



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 122

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6523

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell 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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 73

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Hjertestans og sykepleieren: Et innblikk før, under og etter.

Cardiac arrest and the nurse: An insight before, during and after.

**Jarl Henrik Ulvestad Foss, #122**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde

Veileder: Ole Tormod Kleiven

Dato: 07.06.2019

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

## Sammendrag

Tittel: Hjertestans og sykepleieren: Et innblikk før, under og etter.

Bakgrunn for valg av tema: Temaet er valgt på bakgrunn av erfaringer fra en hjertestans jeg opplevde på sykehus, hvor jeg i ettertid tenkte på de ansatte som jobbet der og lurte på hvor forberedte de selv følte seg til å håndtere situasjonen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier stille best forberedt til å håndtere uforventet hjertestans på avdeling?

Metode: Oppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode og baserer seg på faglitteratur og seks forskningsartikler for å besvare problemstillingen.

Oppsummering av funn og konklusjon: Litteraturstudien viser at resusciteringsforsøk kan oppleves som stressende for sykepleiere, samt at negative senvirkninger for sykepleieres helse og arbeidsevne kan utvikle seg som konsekvens av dette. Følelsen av å være forberedt har ifølge sykepleiere positiv effekt for å motvirke opplevd stress. Oppgaven belyser sentrale aspekter i forberedelsesfasen, som lederskapstrening, anvendelse av debrief som verktøy for å videreutvikle praksis og øving, samt en anbefaling om frekvensen på øvingene ut ifra hva litteraturen i oppgaven sier. Det fremmes også gjennom oppgaven ønsket og behovet for sykepleiere om formalisering av debrief i etterkant av hjertestanssituasjoner, som et forebyggende tiltak for psykisk helse.

Nøkkelord: Hjerte-lunge-redning, resuscitering, Sekundærtraumer, sykepleieres erfaring, debrief

## Abstract

Title: Cardiac arrest and the nurse: An insight before, during and after

Background for the theme selection: The theme was chosen on the basis of experiences from a cardiac arrest I experienced in a hospital, where I later thought about the employees who worked there and wondered how prepared they themselves felt to handle the situation.

Topic question: How can nursing be best prepared to handle unexpected cardiac arrest in the ward?

Method: The thesis is written as a literature study, based on academic literature and six research articles related to the topic.

Summary of results and conclusion: The literature study shows that resuscitation attempts can be perceived as stressful for nurses, and that negative side effects for nurses' health and work ability can develop as a consequence of this. The feeling of being prepared, according to nurses, has a positive effect in counteracting perceived stress. The thesis highlights key aspects of the preparation phase, such as leadership training, the use of debrief as a tool for further developing practice, and a recommendation on the frequency of training based on what the literature in the thesis says. It is also promoted nurses' desire and the need for formalized debriefs after cardiac arrest, as a preventive measure for mental health.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, secondary trauma, nurse's experience, debrief, training

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Samfunnsperspektivet .....	1
1.2	Sykepleieperspektivet.....	1
1.3	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.4	Problemstilling med avgrensning .....	2
1.5	Oppgavens oppbygging .....	3
2	Metode.....	4
2.1	Fremgangsmåte og litteraturgjennomgang .....	5
2.1.1	Forskningsartikkel 1.....	6
2.1.2	Forskningsartikkel 2.....	7
2.1.3	Forskningsartikkel 3.....	7
2.1.4	Forskningsartikkel 4.....	8
2.1.5	Forskningsartikkel 5.....	8
2.1.6	Forskningsartikkel 6.....	9
2.2	Kildekritikk .....	9
3	Teori .....	11
3.1	Lovverk.....	11
3.2	Hjertestans i Norge .....	12
3.3	Resuscitering.....	12
3.3.1	Basal hjerte-lunge-redning.....	13
3.3.2	Avansert hjerte-lunge-redning.....	13
3.3.3	Hjertestans på sykehus .....	13
3.4	Kommunikasjon .....	14
3.4.1	Rollefunksjon.....	14
3.4.2	Samhandling med lederrolle .....	14
3.5	Debrief .....	15
3.6	Arbeidsstress og utbrenthet.....	15
3.6.1	Sekundærtraumatisering.....	16
3.7	Øving og undervisning .....	16
4	Drøfting .....	17
4.1	Hvilke følelser og reaksjoner knyttes til resusciteringsforsøk hos sykepleiere?.....	17

4.1.1	Sykepleiers møte med kritiske pasienter .....	17
4.1.2	Den ferske jobber sammen med den erfarne .....	17
4.1.3	Kaos og lederskap.....	18
4.2	Hvordan bør sykepleiere forberedes for å håndtere hjertestans? .....	18
4.2.1	Simulering som pedagogisk metode for resuscitering.....	18
4.2.2	Hyppighet .....	20
4.3	Hvordan imøtekomme sykepleierens behov etter resusciteringsforsøk? .....	21
4.3.2	Sykepleiers behov for den profesjonelle debrief .....	22
5	Konklusjon.....	23
6	Litteraturliste .....	24

# 1 Innledning

## 1.1 Samfunnsperspektivet

Hjertesyke pasienter øker i omfang (Stubberud, Eikeland, & Haugland, 2016, p. 229), og sammen med akutt hjerteinfarkt er dette den absolutt største årsaken bak forekomst av hjertestans (Richardsen, 2010, p. 8). Ved hjertestans vil det etter kun 3-5 minutter under normale omstendigheter utvikle seg nerveskader i hjernen som følge av sirkulasjonsstansen (Richardsen, 2010, p. 12). Nevrologiske skader er forbundet med funksjonsnedsettelse, og ut ifra skadeomfang kan pasienten få sin livssituasjon vesentlig forandret. Dette kan skape følger med psykiske og sosiale utfordringer, sammen med invalidiserende konsekvenser som gjør dem mer avhengig av helseapparatet (Espeset et al., 2016, p. 269).

## 1.2 Sykepleieperspektivet

Sykepleiere jobber i et psykisk krevende yrke hvor arbeidsstress og utbrenthet er et velkjent fenomen, noe som kan spille direkte inn på arbeidsytelse og prestasjonsevnen. Høye krav og forventninger, stort arbeidspress og knapphet på tid medvirker til dette (Renolen, 2015, p. 160). Videre er sykepleiere utsatt for å utvikle sekundærtraumer med liknende tilsvarende negative konsekvenser, som følge av stadig traumeeksponering av pasienter med skrekkelige tilstander og situasjoner (Morrison & Joy, 2016).

Helseforetak har et ansvar overfor sykepleierne om å beskytte dem mot psykisk skadevirkning fra arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005), samt å gi dem kompetansen til å imøtekomme arbeidssituasjoner både fysisk og psykisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, 2011), men det kan argumenteres for at knapphet på tid og ressurser overlater sykepleiere til å ta ansvar både for pasienten og hverandre.

## 1.3 Bakgrunn for valg av tema

På sykehus opplevde jeg at en pasient fikk hjertestans under innleggelse på en avdeling som sjeldent har behov for å håndtere slike situasjoner, på bakgrunn av avdelingens



behandlingsområde. Pasienten var ved kritisk dårlig tilstand og personalets innsats med gjenopplivning gav dessverre ikke resultat. Dette fikk meg til å tenke på de ansatte som var involvert, og hvor forberedt de følte seg til å håndtere situasjonen. Denne hendelsen vekket en interesse i meg rundt hjertestans og hvordan slike situasjoner kan påvirke de ansatte i ettertid, og hvilke tiltak som bør iverksettes for at ansatte skal føle seg trygge og kompetente på jobb.

#### 1.4 Problemstilling med avgrensning

På bakgrunn av erfaringer presentert i kapittel 1.3 har jeg valgt følgende problemformulering:

*Hvordan kan sykepleiere stille best forberedt til å håndtere uforventet hjertestans på avdeling?*

Problemstillingen brytes ned i tre underspørsmål for å presisere og avgrense oppgaven:

1. Hvilke følelser og reaksjoner knyttes til resusciteringsforsøk hos sykepleiere?
2. Hvordan bør sykepleiere forberedes for å håndtere hjertestans?
3. Hvordan imøtekomme sykepleierens behov etter resusciteringsforsøk?

Oppgaven er rettet mot sykepleiere som jobber på sykehusavdelinger, og deltar i resusciteringsforsøk på avdelingen. Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiere til voksne pasienter over 18 år.

Pasientens pårørende og deres rolle før, under og etter hjertestans er relevant i tilknytning til sykepleiefaglige utfordringer, men vil ikke diskuteres som følge av oppgavens størrelse. Denne oppgaven vil se på pasienter som skal forsøkes gjenopplives ved hjertestans, og det vil heller ikke diskuteres inngående hvordan utfallet på resusciteringsforsøket har innvirkningen på personalet.

Oppgaven vil berøre problemstillinger rundt personalets kliniske erfaring, men vil ikke skille mellom hva slags type avdeling de jobber på. Dette utgjør en svakhet i oppgaven, da noen avdelinger eksponeres i større grad enn andre for hjertestanssituasjoner (Sjöberg,

Schönning, & Salzmann-Erikson, 2015), men sees som nødvendig for å begrense oppgaven. Sykepleieres kjønn diskuteres heller ikke.

Oppgaven vil ikke diskutere *hvordan* resuscitering utføres, da dette er lett tilgjengelig, etablert informasjon (Haugen, 2014; Juvkam, Aksnes, Dreyer, & Jensen, 2009; NRR, 2015; Richardsen, 2010; Stubberud et al., 2016; Sunde, Mangschou, & Jacobsen, 2012).

## 1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i tre hoveddeler bestående av innledning, hoveddel og avslutning. Innledningen inneholder presentasjon og bakgrunn for valg av tema, samt problemstilling med tilhørende avgrensning. Under metodekapittelet kommer det frem hvilke metoder som er valgt for å besvare problemstillingen. Videre vil strategi for innhenting av litteratur som anvendes i oppgaven legges frem, med tilhørende litteraturgjennomgang og kildekritikk. Forfatter velger å legge litteraturgjennomgang i metode, slik at leseren har kjennskap til de aktuelle artiklene før kildekritikk og teorikapittelet. Under teorikapittelet legges det teoretiske grunnlaget for å belyse sentrale aspekter opp mot problemstillingen. I drøftingen vil problemstillingen diskuteres opp mot teori og forskning. I oppgavens avslutning forsøker forfatter å besvare problemstillingen gjennom en konklusjon.

## 2 Metode

Metode er en fremgangsmåte for innhenting av kunnskap som skal besvare en problemstilling. For å utforske hvordan sykepleiere kan forberedes til håndteringen av hjertestans, velger jeg å benytte metoden litteraturstudie. Det innebærer at jeg henter data fra allerede eksisterende kunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, p. 207). Litteratur innhentes, og blir sett opp mot relevans og pålitelighet ved kritisk gjennomgang, og til slutt sammenfattes. Hensikten med en slik tilnærming er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området problemstillingen etterspør, samt hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, pp. 79–80). Beskrivelse av metode har til hensikt at leseren skal kunne etterprøve om resultatene er i overensstemmelse med virkeligheten, at data brukes nøyaktig og sikre at studien er etterprøvable (Dalland, 2017, p. 56).

I oppgaven er det valgt å bruke kvantitative og kvalitative forskningsartikler, samt oversiktsstudier. De *kvalitative forskningsartiklene* benytter intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse som datainnsamlingsmetode. De *kvantitative studiene* ser på målbare enheter for å fremstille objektiv data, og benytter spørreskjema med faste alternativer, systematiske og strukturerte observasjoner som datainnsamlingsmetode. En studie er en kombinasjon av disse, en såkalt *parallellundersøkelse*, som benytter både kvalitativ og kvantitativ data som gjensidig styrker hverandre (Thidemann, 2015, pp. 77–79). *Oversiktsstudier* reanalyserer et utvalg av relevante studier innenfor et forskningsområde, for å oppsummere og sammenligne resultater fra utvalget (Thidemann, 2015, p. 71).

Oppgaven vil bestå både av naturvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskapssyn. Naturvitenskapelig kunnskap bidrar til å forstå hvordan menneskekroppen fungerer hos pasienter med hjertesykdom og hjertestans. Dette perspektivet belyser sammenhengen mellom årsak og virkning på kroppen som en fysisk «maskin», og dermed gir leseren innsikt i behandlingens relevans (Dalland, 2017, pp. 39–40). Den humanvitenskapelige kunnskapen ser menneske ikke bare som et fysisk vesen, men også et vesen som håper, drømmer, frykter, unngår eller søker noe. Dette perspektivet hjelper forståelsen av oss selv og andre mennesker. I motsetning til naturvitenskapen som bidrar i *forklaringen*, vil

humanvitenskapen hjelpe oss å *forstå*. Denne kunnskapen skal hjelpe oss å forstå reaksjoner og behov for individer i møte med pasienten (Dalland, 2017, pp. 44–45).

## 2.1 Fremgangsmåte og litteraturgjennomgang

Å benytte relevant litteratur til oppgaven i form av fagbøker har vist seg å være utfordrende, da fagbøkene i stor grad setter søkelys på gjennomførelsen av resuscitering. Det er relativt lite innhold i fagbøkene som er rettet inn mot min problemstilling, som handler om *hvordan* sykepleiere skal *oppnå* nettopp det fagbøkene beskriver. Dette fører til at innhold fra fagbøker må fortolkes for å beskrive konteksten i oppgaven, som kan medbringe at kunnskap blir forstått i en annen betydning enn den i utgangspunktet har grunnlag for å beskrive. Jeg har likevel forsøkt å benytte fagbøker der jeg finner det hensiktsmessig, og etter mitt skjønn ikke brukes feilaktig.

Jeg har benyttet flere databaser i søk etter relevant faglitteratur for oppgaven, og benyttet disse ved forskjellige type søk. *Manuell søking*, hvor jeg finner forskning gjennom henvisning fra annen litteratur, har vært benyttet for å finne flere av forskningsartiklene. Oria og PubMed er eksempler på databaser jeg har benyttet for å få tilgang til ressurser jeg er interessert i å se nærmere på. Flere av artiklene benyttet i oppgaven er oppdrevet gjennom en slik fremgangsmåte. Videre har jeg benyttet både strukturerte litteratursøk når jeg vet akkurat hva jeg er ute etter, i tillegg til *grovsøk* der jeg ønsker å gå bredere ut for å finne litteratur. Ved strukturerte søk hvor PICO-modellen<sup>1</sup> benyttes er Academic Search Elite brukt, og Google Scholar ble brukt for grovsøk. Oppgaven bygger hovedsakelig på seks forskningsartikler jeg mener er relevante for å besvare problemstillingen. Flere artikler er brukt i oppgaven, men grunnet oppgavens størrelse vil ikke alle presenteres. Artikler som ikke presenteres er i mindre grad anvendt i oppgaven, men er ført opp i litteraturmatrisen, se vedlegg 1.

---

<sup>1</sup> 2 PICO-modellen: er et verktøy som bidrar til å strukturere litteratursøket, for at resultater i større grad skal representere problemstillingen (Thidemann, 2015, p. 86).

Ved første søk på Academic Search Elite brukte jeg PICO-modellen for å presisere søket, se vedlegg 2. Ved dette søket fant jeg en artikkel (*Forskningsartikkel 1*). Ved andre søk på samme database fant jeg en annen artikkel som er relevant for oppgaven (*Forskningsartikkel 2*), se vedlegg 3. Etter å ha lest om sykepleieres behov for en leder i resusciterings situasjoner, fant jeg *Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back* (Hunziker et. al., 2013) gjennom et grovsøk i google scholar: «leadership in cardiac arrest». Av 25,800 treff kom denne som første forslag. Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach (Ranse & Arbon, 2008) ble manuelt søket fram etter henvisning fra Sjöberg et. al. (2015) sin litteratur. Etter gjennomgang av flere av artiklene ble det klart at debrief ville være relevant for oppgaven, som førte til *The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study* (Clark & McLean, 2018) gjennom et grovsøk på Google Scholar: «nurses need of debriefing after cardiac arrest», begrenset til 2015 eller nyere. Av 16,100 resultater kom dette først. *Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide* (Kessler, Cheng, & Mullan, 2015) og *Debriefing after resuscitation* (Couper & Perkins, 2013) er funnet gjennom manuelle søk fra Clark og Mclean (2018) sin artikkel.

### 2.1.1 Forskningsartikkel 1

*Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study* (Sjöberg et al., 2015).

Denne svenske kvalitative studien intervjuet 8 sykepleiere på intensivavdeling. Målet for studien var å beskrive sykepleieres erfaring fra å gjøre resuscitering på en intensivavdeling. Bakgrunnen for studie var mangel på slike studier. Funnene fra studien kunne deles inn i tre kategorier: før, under og etter resuscitering. Sykepleierne uttrykte viktigheten av øving før en situasjon oppstår, og hvordan dette kan redusere stress. Under resuscitering ble elementer som kaos trukket frem, samt viktigheten av lederskap og oversikt. Debrief ble trukket frem som et nyttig verktøy for å lufte følelser og inntrykk etter resuscitering. Studien

konkluderer med at debrief er viktig for sykepleiere, og burde ha et fokus på deres følelser og erfaringer, og ikke bare som verktøy for å finne feil.

### 2.1.2 Forskningsartikkel 2

*Secondary traumatic stress in the emergency department* (Morrison & Joy, 2016).

Denne skotske studien kombinerer kvantitativ og kvalitativ metode, for å se nærmere på prevalensen av sekundærtraumer blant sykepleiere i akuttmottak, samt deres erfaringer av dette. Bakgrunnen var at hendelser som plutselig død og traumer er regelmessige stressfaktorer for sykepleiere i akuttmottak, og at sekundærtraumer kan forårsakes av dette. Funnene i artikkelen viste at 75 % av sykepleierne hadde rapportert minst ett symptom på sekundærtraume i løpet av den siste uken. Sykepleierne opplyste av stressfaktorer kunne være hendelser som resuscitering og plutselig død på avdelingen. Strategier som formell debrief og sosial støtte ble tatt opp som nyttige verktøy for å motvirke sekundærtraumer, men at barrierer som tidspress og manglende erfaring hindret utbredt bruk av dette. Studien konkluderer med at sekundærtraumer er et utbredt fenomen blant sykepleiere på akuttmottak i Vest-Skottland, og at dette uten konkrete tiltak kunne representere en signifikant fare for sykepleiernes mentale helse og deres kapasitet til å kunne gi god omsorg.

### 2.1.3 Forskningsartikkel 3

*Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back* (Hunziker et al., 2013).

Denne sveitsiske oversiktsstudien ser på tidligere litteratur for å undersøke viktigheten av lederskap under resuscitering. Artikkelen ser både på studier basert på ekte hendelser og studier basert på simulering. Studien konkluderer med at talent for lederskap utvilsomt bidrar positivt i resusciteringen, men at slike ferdigheter også kan erverves gjennom kurs. Videre konkluderer studien med at klart lederskap ofte verdsettes under resuscitering, men

at bruken må tilpasses aspekter som oppgavefordeling og lagsammensetning. Videre sier studien at ytterligere forskning er nødvendig for å avgjøre overføringsverdien mellom øving og reelle situasjoner.

#### 3.1.4 Forskningsartikkel 4

*Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach* (Ranse & Arbon, 2008).

Denne australske kvalitative artikkelen ønsket å beskrive sykepleiere med mindre enn tolv måneders erfaringer fra hjertestans på avdeling. Fire hovedtemaer ble identifisert: 1) behovet for å ta valg, 2) behovet for å gjøre noe, 3) følelsen av tilhørighet og 4) det å bli støttet. Studien trekker frem at mange nye sykepleiere setter spørsmålstegn bak avgjørelser, og til tross for teoretisk utdanning på området ikke føler seg forberedt på rollefordeling og arbeidsoppgaver i en ekte situasjon. I konklusjonen trekker studien frem momenter som kaos i resusciteringsmiljøet, for mange eller for få medhjelpere, å være offentlig «testet», å ha en avtakende fysisk og emosjonell reaksjon med økt eksponering for resusciteringsforsøk og manglende muligheter for å delta på debrief. Videre trekkes det frem at det er nødvendig med strategier for at sykepleiere skal oppnå tilfredsstillende kompetanse og selvtillit til å bli værende i situasjonen etter resusciteringsteamet kommer. I tillegg belyses behovet for at utdanningen reflekterer virkeligheten av et resusciteringsforsøk.

#### 2.1.5 Forskningsartikkel 5

*The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study* (Clark & McLean, 2018).

Denne engelske kvalitative artikkelen ønsket å se på sykepleieres behov for debrief følgende involvering i resuscitering, og identifisere barrierer fra å delta i dem. Studien kommer frem til at sykepleiere skiller behovet for debrief i to deler: det personlige og det profesjonelle

behovet. Barrierer som hindret utøvelsen av debrief var manglende kunnskap og usikkerhet rundt rollene i prosessen, sammen med hindringer som tidspress og mangel av formelle protokoller. Studien konkluderer med at debrief er en ressurs som benyttes for lite, og at det har potensialet til å forbedre pasientutfall samt at det har en egenverdi for sykepleiere.

### 2.1.6 Forskningsartikkel 6

Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide (Kessler et al., 2015).

Denne amerikanske oversiktsstudien ønsker å utforske tilgjengelig litteratur rettet mot bruk av debrief, og derfra diskutere tilnærminger for implementering. Studien konkluderer med at læringsutbyttet fra debriefer kan være verdifullt, og at strukturerte debriefer kan hjelpe personell med å forbedre klinisk praksis.

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å vurdere litteraturen som er brukt i oppgaven, og tar utgangspunkt i faglig kvalitet og relevans (Thidemann, 2015, p. 89). Gjennom kritisk gjennomgang skal det redegjøres de refleksjoner som er gjort med tanke på litteraturens relevans og gyldighet til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, pp. 158–159).

Databasene som er anvendt i oppgaven er Academic Search Elite, Oria, PubMed og Google Scholar, som alle er anbefalte av Høgskulen på Vestlandet og vurderes derfor som pålitelige fagressurser. Samtlige av presenterte forskningsartikler benyttet i oppgaven er fagfelleverdert, som gir økt troverdighet av innholdet.

Forskningsartiklene oppgaven bygger på er avgrenset til vestlige land, med unntak av *forskningsartikkel 4* som er australsk. Denne er også fra 2008, som gjør den noe utdatert. Artikler av ikke-vestlig opprinnelse er benyttes kun i tilfeller hvor utfallet er målbart, og



kulturelle forskjeller vil ha mindre innvirkning. Artikkene er gjennomgått og vurdert til å bære relevans opp mot problemstillingen. Jeg har funnet lite forskning på norske sykepleiere som omhandler problemstillingen, noe som vil ha utslag på konklusjonen i oppgaven. En svakhet i datainnsamlingsmetoden benyttet i oppgaven er hyppig bruk av grovsøk og manuelle søk. Mer systematiske søk kunne mulig gitt mer presise resultater, men jeg vurderer litteraturen som anvendes til å være godt egnet for å besvare oppgaven.

Litteratur kan deles opp i primær og sekundærkilder, hvor primærkilden utgjør den opprinnelige utgaven av kunnskapen. Sekundærkilder er data som er samlet inn, fortolket og fremstilt av andre enn primærforfatteren (Dalland, 2017, p. 162). I oppgaven benyttes tre oversiktsstudier, som av design vil klassifiseres som sekundærkilder, og dette utgjør en mulighet om at informasjonen de viderefremidler kan være feiloppfattet. I denne oppgaven velger jeg å stole på forfatterne av disse artiklene, ettersom de er fagfellevurdert. Jeg har i den grad det har vært mulig forsøkt å bruke primærkilder. Ved bruk av fagbøker har jeg forsøkt å bruke pensumlitteratur, da jeg anser at Høgskulen på Vestlandet har vurdert dette til god litteratur.

Forskningen jeg har innhentet til oppgaven har vært avgrenset til engelsk, som representerer en svakhet ved at innholdet kan feiltolkes av meg i oversettelsesprosessen. For å begrense dette problemet har jeg brukt Google Translate, og søkt meg frem til en definisjon der jeg føler Google Translate kom frem til feil betydning.

Jeg har benyttet Lovdata, Sykepleien, Regjeringens nettside, Norsk Resuscitasjonsråd, European Resuscitation Council og Store Medisinske Leksikon, og anser dette som pålitelige kilder.

## 3 Teori

### 3.1 Lovverk

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, og å skape tillit til helsepersonell (jfr. § 1. Lovens formål).

Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet, understreker det selvstendige ansvaret til forsvarlig yrkesutøvelse, og at personell ikke skal gå utover sine kompetanserammer (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Etter Helsepersonelloven § 16 pålegges virksomheten ansvar for å organisere slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine pålagte plikter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dette oppfylles gjennom bemannings- og styringssystemer, rutiner og prosedyrer, og ved kontinuerlig oppfølging av at disse etterleves (Molven, 2016, p. 146). Kommunen har gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 blant annet ansvar for at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (eksempelvis *forsvarlighet*), og sikre tilstrekkelig fagkompetanse i arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Spesialisthelsetjenesten har tilsvarende ansvar gjennom Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b).

*Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern* (arbeidsmiljøloven) skal sikre arbeidstakere trygge og sikre arbeidsvilkår. Full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger skal sikres av arbeidsgiver (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005).

Yrkesetiske retningslinjer består av seks punkt, og jeg ønsker for oppgaven å trekke frem fjerde punkt: «Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer» (Molven, 2016, p. 70).

### 3.2 Hjertestans i Norge

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) sin årsrapport i Norsk hjertestansregister (Tjelmeland et al., 2018) viste at det i 2017 i Norge ble rapportert 3172 tilfeller av plutselig, uforventet hjertestans utenfor sykehus, og 752 tilfeller av hjertestans inne på sykehus. Dessverre er data som omhandler stans på sykehus manglende ettersom flere sykehus bare rapport for deler av året, og flere opplyser at dataene ikke er komplette. Registreringen startet i 2015, men kun 18 av 52 sykehus rapporterte for hele eller deler av året i 2017. Videre viste rapporten at 42 % av de registrerte hjertestansene på sykehus skjedde på sengepost, mens kun 29 % fant sted på intensiv- eller overvåkningsavdeling. Overlevelse etter 30 dager hos pasienter med hjertestans på sykehus er rapportert til 30 %, som er vesentlig høyere enn forekomst utenfor sykehus som viste 14 %. Av de overlevende vil i underkant av 20 % bli utskrevet med alvorlig cerebral funksjonsnedsettelse (Tjelmeland et al., 2018).

Den vanligste årsaken til hjertestans er hjertesykdom, men det kan også komme som følge av kvelning, lungeemboli, hjertetamponade, hypotermi, elektrolyttforstyrrelser og forgiftninger (Richardsen, 2010, p. 5). Hjerte- og karsykdom er i dag en av de vanligste dødsårsakene i Norge, og hjertesyke pasienter øker i omfang (Stubberud et al., 2016, p. 231).

### 3.3 Resuscitering

*Resuscitering* er det medisinske begrepet som i hovedsak brukes for å betegne gjenopplivingsforsøk med hjerte-lunge-redning (Opdahl & Nordseth, 2018). I Norge følger vi retningslinjer fra European Resuscitation Council og Norsk Resuscitasjonsråd (Haugen, 2014, p. 47).

Å levere resuscitering av høy kvalitet er en krevende oppgave. Alene er det fysisk anstrengende, og sammen med andre krever det god koordinasjon og samarbeid. Ved flere om resusciteringsarbeidet bør det byttes på å komprimere, da det viser seg at kompresjonenes kvalitet avtar over tid, men dette vil ved ukoordinert arbeid føre til unødvendig opphold i pasientens sirkulasjon (Stubberud et al., 2016, p. 266).

### 3.3.1 Basal hjerte-lunge-redning

Basal hjerte-lunge-redning (BHLR) består av brystkompresjoner og innblåsing, med 30 kompresjoner per innledningsfase bestående av to innblåsing (30:2-prinsippet). Hensikten med BHLR er å øke mengden oksygen i blodet ved hjelp av innblåsing, samt å opprettholde en viss sirkulasjon gjennom brystkompresjoner. BHLR av god kvalitet kan gi opptil 25-30 prosent av blodsirkulasjonen hjertet vanligvis utgjør (Opdahl & Nordseth, 2018).

Sjansen for å overleve hjertestans faller med syv til ti prosent for hvert minutt resuscitering ikke iverksettes (Haugen, 2014, p. 48). God BHLR er forutsetningen for at avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) skal ha ytterligere effekt, men BHLR utføres dessverre alt for ofte med dårlig kvalitet. Kompresjonene er ofte ikke dype nok, takten er for rask eller for langsom, det komprimeres på feil sted av brystkassen og med unødvendige opphold (NRR, 2015, p. 4). Dersom det benyttes defibrillator i tillegg til BHLR, kalles det DHLR.

### 3.3.2 Avansert hjerte-lunge-redning

AHLR innefatter medikamenter og spesialutstyr, og krever derfor spesielt trent personell. Som ved BHLR og DHLR opprettholdes brystkompresjoner og kunstig ventilasjon, men munn-til-munn-teknikk erstattes av ansiktsmaske, ventilasjonsbag og tilførsel av 100 % oksygen. Vanligvis intuberes pasienten så raskt som mulig, for enklere og mer effektiv ventilering. AHLR utføres blant annet av sykepleiere, både pre- og perhospitalt (Sønderland & Haug, 2016).

### 3.3.3 Hjertestans på sykehus

Enkelte helseforetak kan ha interne prosedyrer ved stans på avdeling, og dette må de ansatte vite om og kunne. En alarmprosedyre kan være:

- Utløse *stansalarmen* (Varsling)
- Straks starte basal HLR, 30 kompresjoner og 2 innblåsing.

- Bringte nærmeste defibrillator så fort som mulig til pasienten.

Normalt vil resusciteringen utføres der pasienten faller om, etter tilkalling av resusciteringsteam. Resusciteringsteamet har spesialkompetanse, og skal tilkalles snarest. For at resusciteringsteamet skal varsles ringes *stanstelefonen*. Dette nummeret kan være akuttmottaketets akuttelefon eller AMK, og de vil videreformidle meldingen til teamet. Ved melding skal sykepleier oppgi: Hendelse, avdeling, post og stue/rom. Informasjonen skal deretter gjentas for å unngå misoppfatninger (Sunde et al., 2012).

### 3.4 Kommunikasjon

God kommunikasjon kan primært bli sett på som *effektiv informasjonsformidling* og *meningsformidling*. De involverte partene i kommunikasjonsprosessen forstår hverandre på den måten at de har utvekslet informasjon, og/eller at de vet hva den andre mener (Røkenes & Hanssen, 2012, p. 241).

#### 3.4.1 Rollefunksjon

Enkelte av rolleforventningene er en del av partenes ikke-uttalte og kanskje også ubevisste forforståelse. Derimot er det ikke alltid rolleforventninger er gjensidige, og det kan ofte være viktig å avklare. I fagteam kan en systematisk rolleavklaring være hensiktsmessig, og det er viktig å utvikle klare og funksjonelle roller og å vite om hverandres roller (Røkenes & Hanssen, 2012, pp. 243–244).

#### 3.4.2 Samhandling med lederrolle

Hensikten med å jobbe i grupper og team er å oppnå et felles mål, og en lederrolle har som viktigste kommunikative oppgave er å ivareta, inspirere og lede arbeidet frem til et godt resultat. Et miljø som er hyggelig, stimulerende og konstruktivt er det beste klimaet for å

oppfylle gruppens hensikt, og det motsatte vil føre til en tyngre arbeidsprosess. For at en gruppe skal fungere godt er det nødvendig at enkelte medlemmer tar ansvar, initiativ og bidrar aktivt til å løse gruppens oppgaver. (Eide & Eide, 2017, p. 339).

### 3.5 Debrief

Resusciteringsforsøk kan utøve en stressfaktor for de involverte, som kan medføre senfølger (Morrison & Joy, 2016). *Debriefing* er et begrep innen krise- og katastrofepsykatri, som åpner for samtale om et hendelsesforløp for å motvirke dette. Samtalen foregår i grupper i den hensikt om å skape et klima som tillater at hendelsen eller innsatsen bearbeides fornuftig og følelsesmessig i etterkant av hendelsen. Formålet med debriefing er å forebygge utviklingen av negative, psykiske senfølger (Malt, 2018).

«*Hot debriefing*» er en debriefingform som finner sted ofte umiddelbart etter hendelsen. Dette innebærer som regel at lite informasjon om faktiske forhold og utførelse er innhentet, og vil typisk fokusere på reaksjonene til de involverte, for bearbeidelse av inntrykk (Couper & Perkins, 2013).

«*Cold debriefing*» finner sted senere. Dette gjør det mulig å innhente data, eksempelvis fra medisinteknisk utstyr og video, om hendelsen og implementere dette i debriefen. Dette åpner for en mer teknisk gjennomgang, og kan gjøres mer tilgjengelig slik at flere kan lære av andres erfaringer (Couper & Perkins, 2013).

### 3.6 Arbeidsstress og utbrenthet

Mistrivsel på jobb over lengere tid kan påvirke helsen vår, og kan lede til *utbrenthet*. Tilstanden kjennetegnes ved *emosjonell utmattelse* hvor en føler seg tom og oppbrukt, og *emosjonell distansering* eller *depersonalisering* som en beskyttelsesform for større emosjonelle påkjenninger og kan vise en tiltakende kald og likegyldig holdning. Den emosjonelle utmattelsen og distanseringen gir utslag på redusert arbeidsytelse, synkende

prestasjonsevne og opplevelse av lav mestringsfølelse på arbeidsplassen kan påvirke selvaktelsen (Renolen, 2015, pp. 160–162).

### 3.6.1 Sekundærtraumatisering

Begrepet *sekundærtraumatisering* forveksles ofte med *utbrenthet*. De henger sammen, men beskriver to forskjellige tilstander som kan forekomme hos helsepersonell som arbeider med traumatiserte mennesker. I motsetning til *utbrenthet* som oftest beskrives som langvarig, arbeidsrelaterte stressreaksjoner, brukes begrepet *sekundærtraumatisering* for å beskrive situasjonen når individet blir traumatisert av eksponering for andres traumatiske hendelser (Gratland & Nergård, 2017).

### 3.7 Øving og undervisning

Hensikten med undervisning, uansett metode, er at noe læres bort. *Forelesingsmetoden* har til hensikt å formidle for eksempel fakta, kunnskaper, dokumenterte erfaringer eller forskningsresultater innenfor et emne. Dette kan være hensiktsmessig for å legge grunnlaget når målgruppen skal sette seg inn i nytt stoff (Tveiten, 2008, p. 137).

*Demonstrasjonsmetoden* er mye brukt i sykepleie for å lære bort prosedyrer. Når en skal lære nye prosedyrer er det ikke bare viktig å lære utførelsen, i tillegg skal det faglige grunnlaget foreligge, som hensikt og virkning av prosedyren. Etter demonstrering bør den lærende få øve selv, hvor underviser kan stille veiledings spørsmål (Tveiten, 2008, pp. 151–153). Ved slik undervisningsmetode for resusciteringsferdigheter iscenesettes gjerne et scenario, hvor det benyttes utstyr som simulerer virkeligheten best mulig. I oppgaven omtales slik øving som *simulatorbasert øving*.

## 4 Drøfting

### 4.1 Hvilke følelser og reaksjoner knyttes til resusciteringsforsøk hos sykepleiere?

#### 4.1.1 Sykepleiers møte med kritiske pasienter

Stress i forbindelse med resusciteringsforsøk oppleves ikke bare av nye sykepleiere (Ranse & Arbon, 2008), men Sjöberg et. al. (2015) argumenterer for at også sykepleiere med spesialutdanning og flere års erfaring opplever slike situasjoner som psykisk krevende (Sjöberg et al., 2015). Dette understøttes av Morris og Joy (2016), som i sin studie kartlegger resusciterings situasjoner og død som stressfremkallende faktorer for sykepleiere i akuttmottak, de fleste av disse også med lang erfaring (Morrison & Joy, 2016).

#### 4.1.2 Den ferske jobber sammen med den erfarne

I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) vil det i årene fremover bli mangel på sykepleiere dersom ikke flere utdannes (Skjøstad, 2017). Dette vil føre til at en større andel av sykepleiere vil ha relativt mindre erfaring. Særlig sykepleiere med mindre erfaring har behov for rollemodeller å lære av, som gir dem trygghet og fostrer samarbeid (Ranse & Arbon, 2008). Miljøet vi arbeider i er en viktig del av vår trivsel, og følelsen av ikke å innfri forventninger kan gi utslag på vår arbeidsevne gjennom økt negativt stress. Det er og vil forbli viktig at uerfarne blir møtt med veiledning og anerkjennelse, og ikke blir sett på som *utfordringer* og *dødvekt* (Renolen, 2015, pp. 160–163). For å hindre utvikling av urealistiske forventninger og usikkerhet i samarbeid kan det være hensiktsmessig at dette diskuteres gjennom en systematisk rolleavklaring. Her bør det kartlegges hvilke funksjonelle roller som oppfylles i en stanssituasjon, samt hvem som fyller dem og deres forhold til hverandre (Røkenes & Hanssen, 2012, pp. 243–244). Gjennom en slik rolleavklaring kan de uerfarne møte situasjonen med større trygghet, og gå inn i forhåndsbestemte roller tilpasset deres kompetanse og erfaring.



### 4.1.3 Kaos og lederskap

En viktig rolle under hjertestanssituasjoner er *lederrollen*. Kaos og mangel på oversikt er et gjennomgående fenomen under resuscitering, som beskrives både av erfarne og uerfarne sykepleiere (Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Klarer lederen å opprette struktur innad i gruppen kan samarbeidet forbedres, samt kvaliteten av resusciteringen (Sjöberg et al., 2015). Hunziker et. al. (2013) beskriver at *lederrollen* bør ha en mindre aktiv rolle i form av kompresjoner og andre tekniske oppgaver, men heller har fokus på å opprettholde oversikt over situasjonen. Å ha ansvaret som leder medfører forventninger, som å identifisere og delegere arbeidsoppgaver, dirigerer og opprettholde en god standard på resusciteringen (Hunziker et al., 2013). Å fylle en slik rolle krever kompetanse og selvtillit. Under resusciteringen kan en miste evnen til å estimere tid og oppleve tunnelsyn. Dette gjør det vanskelig å håndtere oppgaver som krever nøyaktighet, som medisinaladministrering og intervallene mellom defibrilleringsforsøk (Sjöberg et al., 2015). Det er derfor viktig at lederen delegerer spesifikke oppgaver, og beholder oversikt (Hunziker et al., 2013).

## 4.2 Hvordan bør sykepleiere forberedes for å håndtere hjertestans?

### 4.2.1 Simulering som pedagogisk metode for resuscitering

Sjöberg et. al. (2015) trekker frem i sin studie at informantene hadde liten tro på å forberede seg til reelle resusciterings situasjoner uten kontinuerlig øving. Videre er øvingen en effektiv måte å holde kunnskapen ved like og oppdatert, samtidig som veletablerte rutiner kan opprettes. Øving er også assosiert med følelsen av å være forberedt for reelle situasjoner og redusert stressnivå i disse (Sjöberg et al., 2015).

Simulatorbasert øving gir muligheten til å gjøre feil uten konsekvenser, for så å lære av dem. Treningsøktene fungerer som et forum hvor tidligere erfaringer deles, og alle får muligheten til å prøve forskjellige roller under trygge omgivelser. Dette gir kollegaene sikkerhet om at alle kjenner grundig til prosedyrene, som kan gi en kollektiv trygghet i reelle hendelser (Sjöberg et al., 2015). Simulering som pedagogisk metode er understøttet av Molnes et. al. (2016) som gunstig, som mener det foreligger god dokumentasjon for dette. I deres

fagutviklingsartikkel argumenterer de for at metoden gir mulighet til å visualisere komplekse pasientsituasjoner hvor en må gjenkjenne, tolke og integrere ny informasjon med tidligere kunnskap. Dette bidrar til å identifisere ytterligere læringsbehov, som er med å utvikle kompetanse både teoretisk, praktisk og etisk (Molnes et al., 2016). For at simulatorbasert trening skal være effektiv må den representere en realisme som utøverne kan leve seg inn i, som også simulerer reelle utfordringer (Molnes et al., 2016; Ranse & Arbon, 2008). Sjöberg et. al. (2015) trekker eksempelvis frem at sykepleierne i studien iscenesetter utfordringer under øvinger, som å ha få personal tilgjengelig, for å øke læringsutbyttet (Sjöberg et al., 2015).

Det er likevel aktuelt å trekke frem elementer som kan redusere overføringsverdien fra simulatorbasert trening til reelle hendelser. Også under øving er det registrert sterk oppfattelse av stress og emosjonell involvering, men Hunziker et. al. (2013) problematiserer hvorvidt disse emosjonelle reaksjonene faktisk representerer de under reelle resusciteringssituasjoner. Hawthorneeffekten<sup>2</sup> kan også føre til misvisende resultater, gjennom *kunstig* å heve nivået (Hunziker et al., 2013). Ytterligere begrunner Sullivan et. al. (2015) for at måten resuscitering i stor grad øves er motsigende. Den fokuserer ikke nok på bruken av resusciteringsteam eller oppgaver som raskt å senke og flate ut sengen, fjerne puter og plassere backboard, samtidig med oppstart av kompresjoner. Det læres heller ikke hvordan å unngå å la seg distrahere av avanserte tiltak og teknologi, før basale tiltak er tilfredsstillt. Slik mangelfull øving på scenario som helhet har ført til at sykepleiere neglisjerer grunnleggende tiltak, for å klargjøre mottakelse av resusciteringsteam (Sullivan et al., 2015). Motivasjon for øving kan også ha medvirke til effekten, og Lunz et. al. (2013) mener at erfarne sykepleiere kan utgjøre en større utfordring enn relativt ferske. Dette kan forstås gjennom en *falsk trygghet* erfaringen gir, slik at oppfattet behov for øving er lavere enn realiteten tilsier. Erfarne sykepleiere viser derimot større interesse for ikke-tekniske ferdigheter, som lederskap og oppgavefordeling (Lunz et al., 2013). Dette utgjør potensielt en mulighet for tilpasset øving, ettersom American Heart Association (AHA) i 2010 utvidet deres anbefalinger for resusciteringsøving til å inkludere lederskapstrening (Hunziker et al., 2013). Det kan argumenteres for at det utgjør en klinisk fordel at erfarne sykepleiere fokuserer mer

---

<sup>2</sup> Hawthorneeffekt: feilkilde i forskning, at det å bli undersøkt i seg selv frembringer en endring/bedring (Svartdal, 2019).

på lederskap under øving, da uerfarne sykepleiere ofte har større behov for veiledning og trygghet i reelle situasjoner (Ranse & Arbon, 2008), og at dette da vil være mer innøvd.

#### 4.2.2 Hyppighet

Det er en utbredt oppfatning at helsepersonell, som leger og sykepleiere, er kompetente på førstehjelp og resuscitering. Det er midlertidig slik at mange leger og sykepleiere etter endt utdanning har svært liten kompetanse innenfor nettopp dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Frekvens for å øve på resuscitering er vanskelig å angi, og verken AHA eller NRR<sup>3</sup> sier noe om dette (Sullivan et al., 2015). Anderson et. al. (2019) argumenterer for at månedlig øving er nødvendig for god, teknisk kvalitet på resuscitering (Anderson et al., 2019). Sullivan et. al. (2015) mener derimot at hver tredje måned kan være tilstrekkelig, men fokuserer mer på samarbeid (Sullivan et al., 2015). Disse fokuserer på to ulike variabler, og kan tolkes til at ulike aspekter ved resuscitering har forskjellige behov i form av øving. Begge studier viser uavhengig at øving sjeldnere enn hver tredje måned har vesentlig dårligere resultater.

En utfordring rundt å øke hyppigheten på øving vil alltid være ressursbruk. Hvorvidt et slikt tiltak kan forsvares ut ifra pasientgruppens størrelse og effekten tiltaket vil ha, er ikke et spørsmål som utforskes videre i denne oppgaven. Utover dette kan det argumenteres for at helseforetak ikke oppfyller krav om å muliggjøre sykepleiere til å oppfylle forsvarlighets- og kompetansekrav, jf. Specialisthelsetjenesteloven og Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, 2011), når selv erfarne sykepleiere beskriver resusciteringer som «kaotiske» (Sjöberg et al., 2015). Et motargument for dette er at helsepersonell selv er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert, jf. Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a).

---

<sup>3</sup> NRR: Forfatter har ikke funnet informasjon fra dem om anbefalt hyppighet.

### 4.3 Hvordan imøtekomme sykepleierens behov etter resusciteringsforsøk?

Overlevelse etter 30 dager hos pasienter med hjertestans på sykehus er rapportert til 30 %, og av disse vil i underkant av 20 % bli utskrevet fra sykehus med alvorlig cerebral funksjonshemming (Tjelmeland et al., 2018). Dette innebærer at sykepleiere som involveres i resuscitering av ofte vil oppleve at innsatsen ender med at pasienten dør, eller blir alvorlig funksjonshemmet. Sekundærtraumer er en reell problemstilling for sykepleiere som møter slike pasientgrupper, og uten et system som ivaretar sykepleieres behov representerer dette en signifikant utfordring for den mentale helsen for disse sykepleierne, samt deres kapasitet til å tilby omsorg av høy kvalitet (Morrison & Joy, 2016).

Veiledning, positiv tilbakemelding og anerkjennelse fra kollegaer og ledelse motvirker utvikling av negativt stress (Renolen, 2015, pp. 160–163). Likevel er det gjennomgående i forskning at sykepleiere ønsker debrief i etterkant av et resusciteringsforsøk, men at dette ikke er formalisert eller vidt tilgjengelig (Clark & McLean, 2018; Couper & Perkins, 2013; Kessler et al., 2015; Morrison & Joy, 2016; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015).

Debrief har til hensikt å sørge for at sterke inntrykk prosesseres på en hensiktsmessig måte, slik at negative, psykiske senfølger ikke utvikler seg (Malt, 2018). Ranse og Arbon (2008) beskriver hvordan nye sykepleiere utvikler mestringsstrategier i form av en avflatende emosjonell reaksjon som følge av eksponering til gjentatte resusciteringen. Slike reaksjoner er i overensstemmelse med Renolen (2015) sin beskrivelse av arbeidsstress og utbrenthet (Renolen, 2015). Individuelle behov for anerkjennelse og sosial støtte for bedre å takle hendelsen beskrives av Clark og Mclean (2018) som *personlige behov* som kan imøtekommes av debrief (Clark & McLean, 2018). Manglende tilgjengelighet til formelle debriefer kan føre til at sykepleiere er avhengig av sosial støtte som gis av medfølelse fra kollegaer (Clark & McLean, 2018; Morrison & Joy, 2016; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Gjennom sykepleieetiske retningslinjer, jf. punkt 4, er dette god praksis av den enkelte, men det skjuler også det ansvaret helseforetaket har i henhold til arbeidsmiljøloven (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005).

#### 4.3.2 Sykepleiers behov for den profesjonelle debrief

Debrief kan grovt deles inn i to kategorier: Debrief for å ventilere følelser og redusere stress, og debrief i hensikt om å forbedre praksis. Det er etter sistnevnte intensjon Clark og Mclean (2018) identifiserer det *profesjonelle behovet* for en debrief. Videre argumenterer de for at tidligere litteratur tilsier at debrief representerer en verdifull læringsmulighet, uavhengig av om resusciteringen var vellykket eller ikke (Clark & McLean, 2018). Kessler et al. (2015) mener debrief har en funksjon i å identifisere optimal og suboptimal gjennomførelse og derfra vurdere måter å forbedre utfall. Fokuset burde ikke ligge på å dele ut skyld, men å se på tilgjengelig fakta og perspektiver som vil hjelpe mot forbedring av pasientutfall. Forståelsen av faktorer som fører til feil er et viktig skritt mot å korrigere og forbedre rutiner og ferdigheter. Rammene en debrief skaper åpner opp for refleksjon rundt kunnskap, holdninger, ferdighet og samarbeid (Kessler et al., 2015).

I og med at debrief er noe som etterspørres av sykepleiere, samtidig som det gir institusjonen en verdifull mulighet til utvikling, burde det vært anvendt mer. Lite overraskende trekkes tidspress inn som en barriere for å holde formell debrief i etterkant av resuscitering (Clark & McLean, 2018; Kessler et al., 2015; Morrison & Joy, 2016). Som sykepleier er arbeidshverdagen hektisk, og ansvaret overfor andre pasienter vedvarer også etter en hjertestans. Å finne tid for å holde debrief utgjør en utfordring og fungerer som en barriere for utøvelsen (Kessler et al., 2015). I tillegg trekkes usikkerhet rundt gjennomførelse og kunnskap om debrief frem av både Clark og Mclean (2018) og Morrison og Joy (2016). Andre faktorer som arbeidskultur kan spille inn, som presentert gjennom et sitat fra sistnevnte studie: «Måten vi takler ting på er ved å gå videre til neste oppgave. Du er ganske enkelt forventet å fortsette siden du er en sykepleier og det er hva vi gjør» (oversatt av forfatter; Morrison & Joy, 2016).

## 5 Konklusjon

Oppgavens formål var å se nærmere på hvordan sykepleiere kan forberedes til å håndtere uforventet hjertestans på avdeling. Funnene i litteraturstudien understøtter at resuscitering kan oppleves som stressende for sykepleiere, samt at negative senvirkninger for sykepleiernes helse og arbeidsevne kan utvikle seg konsekvens av dette. Korrekt øving og forberedelse har ifølge sykepleiere positiv effekt for å motvirke opplevd stress i reelle situasjoner, men mangel på formaliserte strategier i Norge for å oppnå dette gjør det vanskelig å avgjøre om ytterligere tiltak er nødvendig. Oppgaven besvarer uavhengig problemstilling om *hvordan* øving kan utføres, og viser til viktige elementer:

Lederskapstrening burde inngå i øvingen, for å bidra til bedre pasientutfall samt et mindre kaotisk og stressende arbeidsmiljø, og hvordan dette kan bidra til mer hensiktsmessig integrering av mindre erfarne sykepleiere. Videre antyder forskning at en øvingsfrekvens lavere enn hver tredje måned ikke nødvendigvis er tilstrekkelig, samt at øvingen må representere reelle hendelser for å unngå grove feil. Oppgaven beskriver også hvordan debrief kan benyttes som verktøy for å videreutvikle fremtidig praksis rundt øving og klinikk.

Gjennom oppgaven fremheves viktigheten av å formalisere tiltak som støtter opp under sykepleiers evne til ikke bare å ivareta pasienten, men også ivaretagelse av hverandre. Bruken av formalisert debrief er tilsynelatende en lite brukt ressurs både som forebyggende tiltak for psykiske helseplager og som redskap for kompetanseutvikling. Dette på tross av at sykepleiere uttrykker behov og ønske om slike muligheter, men møter hindringer som tidspress og manglende erfaring og kompetanse. Sykepleiere må stole på sosial støtte fra kollegaer for å takle sterke opplevelser, på tross av at det kan argumenteres for at det ansvaret ligger på helseforetaket, jf. arbeidsmiljøloven. Sterke initiativer som styrker sykepleieres mulighet til debrief gjennom formaliserte prosedyrer, samt å skape en kultur for å ivareta egen psykisk helse, må iverksettes. Ikke bare for praktiske grunner rettet mot forbedring, men også av den iboende verdien av at ingen bør ta med seg engstelse fra jobben inn i privatlivet.

## 6 Litteraturliste

- Anderson, R., Sebaldt, A., Lin, Y., & Cheng, A. (2019). Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial. *Resuscitation*, *135*, 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.033>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven). Retrieved June 5, 2019, from Lovdata.no website: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Clark, R., & McLean, C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *47*, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009>
- Couper, K., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing after resuscitation: *Current Opinion in Critical Care*, *19*(3), 188–194. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32835f58aa>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Espeset, K., Rektorli, L., Almås, H., Kristiansen, A. G., Solli, E. M., & Mastad, V. (2016). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. In *Klinisk sykepleie: 2* (pp. 269–302). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gratland, W., & Nergård, A. (2017). Også hjelperne kan bli traumatisert. *Sykepleien*, (63864), e-63864. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63864>
- Haugen, J. E. (2014). *Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a, July 2). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse - Lovdata. Retrieved May 29, 2019, from Lovdata.no website: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#%C2%A75](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b, July 2). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata. Retrieved May 29, 2019, from Lovdata.no website: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, June 24). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet - Lovdata. Retrieved May 29, 2019, from Lovdata.no website: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_4#%C2%A74-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-2)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, December 4). NOU 2015: 17 [NOU]. Retrieved June 5, 2019, from Regjeringen.no website: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- Hunziker, S., Tschan, F., Semmer, N., & Marsch, S. (2013). Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back. *Swiss Medical Weekly, 143*(1516). <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13774>
- Juvkam, P. C., Aksnes, A. O., Dreyer, K., & Jensen, Å. (2009). *Håndbok. kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner (4.)*. KoKom.
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine, 65*(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>



- Lunz, D., Brandl, A., Lang, K., Weiss, B., Haneya, A., Pühler, T., ... Zausig, Y. A. (2013). Clinical Experience Does Not Correlate with the Perceived Need for Cardiopulmonary Resuscitation Training. *The Journal of Emergency Medicine, 44*(2), 505–510.  
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.01.039>
- Malt, U. (2018). debriefing. In *Store medisinske leksikon*. Retrieved from  
<http://sml.snl.no/debriefing>
- Molnes, S. I., Hagen, I. H., Kongshaug, A. V., Vadset, T. B., Ryste, T. O., & Alnes, R. E. (2016). Simulering gir økt læringsgevinst. *Sykepleien, (7)*, 60–64.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58047>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Morrison, L. E., & Joy, J. P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing, 72*(11), 2894–2906. <https://doi.org/10.1111/jan.13030>
- NRR, N. R. (2015). *NRR Retningslinjer 2015*. Norsk Resuscitasjonsråd.
- Opdahl, H., & Nordseth, T. (2018). resuscitering. In *Store medisinske leksikon*. Retrieved from  
<http://sml.snl.no/resuscitering>
- Ranse, J., & Arbon, P. (2008). Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach. *Australian Critical Care, 21*(1), 38–47.  
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.12.001>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Richardsen, J. (2010). *Ambulansemedisin 2 vg2 og vg3 ambulansefag*. Oslo: Gyldendal undervisning.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Sjöberg, F., Schönning, E., & Salzman-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 24*(17–18), 2522–2528. <https://doi.org/10.1111/jocn.12844>
- Skjøstad, O. (2017, August 25). Økt behov for sykepleiere i årene som kommer. Retrieved June 3, 2019, from ssb.no website: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>
- Sønderland, I., & Haug, A. (2016). AHLR. In *Store medisinske leksikon*. Retrieved from <http://sml.snl.no/AHLR>
- Stubberud, D.-G., Eikeland, A., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. In *Klinisk sykepleie: 1* (pp. 229–280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sullivan, N. J., Duval-Arnould, J., Twilley, M., Smith, S. P., Aksamit, D., Boone-Guercio, P., ... Hunt, E. A. (2015). Simulation exercise to improve retention of cardiopulmonary resuscitation priorities for in-hospital cardiac arrests: A randomized controlled trial. *Resuscitation, 86*, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.10.021>
- Sunde, K., Mangschou, A., & Jacobsen, D. (2012). Hjertestans og hjerte-lunge-redning (HLR) - Metodebok for indremedisinere, 2012. Retrieved May 29, 2019, from Helsebiblioteket.no website: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok/akuttmedisin/hjertestans>
- Svartdal, F. (2019). Hawthorne-effekt. In *Store norske leksikon*. Retrieved from <http://snl.no/Hawthorne-effekt>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.

Tjelmeland, I. B. M., Kramer-Johansen, J., Nilsen, J. E., Andersson, L.-J., Bratland, S., Hafstad,

A. K., ... Skogvoll, E. (2018). *Årsrapport for 2017 med plan for forbedringstiltak*. (No.

8). Retrieved from NAKOS website:

[https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/8\\_arsrapport\\_2017\\_norsk\\_hjertestansregister\\_0.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/8_arsrapport_2017_norsk_hjertestansregister_0.pdf)

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforl.

## Vedlegg 1: Litteratormatrise

#	Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Tittel	Hensikt med studien	Metode og utvalg	Hovedfunn/resultat
1	Sjöberg, Schönning og Salzman-Erikson, 2015. Journal of Clinical Nursing, Sverige.	<i>Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study</i>	Beskrive sykepleieres erfaringer etter hjerte-lunge-redning på intensivavdeling.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer av åtte sykepleiere.	Følelse av å være forberedt reduserer stress. Viktighet av kommunikasjon og ledelse under resuscitering. Viktigheten av debrief i etterkant.
2	Lindy E. Morrison og Jane P. Joy, 2016. Wiley Online Library, Skotland.	<i>Secondary traumatic stress in the emergency department</i>	Kartlegge prevalensen av sekundærtraumer blant akuttsykepleiere.	Bestående av både kvantitativ (fase 1) og kvalitativ metode (fase 2)	Sekundærtraumer utgjør en reell fare for sykepleiernes helse og evne til god omsorg. Debrief hindres av dårlig tid og manglende kompetanse.
3	Hunziker, Tschan, Semmer og March, 2013. Swiss Medical Weekly, Sveits.	<i>Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back</i>	Utforske tilgjengelig litteratur rundt lederskap og resuscitering.	Oversiktsstudie som ser på litteratur både fra reelle hendelser og under øving.	Lederskap kan bidra til økt HLR-prestasjon. Talent for lederskap hjelper, men kan også erverves gjennom kurs. Mer forskning.
4	Jamie Rance og Paul Arbon, 2008. Elsevier, Australia.	<i>Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach</i>	Utforske erfaringer til ferske sykepleiere som deltar i resuscitering.	Kvalitativ studie. hermeneutisk fenomenologisk metode, fire fokusgrupper.	Beskrivelser forenelig med tidligere litteratur. Ser på seg selv som <i>lærlinger</i> . Savner mulighet til debrief.

5	Ruth Clark og Chris Mclean, 2018. Intensive and Critical Care Nursing, England.	The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study	Identifisere sykepleieres behov for debrief, og hva som hindret bruken av det.	Kvalitativ artikkel. Eksplorativ intervjumetode av syv sykepleiere.	Sykepleiere skiller mellom <i>profesjonelle</i> og <i>personlige</i> behov for debrief. Manglende tilgjengelighet av debrief, grunnet tidspress og manglende erfaring og kunnskap.
6	David O. Kessler, Adam Cheng og Paul C. Mullan, 2014. Annals of Emergency Medicine, USA.	Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide	Utforske tilgjengelig litteratur rundt debrief.	Oversiktsstudie.	Studien konkluderer med at læringsutbyttet fra debriefer kan være verdifullt, og at strukturerte debriefer kan hjelpe personell med å forbedre klinisk praksis.
7	Keith Couper og Gavin D. Perkins, 2013. Critical Care, England.	<i>Debriefing after resuscitation</i>	Evidens tilsier at resuscitering er for dårlig, hvilket vekker interesse for å finne strategier for å forbedre dette.	Oversiktsstudie som ser på bruken av debrief som forbedringsverktøy.	Studien konkluderer med at debrief er et nyttig verktøy for å forbedre resuscitering, men optimal utførelse av debrief er fortsatt uklar. Ytterligere forskning er nødvendig.
8	Lunz, Brandl, Lang, Weiss, Haneya, Pühler, Graf og Zausing, 2013. Journal of Emergency Medicine, Tyskland.	<i>Clinical Experience Does Not Correlate with the Perceived Need for Cardiopulmonary Resuscitation Training</i>	Vurdere sykepleieres antatte behov for HLR-øving opp mot klinisk erfaring.	60 sykepleiere deltok i øving, etterfulgt av spørreskjema. Spurt igjen ett år senere.	Erfarne spl. hadde dårlig HLR-kunnskap, kombinert med lav øvingsmotivasjon.

## Vedlegg 2: Første søk

*Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study* (Sjöberg, Schönning, & Salzmänn-Erikson, 2015).

Søk i databaser: Academic Search Elite

Søkeord:	Avgrensing	Resultat:	Antall artikler valgt:
<b>S1:</b> nurse or nurses or nursing or nursing staff or health care professional		481,956	
<b>S2:</b> resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation or cardiac arrest		56,125	
<b>S3:</b> experiences or perceptions or attitudes or views or feelings		2,156,247	
<b>S4:</b> In hospital		1,674,704	
<b>S1 AND S2 AND S3 AND S4</b>	2009-2019 Peer reviewed	541	1

## Vedlegg 3: Andre søk

*Secondary traumatic stress in the emergency department* (Morrison & Joy, 2016)

Søk i databaser: Academic Search Elite

<b>Søkeord:</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat:</b>	<b>Antall artikler valgt:</b>
<b>S1:</b> nurse or nursing or nurses or nursing care or nursing staff		433,251	
<b>S2:</b> resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation or cardiac arrest		56,125	
<b>S3:</b> debrief or debriefing		2,643	
<b>S4:</b> burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue		812,127	
<b>S1 AND S2 AND S3 AND S4</b>	2009-2019 Peer reviewed	6	1