

BACHELOROPPGAVE

"Bare stå ved min side"

«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende når deres nærmeste får hjertestans og avansert hjerte-lunge-redning?»

Av

Kandidatnummer: 28 og Marit Oma

"Just stand by my side"

"How can nurses attend to their relatives when their loved ones get cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation?"

Bacheloroppgave i sykepleie.

SK152

Tall ord: 6958

Veileder: Solveig Sægrov.

Oktober, 2014



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven "Bare stå ved min siden" i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 28, Marit Oma

JA NEI

Sammendrag

Tittel: "Bare stå ved min side"

Bakgrunn for valg av tema: Jeg valgte å skrive om dette temaet på grunn av det er et viktig tema å diskutere. Etter 3 år på sykepleieskolen har vi øvd på HLR med scenario og mengdetrening, men jeg vil vite hva jeg skal gjøre dersom jeg står med pårørende i en slik situasjon.

Problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende når deres nærmeste får hjertestans og avansert hjerte-lunge-redning?*

Framgangsmåte: Jeg har brukt pensum bøker og andre bøker som omhandler mitt tema. Jeg har søkt etter forskning på databasen Academic search premier sammen med Pubmed og Cinahl for å finne artikler. For å fremheve hvilke oppgaver sykepleier har ovenfor pårørende har jeg tatt med sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee har skrevet om pårørende i sin teori og jeg har derfor tatt dette med i min oppgave.

Konklusjon: For å kunne ivareta pårørende må sykepleier være forberedt på hvordan pårørende reagerer og handle ut i fra det. Hun må også være omsorgsfull og trygg i sin oppgave samtidig som hun må vite hva som foregår i gjenopplivningsrommet for å kunne informere pårørende om dette. Dersom pårørende ønsker å være tilstede under HLR kan ikke sykepleier nekte dem det, men hun kan stå ved deres side og forklare det som skjer. I Norge trenger vi mer forskning på hvordan det er for pårørende å være tilstede under HLR og hvordan stans teamet opplever dette. Dersom vi får mer kunnskap om dette kan det være Norge blir mer åpen for å ha pårørende tilstede ved gjenopplivning.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon av tema.....	1
1.2	Tema og problemstilling.....	1
1.3	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.4	Avgrensning.....	1
1.5	Disposisjon.....	2
1.6	Begrepsforklaring	2
1.6.1	Sykepleie.....	2
1.6.2	Ivaretagelse	2
1.6.3	Pårørende.....	2
1.6.4	Avansert Hjerte-lunge-redning (AHLR).....	2
2	Fremgangsmåte.....	3
2.1	Metode.....	3
2.2	Søkeprosessen.....	3
2.3	Valg av litteratur.....	3
2.3.1	Valg av forskningsartikler	4
2.3.2	Valg av bøker	4
2.4	Kildekritikk.....	4
3	Teoridel.....	5
3.1	Hjertestans	5
3.2	Avansert hjerte-lunge-redning	5
3.3	Joyce Travelbee og den sykes familie.....	6
3.4	Akutte stressreaksjoner hos pårørende.....	6
3.4.1	Fysiske reaksjoner	6
3.4.2	Mentale reaksjoner	7
3.4.3	Følelsesmessige reaksjoner.....	7
3.4.4	Atferdsmessige reaksjoner.....	7
3.5	Å være til stede.....	8
3.6	Etikk og lovverk.....	9
3.6.1	Yrkesetiske retningslinjer	9
3.6.2	Nærhetsetikk	9
3.6.3	Lover	10
3.7	Forskning	10
4	Drøfting.....	11
4.1	Å være sykepleier ved AHLR.....	11

4.2	Hvordan ivareta pårørende ved gjenopplivningsrommet?.....	13
5	Konklusjon	15

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

I Norge er det ca. 15 000 mennesker som får hjerteinfarkt i året ifølge Nasjonalforeningen.no (2013). Dette er et økende tall. Riktig førstehjelp ved hjertestans er å starte Hjerter-lunge-redning (HLR). Det er viktig å komme hurtig til med hjertestarter da det kan være avgjørende for å få tilbake riktig hjerterytme. Ved hjertestans strømmer personer til for å hjelpe. En tilkaller mer hjelp, starter HLR, kobler til hjertestarter og gjør alt i beste evne for at personen som ligger i fokus skal kunne overleve (Forstrønen, Haugen, & Knudsen jr, 2011).

Men hva med hovedpersonens nærmeste, pasientens pårørende som er tilstede å ser på denne hjelpen? Ser personer stå over sin ektefelle eller sin gamle mor, trykker på brystkassen og dersom de utfører det riktig trykker 5-6 cm ned, samtidig som en skader ribbebein (Norsk Førstehjelpsrad, 2011). Pårørende som ser sin kjære få sjokk strømmende gjennom kroppen. Det er dette jeg vil legge fokus på i min oppgave. Hvordan jeg som sykepleier kan ta vare på dem, de pårørende?

1.2 Tema og problemstilling

Tema for min bachelor oppgave er:

Sykepleier og pårørende som er tilstede under avansert hjerter-lunge-redning.

Problemstillingen er:

Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende når deres nærmeste får hjertestans og avansert hjerter-lunge-redning?

1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg valgte dette temaet da jeg gjennom 3 år på sykepleieskolen har hatt temadager hvor vi øver på HLR. Det blir tilrettelagt for scenario hvor vi finner pasienten som ikke puster og igangsetter HLR. Ved «mengdetrening» på «Anna» dukken, har øvelse gitt oss kunnskap om å finne god rytme og kjenne på hvor fysisk krevende HLR kan være. Men i virkelige situasjoner vil det være pårørende tilstede når HLR pågår. Så jeg vil vite hva jeg skal gjøre med pårørende? Dra de ut av rommet? Forklare hva som foregår? Holde de i hånden mens de ser på?

1.4 Avgrensning

I denne oppgaven ligger fokuset hos pårørende som opplever at deres nærmeste får AHLR på sykehus. Jeg har ikke fokusere på årsaken til hjertestans eller et spesielt utfall av gjenopplivingen. Jeg vil omtale sykepleier som "hun", for å unngå å bruke sykepleier for mye og pasienten som han/hun.

Pårørende kan være en søster, venn, samboer eller annen person som står pasienten nær. Med gjenopplivningsrommet mener jeg det rommet hvor AHLR skjer. Altså pasientrommet hvor pasienten var når han/hun fikk hjertestans.

1.5 Disposisjon

I oppgaven vil jeg først ha begrepsforklaring. Videre går jeg inn på fremgangsmåten. Hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur, hvilken litteratur jeg har brukt og hvorfor, søkeprosessen og kildekritikk. I teoridelen legger jeg frem teori om Hjertestans, AHLR, sykepleieteori, akutte stressreaksjoner hos pårørende og hvordan det oppleves for pårørende å være tilstede under en situasjon med HLR. Jeg vil også fremlegge etikk og lovverk hvor jeg har med yrkesetiske retningslinjer, nærhetsetikk og Pasient- og brukerrettighetsloven. I drøftingskapittelet vil jeg drøfte teorien opp mot problemstillingen. Oppgaven vil jeg avslutte med konklusjon på problemstillingen og hva kunnskapen kan gjøre for sykepleiepraksis.

1.6 Begrepsforklaring

1.6.1 Sykepleie

Travelbee (2001) definerer sykepleie slik: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene" (s.29).

1.6.2 Ivaretagelse

Skants (2014) forklarer at "ivaretagelse innebærer at 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" (s.13).

1.6.3 Pårørende

I pasient- og brukerrettighetsloven (2014) defineres pårørende slik:

Den som pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten (§ 1-3).

1.6.4 Avansert Hjerne-lunge-redning (AHLR)

AHLR vil si avansert hjerne-lunge-redning. Denne type gjenoppliving tas i bruk på sykehus hvor man har kompetanse til å intubere, har medikamenter tilgjengelig og manuell defibrillator. Det er et eget

team som kommer til rommet hvor gjenoppliving trengs for assistanse. AHLR er beskrevet i teorikapittelet (Forstrønen, Haugen, & Knudsen jr, 2011).

2 Fremgangsmåte

I dette kapittelet vil jeg gå inn på hvilke metode jeg har brukt for å finne litteratur som belyser min problemstilling. Jeg vil beskrive søkeprosessen og ta for meg mitt valg av litteratur. Kapittelet avsluttes med kildekritikk.

2.1 Metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie i min oppgave. En litteraturstudie vil si å søke systematisk, sammenligne litteratur og kritisk granske litteraturen innenfor et bestemt tema eller problem (Forsberg & Wengstrøm, 2013).

Dalland (2007), refererer til Tranøy (1986) som mener at vitenskap og metode henger sammen. "Å være vitenskapelig er å være metodisk" (Tranøy, ref. i Dalland, 2007).

Metode er en fremgangsmåte for å finne kunnskap eller et utstyr for å løse problemer, samt for å se om påstander er sanne, holdbare eller gyldige. En kan også bruke metode som et redskap for å kvalitetssikre kunnskap (Dalland, 2007).

2.2 Søkeprosessen

Når jeg skulle søke etter litteratur søkte jeg først i fritekst på Google.no for å finne ut hvor mange som får hjertestans i året.

Når jeg skulle søke etter artikler var søkeordene mine: *Pårørende, hjertestans og HLR*. Dro inn søkeordene: *Sykepleier og Norge* for å finne resultater som var sykepleierrettet. Jeg brukte databasen Svemed+ for å finne engelske søkeord og synonymord. Resultatet viste disse søkeordene: *Caregivers, Nurse, Heart arrest, CPR: Cardiopulmonary resuscitation, Norway, Family og relatives*. For så å bruke databasen Academic search premier sammen med Pubmed og Cinahl for å finne artikler. Jeg søkte først på family or caregivers or relatives for å binde synonymordene. Fikk da 2,343,071 treff. Når jeg søkte på dette sammen med CPR og nurse fikk jeg 14 treff. Jeg leste overskriftene og gjennom abstrakt på de som jeg syntes var relevant i forhold til min problemstilling. Når jeg leste igjennom artiklene fant jeg henvisninger til andre artikler som også var relevant for min problemstilling.

2.3 Valg av litteratur

I denne oppgaven har jeg brukt forskjellige litteratur bøker, forskningsartikler, lover og retningslinjer. Jeg har hovedsakelig brukt primærlitteratur og prøvd å finne forskning og bøker fra nyere dato. Noe sekundær litteratur er brukt da Moesmand og Kjøllesdal har brukt forskning i sin bok, jeg har valgt å

ikke finne denne forskningen og bruke den som primærlitteratur da jeg syntes de er litt for gamle. Har også brukt sekundær litteratur på meningen til Tranøy om metode og vitenskap.

2.3.1 Valg av forskningsartikler

Jeg har valgt å bruke to kvantitative og to kvalitative forskningsartikler. Artikkelen som jeg valgte å bruke handler om holdningene og erfaringene til å ha pårørende tilstede ved HLR. Jeg tok med to av disse kvantitative artiklene for å få sykepleiernes syn på dette.

European Cardiovascular Nurses` experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room (2009) og Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses (2010). I begge disse studiene er det brukt spørreundersøkelse for å finne ut av hva sykepleierne har erfart og hvilke holdninger de har til temaet. De er begge fra Europa. Norge er også presentert i den første artikkelen.

Jeg har brukt to kvalitative forskningsartikler hvor det er brukt intervju som metode. Being family: The family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness (2005) og Partners` ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study (2012). Jeg valgte å ta med disse studiene for å få frem hvilke erfaringer og følelser pårørende får ved kritisk sykdom. Jeg kommer til å bruke disse to artiklene som referanse i drøftingskapittelet.

2.3.2 Valg av bøker

For å finne bøker som er relevante for min problemstilling søkte jeg etter litteratur på bibsys. Jeg har også valgt å bruke bøker om oppgave skriving som har vært til hjelp med fremgangsmåten i bacheloroppgaven. Ved å søke på «Psykisk førstehjelp» på bibsys fant jeg bøker som ikke er pensumbøker. Jeg fant da en bok som var utgitt i 2014, en håndbok i psykososialt støttearbeid (Skants, 2014). Jeg fant også en bok om pasient og pårørendes psykososiale reaksjoner og behov ved kritisk sykdom (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Her går forfatter mer inn i hvordan det er for pårørende og være tilstede sammen med pasienten under HLR. For å finne sykepleieteori har jeg brukt boken til Travelbee som er oversatt til Norsk (Travelbee, 2001). Jeg har også tatt i bruk pensumbøker som forklarer nærmere hva HLR er samt etiske prinsipper.

2.4 Kildekritikk

En av bøkene som jeg har brukt i oppgaven er Omsorg i kriser som er skrevet av Petter Skants. Denne boken er utgitt i 2014 og har mye god informasjon om hvordan en kan gi psykososial omsorg til personer i krise. Boken er egentlig ment for større katastrofer som situasjonen som oppstod her i Norge 22.juli 2011. Min oppgave går ikke ut på en så omfattende situasjon, men for personen det gjelder vil denne situasjonen være stor og omfattende for dem. Derfor valgte jeg allikevel å bruke den i min oppgave. Det som også er positivt ved det Skants skriver er at han ikke beskriver akkurat

hva du skal gjøre i forskjellige situasjoner, men at han får frem at en må se på skjønn når en driver med psykososial førstehjelp.

En annen bok jeg har valgt å bruke er Å være akutt kritisk syk som er skrevet av Anna Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal. Dette er en bok som ble gitt ut i 2004. Det finnes ikke en nyere versjon av denne boken, men den gir god innblikk i hvordan det er for pårørende ved HLR. Boken bruker noe forskning for å få frem dette og forskningen er fra 1998. Når en bruker sekundærlitteratur er det forfatterens tolkning av forskningen som kommer frem. Det kan da være vanskelig å vite om du selv ville hatt samme tolkning av artikkelen.

Forskningen som er tatt i bruk er engelskspråklige. Kun en av artiklene er Norge presentert som flest deltakere. Forfatterne som har skrevet artiklene har mye erfaring og de har yrker som er relevant til temaet (sykepleiere, professorer o.l.). Jeg har valgt forskning som ikke er eldre enn ti år for å få mest mulig ny litteratur. Forskningen kan brukes i min oppgave for å få kunnskap om erfaringer som er blitt gjort av sykepleiere og pårørende.

3 Teoridel

3.1 Hjertestans

Ved hjertestans stopper all blodsirkulasjon noe som fører til iskemi og hypoksisk celledskade i alle deler av kroppen. Hjerneskade skjer etter 4-5 minutter på grunn av at nervecellene er spesielt følsomme for oksygenmangel. Myokard blir også skadet, muskelcellene stopper å virke og blir ødelagte. Tilstanden blir da irreversibel. Årsaken til hjertestans er nesten alltid ventrikkelflimmer eller asystoli. Årsaken til at en får asystoli eller ventrikkelflimmer er vanligvis iskemisk hjertesykdom (Wyller, 2009).

3.2 Avansert hjerte-lunge-redning

HLR vil si at en starter med 30 brystkompresjoner for så å ta 2 innblåsing. Ved kompresjoner står en over pasienten med rette armer og plassere håndroten midt på brystkassen, trykker ned ca. 5-6 cm. Så tar en 2 innblåsing for så å starte på nytt med kompresjoner. Avansert HLR blir brukt på sykehus. De samme prinsippene gjelder, men man har mer avansert utstyr og personale med god kompetanse som kan utføre prosedyrer som avansert luftveishåndtering. Det vil si at en intuberer pasienten, altså fører en tube ned i luftveiene for å sikre at luften kommer ned i lungene. Det blir mer kontrollert oksygenisering, samtidig hindrer man at pasienten aspirerer (Haugen, 2011). En administrerer også legemidler og bruker manuell defibrillering. På sykehus er det noen steder de tar i bruk en egen maskin som utfører brystkompresjonene. Fordelen med disse maskinene er at de vil gi

samme rytme og riktig trykk kontinuerlig. HLR er fysisk krevende og når en holder på med det lenge blir kompresjonene svekket (Forstrønen, Haugen, & Knudsen jr, 2011).

3.3 Joyce Travelbee og den sykes familie.

I følge Travelbee sin sykepleieteori er det mellommenneskelige det som foregår mellom sykepleier og pasient. Hvordan denne interaksjonen oppleves og konsekvensene det kan ha for pasienten og tilstanden pasienten har. I sin definisjon av sykepleie viser Travelbee også at det å ta vare på eller hjelpe pårørende også er en del av sykepleie (Kirkevold, 1998).

Pårørende vil bli påvirket av at en nær person er blitt syk. Pårørende vil også ha en reaksjon ovenfor sykdommen. De kan også ha behov for å få hjelp av en sykepleier. For å få hjelp til å bearbeide eller forstå sykdommen som har oppstått hos deres nærmeste (Travelbee, 2001).

Sykepleiere kan påvirkes av sine holdninger ovenfor pårørende. Ofte blir pårørende sett på som en belastning med spørsmål og krav. Noen ser på pårørende som vanskelige og et problem, men Travelbee (2001) mener at "Alt som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt" (s.259). Dersom sykepleier hjelper selve pasienten med å gi god sykepleie vil hun indirekte hjelpe familien. Sykepleier bør også prøve å bli kjent med familien og gi de besøkende oppmerksomhet så de kan snakke med sykepleier og hun lytte dersom de har behov for dette. Da kan det være lettere for dem å eventuelt drøfte pleien til pasienten og pårørende får den informasjonen de trenger for at de skal kunne gi god støtt og omsorg for pasienten. Litt oppmerksomhet kan bety mye for pårørende (Travelbee, 2001).

3.4 Akutte stressreaksjoner hos pårørende

Mennesker reagerer forskjellig i akutte situasjoner. Når en havner i en akutt hendelse må en kunne tilpasse seg menneskene som har behov for psykososial hjelp. Det finnes flere forskjellige akutte stressreaksjoner (Skants, 2014). Jeg kommer nå til å gå inn på de mest vanlige reaksjonene.

3.4.1 Fysiske reaksjoner

Mange får reaksjoner hvor de har behov for hyppig vannlating. Andre vanlige reaksjon kan være muskelspenninger, skjelving og dirringer. Kraftig svetting og hjerteklapp er også vanlig. Diaré eller brekninger kan oppleves hos mange, samt svimmelhet/besvimelse eller pusteproblemer (Skants, 2014). En kan også oppleve svette og frysninger om hverandre og få tunnelsyn eller et avgrenset synsfelt. Flere kjenner på generelle smerter i ryggen og bryste, hodepine eller «klump i halsen». Trøtthet, fysisk svakhet, muskeltretthet og at kroppsdeler føles som de sovner bort. Noen kan også lett bli skremte. Disse reaksjonene er naturlige og vil gå bort etter hvert. Det er ikke tegn på at personen er blitt fysisk syk, men dersom symptomene blir svært tydelige burde man vurdere om de

har behov for å snakke med en lege. Da er det også en god anledning til å snakke om andre reaksjoner som kan være vanskelig å få frem (Skants, 2014).

3.4.2 Mentale reaksjoner

Hjernen vår fungerer slik at i en stressende situasjon vil den prioritere å bruke energien sin på det som den syntes virker viktigst. Den stopper de mest avanserte funksjonene som logisk tenkning og beslutningsevne. Dette fører da til at en mister evnen til å se ting objektivt. Man mister konsentrasjonsevnen, tankene går langsommere og hukommelsen blir svekket. Man kan også bli desorientert og oppleve indre forvirring (Skants, 2014). Når en opplever noe traumatisk kan en få sterke sanseintrykk. Noen opplever at tiden nesten står stille eller at tiden går veldig fort. Tidsopplevelsen kan gjøre slik at en blir veldig fokusert på deler av det en opplever. Opplevelsen av det en har vært igjennom har mye med tidsopplevelsen å gjøre (Skants, 2014).

3.4.3 Følelsesmessige reaksjoner

Følelsesmessige reaksjoner kan være alt fra apati til opplevelsen av å være sårbar eller heroisk. Angst er derfor en vanlig etterreaksjon. En kan bli urolig, rastløs eller bli lett skremt når en har angst. Det er ikke uvanlig at en blir redd for mørket eller at en reagerer sterkere på lydinntrykk. Vanlige følelsesmessige reaksjoner kan også være irritabilitet og rastløshet. Opplevelsen kan virke som en drøm og en får en opplevelse av uvirkelighet. Dette blir kanskje mer virkelig etter hvert som hendelsen får synke inn. For noen er det en naturlig reaksjon å gråte, mens for andre kan det sette seg en klump i halsen eller i magen. Det er vanlig at noen sitte igjen med skyldfølelse i ettertid av hendelsen uavhengig om det er grunn til det eller ikke. Selv om det er vanskelig å forholde seg til skyldfølelse og at de eventuelt klandrer seg selv trenger ikke vi ta det vekk fra dem, da dette ikke hjelper. Det er viktig å ikke ta stilling til dette, men støtte personen som har det vanskelig. Skamfølelse ser en ofte der personer tenker på hvordan de har oppført seg ved en hendelse. Denne følelsen kan føre til at personen ikke gir informasjon eller riktig informasjon til nødvendig helsepersonell. Den som har denne følelsen kan få problemer med å bearbeide reaksjonene dersom en henger seg opp i skamfølelsen. Dette er en av grunnene til utviklingen av PTSD altså posttraumatisk stresslidelse (Skants, 2014).

3.4.4 Atferdsmessige reaksjoner

Hvordan man oppfører seg ved en akutt hendelse er veldig forskjellig fra person til person. Noen blir apatiske eller skal gjøre diverse oppgaver som kan være farlige med tanke på egen eller andres sikkerhet. En del får problemer med å kommunisere med andre. Noen blir hyperaktive og noen kan bli aggressive. Sinne er ofte normalt i en alvorlig hendelse. Sinnet retter seg ofte mot noen som kan ta skylden for at hendelsen har skjedd eller at det ikke er blitt gjort nok eller at situasjonen ikke er

håndtert godt nok. Ofte endrer man mening når man får tenkt seg om. Sinne er en reaksjon som ikke bør tas personlig da det ikke er en vurdering av arbeidet som er blitt gjort. Det å gråte er vanlig, mange gråter mye selv om de ikke helt forstår hvorfor. Noen får også et behov for å rydde opp i saker i livet sitt, for eksempel i huset eller ting som de har tenkt lenge at de skal rydde opp i. Det kan derfor være behov for å informere familie og eventuelt bank, advokat om hjelp til å «roe ned» endringstempoet.

Noen har behov for å trekke seg litt tilbake og ønske ikke å snakke om det som har hendt eller å ha kontakt med mye mennesker. Selv om noen liker å ha det stille og ikke snakke, kan de føle at det er greit å ha noen der som en støtte. Øyekontakt og det å bare komme innom kan vise at en bryr seg og at en er der for personen dersom han skulle trenge det. Samtaler burde starte på den personens premisser (Skants, 2014).

3.5 Å være til stede

Dersom pårørende spør om å få være tilstede når en skal utføre HLR hos en pasient, bruker de sin rett til samtykke og informasjon når pasienten selv ikke har mulighet til å bruke sin rett til samtykke. De internasjonale retningslinjene for HLR ble sluttført i 2000 (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Disse retningslinjene viser at dersom det er mulighet burde pårørende få tilbud om å være til stede når gjenoppliving pågår. Pårørende må da være sammen med en sakkyndig person gjennom prosessen, som kan gi støtte, forklare, svare på spørsmål og som kan vurdere om pårørende burde forlate rommet. Det er viktig at pårørende selv får bestemme om de vil være tilstede eller ikke og at de ikke føler seg presset til det (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Når pårørende ikke blir med inn i rommet hvor deres nære får AHLR, men de var der når pasienten fikk hjertestans kan dette bilde sette seg fast på netthinnen. Man tenker seg gjerne til hva som foregår inne på gjenopplivningsrommet uten at en vet helt sikkert. Dersom gjenopplivningen da ikke er vellykket kan pårørende sitte igjen med et skremmende bilde av at pasienten er hjelpeløs eller at de fikk inntrykk av eller opplever at han hadde smerte.

Dersom pårørende får være med inn mens HLR pågår kan de få følelsen av at de gjør noe for pasienten. At de støtter pasienten. Samtidig får en se hvordan det jobbes og at det som kan bli gjort blir gjort. AHLR kan se brutalt ut, det at pårørende ser dette kan også gi dem en mer realistisk tanke om at det kan gå bra samtidig som de blir forberedt på at det kan gå galt. Realiteten kan ofte se bedre ut i virkeligheten enn i forhold til hva en tenker seg at foregår i gjenopplivningsrommet.

Pårørende har ofte behov for å være sammen med pasienten når noe akutt skjer. De kan ønske å være sammen med pasienten for å gi støtte. Det kan også hjelpe dem med å redusere tvil om hva

som har hendt. De får da også vite hva som er gjort og hvordan. Pasienten kan ses på som naken og forsvarsløs når HLR pågår. Derfor kan en stille spørsmål om det går utover pasientens integritet. Ville pasienten ha ønsket at pårørende ser han slik? At han kan bli husket der helsepersonell jobber intensivt med han, eller at han blir husket som den han var. Man burde snakke med sine nærmeste om akkurat dette.

For at pårørende skal være tilstede under HLR burde det være retningslinjer på dette så det ikke blir en diskusjon når hendelsen skjer. Det er også viktig at det er personell ledig som kan ta seg av pårørende uten at det går utover behandlingen av pasienten. Pårørende må også få god informasjon om hva som venter dem inne på rommet hvor pasienten ligger. At pasienten er intubert og at HLR pågår (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

3.6 Etikk og lovverk

3.6.1 Yrkesetiske retningslinjer

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hentet fra Norsk sykepleierforbund (2011) står det:

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 (s.9).

3.6.2 Nærhetsetikk

Nærhetsetikken handler om at etikken oppstår i situasjoner hvor mennesker møtes. En må være oppmerksom på det spesielle i enkelte situasjoner og møter. Det settes fokus på samspillet mellom to ulike individer. Den etiske begrunnelsen skjer i en situasjonsforståelse. En bruker følelser og intuisjoner for å forstå at faglige og moralske verdier står i fare (Brinchmann, 2005).

Nærhetsetikk kan også være relasjonsetikk da sykepleierens holdninger og oppførsel vil ha betydning for om en situasjon blir god for pasient og pårørende. Dette vil også være situasjonsavhengig.

Sykepleierens holdninger, oppførsel og handlingsvalg oppleves positivt for pasienten eller pårørende. Sykepleierens kommunikasjonsevne har en stor betydning for at pasient og pårørende ikke skal føle at sykepleier har all makten. Det er viktig at de får forklaring på hvorfor ting blir gjort og at de er med i dialogen. Informasjon fra sykepleier kan feiltolkes eller ikke føles god eller tilstrekkelig nok. Via

sykepleierens oppførsel, kroppsspråk samt gjennom kommunikasjon blir hennes moral og etikk uttrykt (Brinchmann, 2005).

3.6.3 Lover

"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, § 3-1, 2014).

3.7 Forskning

European Cardiovascular Nurses` experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. En kvantitativ artikkel hvor det er brukt spørreundersøkelse som metode. Det er 411 sykepleiere som har deltatt i spørreundersøkelsen. I artikkelen viste det seg at under halvparten av disse kardiologiske sykepleiere hadde erfart en situasjon hvor pårørende hadde vært tilstede under HLR og lokale prosedyrer var sjeldne. Det var ingen klare positive eller negative holdninger om å ha pårørende tilstede, men erfaring i sykepleie gjorde dem mer positive mot det. Sykepleiere fra Storbritannia og Irland var mer positiv til å ha pårørende tilstede enn sykepleierne fra Sverige og Norge. 11,8 % av sykepleiere fra Storbritannia hadde protokoller på sin avdeling om å ha pårørende til stede, mens i Norge svarte kun 4,3 % at de hadde dette. Rundt halvparten av sykepleierne var ikke enige i at pårørende skulle alltid få tilbudet om å være tilstede ved HLR. 60 % var ikke enige i at pårørende skulle være med på bestemmelser om å avslutte gjenopplivningen. 71 % var enige i at å ha pårørende tilstede hjalp pårørende til å vite at alt som kunne bli gjort ble gjort for å redde pasienten. Halvparten av sykepleierne mente at det ville hjelpe pårørende i sorgprosessen dersom de var tilstede under HLR (Axelsson, et al., 2009).

Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. Er en kvantitativ studie hvor det er brukt spørreundersøkelse som metode. Det var 166 tyske intensiv sykepleiere som deltok i undersøkelsen. Ifølge artikkelen viser det seg at sykepleierne har mer en bevoktet holdning ovenfor å ha pårørende tilstede under gjenopplivning. Reservasjonene deres er delvis basert på deres erfaringer og oppfatninger av prosessene og resultatene av denne praksisen, og angsten for å bli observert når de utfører HLR, samt frykt for rettsforfølgelse. De rapporterte holdningene og erfaringene i denne studien er ikke unike i Tyskland dette kan være på grunn av kulturelle verdier og sosiale tradisjoner. 64 sykepleiere var enige (58 svært enig) i at dersom pårørende var tilstede under HLR burde det være en person fra gjenopplivningsteamet som bare skulle ta seg av dem. 78 sykepleiere var enig (46 svært enige) i at det ikke burde være vanlig praksis at pårørende skulle være tilstede under HLR (Köberich, Kaltwasser, Rothaug, & Albarran, 2010).

4 Drøfting

Når ens kjære er på sykehus er dette en skremmende situasjon. I hvert fall når det står mellom liv og død, noe det gjør når en person får hjertestans. Når sykepleiere starter AHLR er dette en vanskelig situasjon for pårørende, det er da mye som skjer rundt pasienten, situasjonen blir også fort veldig hektisk. Så hvordan kan en ivareta pårørende når deres nærmeste får avansert hjerte-lunge-redning? I dette kapittelet vil jeg drøfte teorien fra teorikapittelet og forskning opp mot problemstillingen.

4.1 Å være sykepleier ved AHLR

Å være sykepleier kan være en omfattende oppgave. Ifølge Travelbee (2011) er det en del av sykepleierens oppgave å ivareta pårørende. Hun skriver også i sin definisjon at sykepleier skal forebygge og hjelpe med forståelse og takle sykdom. Dette gjelder også i akutte situasjoner. Når en person får hjertesans kan dette være traumatisk for pårørende og det er viktig at de får god støtte og omsorg av sykepleier. Forskning viste at pårørende syntes at igangsetting av HLR var vanskelig, skummelt og kaotisk, men de følte takknemlighet ovenfor personalet som ga støtte (Holm, Norekvål, Fållun, & Gjengedal, 2012). Når sykepleier støtter, forsikrer og oppløfter pårørende vil dette virke positivt inn på dem (Eggenberger & Nelms, 2005).

Når en komprimerer under HLR er dette fysisk krevende arbeid og en kan lett bli sliten etter noen sløyfer (Forstrønen, Haugen, & Knudsen jr, 2011). Det er viktig at det er nok personell tilstede så en raskt og effektivt kan bytte på å ta kompresjoner. Det er også mange oppgaver som settes i gang ved AHLR, det trengs en del personer til å få fullført disse oppgavene og gi pasienten best mulig sjans for å overleve. Dette kan bli veldig travelt og i flere tilfeller er det ikke nok personell på avdelingen til å ta seg av pårørende. En spørreundersøkelse viste at 50% av tyske sykepleiere, mente at det var for lite bemanning på jobb til at en kunne ta seg av pårørende (Köberich et al. 2010). Dette vil gå utover pårørende som da kan bli stående aleine på utsiden og ikke vite hva som foregår. I en slik situasjon kan det fort bli kaotisk og veldig hektisk. Da kan det fort bli veldig skremmende og frustrerende for pårørende når de står der aleine uten informasjon og støtte.

Dersom det er nok bemanning på jobb, hvem sin oppgave er det å ta seg av pårørende? Erfaring er godt å ha, men kan en forvente at alle har erfaring nok til å stå i denne situasjonen? En nyutdannet sykepleier har kanskje ikke vært med på en stans før, hun har nok fått HLR trening på «anna» dukken i rolige omgivelser og vet godt at det er 30:2. Hva hun skal gjøre med pårørende er en helt annen sak. For en nyutdannet sykepleier kan det være utfordrende å stå sammen med pårørende. I følge Skants (2014) er det viktig at en er klar over at personer som er i krise reagerer forskjellig. Ved en hjertestans vil nærmeste pårørende få en reaksjon som godt kan beskrives som en krisesituasjon. Det er viktig å vite hvordan sykepleieren selv reagerer i slike situasjoner. Når det er hun som skal ta vare

på pårørende. Det finnes ikke noe konklusjon på hvordan det skal gjøres, men det er en fordel om sykepleier klarer å tilpasse seg pårørende som har behov for psykososial førstehjelp for å møte deres behov for hjelp og støtte. En må observere hvordan pårørende reagerer og handle deretter. Dersom pårørende trekker seg unna og ikke ønsker å snakke, kan sykepleier vise at hun er der for dem ved å se til dem eller holde en hånd på skulderen eller hånden (Skants, 2014).

Usikkerhet hos sykepleier merkes hos pårørende. Når sykepleier er usikker uttrykker hun dette ved hvordan hun oppfører seg og hva hun sier. Dersom hun har erfaring fra en slik situasjon og vet hva som skjer i gjenopplivningsrommet kan dette virke betryggende for pårørende. Med erfaring blir man kanskje roligere i slike situasjoner og mer rustet til å håndtere dem. Nærhetsetikken som også kan kalles relasjonsetikk viser til sykepleiers kommunikasjonsevne. Når sykepleier klarer å kommunisere med pårørende på en god måte, så de får tryggheten og informasjonen som de har bruk for i situasjonen (Brinchmann, 2005). Samtidig som en kan finne ut om pårørende har fått den informasjonen de har rett på å få (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

En pårørende forklarer en sykepleier slik:

"Vi hadde en flott sykepleier. Hun var villig til å svare på alle spørsmål. Å få høre hva som virkelig foregikk var skremmende, men det hjalp å vite hva som foregikk og at hun forklarte det på en måte som vi kunne forstå" (Eggenberger & Nelms, 2005).

Kunnskap og erfaring er en viktig del av sykepleien. Når sykepleier har kunnskap og erfaring om hjertestans, AHLR og er forberedt på pårørendes forskjellige stressreaksjoner blir det lettere å ivareta pårørende. Dette forutsier da at sykepleieren klarer å håndtere de forskjellige reaksjonene og at hun ikke tar de personlig, men profesjonelt. Siden mange reagerer med sinne når en situasjon blir stressende. For at sykepleieren skal klare å ivareta pårørende må hun kunne være fleksibel i den psykososiale hjelpen hun gir. Hun må klare å imøtekomme pårørende på den måten som de har behov for siden det er forskjellige reaksjoner en får. Uansett om pårørende blir nærmest apatiske eller om de blir hyperaktive vil det hjelpe sykepleieren om hun er klar over at dette er normale reaksjoner (Skants, 2014).

Det kan forekomme at sykepleiere har negative holdninger ovenfor pårørende. Pårørende som har mange spørsmål når sykepleier egentlig ikke har tid til å svare eller pårørende som krever alt pasienten har rett på (Travelbee, 2001). Slike holdninger vil påvirke sykepleieren, samtidig som det har betydning for om en situasjon blir positiv eller negativ for pårørende (Brinchmann, 2005). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Hvordan vi møter pårørende og forholder oss til dem, vil innvirke på hvordan pårørende oppfatter situasjonen og hvordan pårørende føler seg. Ved å ha

negative holdninger ovenfor dem vil det gjøre det vanskeligere for sykepleier å kunne ivareta dem. Hvorfor støtte og ivareta på en person som en tenker bare er vanskelig?

Negative holdninger vil påvirke sykepleiers kommunikasjonsmåte. Pårørende kan misforstå det som blir sagt av sykepleier. Dette kan igjen føre til at pårørende ikke forstår hva som skjer og hva som kan skje. Viktigheten ved å få god informasjon og dele informasjon mellom pårørende og sykepleier har betydning for hvordan relasjonen mellom partene blir (Eggenberger & Nelms, 2005). Dette er et viktig utgangspunkt når en skal støtte og ivareta dem i en alvorlig situasjon. Dersom en har gode holdninger mot pårørende og klarer å se dem som pårørende i en skremmende situasjon vil det være bedre for sykepleier å kunne ivareta dem og gi dem den støtten de trenger uten å dømme hvordan de reagerer på situasjonen.

Sykepleier skal alltid handle i pasientens beste interesse. Når sykepleier pleier godt med pasienten vil dette virke inn positivt på pårørende, men når pårørende blir glemt kan dette fort bli negativt. En pårørende forklarer en situasjon slik:

"Vi hadde på en måte en dårlig erfaring med en sykepleier. Etter at vi hadde snakket om det merket vi at hun var der for pasienten, men vi følte at hun ikke var der for oss. Det virket ikke som hun forstod hva som var viktig for oss. Jeg regner med at det er en del av jobben hennes å være der for han (pasienten) og ta vare på han, men hva med å huske på at vi er her også" (Eggenberger & Nelms, 2005).

Det er ofte lite som skal til for å stille opp for pårørende. Av egen erfaring har pårørende blitt veldig takknemlig for bare en kopp kaffe. Dersom sykepleier tar kontakt med pårørende og viser omsorg, lytter til de, gir øyekontakt og gjerne en hånd å holde i kan dette vise pårørende at sykepleier er her for dem også (Travelbee, 2001).

4.2 Hvordan ivareta pårørende ved gjenopplivningsrommet?

Når det kommer til gjenopplivningsrommet altså der pasienten får HLR viser det seg at sykepleiere syntes det er viktig at pårørende har en person de kan forholde seg til. En som kan lede dem igjennom situasjonen og forklare hva de vil se i gjenopplivningsrommet, en som kan gi dem støtte og være med dem ut av rommet dersom det blir for mye for dem. Flere sykepleiere mener at dersom pårørende er tilstede under HLR ville dette være for traumatisk for pårørende (Köberich, et al., 2010). Ved AHLR presser man ribbebeina til pasienten ned 5-6 cm (Forstrønen, et al., 2011) samtidig som en hører at ribbebeina knekker, når en gir sjokk vil hele kroppen til pasienten rykke til. Derfor kan det bli uheldig for pårørende å skulle se dette, samtidig som det kan være et skremmende sted å være for dem. Det er gjerne mange ledninger som er koblet til pasienten, væske som henges opp,

samtidig som han/hun er intubert eller skal til å bli intubert. Dette kan se ganske brutalt ut og pasienten kan oppleves som naken og hjelpeløs.

Hvis pårørende er sammen med pasienten når han/hun får hjertestans kan de sitte igjen med et skremmende bilde av pasienten. Han/hun er gjerne blitt cyanotisk, samtidig som pasienten mister bevissthet. Når det er det siste bildet de har av sin kjære kan det være bra for dem å kunne se at helsepersonell jobber med pasienten for å gjenopplive han/hun. De får da et annet bilde av pasienten, men er det riktig bilde for dem å sitte igjen med? Siden gjenoppliving kan se veldig brutalt ut er det flere sykepleiere som vil anbefale pårørende å vente utenfor mens HLR pågår.

Pårørende kan føle en trang til å være hos pasienten når det skjer noe akutt. Dersom de får være tilstede under gjenopplivingen kan det gi dem en følelse av at de for være der får pasienten og at de gir han/hun støtte (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Det kan gjøre det lettere for dem å takle sorgen bedre dersom gjenopplivingen blir mislykket. Samtidig kan pårørende få en realistisk tankegang for hvor alvorlig situasjonen er. Det kan hjelpe dem til å forberede seg for utfallet av gjenopplivingen og eventuelt få tilbringe det siste øyeblikket sammen. Det er flere sykepleiere som mener at pårørende ville mer sannsynlig si ja til å avslutte HLR dersom de fikk være tilstede i rommet, mens noen har opplevd at de nesten ble truet til å fortsette (Axelsson, et al., 2009). Det er mange som sitter igjen med en skyldfølelse etter et traume (Skants, 2014), dersom vi legger avgjørelsen på pårørende kan de bli sittende igjen med tanken om at dersom de hadde sagt nei til å avslutte så kan det være at pasienten hadde overlevd. Ved å la medisinere avgjøre hva som er riktig vil vi avløse pårørende for denne oppgaven. Det blir også en mer medisinsk riktig avgjørelse med tanke på hva pasientens prognose vil bli ut ifra pasientens tilstand. I Norge er det vanlig at det er en lege/overlege med i akutt teamet. Legen tilkalles ved stans alarm og avgjør om HLR skal avsluttes.

En må også tenke på pasientens ønske. Om pasienten egentlig vil at pårørende skal være tilstede under gjenopplivingen? Dersom det blir interessekonflikt mellom pasient og pårørende skal hensynet til pasienten prioriteres (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det kan være viktig å snakke med pårørende og pasient om dette er noe pasienten ønsker før hjertestansen. Akkurat som man signerer på et donorkort (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). De fleste tenker ikke på at de kan få hjertestans en dag. Derfor er det ikke mange som snakker med sine pårørende om en slik situasjon. Dersom pasienten har ytret at han/hun ikke ønsker at pårørende skal være tilstede ved en slik prosedyre må dette tas hensyn til. Når det ikke er diskutert kan pårørende ifølge pasient og bruker- rettighetsloven (2013) medvirke sammen med pasienten. Pårørende kan da være tilstede da pasienten ikke har samtykkekompetanse når han/hun ikke lengre er bevisst, men dersom sykepleier føler at det kan bli for tøft for pårørende å være tilstede kan hun anbefale på det sterkeste at de venter utenfor

rommet. Observerer man at pårørende skjelver, blir hyperaktiv eller gråter konstant, må man vurdere om det er greit for pårørende å være i rommet. En må vurdere om det blir for belastende for dem og om det eventuelt forstyrrer HLR. En normal reaksjon er å skulle hjelpe til med det personen føler er viktig (Skants, 2014), dette kan forstyrre HLR dersom pårørende går i veien.

Flere sykepleiere er også bekymret for at pårørende skal misforstå det som blir sagt i rommet (Axelsson, et al., 2009). Når en jobber med pasienten er det positivt for sykepleieren som står og komprimerer at hun får beskjed om at hun gjør en god jobb. Dette gir da motivasjon til å fortsette samtidig som at hun vet at hun gir gode kompresjoner. For pårørende kan dette høres galt ut. Det at det står en person og sier at sykepleieren gjør en god jobb når hun står med hendene 5-6 cm ned i brystet på deres kjære, samtidig som teamet informerer leger og akutt team om tilstanden til pasienten. Det som blir sagt under denne samtalen kan også mistolkes av pårørende. Dersom noe misforstås kan pårørende uttrykke sinne, samtidig som de kan føle at pleierne snakker nedverdiggende om pasienten. Noen sykepleiere er også redd for at taushetsplikten skal bli brutt under denne samtalen (Axelsson, et al., 2009). Sykepleier har mulighet til å skjerme pårørende for denne samtalen ved å gi dem den informasjonen de trenger utenfor rommet, forklare og informere hva som skjer der inne, berolige dem og støtte dem.

Når pårørende ikke er med i gjenopplivningsrommet er det mange som forestiller seg hva som foregår der. Virkeligheten kan da være bedre enn hva de ser for seg at foregår. Ved å være tilstede vil de kunne se at det som kan bli gjort for å redde pasienten blir gjort og dette kan være godt for dem å se (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Det at de til og med på sykehuset ikke klarte å redde pasienten, men at de gjorde det beste de kunne gjøre for ham/henne (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Samtidig vil jeg tro at pårørende stoler på at alt som kan bli gjort blir gjort av helsepersonellet for å redde pasienten.

5 Konklusjon

Å være pårørende når deres nærmeste får hjertestans kan være utfordrende. Når en skal ivareta pårørende i en slik alvorlig situasjon er det viktig å være forberedt på hvordan pårørende kan reagere. Sykepleier må være omsorgsfull og trygg i sin oppgave og kunne observere hvordan de takler situasjonen. Alle mennesker reagerer forskjellig i en krisesituasjon. Sykepleier som skal ivareta pårørende må da kunne tilpasse seg dem og handle ut i fra hvordan de reagerer. Dette blir en vurderings sak og kan være alt fra å informere, roe ned eller kanskje de bare trenger en som kan stå ved deres side.

Sykepleier må vite hva for foregår i gjenopplivningsrommet så hun kan informere pårørende om dette. Dersom pårørende ønsker å være i rommet kan hun anbefale de å vente utenfor siden det kan bli for sterkt for dem. Hun kan stå med pårørende inne i rommet dersom de absolutt ønsker å være der og følge dem ut dersom det blir for mye for dem. Ifølge Axelsson, et al. (2009) viser det seg at norske sykepleiere er gruppen som er mest negativ til å ha pårørende tilstede under HLR, mens sykepleiere fra andre land er mer positive. Dette grunnlegges ved at det blir for traumatisk for pårørende å være tilstede.

Denne situasjonen kan oppstå på forskjellige avdelinger på sykehus. Det er viktig å tenke over hvilke holdninger en har og diskutere på avdelingen hvordan en skal ta seg av pårørende dersom de er tilstede. Når en er forberedt på å ha pårørende tilstede er en mer rustet til å kunne mestre situasjonen. Det er en forutsetning at man har nok kapasitet til at en sykepleier kan være med pårørende. I Norge trenger enn mer forskning på hvordan pårørende opplever gjenopplivningen de bevitner for å kunne kartlegge og mulig åpne for at pårørende kan være tilstede dersom de ønsker det. Vi vil da få mer kunnskap om hvordan vi kan ivareta dem. I andre land er det lagt inn rutiner på at pårørende er tilstede under HLR. Dersom vi får mer kunnskap om hvordan dette er for stansteamet og pårørende vil det kanskje bli mer akseptert i Norge også.

Bibliografi

- Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Reimer, W. S., Smith, K., . . . Norekvål, T. M. (2009). *European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room*. *European journal of Cardiovascular Nursing* (nr 9 s. 15-23).
- Brinchmann, B. S. (2005). *Nærhetsetikk*. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. p. (2005). *Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness*. *Journal of clinical nursing*, (16, 1618-1628).
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur & kultur.
- Forstrønen, A., Haugen, J. E., & Knudsen jr, Ø. (2011). *Hjerte-lunge-redning*. I J. E. Haugen, & Ø. Knudsen jr (Red.), *Akuttmedisinsk sykepleie - utenfor sykehus* (s. 96). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Haugen, J. E. (2011). *Væskebehandling, smertebehandling og avanserte luftveistiltak*. I J. E. Haugen, & Ø. Knudsen jr. (Red.), *Akuttmedisinsk sykepleie -utenfor sykehus* (s. 112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holm, M. S., Norekvål, T. M., Fållun, N., & Gjengedal, E. (2012). *Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study*. *British association of critical care nurses* (No 5) .
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). *Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses*. *BACN, Nursing in critical care* Vol 15 no 5.
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Førstehjelpsrad. (2011). *Hjerte-lunge-redning*. I *Førstehjelp* (s. 40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* . Oslo: Norsk sykepleierforbund . Hentet fra NSF.no:
file:///C:/Users/marit/Desktop/Bacheloroppgave/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2014). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wyller, B. V. (2009). *Det syke mennesket*. Oslo: Akribe AS.