare pårørende hva de kommer til å se, og forklare forskjellige utstyr og ledninger som er koblet til pasienten ifølge forskningsartikkelen. Det er også laget egne retningslinjer for når pårørende skal være tilstede. Dette er laget for Dallas County Hospital i USA. På punkt 6 står følgende:

«*Familiekontakten*» vil:

- *Forklare prosedyrene*
- *Oversette medisinske faguttrykk*
- *Gi informasjon om forventet utfall*
- *Gjøre at pårørende føler seg komfortabel, for eksempel en stol*
- *Gi en mulighet til å spørre spørsmål*
- *Gi en mulighet til å se, ta på og snakke til pasienten*

## 4.2 Artikkel 2

*“Educational Interventions to Improve Support for Family Presence During Resuscitation: A Systematic Review of the Literature” (Powers, 2017).*

Dette er en systematisk oversiktsartikkel som tar for seg 16 forskningsartikler som ble valgt ut etter spesifikke kvalifikasjonskriterier. Hensikten med studien var å evaluere effekten av støtte fra sykepleiere til pårørende når de er tilstede under hjertestans. Funnene i denne studien baserte seg på at undervisning av sykepleiere på et slikt akutt scenario kan forbedre støtten en kan gi til pårørende under en hjertestans. 13 av 16 artikler viste til positive resultat med tanke på å bruke pedagogiske virkemidler for sykepleiere for at de skal kunne forbedre støtten de kan gi til pårørende. Forskerne understreker at det er mangel på forskning som kan gi spesifikke svar på effekten av undervisning i klasserom, simulering eller online-kurs med tanke på å støtte pårørende. I tillegg til dette fant forskerne også ut at helsepersonellet ble mer positive til å ha pårørende tilstede etter opplæring. Det viste seg også at sykepleierne ble mere trygge i situasjonen. Å ha familien tilstede under HLR som et alternativ økte fra 57% til 70% i en studie og fra 55,6% til 88,9% i en annen studie. Dette viser hvor verdifull denne opplæringen er til sykepleiere.

## 4.3 Artikkel 3

*“Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation” (Cottle & Hodge, 2011)*

Denne artikkelen er en kvalitativ studie hvor fire sykepleiere og tre sykehusprester deltok. Forskningsartikkelen tar for seg fire sykehus vest i England. Målet med studien var å finne ut hvordan man som sykepleier kan være en familiær støtte under gjenopplivningsforsøk. Det ble brukt fenomenologisk tilnærming hvor de brukte dybdeintervju. Det kom opp syv sentrale funn for hvordan man kan være en støtteperson ovenfor familien i analysen. Disse syv funnene var ivaretagelse av familiens vurdering, rettleie valga og innstillingen deres, svare pårørende på kommentarer, og spørsmål om død, håndtere konflikter og støtte av pårørende. De kom frem til at en støtteperson vil ha stor betydning ovenfor familiemedlemmene, med tanke på å gi dem omsorg og støtte. De understreker også at det er viktig at denne støttepersonen har tilstrekkelig faglig kompetanse og erfaring for å best mulig kunne støtte pårørende gjennom en slik opplevelse.

#### 4.4 Artikkel 4

”Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses”.  
(Köberich, Kaltwasser, Rothaug, & Albarran, 2010)

Dette er en kvantitativ undersøkelse hvor hensikten til forskerne var å finne ut hva slags erfaringer tyske intensivsykepleiere hadde med familiens tilstedeværelse under gjenopplivningsforsøk. Totalt deltok 394 intensivsykepleiere der de svarte på en undersøkelse. Av disse var det 166 svart fullstendig på. Resultata fra undersøkelsen viser 65,7% til at familiens tilstedeværelse under gjenopplivning hadde en negativ effekt og 68% prosent av sykepleierne mente at familien ikke burde være tilstede under gjenoppliving. 56% mente at familiens tilstedeværelse kunne skade for teamet som gjennomfører gjenopplivningsforsøket. 61% mente at familiens tilstedeværelse kunne gi en bedre forståelse av utførelsen av HLR. De konkluderte med at tyske intensivsykepleiere har en tilbakeholdende holdning når det kommer til pårørendes tilstedeværelse under hjerte- og lunge-redning, men at innføring av undervisning og simulering på dette spesifikke scenarioet kan være med på å gjøre sykepleierne tryggere i en slik situasjon hvor pårørende er til stede.

#### 4.5 Artikkel 5

Den femte forskningsartikkelen vi skal ta for oss heter «*Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review*» (Adams, Mannix, & Harrington, 2015). Denne studien er en oversiktsartikkel. Bakgrunnen for studien var å se på viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter til helsepersonell. Dette på grunn av at god kommunikasjon kan redusere stress til pårørende og pårørendes evne til å håndtere situasjonen. Forskerne søkte etter forskning i åtte forskjellige databaser fra 2002 til 2014 for å finne relevant forskning om tema som omhandlet kommunikasjon og kritisk syke pasienter. De fant til slutt 17 forskningsartikler de mente var passende, hvorav 12 var kvalitative og 5 var kvantitative. Målet med denne studien var å finne ut hvordan intensivsykepleiere letter kommunikasjonen med pårørende når et familiemedlem eller en bekjent er akutt kritisk syk, barrierene for denne kommunikasjonen og strategier for å forbedre sine ferdigheter. Funnene i denne artikkelen var at de fleste sykepleierne beskrev hvordan de spilte en viktig rolle i kommunikasjonen med pårørende for å hjelpe å forstå pasientens situasjon og behandlingen som kreves. Sykepleieren beskrev også seg selv som en som hadde kommunikasjon med flere yrkesgrupper og som var den som brakte disse sammen.

## 4.6 Artikkel 6

«*Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*» (Jabre, et al., 2013).

Målet med denne studien var å finne ut effektene pårørendes tilstedeværelse hadde både på helsepersonellet som utførte HLR og på de pårørende som var tilstede i rommet. Studiedesignet var kvantitativ RCT-studie. Studien hadde med 570 pårørende til pasienter hvor det ble utført HLR av 15 forskjellige ambulansestasjoner bestående av en ambulansesjåfør, en sykepleier og en akuttlege. Av disse 15 stasjonene ble det tilfeldig valgt ut åtte som skulle systematisk gi et tilbud til pårørende om å være i rommet, mens de andre syv ikke ble tilbudt dette. Av 570 ble 266 systematisk gitt muligheten til å være tilstede, mens 304 ble ikke spurt. Måten de fant ut effekten av å være tilstede eller ikke var å fylle ut et skjema kalt «*Impact of event scale*» i tillegg til «*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*» med en psykolog 90 dager etter hendelsen for å kartlegge PTSD-symptomer og angst og depresjon. De målte også effekten og velværen til helsepersonellet når pårørende var tilstede og når de ikke var det. Av 570 som var med i studien var det 90 pårørende som ikke fullførte IES-skjema. Resultatet i denne studien viste seg å være at HLR utført i hjemmet med pårørende tilstede var assosiert med positive resultater på psykologiske evalueringer, og gikk ikke i veien for den medisinske hjelpen, hverken når det kommer til stress eller konflikter mellom kollegaer.

## 4.7 Artikkel 7

«*Family presence during CPR – the experiences and attitudes of code team members*» (Weslien & Nilstun, 2003).

Målet med denne studien var å spørre ut om opplevelsene og holdningene til svenske akutteam-medlemmer. Et spørreskjema ble delt ut til 107 sykepleiere og 107 leger i henholdsvis anesthesiavdelingen, hjerteavdelingen og ulykke og akuttavdelingen. Av de som fikk spørreskjema var det 82 % som svarte. En liten del av de som svarte hadde hørt om familiemedlemmer som spurte om de kunne være tilstede under HLR. Mer enn halvparten av deltakerne mente at noen familiemedlemmer hadde et ønske om å være tilstede og en fjerdedel var av den mening at ingen ville være tilstede. Hvis familiemedlemmene uttrykker et ønske om at de vil være tilstede, svarte mindre enn halvparten at ønsket «alltid» eller «ofte» bør bli respektert. Sykepleierne var litt mere

positive enn legene. Mange, men ikke alle trodde at familiemedlemmene ville oppleve å være tilstede som en ubehagelig opplevelse. Derfor er det med sånne forskjeller i holdninger vanskelig å gi generelle anbefalinger om hva som er best. Dette funnet viser at holdningene til å ha pårørende til stede i gjenopplivingsrommet spriker blant både leger og sykepleiere.

## 4.8 Artikkel 8

*”Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt” (Holme, 2008).*

Dette er en kvalitativ studie som ble skrevet av Anny Norlemann Holme som er høgskolelektor ved avd. For helsefag ved høgskolen Stord/Haugesund. Det ble brukt gruppeintervju med ni ektefeller deriblant åtte kvinner og en mann. Hensikten med studien var å finne ut mer om ektefellenes opplevelser og erfaringer den første tiden etter sykehusoppholdet med tanke på informasjonen de fikk på sykehuset. Målet med studiet var å kunne bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bli mer bevisst på sin egen rolle i forhold til hva for informasjon de gir til ektefeller. Resultatet i studien viser til at ektefellene føler seg i all hovedsak ivaretatt på sykehuset og at det er sårt å ikke bli ivaretatt som pårørende. Informasjonen de fikk i den akutte fasen hadde stor betydning for hvor godt ektefellene takler opplevelsen i ettertid.

## 5 Drøfting

At de nærmeste får hjertestans kan være en traumatisk opplevelse for pårørende. Det strømmer til ulikt helsepersonell fra uvalgte avdelinger, med spesialisert kompetanse, og en kan fort glemme at pårørende også kan ha ulike behov i en slik situasjon. I denne delen skal vi se nærmere på hvordan sykepleieren kan ivareta pårørende under pågående HLR på sykehus. Vi skal diskutere ulike metoder for hvordan en kan ivareta pårørende på. Videre skal vi også diskutere hvorvidt det er best for pårørende å være tilstede under gjenopplivingsrommet eller ikke, og hvordan kommunikasjonen kan være en viktig faktor for å kunne ivareta pårørende på en hensiktsmessig måte.

## 5.1 Pårørende som målgruppe for sykepleieren

Travelbee sier at familien også trenger hjelp til å finne mening i en sykdom, og ikke bare pasienten. Hun forteller også at pasientens sykdom vil ha innvirkning på en familie og et fellesskap (Travelbee, 1999). Dette forteller oss at hun ser på at sykepleieren har en omfattende rolle som innebærer å ivareta pasienten, samt at en sørger for å ivareta de pårørende rundt pasienten. Dette er et viktig element gjennom vår erfaring ut i fra praksis og jobb. Vi har erfart at selve flyten i pasientforløpet ofte går bedre når man sørger for at både pasienten og pårørende blir ivaretatt, og da gjennom kommunikasjon og en felles forståelse. Anny Norlemann Holme (2008) kommer i sin forskning fram til at pårørende følte det var sårt å ikke bli ivaretatt som pårørende. Det er viktig at man som gir god sykepleie til pasienten, og derfor inkluderer pårørende som en målgruppe i pasientens behandling. Moesmand (2005) bekrefter dette ved å belyse at mange pårørende opplever at de ikke inngår i en målgruppe for sykepleierne. Hun skriver også at det er mange pårørende som ikke oppfatter at sykepleierrollen også omfatter dem, fordi de kan være redde for at omsorgen til pasienten skal reduseres. Yrkesetiske retningslinjer underbygger dette ved at man som sier at som sykepleier er man pliktig til å vise respekt, omsorg og omtanke for pårørende (Helsedirektoratet, 2018). Videre bekrefter Moesmand (2005) at man som sykepleier må sørge for å informere pårørende om at deres behov for hjelp ikke går utover pasientens behandling, samtidig som at man gjør pårørende oppmerksom på at vi kan hjelpe dem når de har behov for det, enten å hjelpe selv, eller sette dem i kontakt med noen som kan hjelpe, eksempelvis kriesenter, psykolog, psykiatrisk sykepleier eller sykehusprest. Dette er et viktig punkt å fremheve med tanke på at selv om det er selve pasienten vi har fokus på når det kommer til behandling, så kan det ofte være at pårørende også har behov for vår hjelp. Sykepleierrollen kan ofte være stor og omfattende, spesielt når det kommer til en hjerte- og lungeredningssituasjon. Det vil da være hensiktsmessig å kunne ha en dedikert og erfaren sykepleier til å ivareta pårørende. Dette er noe forskningen til Cottle & Hodge (2011) bekrefter når de skriver at det å ha en erfaren og kompetent støtteperson til pårørende i en hjerte- og lunge-redningssituasjon, har stor betydning for deres ivaretagelse. Noe som videre poengterer viktigheten av at man som sykepleier har pårørende som en særdeles viktig målgruppe. Retningslinjene for helsepersonell i akutte situasjoner forteller at man bør sørge for å skape trygghet og dempe uro, samt som at man bidrar til mestring, samholdighet og håp (Helsedirektoratet, 2018). Her ser man hva som er forventet av helsepersonell i akutte situasjoner.

## 5.2 Pårørendes tilstedeværelse under HLR

Når det kommer til hvordan en skal ivareta pårørende på en best mulig måte under HLR, vil noe av det mest essensielle en kan spørre seg, være om pårørende burde være tilstede i rommet eller ikke. I dette avsnittet skal vi ta for oss om det er best for de pårørende å være tilstede eller ikke under gjenopplivingsforsøket. Det kan tenkes at det fort kan bli brutalt for pårørende å være vitne til et gjenopplivingsforsøk. Likevel har pårørende ut fra lov om pasientrettigheter, og ut ifra de internasjonale retningslinjer for HLR, anledning til å være hos pasienten når det er mulig (Moesmand, 2005). Å være hos pasienten når det er mulig kan tolkes på forskjellige måter. En måte å tolke dette på kan være at pårørende ikke går i veien for den medisinske behandlingen, ved å for eksempel bli hysteriske. Derfor må sykepleieren gjøre individuelle vurderinger ut fra hver enkelt pårørende. Ifølge Moesmand (2005) må man vurdere pårørendes mestringsferdigheter, deres emosjonelle- og atferdsmessige atferd, ekstrem emosjonell ustabilitet, atferd som tyder på forstyrret mental status, samt om pårørende er påvirket av alkohol.

Jabre, et al. (2013) utdyper at det er mest hensiktsmessig for pårørende å være tilstede. Dette begrunner de med at pårørende ikke har psykiske reaksjoner som posttraumatisk stressyndrom i ettertid. I tillegg illustrerer studien at pårørendes tilstedeværelse ikke hadde noe å si for kvaliteten til den medisinske hjelpen som ble gitt. Forskningen fra Meyers, et al. (2000) viser at pårørendes tilstedeværelse var hensiktsmessig. De pårørende følte at istedenfor å være passive deltakere, var de aktivt med ved å støtte, og å gi omsorg sammen med helsepersonell.

Å være hos pasienten kan både redusere og øke pårørendes opplevelse av psykologisk stress, ved å være tilstede som observatør. Om de pårørende selv ser hva som blir gjort for pasienten, i tillegg til hvordan det gjøres, vil det kunne påvirke deres personlige kontroll (Moesmand, 2005). Det kan derfor være hensiktsmessig å være tilstede slik at en ikke får tanker om hva som skjer, men at man kan se det med egne øyne, samtidig som en sykepleier forklarer hva som skjer.

Sett ut ifra dette perspektivet kan man se at vedkommende som er den pårørende forholder seg til, burde være en person med helsefaglig bakgrunn, som igjen kan forklare alt som skjer rundt pasienten. Denne informasjonen skal ifølge Pasient- og brukerretighetsloven (1999) være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Dette støttes opp i forskningen av Cottle og Hodge (2008) der de så på forskjellene mellom sykehusprester og sykepleiere som den ivaretagende personen til pårørende. Der sykepleierne har kunnskap om hva som skjer rundt pasienten, vil det derfor være hensiktsmessig for sykepleierne å ha den rollen. Likevel har en prest ofte erfaringer med



å ta vare på personer som opplever følelsesmessige og traumatiske opplevelser, men samtidig må en akseptere personer med et ikke-religiøst livssyn.

Det kan synes kontroversielt å ha pårørende tilstede under HLR. En kan aldri vite hvilke utfall som kan forekomme. Dette vil kunne øke skepsisen blant helsepersonell til å legge til rette for at pårørende, ved at det legges et tilbud om tilstedeværelse. (Moesmand, 2005) belyser også at det kan skade pårørende mer enn at det gagnar dem ved å være tilstede i situasjonen. Dette kan støttes av forskningen til Weslien og Nilstun (2003), der det var forskjellige holdninger blant leger og sykepleiere som kom fram med denne påstanden. En deltaker i studien sa følgende:

*«We do things very quickly – intubate, suck, venepuncture, make pericardiocentesis without time to explain it to a family member – I believe it is not ethical for family members to be present»* (Weslien & Nilstun, 2003)

Dette viser skepsisen blant noen helsepersonell til å ha pårørende tilstede. Har ikke pårørende et helsepersonell å forholde seg til vil det kunne bli mange spørsmål som dukker opp, under en sårn situasjon vil det i tillegg være mange faguttrykk som blir brukt. En pårørende uten medisinsk bakgrunn vil kunne begynne å lage seg sin egen teori om hva som blir fortalt. Dersom pårørende ikke er tilstede i rommet kan de begynne å tenke på hva som faktisk skjer i rommet. Ved å være tilstede reduseres pårørendes tvil om hva som har skjedd og en får kunnskaper om hva som er gjort og på hvilken måte. I tillegg vil en ha kunnskap om hva som er blitt gjort. Dette forutsetter likevel, som nevnt over, at det er en sykepleier som har ansvaret for pårørende. I USA, England og Australia har man gjennom flere år systematisk lagt til rette for at pårørende kan være tilstede under gjenoppliving. I Norge i dag er det sjeldent at pårørende er tilstede i rommet under gjenoppliving (Moesmand, 2005). Det kan være flere grunner til dette. Det kan tenkes at en grunn kan være manglende retningslinjer og opplæring til helsepersonell som skal ha denne rollen. I den systematiske litteraturstudien til Powers (2017), tar hun for seg opplæringstiltak som skal fremme støtte til pårørende som er tilstede under gjenoppliving. Her kommer det fram at hovedandelen av helsepersonellet ikke hadde fått noe som helst form for opplæring når det kom til hvordan man skal håndtere situasjoner hvor pårørende spør om å få være tilstede. Det kan derfor stilles spørsmål om hvorfor man ikke har implementert rutiner på hvordan man gjør dette.

### 5.3 Kommunikasjon/informasjon til pårørende

Joyce Travelbee legger vekt på at kommunikasjon er en komplisert prosess hvor det kreves ulike evner av sykepleieren som kan være med på å gjøre kommunikasjonen så god som mulig. Disse evnene kan være kunnskap, hvordan man anvender kunnskapen, sensitivitet, og en velutviklet sans for når man kan si ulike ting. Kommunikasjonen skal basere seg på "velgjørenhet" ovenfor personen man kommuniserer med (Kirkevold, 1992). Dette sier oss at det vil være viktig at man som sykepleier evner å beherske kommunikasjon på en hensiktsmessig måte ovenfor pårørende, slik at man kan ivareta dem på best mulig måte. Vi har begge erfart fra praksissituasjoner og jobb at kommunikasjonen er en utrolig viktig del av jobben man utfører på sykehuset. Videre understreker Travelbee (1992) at ulike kommunikasjonsteknikker ikke har noe "magisk" over seg.

"kommunikasjonsteknikker er ikke mirakelkurer for problematiske interaksjoner. Det finnes ingen magisk frase som man kan si for å etablere et bånd" (Kirkevold, 1992, s. 106). Dette kan man tolke som at god kommunikasjon kan kreve mye av sykepleieren når det kommer til å kunne etablere et bånd med den aktuelle personen. Måten man kommuniserer på tror vi kan være avhengig av situasjonen man befinner seg i og hvilke personer man har en dialog med, og vi oppfatter det som at man nødt å se hver enkelt pårørende som et unikt individ.

Det er viktig at man tenker på at det er mye makt i måten man kommuniserer på. Hva slags stemme man bruker, kroppsholdning, bevegelser og hvilke ord man velger å bruke, dette er med på å tydeliggjøre ulike maktforhold mellom mennesker. Ved bruk av kommunikasjon kan man lett knytte bånd, men båndene kan også lett brytes med kommunikasjon (Ingstad, 2013). Dette påpeker hvor viktig det er å være bevisst på måten man kommuniserer på, og at kommunikasjon ikke kun foregår gjennom det verbale, men også kroppsholdninger, ansiktsuttrykk og bevegelser man gjør. Man er også nødt å tilpasse måten man kommuniserer på til hver enkelt person, slik at personens integritet blir bevart på best mulig og hensiktsmessig måte. En bør møte pårørende på en imøtekommende og ivaretagende måte, noe som vi gjennom jobb og praksis har erfart at kan være med å bygge broer med pårørende slik at videre kommunikasjon blir enklere. Dette støtter også forskningen fra Holme (2008) Som gjennom studien kom frem til at informasjonen pårørende fikk av sykepleierne var basert på omsorgsfull støtte, samtidig var de behjelpelige og imøtekommende ovenfor de pårørende. Noe som pårørende opplevde som særdeles viktig i den akutte situasjonen.

Det å knytte bånd med pårørende gjennom kommunikasjon er en viktig del av jobben som en sykepleier innehar. Dette drar også forskningen til Adams, Mannix og Harrington (2015) inn gjennom at de drar frem at sykepleierne på intensivavdelingen opplever at å lytte og kommunisere kan man opprette en god tilknytning til de pårørende slik at pårørende opplever tillitt, støtte og håp. Vi ser på

at dette bygger oppunder viktigheten av god kommunikasjon, noe som mest sannsynlig krever flere års relevant arbeidserfaring, hvor man som sykepleier havner opp i ulike akutte situasjoner. Gjennom flere års erfaring har man som regel erfart mange ulike situasjoner og lært ulike kommunikasjonsteknikker. Videre kan også man som nyutdannet sykepleier føle seg lite erfaren rundt et slikt profesjonelt personale som stiller opp i stanssituasjoner, og dermed bli usikker i kommunikasjonen med pårørende, og dermed videre føle at man ikke strekker til.

Det er viktig med god kommunikasjon, men informasjonen pårørende får under pågående hjerte-lungeredning vil også ha en stor betydning for at pårørende føler seg ivaretatt. Forskingen til Adams, Mannix & Harrington (2015) viste til at sykepleiere ved intensivavdelinger ser på det å informere pårørende som en viktig del av deres rolle. Å informere pårørende er et stort ansvar for en sykepleier, og spesielt som nyutdannet sykepleier vil videreformidling av informasjon være vanskelig med tanke på at man selv er nødt å forstå behandlingen pasienten gjennomgår og ikke minst hvorfor. Dette er noe artikkelen til (Cottle & Hodge, 2011) understreker når de beskriver at en støtteperson til pårørende bør ha tilstrekkelig faglig kompetanse og erfaring for at de skal kunne ivareta pårørende i et HLR-scenario. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 (1999) skal pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og hva slags helsehjelp som gjennomføres, dersom forholdene tilsier det. Noe som videre poengterer viktigheten av sykepleierens kunnskap og erfaring, når det kommer til ivaretagelsen av pårørende.

Forskingen til Holme (2008) viser til at pårørendes opplevelse av den akutte fasen har stor innvirkning på hvordan de takler situasjonen i ettertid. Pårørende har også et stort behov for informasjon i den akutte fasen. Denne artikkelen setter ting i perspektiv når de forteller at selve opplevelsen under den akutte fasen og dermed også informasjonen de fikk her har stor betydning for hvor godt de taklet situasjonen i ettertid. Dette belyser at man står med mye ansvar som sykepleier når man skal informere pårørende, og man blir derfor nødt å velge sine ord med omhu.

Som helsepersonell er det viktig at man hjelper alle pårørende slik at de får aktuell informasjon om pasientens tilstand til rett tid, altså når de har behov for det. Hvis det går for lang tid før pårørende får informasjon så kan dette medføre at de blir kontinuerlig engstelige slik at de kan utvikle fantasier og feiltolkninger om pasientens situasjon. Det er også viktig at man som sykepleier gir passelig med informasjon og ikke overinformerer personen (Moesmand, 2005). Her viser hun til at man er nødt i rollen som sykepleier å sette seg inn i pårørendes evne til å forstå den gitte informasjonen, og samtidig gi aktuell og relevant informasjon fortløpende til pårørende, altså videreformidle rett informasjon. Samtidig må en passe på å velge rett tidspunkt til å informere pårørende, dette tenker vi at vil være et tidspunkt hvor en som sykepleier føler at pårørende er mottagelig for den aktuelle

informasjonen. Dette støtter også Stubberud (2015) når han skriver at pårørende kan oppleve informasjonen de har fått som mangelfull, lite forståelig og ikke tilfredsstillende. Informasjonen kan også ha blitt gitt i en periode hvor pårørende ikke har vært skikkelig mottakelig for den aktuelle informasjonen. Dersom man som sykepleier bruker ord og terminologer som er uforståelig ovenfor en annen person, kan dette være med på å få denne personen til å føle seg mindreverdige og maktesløs (Holme, 2008). Dette er et viktig moment med tanke på at man bruker ulike latinske og medisinske ord omkring ulike diagnoser og lignende. Derfor vil det være viktig som sykepleier å forsøke etter beste evne å tilpasse seg pårørendes nivå når det kommer til hva slags informasjon som er forståelig for dem, slik at de kan innhente seg en grunnleggende forståelse av behandlingen pasienten gjennomgår. Dette støtter også forskningen til Cottle og Hodge (2011) når de beskriver at det å evne det å forklare hva som skjer under pågående hjerte- og lunge-redning på en forståelig måte ovenfor pårørende, har vist seg å være særdeles viktig for deres forståelse av grunnprinsippet med behandlingen til pasienten. Ut ifra pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5 skal man sørge for at informasjonen man gir er tilpasset hvert enkelt individ, og at man sørger for at den aktuelle informasjonen er forstått. Dette er noe som videre begrunner det store ansvaret en sykepleier har når det kommer til å videreformidle informasjon til pårørende.

En av de største hensiktene med å informere og kommunisere med pårørende kan være at man har et ønske som sykepleier å betrygge dem om at behandlingen de får er korrekt, slik at situasjonen kan bli lettere å håndtere for pårørende. Dette drar også Stubberud (2015) frem når han skriver at det er viktig at pårørende føler seg trygge på at pasienten får den best mulige behandlingen og at rette tiltak blir satt i verk. På denne måten kan pårørende føle seg mer trygg i en akutt HLR-situasjon.

## 5.4 Sykepleierens holdninger til pårørende

Sykepleierens holdninger ovenfor pårørende har mye å si for hvor god omsorg og støtte en kan gi. For å kunne gi pårørende god sykepleie må man være åpen og serviceinnstilt. Ifølge Travelbee (1999) betrakter sykepleiere pårørende på forskjellige måter. Noen oppfatter de som en person som skal lage vanskeligheter og er «i veien». Det er liten forståelse og omtanke å møte den sykes pårørende når en sykepleier har en sånn oppfatning. Ut fra egen erfaring kan en ofte se det at pårørende blir satt en merkelapp på som enten at de er «vanskelig» eller er «i veien». Det finnes ikke noe konkret svar på hvorfor noen helsepersonell oppfatter pårørende som dette. Det kan tenkes at det har med å gjøre at de føler seg «truet», at pårørende er en «vaktbikkje» som passer på at tiltak og pleie som blir gjort blir gjort på en korrekt måte. Disse holdningene kan tenkes at går igjen i forskningen til Weslien

(2003) der mye av helsepersonellet var negativ til at pårørende var tilstede under gjenopplivning. Helsepersonellet ville føle seg iaktatt. Likevel kom det fram at hvis pårørende er tilstede ville helsepersonellet bruke ordene de sa med omhu, være mer profesjonell og behandle pasienten med større verdighet. Dette viser hva slags virkning pårørende kan ha på helsepersonellet. Holdningene vi har til pårørende vil ha stor innvirkning på hvordan sykepleieren mestrer å ivareta dem. Videre støtter også Stubberud (2015) opp under dette når han skriver at ulike pårørende kan bli møtt av helsepersonell på mange ulike måter, der de kan være alt fra "et nødvendig onde" og som plagsomme og krevende. Videre skriver han også at ulike pårørende kan ha ulike oppfatninger av hvordan de vil at helsepersonellet skal være, her beskriver han at de skal finne en god balanse for hvor involvert og følelsesladet de skal være. Dette sier oss at både helsepersonell og pårørende har ulike forventninger til hvordan man skal oppføre seg, og videre kommer holdninger inn som et grunnelement for hvor god helsehjelp man evner å utføre.

Vi tror at alle mennesker har en grunnleggende evne til å sette ulike personer i "bokser", dette kan komme av vår egen evne til stigmatisering ovenfor andre personer og hvordan vi "tror" personene kommer til å oppføre seg. Dette har stor betydning for hvordan våre holdninger er ovenfor pårørende. Stigmatisering er noe vi tror alle mennesker har med seg, men det er også vanskelig å snakke om sin egen stigmatisering med andre, noe som videre gjør at temaet blir tabubelagt. Dette med stigmatisering tar også Ingstad (2013) for seg. *"Stigma innebærer at individet har en egenskap eller et kjennetegn som diskvalifiserer personen fra å bli sosialt akseptert på lik linje med andre"*. Vi føler at sykepleiere har et ansvar til å etter beste evne unngå stigmatisering slik at ens holdninger ikke blir påvirket.

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi tatt for oss hvordan en sykepleier kan ivareta pårørende til pasienter under pågående HLR. Når en pasient gjennomgår hjertestans på sykehus vil det være en krevende situasjon for både helsepersonellet og pårørende. Når det kommer til ivaretagelse av pårørende stilles det store krav til hvordan sykepleieren på best mulig måte kan gjøre dette. Både når det kommer til kommunikasjon og når det kommer til det å vise medfølelse. Pårørende reagerer ulikt på situasjonen og sykepleieren må kunne tilpasse seg etter hver enkelt. Som sykepleier kan man komme opp i situasjoner der pårørende er i rommet når pasienten får hjertestans, og en er nødt til å forklare hva slags medisinske tiltak de gjør med deres kjære. Derfor er det et essensielt spørsmål å spørre seg om pårørende burde være tilstede under gjenopplivningsforsøket eller ikke. I Norge er det ganske

uvanlig å ha pårørende tilstede under gjenopplivning. Internasjonal forskning innen dette feltet viser at å ha pårørende tilstede under HLR har en positiv effekt. Dette gjelder på blant annet hvordan pårørende mestrer sorgprosessen i ettertid. For å kunne ivareta pårørende under HLR vil det være viktig å ha tydelige retningslinjer for de ulike sykehusene slik at dette kan gjennomføres på en god måte. Bruken av pedagogiske virkemidler gjennom kursing og undervisning ga sykepleierne et positivt syn på dette å ha pårørende tilstede. Forskning og litteratur viser også hvordan noen pårørende har den oppfatning at de ikke er en målgruppe for sykepleieren. Det er derfor viktig for sykepleieren å være bevisst på pårørende og aktivt ta kontakt. Holdningene til sykepleieren spiller også en stor rolle når det kommer til hvordan man kan ivareta pårørende på en best mulig måte. Har sykepleieren en tankegang om at pårørende er en person som er i veien, vil dette virke inn på evnen til å ivareta dem. Derimot vil en sykepleier som har gode holdninger virke positivt inn på måten pårørende føler seg ivaretatt.

Pårørende vil i de fleste tilfeller ha spørsmål rundt situasjonen. Som helsepersonell er det viktig at man hjelper alle pårørende slik at de får aktuell informasjon om pasientens tilstand til rett tid, altså når de har behov for det. Hvis det går for lang tid før pårørende får informasjon, så kan dette medføre at de blir engstelige over en lengre periode, og kan dermed utvikle fantasier og feiltolkninger om pasientens situasjon.

Opplæring til helsepersonell i å håndtere pårørende under gjenopplivning har vist seg å ha stor effekt på hvor trygg en sykepleier vil føle seg i en slik situasjon. I noen sykehus i utlandet har de som sagt tydelige retningslinjer og prosedyrer på hvordan man gjør dette. I årene som kommer vil det trolig bli utarbeidet retningslinjer og prosedyrer i henhold til forskningen som har blitt vist i denne oppgaven slik at pårørende på en best mulig måte kan ivaretas her i Norge også. Både under gjenopplivningen og for å lette sorgprosessen i ettertid. Det burde også gjennomføres mer forskning på dette området, med mål om å best mulig ivareta pårørende i en situasjon der pasienten får hjertestans.

## Bibliografi

- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2015). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, 22, ss. 70-80. doi:10.1111/nicc.12141
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I B. Höglund-Nielsen, & M. Granskar, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvard* (ss. 173-188). Författarna och Studentlitteratur.
- Cottle, J., & Hodge, R. (2011). Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, ss. 19-26. doi:10.1016/j.iccn.2010.09.001
- Helsedirektoratet. (2018, Januar 17). *Helsedirektoratet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parendeveileder/seksjon?Tittel=stotte-til-parende-i-9248#ivareta-p%C3%A5r%C3%B8rende-i-akutte-situasjoner-eller-kriser>
- Holme, A. N. (2008). Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt. *www.sykepleien.no*, 3, ss. 16-24. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/116911.pdf?c=1410453150>
- Høybakk, J. (2015). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3* (ss. 159-226). Oslo: Cappelen Damm.
- Ingstad, K. (2013). Makt, avmakt og motmakt. I K. Ingstad, *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (ss. 150-181). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., . . . Adnet, F. (2013). Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, ss. 1008-1018. doi:10.1056/NEJMoa1203366
- Kirkevold, M. (1992). Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommeneskelige aspekter. I A. R. Bråten (Red.), *Sykepleieteori - analyse og vurdering* (ss. 100-114). Ad Notam Gyldendal AS.
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in critical care*, 15. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x

- Lindebjerg, M. B., & Stubberud, D. G. (2015). Førstehjelp. I E. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 534-585). Oslo: Cappelen Damm.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Meyers, T., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., & Taliaferro, E. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Topics in emergency medicine*, ss. 61-73.
- Moesmand, A. (2005). Pårørende til akutt kritisk syke. I A. Moesmand, & A. Kjøllesdal, *Å være akutt kritisk syk* (2. utg., ss. 144-200). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.* (u.d.). Hentet fra Norsk hjertestansregister: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/486/resultater/949>
- Nordtvedt, P. (2012). Å bruke seg selv for å hjelpe andre. I P. Nordtvedt, *Omtanke* (ss. 102-103). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NRR. (2015). *www.nrr.org*. Hentet fra NRR: [http://nrr.org/images/pdf/AHLR\\_pa\\_voksne\\_Norske\\_retningslinjer\\_2015.pdf](http://nrr.org/images/pdf/AHLR_pa_voksne_Norske_retningslinjer_2015.pdf)
- NSF. (2016, Mai 23). *Norsk sykepleieforbund*. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Powers, K. A. (2017). Educational Interventions to Improve Support for Family Presence During Resuscitation: A Systematic Review of the Literature. *Dimensions of critical care nursing*, ss. 125-138. doi:10.1097/DCC.0000000000000228
- Scheunemann, L., McDevitt, M., Carson, S., & Hanson, L. (2011). Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *The American College of Chest Physicians*, ss. 543-554. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.10-0595>
- Skants, P. (2014). Oppfølging av akutte hendelser. I P. Skants, *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* (ss. 11-18). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skants, P. (2014). Traumatisk stress og akutte stressreaksjoner. I P. Skants, *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* (ss. 179-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



- Stubberud, D.-G. (2015). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 13-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D.-G., & Eikeland, A. (2015). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 165-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). Valg av metode. I I.-J. Thidemann, *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* (ss. 79-81). Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). I J. Travelbee, *Mellommeneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (1999). Begrepet sykepleier. I J. Travelbee, *Mellommeneskelige forhold i sykepleie* (s. 72). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Travelbee, J. (1999). Å hjelpe den sykes familie. I J. Travelbee, *Mellommeneskelige forhold i sykepleie* (s. 259). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Weslien, M., & Nilstun, T. (2003). Family presence during CPR - the experiences and attitudes of code team members. *Nordic Journal of Nursing Research*, ss. 31-34.  
doi:<https://doi.org/10.1177/010740830302300107>