



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Pårørende; hvordan ivareta dem?

Relatives; how to take care of them?

Kandidatnummer 100

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

07.12.2020

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, § 12-1.

Sammendrag

«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter som får hjertestans på best mulig måte?»

I løpet av sykepleierstudiet får vi teoretisk og praktisk opplæring i utførelsen av hjerte-lunge-redning (HLR) og ivaretagelse av pasienten (Fakultet for helse- og sosialvitenskap, 2020). De siste årene har det vært mer fokus på pårørende i akutt kritiske situasjoner, og studier viser at det er en stor påkjenning å være i deres situasjon. Ettersom at pårørende står på utsiden av selve sykdommen og behandlingen, kan de lett føle seg satt til side (Heyn, 2015).

Oppgaven bygger på litteraturstudie basert på pensumlitteratur, faglitteratur og forskningsartikler knyttet til problemstillingen. Oppgaven tar for seg fem ulike forskningsartikler som er hentet fra databasene PubMed, Medline og sykepleien.no. Det er hentet lovverk fra lovdata.no, yrkesetiske retningslinjer fra NSF og pårørendeveileder fra helsedirektoratet.

Det viste seg i funnene i litteraturen og forskningsartikler at sykepleiere i utgangspunktet er tilbakeholdende når det kommer til å ha pårørende tilstede i gjenopplivningsrommet. Pårørende har ofte et ønske og et behov for å være tilstede under HLR. Det viste seg at pårørende som observerer HLR ikke opplever noen særlig grad av psykiske symptomer på angst, depresjon eller PTSD. Helsepersonell som har erfaring med å ha pårørende til stede mener at det er positivt, både for pårørende, pasienten og for helsepersonellet.

Nøkkelord: ivaretagelse, pårørende, hjertestans, kommunikasjon, informasjon

Abstract

"How can nurses take care of the relatives of patients who have cardiac arrest the best possible way?"

During my time studying nursing, I receive theoretical and practical training in the performance of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and patient care (Fakultet for helse- og sosialvitenskap, 2020). In recent years, there has been more focus on relatives in acutely critical situations, and studies show that it is a stress factor being in their situation. Being outside the disease itself and the treatment, they can easily feel left out (Heyn, 2015)

The thesis is built on a literature study based on syllabus literature, academic literature and research articles related to the problem. The thesis deals with five different research articles. The articles are found through the databases PubMed, Medline and sykepleien.no. Legislation has been obtained from lovdata.no, professional ethics guidelines from NSF and relatives' guides from the Norwegian Directorate of Health.

It turns out in the findings and in the literature research articles that nurses are initially reluctant when it comes to having relatives present in the resuscitation room.

Relatives often have a desire and a need to be present during CPR. Research shows that relatives who observe CPR do not experience any particular degree of mental symptoms of anxiety, depression or PTSD. Health personnel who have experienced having relatives present believe that it is positive, both for relatives, the patient and for the health personnel.

Keywords: care, relatives, cardiac arrest, communication, information

Innholdsfortegnelse

1 Innledning, bakgrunn og teoretisk rammeverk.....	1
1.1 Teoretiske perspektiv	1
1.2 Sykepleieteoretisk perspektiv	2
1.3 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk.....	3
1.4 Kommunikasjon og informasjon til pårørende	4
1.5 Å være pårørende.....	5
1.6 Akutte stressreaksjoner	7
1.7 Avgrensning og problemstilling	8
2 Metode	9
2.1 Søkestrategi.....	9
2.2 Kildekritikk.....	10
3 Resultat/funn.....	12
4 Drøfting.....	14
4.1 Kommunikasjon og informasjon til pårørende	14
4.2 Pårørendes tilstedeværelse under HLR.....	17
4.3 Sykepleieres perspektiv på å ha pårørende tilstede under HLR.....	19
5 Konklusjon	21
Kildeliste	23
Vedlegg	1

1 Innledning, bakgrunn og teoretisk rammeverk

I 2018 ble det rapportert om 815 tilfeller av hjertestans inne på norske sykehus (Mythaugen Tjemeland et al., 2019), og i 2019 ble det registrert 3343 tilfeller av hjertestans utenfor sykehus (Helsedirektoratet, 2020). De siste årene har det vært økende interesse for pårørendes rolle i akutt kritiske situasjoner. Studier viser at det er en stor påkjenning å være i deres situasjon. Ettersom de står på utsiden av selve sykdommen og behandlingen, kan de føle seg satt til side (Heyn, 2015).

Som sykepleierstudent i praksis deltok jeg aktivt i behandling av en pasient med hjerteproblematikk. Etter spesialistvurdering av pasientens EKG ble det vurdert at sannsynligheten for hjertestans var stor. Pasienten fikk lagt på elektroder som ble koblet til defibrillatoren. Pasienten satt i seng med hevet rygg og pratet med sin datter, som var hennes nærmeste pårørende.

Jeg merket at pasienten og pårørende opplevde situasjonen ulikt. Datteren til pasienten gav et ikke-verbalt uttrykk for engstelse og redsel. Blikket hennes skiftet mellom monitoren og elektrodene på pasientens brystkasse. Mens jeg var inne i rommet klarte jeg ikke la være å tenke på hvordan situasjonen ville bli dersom pasienten fikk hjertestans.

I løpet av sykepleierstudiet får vi teoretisk og praktisk opplæring i utførelsen av hjerte-lunge-redning (HLR) (Fakultet for helse- og sosialvitenskap, 2020a). Jeg hadde lært hvordan jeg skulle varsle om stans, starte HLR og at stans-teamet ville ankomme rast og overta nødvendig behandling. Men hvordan kunne jeg ivareta pårørende i en slik situasjon? Hvor skal pårørende være? Hvor ønsker pårørende selv å være? Og viktigst; har vi ressurser til å ivareta og informere pårørende om hva som skjer med pasienten?

1.1 Teoretiske perspektiv

Hjertestans vil si at hjertet plutselig slutter å pumpe blod rundt i kretsløpet. Det oppstår sirkulasjonsstans, som enten skyldes at hele hjertet står stille, asystoli, eller at hjertet vibrerer, ventrikkelflimmer. Hjertestans er dødelig (Lindebjerg & Stubberud, 2015).

Behandling ved hjertestans er HLR. HLR er en intervensjon som består av å sikre frie luftveier, utføre hjertekompresjoner og tilføre pasienten oksygen gjennom munn-til-munn metoden. HLR startes på personer som ikke reagerer på tiltale, rop eller smertestimulering, og der man hverken ser, føler eller hører normale respirasjonslyder (Lindebjerg & Stubberud, 2015).

1.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee definerer sykepleier som et menneske med spesialisert kunnskap og ferdigheter som kan anvendes for å hjelpe andre mennesker med forebygging av sykdom, gjenvinning av helse, finne mestring og opprettholde helsetilstanden.

En sykepleier er juridisk ansvarlig for sine sykepleiehandlinger (Travelbee, 2001).

Sykepleierens rolle baserer seg i stor grad på mellommenneskelige prosesser der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Og om nødvendig, finne meningen med disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).

Kirkevold (1998) presenterer Travelbee sin teori som en eksistensialistisk filosofi og humanetisk psykologi der hun fremhever sykepleierens ansvar og karakterer. Hun siterer Travelbee sin tolkning av mennesket, som sier at det er «et enestående, uerstattelig individ, et engangs-eksisterende vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som har levd og som noen gang vil leve» (Kirkevold, 1998, s. 114). Travelbee tar likevel avstand fra konkrete begreper som pasient og sykepleier da hun mener dette er generaliserende og tar vekk det spesielle med hvert enkelt menneske (Kirkevold, 1998, s. 113–127).

Travelbee sier videre i sin teori at det ikke bare er den syke som trenger å finne mening i sykdommen. Hun presiserer at sykdom og lidelse også påvirker familien og samfunnet rundt, og at de også har behov for å finne mening i en sårbar situasjon. Gjennom forståelse og empati for påkjenningen pårørende gjennomgår vil man yte god sykepleie, både for pasienten og pårørende. Empati er evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et øyeblikk (Kirkevold, 1998, s. 117). Det blir presisert at sykepleieren må vite at det ikke bare er pasienten som skal behandles, men at pårørende har en viktig

rolle. Sykepleiere som ser på pårørende som en byrde og «i veien» har misforstått. Alt som angår pasienten, angår også pårørende, og omvendt (Travelbee, 2001).

1.3 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk

Norsk Sykepleierforbund (NSF) sier 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 (Sverresdatter Larsen, 2016).

NSF (2016) skriver at sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere pårørende. Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt og samhandler med pårørende og behandler pasientens opplysninger med fortrolighet. Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres. Med dette menes at sykepleier ikke bare skal ivareta pasienten, men også pårørende og deres rettigheter.

Helsedirektoratet publiserte for første gang i januar 2017, oppdatert i 2019, pårørendeveileder. Denne veilederen er et tiltak innenfor «Programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk» med mål om å involvere og støtte pårørende. Veilederen beskriver pårørendes rettigheter, helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis (Helsedirektoratet, 2019). Det står beskrevet i pårørendeveilederen hvordan pårørende skal ivaretas i akutte situasjoner og kriser. Helsepersonell bør jobbe ut fra hovedprinsippene om å skape trygghet og dempe uro, bidra til mestring, samhørighet og håp og aktivt bruke det sosiale nettverket pårørende har.

En nær pårørende er den pasienten selv gir, eller ville ha gitt, denne status. Pasient og pårørende er personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets- kontaktforhold (Mosemand, 2004).

Det er flere lover som er relevant å ta med i betraktning opp mot problemstillingen. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), inneholder rettsregler om de rettigheter pasient har ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Loven tar og for seg brukerens nærmeste pårørendes rettigheter.

Ut fra problemstillingen forstås det at pasienter som får hjertestans er bevisstløse, og er dermed ikke samtykkekompetente. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 sier da at nærmeste pårørende har rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 er relevant opp mot problemstillingen da den sier at dersom forholdet mellom pasient og pårørende tilsier det, skal pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at informasjonens form skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Det vil si at sykepleieren er lovpålagt å tilpasse informasjonen til mottakeren.

1.4 Kommunikasjon og informasjon til pårørende

Kommunikasjon handler om utveksling av budskap mellom to eller flere aktører. Det er en gjensidig prosess der informasjon, tanker og følelser blir utvekslet verbalt og ikke-verbalt (Gunterberg Heyn, 2018). Det ligger mye i måten vi kommuniserer på, blant annet stemmebruk, kroppsholdning, bevegelser og valg av ord og uttrykk. Kommunikasjon viser ofte til et maktforhold mellom mennesker (Ingstad, 2013, s. 150–179). Det er ikke alltid man er klar over hvilken makt man har i en samtale. Dette gjenspeiles i språket og ordene man velger å bruke. Bruk av avansert fagterminologi kan føre til at mottaker ikke forstår det som blir sagt, og på den måten føler seg liten. Det er viktig å tilpasse seg den man konverserer med, slik at man unngår skjevhet i kommunikasjonen (Ingstad, 2013, s. 150–179).

For at aktørene skal forstå situasjonen riktig er det viktig at alle får mulighet til å ytre sitt perspektiv direkte og tydelig. For å få til en kommunikasjon som tillater dette vil det være nyttig at sykepleier har noen grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. Dette er ferdigheter som må øves på (Ingstad, 2013, s. 150–179). Heyn (2018) vektlegger kommunikasjonsferdighetene, etablering av relasjon, aktiv lytting og bruk av åpne og lukka spørsmål. Ved bruk av disse ferdighetene bidrar man til en kommunikasjon som bygger på

tillit og åpenhet. Dette vil igjen kunne føre til at den andre parten ønsker og våger å beskrive sitt perspektiv direkte og tydelig (Gunterberg Heyn, 2018).

Informasjon er et element sykepleier alltid må ta i bruk, om det er til pasient eller pårørende. Informasjon til pårørende kan være med på å gjenopprette en viss kontroll over en kaotisk situasjon. Informasjon bidrar til holde folk sammen og kan være med på å bygge tillit. Har man ingen ny informasjon er det viktig å informere om det også, slik at ingen baserer seg på rykter eller fantasier (Skants, 2014b, s. 87). Informasjonen pårørende mottar fra helsepersonell kan være med på å støtte opp, og føre til mer trygghet rundt vanskelige avgjørelser. Når man gir informasjon må man forsikre seg om at den som mottar informasjonen har forstått budskapet, og feiloppfatninger og fantasier må korrigeres. Det er den som gir informasjonen sitt ansvar at mottakeren forstår og kan gjøre nytte av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette ansvaret omfatter å dosere informasjonen korrekt, tilpasset mottakeren. Doseringen handler om vurdering av hvor mye informasjon mottakeren skal få, når informasjonen skal gis og på hvilken måte informasjonen skal presenteres. I denne sammenhengen er det helsepersonellet som må finne den riktige balansegangen for den aktuelle pårørende (Skants, 2014b, s. 87). Mennesker i akutte kritiske situasjoner, som pårørende til pasienter som er bevisstløse, trenger informasjon om hvordan de kan forholde seg til pasienten med tanke på berøring og tale (Skants, 2014b).

1.5 Å være pårørende

Når en person blir akutt kritisk syk, rammes også pårørende. Å være pårørende tilstede ved akutt kritisk sykdom er ikke en rolle man velger, men blir kastet inn i. Rollen kan oppleves som ensom, selv når det er flere pårørende tilstede. Å bli pårørende medfører naturligvis psykologisk stress som kan true deres stabilitet, ressurser og mestringsevne. Psykologisk stress kan medføre følelser som frykt, hjelpeløshet og fortvilelse (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 144–200).

Når man utsettes for store påkjenninger øker behovet for støtte og ivaretagelse (Renolen, 2015). Alle har et behov for å bli møtt som menneske, at noen ser dem og deres fortvilelse. Å bli ivaretatt innebærer at de involverte og berørte får praktisk hjelp og at de opplever at

noen bryr seg (Skants, 2014a). Hvilke behov som ligger i ivaretagelse er individuelt og sykepleieren som skal ivareta pårørende må møte dem som mennesker. Sykepleieren må forsøke å finne ut hva den enkelte pårørende trenger for å bli ivaretatt.

Pårørende kan ved plutselig akutt sykdom eller dødsfall føle på uvirkelighet, sinne, skyld, fortvilelse og hjelpeløshet. Pårørende som er tilstede ved HLR, kan få en virkelighetsorientering av alvoret ved situasjonen. De kan få en realitetsorientering og vurdere at «dette kan gå begge veier». Den reaksjonen kan være med på å dempe forsvarsmekanismene, overlevelsesmekanismen, som er en grunnleggende, primitiv reaksjon i oss (Skants, 2014d, s. 179–194). Tilstedeværelse ved HLR kan være med på å gi pårørende opplevelsen og forståelsen av at alt som kan gjøres, er gjort for pasienten. Dersom utfallet blir død, kan pårørende oppleve at de avsluttet livet sammen og var med pasienten da han/hun forlot livet (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 144–200).

Moesmand (2004) refererer til en studie utført av den amerikanske sykepleieren N. Molter der hun ønsket å kartlegge pårørendes behovsområder. Studien omhandlet at pårørende selv skulle identifisere og rangere hvilket behov som var viktig for dem. De femten viktigste behovene for pårørende ble delt inn i tre hovedområder. De tre hovedområdene er behovet for å bli beroliget om pasientens tilstand, behovet for å være sammen med pasienten/være nær og behovet for informasjon.

Behov for å bli beroliget om pasientens tilstand handler om å få svar på spørsmål, bli forsikret om at pasienten mottar best mulig behandling, oppleve håp og at informasjonen de får er forståelig. Dette er viktig for å yte sykepleie av høy kvalitet, der redsel, angst og frykt ofte er dominerende følelser hos pårørende (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 144–200).

Behovet for å være sammen med pasienten er spesielt viktig i starten av ny oppstått akutt kritisk sykdom. Studien (2004) viste at mange pårørende hadde et stort behov for å støtte og hjelpe pasienten, blant annet gjennom berøring, kommunikasjon og føle at de får bidratt.

Behovet for informasjon omfatter å vite hvilken behandling pasienten mottar, å vite eksakt hva som blir gjort for pasienten og å vite hvorfor ting blir gjort med pasienten. Behovet for

informasjon omhandler og snakke med ansvarlig lege (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 144–200).

1.6 Akutte stressreaksjoner

Ved en akutt kritisk situasjon vil man forvente ulike reaksjoner fra både pårørende og helsepersonell. Man kan dele reaksjonene inn i ulike kategorier ut fra hvordan de arter seg. Fysiske reaksjoner er svært vanlig og veldig mange vil oppleve disse reaksjonene i en stressende situasjon. Den vanligste fysiske reaksjonen på akutt stress er behov for hyppig vannlating. Muskelspenninger, skjelving og dirringer er også svært vanlige reaksjoner, og om lag 50% opplever dette. Andre vanlige reaksjoner er hjerteklapp, svetting og frysing om hverandre, diare og brekninger og nedsatt hørsel og tunnelsyn. En del kan og fortelle at de opplever «en klump i halsen eller magen» (Skants, 2014d, s. 179–194).

Tankemessige reaksjoner handler om hvordan hjernen takler en stressende situasjon. Ved en akutt kritisk situasjon vil hjernen kutte de mest avanserte funksjonene først, slik som logisk tenking og beslutningsevnen. Dette er for å spare energi og bruke den på det som hjernen opplever som viktigst. Det er en normal reaksjon og vil reverseres etter kort tid. Noe av det som svekkes i stressende situasjoner er prioriteringsevnen, evnen til å se muligheter, samt at man ofte blir mer stereotypisk i tenkemåten. Mange kan oppleve at de får redusert konsentrasjonsevne, vanskeligheter med å huske navn på gjenstander og personer, at de tenker langsommere og blir desorientert eller forvirret (Skants, 2014d, s. 179–194).

Det kan også forekomme en del følelsesmessige reaksjoner ved en akutt stressende situasjon. Slike reaksjoner kan arte seg som apati og manglende interesse for omverdenen. Den akutte hendelsen bryter ned vegger av trygghet i tilværelsen, og kan derfor gi en etterreaksjon som angst. Angst er en svært vanlig reaksjon og kan føre til urolighet, rastløshet og at man blir mer skvetten enn vanlig. Mange kan også oppleve en form for uvirkelighet, at det man har opplevd ikke har skjedd, som om det er en drøm. En slik reaksjon vil ofte dempes etterhvert som opplevelsen får synke inn (Skants, 2014d, s. 179–194).

En annen type reaksjon som kan ses hos mange er atferdsmessige reaksjoner.

Atferdsmessige reaksjoner varierer fra person til person og ikke alle vil oppleve sterke atferdsmessige reaksjoner under eller etter en akutt hendelse. Mange kan likevel oppleve at det er vanskelig å kommunisere med andre. Sinne og aggresjon, gråt og hikstebyger under og etter en akutt stressende hendelse er normalt (Skants, 2014d, s. 179–194).

Det er viktig å huske på at helsepersonell også kan oppleve stressreaksjoner under en akutt hendelse. Reaksjonene vil ofte være like som pårørende kan oppleve. Ofte opplever helsepersonell redusert evne til logisk tenking og å ta beslutninger. Det viser seg at gjennom øvelse gis det mulighet for opplevelse av akutte stressreaksjoner, som igjen gir mulighet til å kjenne igjen reaksjonene og vite hvordan man skal håndtere de. De aller fleste vil oppleve at reaksjonene er håndterbare, og at de tones raskt ned, spesielt dersom de får hensiktsmessig støtte under og etter hendelse (Skants, 2014d, s. 179–194).

1.7 Avgrensning og problemstilling

Oppgaven avgrenses til pasienter og pårørende over 18 år, der pårørende er norsktalende og uten radikale kulturelle eller religiøse tilnærminger. Jeg forutsetter at det blir iverksatt nødvendig behandling til pasienten som får hjertestans. Det tas ikke høyde for årsaken til hjertestansen eller utfallet av behandlingen.

For å forenkle søkeprosessen har jeg utarbeidet kriterier for inkludering og ekskludering av forskningsartikler.

Kriterier for inkludering er:

- Pasient og pårørende er over 18 år
- Studien er utført av et vestlig land
- Studien er overførbart til norske forhold
- Studien er publisert etter 2007

Kriterier for ekskludering er:

- Pasient eller pårørende er under 18 år
- Studien er ikke direkte overførbare til norske forhold

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til pasienter som får hjertestans.

Følgende problemstilling vil derfor forsøkes belyst i denne oppgaven:

«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter som får hjertestans på best mulig måte?»

2 Metode

For å finne svar på hvordan man som sykepleier kan ivareta pårørende i akutt kritiske situasjoner benytter jeg litteraturstudie som metode (Fakultet for helse- og sosialvitenskap, 2020b). Ved litteraturstudie er målet å undersøke hva som finnes av litteratur og forskning innenfor et spesifikt tema. Relevant litteratur og forskning skal tolkes i forhold til den aktuelle problemstillingen man ønsker å belyse (Dalland, 2017, s. 211). Litteraturstudie skal gi leseren oppdatert kunnskap, samt vise hvordan man kom frem til kunnskapen problemstillingen spør etter (Thideman, 2015, s. 76).

2.1 Søkestrategi

For å finne relevant litteratur og forskning har jeg benyttet meg av pensumlitteratur fra sykepleierstudiet og ulike søkemotorer (Fakultet for helse- og sosialvitenskap, 2020b). Jeg har hentet artikler og forskning fra Medline, PubMed og sykepleien.no. Jeg brukte engelsk fagterminologi i søkeprosessen, med unntak fra sykepleien.no. Jeg har oversatt relevante nøkkelord ved bruk av MeSH (Folkehelseinstituttet & Helsebiblioteket, 2020). MeSH er en termbase som oversetter medisinske og helsefaglig termer på norsk og engelsk, og er med på å få finne presis litteratur i internasjonale databaser. Søkeordet «HLR» er oversatt til «cardiopulmonary resuscitation», forkortet «resuscitation» og «CPR». Jeg har brukt søkeordene «family presence during resuscitation» og «family witness resuscitation» for å presisere søket mot pårørendes opplevelse av liknende situasjoner som beskrevet i innledningen. For å konkretisere søkeprosessen opp mot problemstillingen har jeg brukt søkeordene «nurse», «experience of relatives» og «support of next of kin». For å avgrense søket inne på medline ble det satt begrenset til scholarly journals og academic journals. I PubMed er avgrensningene lagt til artikler publisert etter 2013, med alder på deltagerne i forskningen over 19 år, samt at søkemotoren kunne tilby full tekst gratis ved innlogging. På

sykepleien.no brukte jeg søkeordene «informasjon», «pårørende» og «akutt». Jeg avgrenset til forskning fra 2007-2020.

For å velge ut relevante artikler i litteraturstudie har jeg utarbeidet kriterier (punkt 1.7) for inkludering og ekskludering av artikler. Det er også brukt sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie, kvalitativ studie og oversiktsartikler (vedlegg 3,4 og 5).

Litteratur som ikke imøtekommer inkluderingskriteriene ble ekskludert. Etter å ha vurdert overskriftene ut fra kriteriene i punkt 1.7. Det ble lest seksten abstrakter ved første søk og tolv ved andre søkt på PubMed. Atten abstrakter ble lest på medline og syv abstrakter på sykepleien.no. Etter vurdering av abstraktene med kriteriene fra punkt 1.7 ble det lest fem artikler ved første søk og fem artikler ved andre søk på PubMed, syv artikler på medline og en artikkel på sykepleien.no. Artikkene ble igjen vurdert opp mot problemstillingen og kriteriene fra punkt 1.7. Det ble ut fra denne vurderingsprosessen inkludert to artikler fra første søk og en artikkel fra andre søk fra PubMed, en artikkel fra medline og en artikkel fra sykepleien.no. PubMed og Medline bygger på samme nettsted der det er en åpen og en lukket versjon. Jeg har benyttet meg av både den åpne og den lukka versjonen.

I litteratursøket har jeg benyttet meg av flere søkemotorer, deriblant Oria og Google Scholar. Trefftallet var betydelig høyere på både Oria og Google Scholar ved bruk av samme søkeord som på PubMed og Medline. Oria gav 1950 treff og Google Scholar gav 8400 treff. Noen av treffene ble gjennomgått, men oppgavens rammeverk tillater ikke bruk av tid på full gjennomgang. Gjennomgangen som ble gjort viste at databasene inneholdt duplikater av funn fra Medline og PubMed. Oria og Google Scholar ble derfor ekskludert som søkemotor.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere den litteraturen man finner, og vurdere i hvilken grad litteraturen belyser problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158).

Det må tas høyde for at søkeprosessen kan være preget av min forforståelse. Med forforståelse menes at man ikke oppfatter virkeligheten kun gjennom sansene våre. Det som fremstår som rene sanseintrykk, inneholder i virkeligheten en god porsjon tolkning.

Forforståelse er likevel viktig da man ikke kan forstå noe uten forforståelse. Nær sagt alt vi opplever, ser, hører, tenker og oppfatter bygger på forforståelse (Thurén, 2009, s. 59–70).

I vurdering av artikler har jeg benyttet meg av sjekklister for vurdering (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Sjekklister er utarbeidet av kunnskapsbasert praksis i 2018 og er lagt ved som vedlegg (vedlegg 3, vedlegg 4 og vedlegg 5).

Boken «Omsorg i krise – håndbok i psykososialt støttearbeid» (Skants, 2014e) handler om psykososial oppfølging for dem som rammes av ulykke, krise eller katastrofe. Boken er i utgangspunktet ment for større kriser og katastrofer enn oppgaven tar for seg, men pårørende vil oppleve situasjonen som en stor krise og katastrofe for seg og sin tilværelse. Jeg har valgt å benytte meg av boken ettersom Skants ikke forklarer hva man skal gjøre i hver enkelt situasjon, men drar frem viktige elementer som må nyttes med skjønn, tilpasset den man hjelper.

Boken «Å være akutt kritisk syk» (Moesmand & Kjøllesdal, 2004) gir et godt innblikk i hvordan det er å være pårørende, og trekker frem hvordan det er å være pårørende tilstede under HLR. Boken er noe eldre enn avgrensningen gjort for artiklene, men jeg har likevel valgt å inkludere den i oppgaven da den gir et godt innblikk og er med på å belyse problemstillingen. Boken tar for seg noe forskning som også presenteres i oppgaven. Forskningen brukt i boken er fra 1998. Det må tas høyde for at dette er en sekundærkilde, som vil si at forskningen som er tatt med i boken er forfatters tolkning. Det er derfor vanskelig å vite hvordan man selv hadde tolket samme artikkel. Boken er i hovedsak rettet mot intensivsykepleiere, men er inkludert fordi forfatterne presiserer at arbeidet er overførbart til annet helsepersonell.

Jeg har inkludert boken «Sosiologi i sykepleie og helsearbeid» (Ingstad, 2013) for å finne kunnskap om kommunikasjon. Forfatteren bruker sin egen og andres forskning i bøkene sine, og det er derfor viktig å ta høyde for at man kan ha en annen tolkning av forskningen enn det forfatteren har formidlet i boken.

Joyce Travelbees (2001) sykepleieteori er benyttet i oppgaven. Det er også benyttet noe litteratur av Kari Kirkevold (1998) om sykepleieteorier da hun presenterer sin tolkning av teorien på en ryddig og forståelig måte.

Forskningen som er inkludert hovedsakelig engelskspråklig. Jeg har avgrenset artiklene publisert etter 2007 for å sikre bruk av den nyeste forskningen på temaet. Forfatterne av artiklene har relevant bakgrunn innenfor tematikken (sykepleiere, professorer o.l.).

Forskningen som er inkludert i oppgaven er med for å få kunnskap om erfaringer gjort av helsearbeidere og pårørende.

3 Resultat/funn

I denne delen av oppgaven presenteres relevant litteratur fra fem artikler. Litteraturmatriser er presentert i en tabell (vedlegg 2). Vedlegget inneholder presentasjon av tittel, forfatter, år, studiedesign, funn, mulige drøftingsområder og relevans for oppgaven.

Litteraturstudien viste at over 42% av tyske intensivsykepleiere hadde erfaring med å ha pårørende tilstede under HLR. Av disse hadde nesten 66% en negativ erfaring med pårørendes tilstedeværelse (Koberich et al., 2010). Forskningen til Köberich et al. (2010) viste at 56% av deltagerne mente at pårørendes tilstedeværelse kunne påvirke helsepersonellens utførelse av HLR negativt. Det kom frem i spørreundersøkelsen at skadene som tilstedeværelsen av pårørende kunne føre til var forstyrrelser av den medisinske behandlingen og at helsepersonellet ikke fikk mulighet til å kommunisere like konkret og nøyaktig. Sykepleierne som mente at pårørende kunne ha en negativ påvirkning på gjenopplivningen argumenterte med at de ikke fikk like god kommunikasjonsflyt når pårørende var tilstede. De hevdet at direkte kommunisere kunne støte pårørende negativt. Gruppen på 56% av deltagerne som mente pårørendes tilstedeværelse kunne påvirke gjenopplivningen negativt, mente 68% at pårørende ikke burde være tilstede i gjenopplivningsrommet (Koberich et al., 2010).

Derimot viste Jabre et al. (2016) til at helsepersonell som hadde erfaring med pårørendes tilstedeværelse hadde en positiv holdning til dette. De påpekte viktigheten av

tilstedeværelsen for pårørende sin del. Jabre et al. (2013) viste også at pårørende ikke var i veien for den medisinske behandlingen slik Köberich et al. (2010) hevdet. Om pårørende hadde fordel av å være tilstede under gjenopplivningen var et av spørsmålene i spørreundersøkelsen til Köberich et al. (2010). Til tross for de tyske intensivsykepleiernes tilbakeholdende tilnærming fant Köberich et al. (2010) at 61% av deltagerne trodde pårørende som var tilstede kunne få bedre forståelse av den medisinske behandlingen pasienten mottok.

I artikkelen av De Stefano et al. (2016) fant jeg at pårørende som fikk mulighet til å være tilstede under HLR opplevde få psykologiske symptomer på angst, depresjon eller posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i etterkant av hendelsen. Pårørende som ble inkludert i studien beskrev følelsen av å støtte pasienten og delta i overgangen til døden, dersom den inntraff, som svært viktig og nyttig for den eventuelle sorgprosessen (De Stefano et al., 2016). De Stefano et al. (2016) påpekte at kommunikasjon mellom pårørende og helsepersonell var viktig for forståelsen av alvoret i situasjonen, se at alt som kunne gjøres ble gjort for pasienten og støtten fra helsepersonell førte til at pårørende følte seg godt ivaretatt i en sårbar situasjon.

Det kom frem i gruppeintervjuet til Holme (2008) at deltagerne i all hovedsak følte seg ivaretatt på sykehus når deres ektefelle fikk hjerteinfarkt. Deltagerne i intervjuet presiserte at informasjonen de fikk i den akutte fasen var avgjørende for hvor godt de taklet tiden etterpå. En deltager hadde en dårlig opplevelse der vedkommende ikke følte seg ivaretatt eller sett. Deltageren sa: *«Jeg fikk absolutt ingen informasjon fra noen (sukker). Ikke i det hele tatt! Jeg snakket ikke med noen jeg faktisk, med sykepleier eller lege. Det synes jeg er litt merkelig. Det er ... (kremter). Jeg er litt skuffa. Jeg har sagt det til mannen min mange ganger nå»* (Holme, 2008). Pårørende som ikke følte seg ivaretatt pekte ut elementer som informasjon, verdsetting av pårørende og inkludering som avgjørende momenter for deres opplevelse. Aktuell pårørende følte at de andres erfaring ikke liknet på sin egen, og ble svært sjokkert over dette (Holme, 2008).

Oczkowski et al. (2015) sin studie viste til forskjell fra De Stefano et al. (2016), Jabre et al. (2013) og Holme (2008) at det ikke var noen signifikant forskjell i pårørendes psykiske effekt

ved å være tilstede i motsetning til å ikke være tilstede under gjenopplivningsforsøket. Oczkowski et al. (2015) fant ingen signifikant forskjell på dødeligheten eller kvaliteten på gjenopplivningen om pårørende var tilstede eller ikke. Forskningen til Köberich et al. (2010) viste tydelig at tyske intensivsykepleiere var tilbakeholdende når det kommer til å ha pårørende tilstede i gjenopplivningsrommet. Det blir presentert at økt kunnskap og simuleringstrening på området kan gjøre sykepleierne tryggere i situasjoner der pårørende er tilstede og det er sykepleiers ansvar å ivareta dem på best mulig måte.

4 Drøfting

Når en pasient får hjertestans oppstår det en akutt kritisk situasjon som ofte oppleves som kaotisk og stressende. Det kommer helsepersonell med spesial kompetanse til og det startes gjenopplivning. Denne typen behandling kan se brutal ut, spesielt for pårørende. I en slik situasjon er det fort å glemme at pårørende også har behov og rettigheter. Pårørende har behov for støtte og ivaretagelse og rett til informasjon. Jeg skal drøfte funnene fra sykepleieteori, forskningen og praktiske erfaring opp mot hverandre for å belyse problemstillingen.

4.1 Kommunikasjon og informasjon til pårørende

I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste verktøyene sykepleiere har. Kommunikasjon er en gjensidig prosess der man deler eller overfører informasjon, tanker og følelser. Det er en forutsetning med god kommunikasjon for å kunne oppnå det Travelbee mener er sykepleierens hensikt, nemlig å hjelpe å mestre sykdom og lidelse. Hun hevder at kommunikasjon, som formålsstyrt prosess, gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 2001). Dette viser at det er viktig å beherske kommunikasjon på en hensiktsmessig måte som sykepleier. Jeg har erfart i flere ulike praksissituasjoner at kommunikasjon er en stor og viktig del av jobben man gjør som sykepleier. Kommunikasjon er ikke bare en arena for å skape en relasjon, men virker også berolige på pårørende, samt informere og prate om forventninger. Selv om kommunikasjon er en komplisert prosess presiserer Kirkevold (1998, s. 119) at kommunikasjonsteknikker ikke er en mirakelkur for problematiske interaksjoner. Hun sier at det «finnes ingen trylleformel man kan si for å etablere et bånd» (Kirkevold, 1998, s. 119). Ut fra det Travelbee

(2001) og Kirkevold (1998) skriver om kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter som verktøy tolker jeg at måten man kommuniserer på er situasjonsbestemt. Hvilke kommunikasjonsverktøy man tar i bruk avhenger av situasjonen. I samtale med pårørende må det foretas individuelle tilpasninger for å sikre god kommunikasjon.

Som sykepleier må man ha kunnskap om hvilken makt som ligger i måten å konversere på. Dette inkluderer kroppsholdning, bevegelser, stemmebruk, ordbruk og for helsepersonell gjelder også bruken av fagtermologi. Ved bruk av disse elementene markerer man tydelig maktforholdet i samtalen. Ved en balansert bruk elementene kan man lettere knytte bånd gjennom kommunikasjonen, men brytes fort dersom det oppstår ubalanse (Ingstad, 2013). Dette viser tydelig hvor viktig det er å være klar over måten man kommuniserer på ikke-verbalt gjennom kroppsholdning, bevegelser og ansiktsuttrykk. I praksis har jeg erfart at første møte med pårørende er avgjørende for den videre kommunikasjonen. Første møte må baseres på respekt, tillitt og støtte. Dette er noe Holmes (2008) forskning underbygger, der pårørende som følte seg godt mottatt, ivaretatt og hjulpet var de som fikk godt med informasjon. Det igjen førte til at de hadde en god opplevelse, samt få negative effekter i etterkant av pasientens utskrivelse.

Tidligere trodde man at det var bedre å «skåne» pårørende ved å ikke informere dem om ting som er vanskelig og opprørende. I dag tenker vi annerledes på det. Moesmand (2004) og Skants (2014b) skriver begge om viktigheten av å gi korrekt informasjon. Moesmand (2004) presiserer at det går igjen hos pårørende et stort behov for informasjon og at de trenger hjelp til å forholde seg til innholdet. De fleste pårørende ønsker opplysninger om pasientens tilstand, behandling og prognoser. For å kunne hjelpe pårørende å forberede seg og takle en akutt kritisk situasjon forutsettes det at informasjonen som gis er korrekt, og at den gis på en rolig, klar og nøktern måte (Skants, 2014c). Sett fra helsepersonellens perspektiv viste litteraturstudien at mange sykepleiere har en oppfatning om at det er for brutalt for pårørende å få alt av informasjon. Spesielt den informasjonen som veksles mellom helsepersonellet som deltar i gjenopplivningen mente deltagerne i forskningen til Köberich et al. (2010) at kunne virke opprørende på pårørende. Jeg har ingen direkte erfaring fra hjertestans men har opplevd at en åpen og direkte dialog med pårørende i

praksis ved hjemmesykepleien har vært positivt og tillitsskapende. Litteratur og forskning understøtter åpen og direkte kommunikasjon som positivt ovenfor pårørende.

Det er lovhjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet og erfaring. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Det står skrevet at det er personellets ansvar, så langt det lar seg gjøre, å sikre at mottakeren har forstått innholdet og betydningen i informasjonen som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren er lovpålagt å tilpasse kommunikasjonen og informasjonen til mottakeren, og er derfor avhengig av å ha grunnleggende kommunikasjonsferdigheter for å evne det. Når man skal informere pårørende er det viktig å dosere informasjonen. Dosering handler om å vurdere mengden informasjon mottakeren skal få om gangen, når informasjonen skal gis og på hvilken måte informasjonen skal presenteres (Oczkowski et al., 2015). I praksis har jeg observert at sykepleierne som ofte informerer pårørende i akutt kritiske situasjoner var svært dyktige på å porsjonere informasjonen. God porsjonering førte til at pårørende ikke ble overveldet, men samtidig fikk den informasjon de hadde rett på. Sykepleierne informerer om det som bekymret pårørende, svarer grundig på spørsmål og viste forståelse for situasjonen de var i. Dersom man opptrer på denne måten som sykepleier kan pårørende oppleve at de blir godt ivaretatt.

Det viste seg i forskningen til Oczkowski et al. (2015) at det ikke var noen signifikant forskjell i opplevelsen av angst, depresjon eller PTSD hos pårørende som var tilstede og de som ikke var tilstede. Forskningen til De Stefano et al. (2016) viste derimot at pårørende som var tilstede ved gjenopplivningen i mindre grad opplevde psykiske symptomer enn de som ikke var tilstede. Det er viktig å huske på at HLR er en invaderende behandling som ser brutal ut. For pårørende som ser sin nærmeste motta denne typen behandling kan det gi sterke inntrykk og hvordan pårørende takler situasjonen er individuelt. Årsaken til at forskningen til Oczkowski et al. (2015) og De Stefano et al. (2016) viste forskjellige funn kan være mange. En årsak til forskjellen kan være at det ble gitt ulik oppfølgingen av pårørende i situasjonen.

4.2 Pårørendes tilstedeværelse under HLR

Når det kommer til ivaretagelse av pårørende under HLR vil den mest essensielle problemstillingen handle om pårørende skal være tilstede i gjenopplivningsrommet eller ikke. Det kan fort tenkes at det blir for brutalt og overveldende for pårørende å vitne pågående gjenoppliving. På den andre siden har pårørende, ut fra pasient- og brukerrettighetsloven (1999) lov å være hos pasienten når det er mulig. Å være hos pasienten når det er mulig kan tolkes ulikt. Jabre et al. (2013) har tolket det til at så lenge pårørende ikke er i veien for den medisinske behandlingen er tilstedeværelse mulig. Studien viste til at det var hensiktsmessig at pårørende var tilstede, både for pasienten og pårørende sin del. Det må ut fra flere moment tas en individuell vurdering om pårørende bør være tilstede, der utførelsen av den medisinske behandlingen er første prioritet. Det er derfor viktig å vurdere hver enkelt pårørendes mestringsevne, emosjonelle- og psykiske atferd og atferdsmessige stabilitet (Moesmand, 2004). Moesmand og Kjøllesdal (2004) skriver at pårørende som oppleves som ekstremt emosjonelt ustabile, som har atferd som tyder på forstyrrelser i den mentale statusen eller som er påvirket av alkohol eller andre rusmidler bør vurderes om kan være tilstede uten å forstyrre den medisinske behandlingen.

Det kan fremstå som kontroversielt å ha pårørende tilstede under HLR når man ikke vet utfallet av gjenopplivningsforsøket. Moesmand (2004) belyser at tilstedeværelse under HLR kan skade pårørende mer enn det gagnar dem. Dette er noe sykepleierne i studien til Köberich et al. (2010) underbygger hvorav 68% av deltagerne i studien mente at pårørende ikke burde være til stede.

Det står i de internasjonale retningslinjene for HLR at det anbefales at pårørende får tilbud om å være til stede under HLR når det er mulig. Likevel er det i Norge i dag sjeldent at pårørende er med i rommet under gjenoppliving (Moesmand, 2004, s. 180). I USA, England og Australia har man gjennom flere år systematisk lagt til rette for at pårørende skal kunne være til stede under deler eller hele utførelsen av HLR (Moesmand, 2004, s. 179). Dersom pårørende skal være tilstede under HLR kreves det god forberedelse av vedkommende. Pårørende trenger informasjon om hva som kan forventes når han eller hun blir med inn i gjenopplivningsrommet (Moesmand, 2004). Pårørende må forberedes på at pasienten ligger livløs på sengen med helsepersonell som arbeider rundt seg.

Dersom pårørende skal være med i gjenopplivningsrommet er det viktig at de kontinuerlig har en støttespiller med seg, som skal sørge for god informasjon, gi veiledning og støtte (Moesmand, 2004). Forskningen gjort av De Stefano et al. (2016) støtter dette, der det ble nevnt at kommunikasjonen mellom pårørende og helsepersonell var med på at pårørende følte seg trygge og ivaretatt.

Det er ikke alltid pårørende bør være til stede under gjenopplivningsforsøket. I en akutt kritisk situasjon er det lite tid til å bli kjent med pårørende og ta en vurdering på hva som er best for den enkelte. Pårørende som oppleves som ekstremt emosjonelt ustabile, som har atferd som tyder på forstyrrelser i den mentale statusen eller som er påvirket av alkohol eller andre rusmidler bør vurderes å ikke la være i rommet der gjenopplivningen foregår. Det er fordi det kan være svært påkjennende for pårørende som har en psykisk lidelse å takle situasjonen, samtidig som det kan være svært forstyrrende for helsepersonellet dersom pårørende utagerer. I løpet av den korte tiden man har i møte med pårørende kan det være vanskelig å vurdere om det finnes noen psykisk lidelse eller rus i bunnen. Det gjør det utfordrende som sykepleier å vurdere om det må tas andre hensyn i en akutt kritisk situasjon (Moesmand, 2004). Det kan derfor være nyttig at det er utarbeidet kriterier som må oppfylles av pårørende for at de skal kunne være til stede. Det vil være med på å sikre at det ikke oppstår forstyrrelse for helsepersonellet som utfører den medisinske behandlingen og sikre at pårørende tåler å være vitne. Det er viktig å informere pårørende som ønsker å være til stede at de kan bli bedt om å forlate rommet (Moesmand, 2004). Dersom pårørende ikke har sett pasienten livløs eller under pågående HLR har de fremdeles et bilde av pasienten som frisk og i live, slik de kjenner han eller henne. Dersom de blir vitne til gjenopplivning vil de få et nytt bilde av pasienten, der vedkommende er livløs med ledninger koblet på, som er intubert og får brutal behandling. Dette kan føre til mer skade enn det gagnar pårørende.

Ut fra et helhetsperspektiv bør det legges til rette for at pårørende kan være til stede med pasienten når det er risiko for at døden kan inntreffe. Forskning tyder på at en brå og uventet død kan gi mer intense og langvarige reaksjoner (Colley 1992, (Moesmand, 2004). Det er også påvist at pårørende som ikke er til stede når pasienten dør, kan få sterke følelser som kan virke negativt inn på sorgprosessen (Moesmand, 2004).

4.3 Sykepleieres perspektiv på å ha pårørende tilstede under HLR

Man kan anta at sykepleiers perspektiv omkring pårørendes tilstedeværelse under HLR kan være avgjørende for ivaretagelsen pårørende vil få. I Norge har det som tidligere nevnt vært sjeldent at pårørende er tilstede under HLR (Moesmand, 2004, s. 180). Det kan tenkes at en av årsakene er manglende forståelse for retningslinjene og opplæring av helsepersonell. Studien til Oczkowski et al. (2015) viste at helsepersonell ikke hadde tilstrekkelig kunnskap eller opplæring i hvordan de skulle ivareta pårørende som var tilstede under HLR. Studien konkluderte med at økt kunnskapsnivå, undervisning og simuleringstrening kunne hjelpe helsepersonell til å føle seg trygge på at de kunne ivareta pårørende på en god måte. Oczkowski et al. (2015) presiserte også at det var viktig at helsepersonell som skulle ivareta pårørende hadde kunnskap om akutte stressreaksjoner som både pårørende og de selv kunne oppleve. Gjennom økt kunnskap på dette område ville sykepleierne være bedre rustet til å ivareta pårørende på en beroligende og tryggende måte.

Studien til Köberich et al. (2010) viste at svært mange av deltagerne hadde en negativ holdning til å ha pårørende tilstede under gjenopplivning. Hele 56% av deltagerne mente at pårørendes tilstedeværelse kunne ha en negativ effekt på helsepersonellens evne til å utføre gjenopplivningen. 61% av denne gruppen trodde at pårørende vil få en bedre forståelse for arbeidet som ble gjort dersom de var tilstede for å observere. Dette kan tolkes som at det er manglende kunnskap og erfaring blant sykepleierne omkring det å ivareta pårørende. Dersom pårørende er tilstede under HLR får de selv sett innsatsen som gjøres for å forsøke å redde livet til pasienten. Dette vil kunne redusere pårørendes evne til å lage sine egne tanker om hva som foregår inne på gjenopplivningsrommet. Tanker som ikke er riktige må korrigeres for at pårørende ikke skal danne en vrangforestilling av behandlingen som gis til pasienten (Skants, 2014b).

Jabre et al. (2013) presenterer at man tidligere ikke ønsket å ha pårørende tilstede ved HLR, da man trodde at det reduserte helsepersonellens prestasjoner. Man kan spissformulere dette og si at helsepersonell ikke føler seg komfortable med å ha pårørende tilstede. Resultatet i studien motsier det de hadde som en hypotese da de startet studien. Resultatet

viste nærmere bestemt at helsepersonellet ikke opplevde pårørende som noen form for hindring for den medisinske behandlingen. I motsetning til Jabre et al. (2013) viste forskningen til Köberich et al. (2010) at sykepleierne mente pårørendes tilstedeværelse var med på å redusere gjenopplivningens kvalitet ved at de forstyrret helsepersonellet. De mente at forstyrrelsene gikk ut på at pårørende kunne være fysisk i veien for den medisinske behandlingen, at helsepersonellet i større grad måtte passe på hva som ble sagt inne i gjenopplivningsrommet og at det kunne redusere kvaliteten i arbeidet. Studien til Oczkowski et al. (2015) motsier Jabre et al. (2013) sine funn ettersom at de ikke fant noen signifikant forskjell i verken dødelighet eller kvaliteten på behandlingen om pårørende var tilstede eller ikke. Første prioritet vil alltid være å redde liv, men gjennom gode etablerte rutiner vil man kunne legge til rette for at sykepleier også får ansvar for å ivareta pårørende.

Det viste seg gjennom litteraturen og forskningsartikler at mange sykepleiere i utgangspunktet er tilbakeholdende når det kommer til å ha pårørende tilstede i gjenopplivningsrommet. Det argumenteres for at det kan være traumatiserende for pårørende å se den brutale behandlingen og at pårørende kan være i veien for utførelsen av den medisinske behandlingen. Köberich et al. (2010) argumenterer også med at pårørendes tilstedeværelse kunne være med på å redusere kvaliteten på gjenopplivningen fordi det påvirker helsepersonellets kommunikasjon. Gjennom litteraturstudie har jeg funnet at mange av påstandene ikke er korrekte. Pårørende har ofte et ønske og behov for å være tilstede under HLR. Det viste seg også gjennom forskning at pårørende som observerer HLR ikke opplever noen særlig grad av psykiske symptomer på angst, depresjon eller PTSD. Helsepersonell som har erfaring med å ha pårørende til stede mener at det er positivt, både for pårørende, pasienten og for helsepersonellet.

Sett fra en annen synsvinkel kan det å ha pårørende tilstede være med på å holde tankegangen til helsepersonellet om at det faktisk er noen sin mor eller ektefelle de arbeider med, ikke bare en klinisk utfordring. Dette vil være med på å holde den medisinske behandlingen personorientert (Moesmand, 2004, s. 182).

5 Konklusjon

Å være pårørende når deres nærmeste får hjertestans kan være utfordrende. Det kan også være utfordrende for sykepleieren å ivareta pårørende i en slik situasjon. Det stilles store krav til sykepleieren som skal håndtere situasjonen. Det finnes ingen fasitsvar for hvordan hver enkelt pårørende skal ivaretas og det kan være en krevende oppgave for sykepleier da pårørende reagerer ulikt på akutt stress.

Pårørende vil kunne reagere ulikt på en akutt kritisk situasjon, og det er sykepleierens oppgave å tilpasse seg hver enkelt. Sykepleier må derfor ha opplæring og kunnskap om hvordan ivareta pårørende på best mulig måte. Sykepleieren må ha kunnskap om blant annet den medisinske behandlingen som gis til pasienten og akutte stressreaksjoner pårørende kan oppleve. Et essensielt spørsmål man må stille er om pårørende bør være tilstede i gjenopplivningsrommet eller ikke. Internasjonal forskning på området viser at pårørende som er tilstede under gjenopplivning har en positiv effekt av dette. I Norge er det sjeldent at pårørende er med inn på gjenopplivningsrommet. Det ses få negative psykiske effekter som angst, depresjon eller PTSD hos pårørende som har fått støtte og informasjon av opplært helsepersonell i den akutte kritiske situasjonen.

Det viste seg gjennom litteratur og forskning at mange sykepleiere er tilbakeholdende når det kommer til å ha pårørende tilstede i gjenopplivningsrommet (Koberich et al., 2010). Det begrunnes med at det kan være traumatiserende for pårørende å se den brutale behandlingen og pårørende kan være i veien for utførelsen av HLR. Köberich et al. (2010) argumenterer også med at pårørendes tilstedeværelse kan være med på å redusere kvaliteten på gjenopplivningen fordi det påvirker helsepersonellets kommunikasjon negativt. Forskning gjort på dette feltet viste at mange av påstandene ikke stemte. Pårørende har ofte et ønske og behov for å være tilstede under HLR. Flere studier gjorde funn i at pårørende som var tilstede under HLR ikke får økt risiko for psykiske symptomer på angst, depresjon eller PTSD. Helsepersonell som har erfaring med å ha pårørende til stede mente det var positivt, både for pårørende, pasienten og for helsepersonellet. Det er likevel viktig å huske at alle pårørende er forskjellige og at avgjørelser må tas sammen med dem. De må få

tilstrekkelig med informasjon om situasjonen og hva de kan forvente seg dersom de ønsker å observere gjenopplivingsforsøket.

Gjennom utarbeiding av retningslinjer og rutiner på avdelingen, samt opplæring og simuleringstrening på området takler man gjerne situasjoner der man blir ansvarlig for å ivareta pårørende bedre. Gjennom økt kunnskap på området kan man føle seg tryggere i rollen. Dersom det er gode rutiner på avdelingen kan man føle seg som en del av et fellesskap, der man har støtte i avgjørelsene man tar. Det kan også være lettere å snakke om det som er vanskelig og utfordrende med kollegaene dersom alle på avdelingen har opplæring og kunnskap på området.

Det er viktig å ta med i betraktning at man som sykepleier kan begå menneskelige feil. Det finnes ingen fasit på hvordan man skal ivareta hver enkelt pårørende, og det er mange hensyn som må tas i vurderingen om pårørende skal være tilstede eller ikke. Det er også viktig å poengtere at med den åpenhet og mulighet for tolkning det er i dagens lovverk er det opp til hver enkelt sykepleier å ta skjønnsmessige vurderinger basert på den sin erfaring, kunnskap og kompetanse på området.

Kildeliste

Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP CHECKLISTS*. CASP.

<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P.-G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., & Adnet, F. (2016). Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLOS ONE*, *11*(6), e0156100.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>

Fakultet for helse- og sosialvitenskap. (2020a). *Emnearkiv for HVL - HVL*. Sjukepleie ved somatisk sjukdom og skade (SK162).

<https://v.hvl.no/arkiv/hvl/index.php?render=/2019-2020/emner/SK162.json>

Fakultet for helse- og sosialvitenskap. (2020b). *Emneplan for Bacheloroppgåve i sjukepleie*. Emneplan for studieåret 2020/2021.

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/sk152>

Folkehelseinstituttet, & Helsebiblioteket. (2020, oktober 20). *MeSH på norsk*. MeSH på norsk. <http://mesh.uia.no/>

Gunterberg Heyn, L. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13–29). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2019, januar 28). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>

Helsedirektoratet. (2020, mai 7). *Hjertestans—Vellykket gjenopplivning etter hjertestans*.

Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI).

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske->

[tjenester-utenfor-sykehus/vellykket-gjenopplivning-etter-hjertestans](#)

- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon—Mennesket grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363–395). Cappelen Damn Akademisk.
- Holme, A. N. (2008). Ektefellens behov for informasjon—Når partner får akutt hjerteinfarkt. *Sykepleien Forskning*, 3(1), 16–24. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0045>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., ... Adnet, F. (2013). Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. *New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>
- Kirkevold, K. (1998). *Sykepleieteorier—Analyse og evaluering* (2. utgave). Ad Notam Gyldendal.
- Koberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses | Request PDF. *British Association of Critical Care Nurses*, 15(5), 241–250. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x>
- Lindebjerg, M. B., & Stubberud, D.-G. (2015). Førstehjelp. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 534–585). Cappelen Damn Akademisk.
- Moesmand, A. M. (2004). Pårørende til akutt kritisk syke. I *Å være akutt kritisk syk: Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg.). Gyldendal

- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg.). Gyldendal akademiske.
- Mythaugen Tjemeland, I. B., Kramer-Johansen, J., Nilsen, J. E., Andersson, L.-J., Bratland, S., Hafstad, A. K., Haug, B., Langørgen, J., & Larsen, A. I. (2019). *Et register over gjenopplivningsforsøk i Norge*.
https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/7_arsrapport_2018_norsk_hjertestansregister_0.pdf
- Oczkowski, S., Mazzetti, I., Cupido, C., & Fox-Robichaud, A. (2015). The offering of family presence during resuscitation: A systematic review and meta-analysis | Journal of Intensive Care | Full Text. *Journal of Intensive Care*, 3(41), 41.
<https://doi.org/10.1186/s40560-015-0107-2>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Renolen, Å. (2015). Helse, stress og mestring. I *Forståelse av mennesker—Innføring i psykologi for helsefag* (s. 149–177). Fagbokforlaget.
- Skants, P. (2014a). *Akutte hendelser* (2. utg., s. 11–16). Gyldendal akademiske.
- Skants, P. (2014b). Psykososial kriseledelse. I *Omsorg i kriser- håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg., s. 64–86). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skants, P. (2014c). Psykososial oppfølging. I *Omsorg i krisearbeid—Håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg., s. 88–148). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skants, P. (2014d). Traumatisk stress og akutte stressreaksjoner. I *Omsorg i kriser—Håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg., s. 179–194). Gyldendal akademiske.
- Skants, P. (2014e). Traumatisk stress og akutte stressreaksjoner. I *Omsorg i kriser—Håndbok*

i psykososialt støttarbeid (2. utg.). Gyldendal akademiske.

Sverresdatter Larsen, L. (2016, mai 23). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Thideman, I.-J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleiestudenter—Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Thurén, T. (2009). Forforståelse. I *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien (1.utgave 1999)*. Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1

Tabellen viser til søkemetoden, hvilke søkeord som er brukt, avgrensning, antall treff, antall leste abstrakt, antall leste artikler og antall inkluderte artikler. Dette er vurdert ut fra vurderingskriteriene presentert under 1.7 Avgrensning og problemstilling.

Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
PubMed	Experience of relatives OR Support of next of kin AND Family presence during resuscitation OR Family witnessed resuscitation	2015-2020 Age: 19-65+ Free full text	38	16	5	2
PubMed	Family presence during cardiopulmonary resuscitation OR Family witnessed resuscitation AND Effect on family	2013-2020 Age: 19-65+ Free full text	21	12	5	1
Medline (EBSCO)	CPR OR Cardiopulmonary resuscitation	scholarly journals,	50	18	7	1

	AND Family witnessed resuscitation OR family present during resuscitation AND Nurse	academic journals				
Sykepleien	Informasjon og Pårørende og akutt	Forskning 2007-2020	36	7	1	1

Vedlegg 2

Oversiktstabell som viser studiedesign, funn og mulige drøftingsområder fra de utvalgte artiklene.

Tittel/forfatter/år	Studiedesign	Funn	Mulige drøftingsområder	Relevans
Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses/ Stefan Köberich et al./ September 2010	Spørreundersøkelse utført på konferanse for tyske intensivsykepleiere. Det var 394 deltagere, hvorav 166 svarte fullstendig på spørreundersøkelse.	Intensivsykepleiere er tilbakeholdende når det kommer til å ha pårørende tilstede under HLR. Intensivsykepleierne føler seg ikke komfortable med å ivareta pårørende under HLR på grunn av manglende kompetanse, kunnskap og øving.	Sykepleiers holdning til å ha pårørende tilstede under HLR. Behovet for opplæring og øving på situasjoner med pårørende tilstede under HLR.	Belyser sykepleierens perspektiv omkring pårørendes tilstedeværelse under HLR. Hevder at økt kompetanse vil bedre sykepleieren sin evne og holdning til pårørendes tilstedeværelse under HLR.
Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a	Kvalitativ analyse i form av intervju over telefon 3 måneder etter hendelsen. Det ble tilfeldig valgt ut 30	Pårørende som fikk tilbud om å være tilstede under HLR ønsket dette.	Pårørendes ønske om å være tilstede. Pårørendes effekt av tilstedeværelse under HLR.	Trekker inn elementer om hvordan pårørende følte seg ivaretatt under HLR.

<p>national multicenter randomized trail/ Carla De Stefano et al./ 2016</p>	<p>av 75 intervjuer som ble tatt med i statistikken i studien.</p>	<p>Pårørende som var tilstede under HLR hadde god nytte av dette da de følte de fikk støttet pasienten.</p>	<p>Pårørende opplevelse av tilstedeværelse under HLR.</p>	
<p>The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis/ Simon Oczkowski et al./ 2015</p>	<p>Meta-analyse Kvalitativ metode som sammenlikner flere studier</p>	<p>Studien fant ingen signifikante forskjeller i dødelighet eller kvalitet av HLR ved pårørende tilstede og ikke. Studien fant ingen store forskjeller på pårørendes opplevelse av angst, depresjon eller PTSD.</p>	<p>Utfallet som viser at det ikke var noen signifikant forskjell i verken dødelighet, kvalitet på HLR eller pårørende psykiske effekt av tilstedeværelse versus ikke tilstedeværelse.</p>	<p>Inkluderer voksne og barn, men er analysert separat. Innholdet som omhandler barn er ekskludert. Belyser pårørendes psykiske påkjenning, både ved å være til stede og ikke å være tilstede.</p>

<p>Family presence during cardiopulmonary resuscitation/ Patricia Jabre et al./ 2013</p>	<p>Kvantitativ RCT-studie der 8 ambulansestasjoner skulle tilby pårørende å være tilstede, mens 7 ambulansestasjoner ikke skulle tilby pårørende å være til stede. Av totalt 570 inkluderte pårørende i studien ble 266 pårørende systematisk tilbud om være tilstede, mens 304 ikke fikk tilbud. Av 570 pårørende som deltok i studien var det 90 som ikke fulførte «Impact of event scale» skjemaet, og ble derfor ekskludert.</p>	<p>Pårørendes tilstedeværelse under HLR var assosiert med positive effekter, både for pårørende selv og for helsepersonellet. Pårørende var ikke i veien for den medisinske behandlingen.</p>	<p>Psykiske effekten av tilstedeværelse for pårørende. Helsepersonellets opplevelse av å ha pårørende tilstede.</p>	<p>Belyser pårørendes psykiske påkjenning i etterkant av hjertestans. Belyser også helsepersonellets opplevelse av situasjonen, både med og uten pårørende tilstede.</p>
<p>Ektefellens behov for informasjon –</p>	<p>Kvalitativ studie i form av gruppeintervju av ektefeller.</p>	<p>Pårørende som fikk god informasjon i akutt fase opplevde ivaretagelse.</p>	<p>Viktigheten av informasjon i akutt fase.</p>	<p>Forklarer på en beskrivende måte hva pårørende selv mente var med på at de følte seg</p>

når parter får akutt hjerteinfarkt/ Anny Norlemann Holme/ 2008	9 deltagere, hvorav 8 kvinner og 1 mann.	Pårørende som ikke fikk god informasjon i akutt fase hadde en negativ opplevelse.	Pårørendes behov for å bli sett og verdsatt. Pårørendes behov for informasjon av både sykepleier og lege.	ivaretatt og trekker frem viktigheten av informasjon og bli sett.
--	--	---	--	---

Vedlegg 3

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

A Innledende vurdering		
	Tips	Svar
Er formålet med studien klart formulert?	Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? Hvorfor ville de finne svar på det? Er problemstillingen relevant?	Ja, uklart, nei
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?	Ja, uklart, nei
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?	Ja, uklart, nei
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Når man bruker f.eks. strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har	Ja, uklart, nei

	<p>bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <p>Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?</p> <p>Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?</p> <p>Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?</p> <p>Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?</p> <p>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)</p>	
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <p>Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</p>	<p>Ja, uklart, nei</p>

	<p>Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke deltagende observasjon), dokumentanalyse.</p> <p>Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</p> <p>Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?</p> <p>Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?</p> <p>Har forskerne diskutert metning av data?</p>	
<p>Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. utforming av problemstilling b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting c. analyse og hvilke funn som presenteres <p>På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?</p>	<p>Ja, uklart, nei</p>

Er etiske forhold vurder?	Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt? Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien. Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?	Ja, uklart, nei
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert. Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)? Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?	Ja, uklart, nei

	<p>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?</p> <p>Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?</p> <p>I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?</p>	
--	---	--

B Hva er resultatene?		
	Tips	Svar
Er dunnene klart presentert?	<p>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.</p> <p>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p> <p>Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?</p>	Ja, uklart, nei

	<p>Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?</p> <p>Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?</p>	
--	--	--

C Kan resultatene være til hjelp i praksis?	
	Tips
Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	<p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <p>Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?</p> <p>Har studien avdekket behov for ny forskning?</p> <p>Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?</p>

Vedlegg 4

Sjekkliste for vurdering av randomisert kontrollert studie (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

A Kan du stole på resultatene?		
	Tips	Svar
Er formålet med studien klart formulert	<p>Formålet bør være klart formulert med hensyn til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Populasjonen (personene) som studeres (f.eks. røykere) - Tiltaket som gis til intervensjonsgruppen (f.eks. røykesluttkurs) - Sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen (f.eks. nikotinplaster) - Utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes (f.eks. røykeslutt) 	Ja, uklart, nei
Ble deltageren tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?	<p>Eksempler på gode fordelingsmåter er lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller, myntkast m.fl.</p> <p>Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag, fødselsdato m.fl.</p> <p>Den som fordeler deltagerne til de ulike gruppene må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).</p>	Ja, uklart, nei
Ble deltagerne, helsepersonell eller utfallmåler blindet?	Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål som f.eks. smerte eller tilfredshet	Ja, uklart, nei

	Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?	
Var gruppene like ved starten av studien?	Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks. alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.	Ja, uklart, nei
Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?	Var oppfølgingen lik i begge gruppene? Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i begge (alle) gruppene.	Ja, uklart, nei
Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien, og ble eventuelt frafall tatt hensyn til i analysen?	Var det stort forfall – og var forfallet likt fordelt i gruppene Er grunner til frafall beskrevet? Ble alle deltageren analysert i den gruppen de ble randomiser til (intention to treat)?	Ja, uklart, nei

B Hva forteller resultatene?	
	Tips
Hva er resultatene?	Hvilke utfall ble målt? Er dette de viktige utfallene, og ble deltagerne fulgt opp lenge nok? Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Dette kan oppgis som forskjell i gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosentandel, relativ risiko (RR), number needed to treat (NNT) etc.

	<p>Er det en viktig forskjell mellom gruppene?</p> <p>Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallsmålene i én setning?</p>
Hvor presise er resultatene?	<p>Hva er konfidensintervallene?</p> <p>Er hele bredden av konfidensintervallet innenfor det som regnes som minimal viktig effekt?</p> <p>Er eventuelle forskjeller statistisk signifikante ($p < 0,05$)?</p>

C Kan resultatene være til hjelp i praksis?		
	Tips	Svar
Kan resultatene overføres til praksis?	<p>Er deltagerne i studien representative for personer du møter i praksis?</p> <p>Er tiltaket godt nok beskrevet og gjennomførbart?</p> <p>Er sammenligningen i studien representativ for dagens praksis (kan du forvente like stor effekt)?</p> <p>Er tiltaket akseptabelt for pasientene/brukerne?</p>	Ja, uklart, nei

Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Vurder om utfallsmålene er relevante for pasientene/brukere, pårørende, politikere, eksperter og klinikere	Ja, uklart, nei
Veier fordeler opp for ulemper og kostnader?	Er nytten av tiltaket verd kostnader og eventuelle bivirkninger? Støttes resultatene i en systematisk oversikt?	Ja, uklart, nei

Vedlegg 5

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

A Kan du stole på resultatene?		
	Tips	Svar
Er formålet med oversikten klart formulert?	<p>Formålet bør være klart formulert med hensyn til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Populasjonen (personene oversikten handler om) - Tiltaket som gis til intervensjonsgruppen - Sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen - Utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes 	Ja, uklart, nei
Søkte forfatteren etter relevante typer studie?	<p>Relevante studier: Svarer på samme spørsmål som oversikten</p> <p>Har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:</p> <p>Effekt – randomisert kontrollert studie Årsak – kohortstudie Diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest Prognose – kohortstudie</p>	Ja, uklart, nei

	<p>Erfaringer – kvalitativ studie Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten?</p> <p>Se etter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Populasjon - Tiltak - Sammenligning - Utfall 	
Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	<p>Se etter:</p> <p>Hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne søkte i, og Hvordan de søkte i dem (søkestrategi)</p> <p>Om de søkte etter ikke-publiserte studier (i f.eks. Trials.gov)</p> <p>Om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet)</p>	Ja, uklart, nei
Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske	Ja, uklart, nei

	<p>skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.</p> <p>Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?</p> <p>Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?</p> <p>Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?</p>	
<p>Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?</p>	<p>Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?</p> <p>Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?</p> <p>Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne f.eks. beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)</p> <p>Er analysemetodene som er brukt forklart? (F.eks. random eller fixed effect)</p>	<p>Ja, uklart, nei</p>

	Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?	
--	---	--

B hva forteller resultatene?	
	Tips
Hva er resultatene?	<p>Hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten</p> <p>Hvordan resultatene er fremstilt, se etter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gjennomsnittsforskjell (mean difference) - Standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference) - Numbers needed to treat (NNT) - Numbers needed to harm (NNH) - Odds ratio (OR) o relativ risiko (RR) - Relativ risikoreduksjon (RRR) - Absolutt risikoreduksjon (ARR)
Hvor presise er resultatene?	<p>Konfidensintervall (KI/CI)</p> <p>Interkvartilbredde (interquartile range (IQR))</p>

C Kan resultatene være til hjelp i praksis?		
	Tips	Svar
Kan resultatene overføres til praksis?	Vurder om, og i hvilken grad: <ul style="list-style-type: none">- Populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis- Din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten	Ja, uklart, nei
Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten.	Ja, uklart, nei
Veier fordeler opp for ulemper og kostnader?	Vurder om, og i hvilken grad: <ul style="list-style-type: none">- Nytten av tiltaket er verdt kostnader og eventuelle bivirkninger.- Det er praktisk eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten?	Ja, uklart, nei



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	07-12-2020 09:00	Termin:	2020 HØST
Sluttdato:	07-12-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 HØST		
Intern sensor:	Sissel Hjelle Øygaard		

Deltaker

Kandidatnr.:	100
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7482
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Ja

Egenerklæring *:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei