



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering/
Family presence during resuscitation**

Stian Frøseth Aae og Eivind Berg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 85

Molde, 08.06.2011



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering

Tittel på engelsk: Family presence during resuscitation

Forfatter(e): Stian Frøseth Aae og Eivind Berg

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2011

Veiledere: Hans Inderhaug og Trine Tafjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 06.05.2011

Antall ord: 13155

Sammendrag

Bakgrunn: Tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering har i flere år vært et kontroversielt tema blant sykepleiere. Temaet vinner større og større oppmerksomhet i internasjonal sykepleieforskning, og flere internasjonale helseorganisasjoner anbefaler at pårørende får valget om å være tilstede ved resuscitering.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å kartlegge hvordan sykepleiere opplever å ha pårørende tilstede ved resuscitering, og hvordan pårørende selv opplever det å være tilstede.

Metode: 21 artikler med kvalitativ, kvantitativ og blandet forskningsmetode ble inkludert i studien. Analysen identifiserte fellestrekk i forskningsartiklene, som ble kondensert ned til presise resultat kategorier. Databasene som ble benyttet, var Ovid Nursing Database, Ovid Medline, Ovid British Nursing Index, ProQuest Nursing & Allied Health Source, SveMed+ og Science Direct.

Resultat: Sykepleiere har delte holdninger til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering. Selv om mange sykepleiere er positive til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering, er det lite utbredt at pårørende blir invitert med inn. Mange pårørende uttrykker at de har rett til å være tilstede ved resuscitering, og de fleste som har vært tilstede, ville ønsket å gjøre det samme igjen. Det fins liten evidens for at pårørende får emosjonelle traumer i etterkant av hendelsen, eller at de forstyrrer behandlingen.

Konklusjon: Litteraturstudien støtter den økende mengden nyere forskning som sier at pårørende kan ha nytte av å være tilstede ved resuscitering. Vanlige bekymringer hos sykepleiere ser ut til å bli avkreftet av forskningen.

Nøkkelord: Resuscitering, tilstedeværelse av pårørende, sykepleiere, erfaringer, holdninger.

Abstract

Background: Family presence during resuscitation has been a controversial topic amongst nurses for several years, and is gaining increasingly more focus in international nursing research. Several health organizations recommend families be given the choice to be present during resuscitation.

Aim: The aim of this literature study was to explore nurses attitudes towards - and experiences with - having family members present during resuscitation, and how family members experience being present.

Method: 21 research articles of qualitative, quantitative and mixed designs were included. The analysis identified common themes, which were condensed and organized into main-categories and sub-categories. Databases included, were Ovid Nursing Database, Ovid Medline, Ovid British Nursing Index, ProQuest Nursing & Allied Health Source, SweMed+ and Science Direct.

Results: Nurses have divided attitudes towards family presence during resuscitation. Even though nurses see several benefits of this practice, the minority has actually invited family members into the resuscitation room. Many family members claim their right to be present, and the majority of those who have been present, would choose the same if given the option again. There is little or no evidence that family members are emotionally traumatized after being present, nor disrupt treatment when present.

Conclusion: This literature review adds to the growing literature indicating families may benefit from being present during resuscitation. Common fears among nurses seem to be disproven by research.

Keywords: Resuscitation, family presence, nurses, attitudes, experience.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstillinger	2
1.4 Definisjoner	3
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Pasient-/familiesentrert sykepleie og omsorgsfilosofi	3
2.2 Pårørendes behov i akuttsituasjoner	5
2.3 Kriseteori	5
2.4 Om holdninger	7
2.5 Aktuelle retningslinjer og lovverk	8
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.2 Datainnsamling/litteratursøk	9
3.2.1 Identifisere tilgjengelige ressurser	9
3.2.2 Identifisere relevante kilder	9
3.2.3 Utvikle søkemåter i de ulike databasene.....	10
3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	11
3.4 Analyse	13
4.0 Resultat	14
4.1 Sykepleieres holdninger og erfaringer	14
4.1.1 Sykepleiere har delte holdninger	15
4.1.2 Positive erfaringer med å ha pårørende tilstede	16
4.1.3 Følelsen av å bli observert.....	18
4.1.4 Fryktede konsekvenser av pårørendes tilstedeværelse.....	19
4.2 Pårørendes opplevelser	22
4.2.1 Emosjonelle reaksjoner hos pårørende	22
4.2.2 Pårørende har behov for å vite at alt blir gjort.....	24
4.2.3 Behovet for å hjelpe sine kjære	25
4.2.4 Bekymringer rundt det å være tilstede.....	26

5.0 Diskusjon	26
5.1 Metodediskusjon	26
5.2 Resultatdiskusjon.....	29
6.0 Konklusjon.....	38

Litteraturliste

Vedlegg 1. Søkeskjema.

Vedlegg 2. Oversikt over artikler.

Vedlegg 3. Tankekart.

Vedlegg 4a. Retningslinjer, eksempel 1.

Vedlegg 4b. Flytskjema.

Vedlegg 5. Retningslinjer, eksempel 2.

Vedlegg 6. Råd for praksis.

Vedlegg 7. Oversikt over korrespondanse.

Vedlegg 8. Anbefalte ressurser og videre lesning.

Vedlegg 9. Ordforklaringer.

1.0 Innledning

Tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering har vært et kontroversielt tema som har ledet til uenigheter blant sykepleiere de siste tiårene (Dougal et al. 2010). Tradisjonelt sett har det vært vanlig praksis å vise pårørende ut på gangen eller venterommet i akutte situasjoner og ved resuscitering. I nyere forskning ser det derimot ut til at de nærmeste skal få være ved pasienten i slike situasjoner (Norsk Resuscitasjonsråd 2007; Gulbrandsen og Stubbeurud 2005). En sykepleiepraksis hvor pårørende får valget om å være tilstede ved resuscitering, vil fremme fokuset på en familiesentrert sykepleie (Dougal et al. 2010). Forskning sier at pårørende utgjør den viktigste støtten for pasienter som befinner seg i livstruende situasjoner (Dougal et al. 2010).

I akutteneheter i sykehus har pårørende blitt ansett som gjester og underlagt strenge regler, blant annet for besøkstider. Noe av forklaringen på dette er at helsepersonellet trenger å fokusere på pasientens fysiske behov for å forhindre kort- og langvarige skader. Dessuten har det ved resuscitering historisk sett vært helsepersonellens individuelle preferanser som har satt rammene for tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering (Emergency Nurses Association 2007). En rekke internasjonale sykepleieorganisasjoner anbefaler at pårørende blir tilbudt å være tilstede ved resuscitering, og at det utformes retningslinjer for hvordan dette skal gjennomføres ved alle relevante sykehusavdelinger. Til tross for dette, er det få sykehus (cirka 5% både i USA og Europa) som faktisk har innført slike retningslinjer (Emergency Nurses Association 2007). Videre anbefales det av over 20 profesjonelle helseorganisasjoner at tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering innføres i kjernepensum i utdanningen av alt helsepersonell (Henderson og Knapp 2006).

Hvorvidt pårørende kan være tilstede ved resuscitering, er et tema som anbefales drøftet på både mottakelses-, overvåkings- og intensivavdelinger (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Når situasjonen oppstår, er det ikke tid til drøftinger. Beslutningen må oftest tas uten at man kjenner de pårørende og deres måter å mestre vanskelige situasjoner på, og uten å vite hvor nær pasient og pårørende står hverandre følelsesmessig. Derfor bør en ha utformet noen retningslinjer for hvordan dette kan skje, blant annet hvilken vurdering som skal foretas av pårørende før man slipper dem inn (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har gjennom praksis opplevd at tilstedeværelsen av pårørende ved resuscitering har skapt store utfordringer for sykepleierne. Det var på et møte i etterkant av resusciteringen at spørsmålet om pårørende skulle ha fått lov til å være tilstede skapte debatt: Legene mente deres tilstedeværelse virket forstyrrende for arbeidet, mens sykepleierne på sin side forklarte at det var svært vanskelig å holde de pårørende ”under kontroll.” Sykepleierne fortalte at de hadde mange oppgaver å ta seg av på en gang, at de var for lite bemannet og at det var etisk vanskelig å nekte dem tilgang til pasientrommet. Dette gjorde ikke bare et sterkt inntrykk på oss som studenter, men ga oss også motivasjon til å undersøke temaet nærmere.

Vi mener at temaet, selv om det fokuserer på akutt sykepleie, er aktuelt for *alle* sykepleiere. Sykepleiere arbeider med pasienter, og i arbeidet med pasienter kan man nesten alltid havne i akuttsituasjoner hvor pårørende er tilstede, og dermed vil kunnskap om nettopp dette temaet gjøre sykepleierne bedre rustet til å møte slike situasjoner. I tillegg er sykepleiere ofte den personalgruppen som har tette kontakt med pårørende, og er dermed naturlige å henvende seg til for pårørende, når de vil spørre om å få være tilstede ved resuscitering (Fulbrook et al. 2007).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å kartlegge hvordan sykepleiere opplever å ha pårørende tilstede ved resuscitering, og hvordan pårørende selv opplever det å være tilstede.

1.3 Problemstillinger

1. Hvilke erfaringer og holdninger har sykepleiere med/til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering?
2. Hvordan opplever pårørende å være tilstede ved resuscitering?

1.4 Definisjoner

Med *resuscitering* mener vi situasjoner der pasienten er bevisstløs og mottar akutt, livreddende behandling, som for eksempel hjerte-lungeredning. Det må bemerkes at resuscitering i faglitteraturen av og til brukes synonymt med hjerte-lungeredning, og altså ingen annen livreddende behandling. Men etter å ha vært i kontakt med lederen av norsk resuscitasjonsråd, Kristian Lexow, ble vi klare over at begrepet faktisk er bredere; det omfatter andre livreddende tiltak, for eksempel gjenoppretting av væskebalanse etter massive blødninger (væskeresuscitering)¹. Essensen av begrepet er at det er livreddende arbeid som søker å gjenopprette eller opprettholde pasientens liv.

Pårørende: Når pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, sier pasientrettighetsloven at disse skal være "(...) de som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten." Loven sier videre at pårørende skal rangeres i en rekkefølge hvor ektefelle kommer først, deretter registrert partner, barn, foreldre, søsken og besteforeldre (Pasientrettighetsloven §1-3).

Med *tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering* menes at pårørende befinner seg i umiddelbar nærhet til pasienten, hvor visuell og eventuelt fysisk kontakt med pasienten kan etableres.

Vi har utformet ordforklaringer som beskriver begrep som går utover den allmenne sykepleiefaglige terminologien (Vedlegg 9).

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Pasient-/familiesentrert sykepleie og omsorgsfilosofi

Studier viser at pårørende i akutte situasjoner har klare forventninger om å bli møtt med omsorg av helsepersonell de kommer i kontakt med (Mekki 2007). Pårørende opplever å miste kontrollen over eget liv, og hjelpeløsheten og redselen for hvordan dette kommer til å utvikle seg, virker truende. I denne situasjonen er de sårbare og vare på både verbale og nonverbale uttrykksmåter. God omsorg til pasienten øker pårørendes tillit til helsevesenet, men det endrer seg raskt til mistillit hvis de selv blir oversett (Mekki 2007).

¹ Lexow, Kristian, e-post mottatt 17.april

Hvis man ser på faglitteraturen innenfor sykepleie og også på sykepleiepraksis generelt, er det åpenbart at sykepleiens hovedfokus er det syke individ (Kirkevold og Ekern 2001). Sykepleieteoretikere som har pasienten som hovedfokus er blant annet Benner og Wrubel, Katie Eriksson, Dorothea Orem, Joyce Travelbee og Virginia Henderson (Kirkevold og Ekern 2001). Henderson benytter for eksempel begrepet *individ* i sin definisjon av sykepleie, men nevner ingenting om pårørende. Her må det presiseres at noen av de nevnte sykepleieteoretikernes perspektiver er *forenlig* med familieperspektivet, men det bemerkelsesverdige er at familien ikke nevnes eksplisitt (Kirkevold og Ekern 2001).

Til tross for denne tradisjonen med pasientfokusert sykepleie, har det i årtier vært gjennomgående i sykepleieforskning at pasienten er en del av en enhet - familien. Pasient-/familiesentrert sykepleie er et etablert perspektiv som anerkjenner viktigheten av familiens rolle for pasientens helse og velbefinnende (Institute for Patient- and Family-Centered Care 2008). Pasient-/familiesentrert sykepleie kjennetegnes av planlegging, gjennomføring og evaluering av en helsehjelp som er oppbygd rundt gjensidige, fordelaktige relasjoner mellom pasienter, familier og helsepersonell, og som verdsetter og respekterer den essensielle rollen til familien. Relasjonen mellom sykepleier og familien i denne filosofien kjennetegnes av følgende fire kjerneprinsipper:

1. Verdighet og respekt
2. Informasjonsdeling
3. Deltakelse
4. Samarbeid

(Institute for Patient- and Family-Centered Care 2008)

Verdighet og respekt innebærer at man skal respektere både pasientens og pårørendes synspunkter og ønsker, og at man skal innlemme pårørendes synspunkter i planlegging av sykepleien. *Informasjonsdeling* innebærer at sykepleierne gir utfyllende informasjon til pårørende på en ærlig og upartisk måte. *Deltakelse* betyr at pasient og pårørende oppfordres til å delta og være med på avgjørelser som omhandler sykepleien. *Samarbeid* innebærer at pasient, pårørende og sykepleierne samarbeider om å utvikle, implementere og evaluere sykepleien som skal gis (Institute for Patient- and Family-Centered Care 2008).

Omsorgsfilosofien til Kari Martinsen omhandler viktige elementer som vi mener kan anvendes i en pasient-/familiesentrert sykepleie. Hun hevder at omsorg kjennetegnes av følgende:

1. Omsorg er et *relasjonelt* begrep. Vi er avhengige av hverandre.
 2. Omsorg er *praksis*. Likningen om den barmhjertige samaritan sier at man ikke kan stille seg utenfor, men delta aktivt og praktisk i den andre sin lidelse.
 3. Omsorg har en *moralsk side*. Hvordan ansvaret for den svake skal praktiseres, kan læres. Omsorgsmoral innebærer ikke minst å lære å håndtere makt; en bør underordne maktutøving under prinsippet om solidaritet med den svake.
- (Martinsen 1989, gjengitt i Aadland 1998, 64-65)

2.2 Pårørendes behov i akuttsituasjoner

De pårørende til akutt, kritisk syke pasienter opplever mange stressfylte og krisepregede situasjoner (Moesmand og Kjøllesdal 2004). I 1979 publiserte sykepleieren Nancy Molter en anerkjent studie om pårørendes behov i akuttsituasjoner. Behovene ble videreutviklet av sykepleieren Jane Leske, som kategoriserte pårørendes behov i fem hovedkategorier. Dette er den berømte modellen CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory):

1. Behov for støtte og betryggelse
 2. Behov for informasjon
 3. Behov for å være nær sin kjære
 4. Behov for å hjelpe sin kjære
 5. Personlige behov (f.eks. mat og hygiene.)
- (Leske 1991, gjengitt i Moesmand og Kjøllesdal 2004, 168)

Disse fem behovene gjelder for alle akuttsituasjoner. Wagner (2004) tar for seg de spesielle behovene ved hjerte-lungeredning. Hun sier at behovene som pårørende har i akuttsituasjoner gjelder også her, men at de er ekstra påtrengende; pasienten står midt i mellom liv og død, noe som kanskje er den mest ekstreme påkjenningen en pårørende kan bli utsatt for.

2.3 Kriseteori

Sykdom og krise påvirker alltid relasjonen til de nærstående (Eide og Eide 2007). Når en person rammes, rammes også de pårørende. Også de pårørendes krisereaksjoner må møtes og forstås av sykepleieren på lik linje med pasientens (Eide og Eide 2007).

Eide og Eide (2007, 166) beskriver en traumatisk krise som "(...) ekstraordinære påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp, for eksempel i forbindelse med sykdommer, ulykker eller voldshandlinger." Begrepet *traumatisk* er avledet av det greske *trauma*, som betyr "sår" eller "skade". Traumatiske kriser brukes gjerne om belastninger - fysiske, psykiske eller sosiale - som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem. Ikke bare reell skade, men også overhengende *fare* for skade, ulykke eller sykdom, kan utgjøre en slik belastning (Eide og Eide 2007).

Den normale krisereaksjonen deles inn i fire faser: 1) sjokkfasen, 2) reaksjonsfasen, 3) bearbeidingsfasen og 4) nyorienteringsfasen. Disse fasene flyter gjerne over noe over i hverandre. I forbindelse med ulykker og alvorlig sykdom vil det dessuten kunne oppstå nye kriser underveis i prosessen, noe som kompliserer bildet ytterligere (Eide og Eide 2007).

I *sjokkfasen* erkjenner ikke personen hendelsen. Ubevisst forsvaret man seg mot implikasjonen av det som har skjedd ("Det kan ikke være sant!") I *reaksjonsfasen* begynner man å ta det som har skjedd innover seg, man slipper sannheten nærmere, og dermed også de følelser og reaksjoner som dette vekker i en. Sjokkfasen kan vare i alt fra noen timer til flere dager, mens reaksjonsfasen varer 1-6 uker (Norsk Helseinformatikk 2001). Sjokkfasen blir dermed den mest relevante for denne litteraturstudien.

I sjokkfasen har man normalt dårlig kontakt med sine følelser, og vurderings- og tankeevnen er nedsatt. Splitting og benekting er to spontane mestringsstrategier eller forsvarsmekanismer som dominerer i sjokkfasen. Med *splitting* menes at man ubevisst fjerner visse tanker, følelser og impulser fra bevisstheten. Å splitte innebærer å skyve det som oppleves som truende ut av bevisstheten og holde det borte ved hjelp av en ubevisst kraft. Man setter nærmest opp et mentalt gjerde mellom seg selv og det truende, slik at dette gjøres til noe som oppleves som forskjellig fra en selv. En som i en katastrofe kan oppleve at en av ens nærmeste blir drept, kan spalte av sine følelser og opptre kontrollert og rolig. *Benekting* kan betraktes som en forlengelse av splitting, og innebærer at ytre kjensgjerninger og deres implikasjoner ubevisst benektes til fordel for ønskeoppfyllende fantasier. For eksempel kan en som opplever at en av ens nærmeste er drept, forestille seg at vedkommende bare er besvimt og snart vil være i orden igjen (Eide og Eide 2007).

Informasjon gitt i sjokkfasen blir ofte feiltolket eller bare delvis oppfattet, og må alltid gjentas senere. Selv om personen ikke opptrer påfallende på noen måte, har altså vedkommende gjerne noe nedsatt bevissthet, og er ofte ute av stand til å beskrive sitt eget behov for hjelp. I sjokkfasen har man primært behov for noen å støtte seg til, og en hånd å holde i og eventuelt en skulder å lene seg mot kan være til større hjelp enn mange ord. Den psykologisk sett viktigste hjelp til mestring i sjokkfasen, er omsorg, nærhet og respekt (Eide og Eide 2007).

2.4 Om holdninger

En vesentlig del av denne litteraturstudien tar for seg hvilke holdninger sykepleiere har til å ha pårørende tilstede ved resuscitering, jf. første problemstilling. For at man skal få en grundigere forståelse av våre funn, mener vi at en basiskunnskap om holdninger og hvordan de dannes, er relevant å se nærmere på.

Holdninger skapes av tre komponenter: en tankekomponent, en følelseskomponent, og en atferdskomponent (Bunkholdt 2002). Tankekomponenten er hva man *tenker* om et spesielt "fenomen," følelseskomponenten er hva man *føler* i forhold til dette fenomenet, mens atferdskomponenten er tendensen man har til å *handle* på en spesiell måte i forhold til fenomenet (Bunkholdt 2002).

De fleste av oss har opplevd å utvikle nye holdninger eller å svinge holdningsmessig når vi kommer inn i en gruppe som har andre holdninger enn dem vi selv har hatt (Bunkholdt 2002). Dette kan ligne på imitering (etterligning av andres oppførsel/holdninger).

Forskjellen er at når en holdning er tilegnet gjennom identifisering (vil bli identifisert som en med en spesiell type holdninger), oppleves den helt og fullt som ens egen, som en naturlig del av en selv. I motsetning til ved imitering. Å skifte holdninger kan oppfattes som lojalitetsbrudd, og blir ofte møtt med sanksjoner, i alle fall hvis det dreier seg om holdninger som er viktige kjennetegn ved gruppen. Når vi skal arbeide med å endre holdninger, er det viktig å vite både hvordan holdningene er blitt tilegnet og med hvilke(t) motiv (Bunkholdt 2002).

2.5 Aktuelle retningslinjer og lovverk

I rammeplanen for sykepleierutdanningen i Norge er viktigheten av pårørende nå understreket flere steder. Når man leser gjennom rammeplanen, er det faktisk få steder at ordet pasient er nevnt uten at ordet pårørende opptrer i samme setning. Under pkt. «3.3 Mål» i rammeplanen heter det for eksempel:

Den nyutdannede sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utføre oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og *pårørende*² (Kunnskapsdepartementet 2008, 5).

Også Norsk Sykepleierforbunds (NSF) yrkesetiske retningslinjer (NSF 2008) og International Council of Nurses (ICN) sine etiske retningslinjer fokuserer på pårørende. Sistnevnte sier: "Sykepleieren skal i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, *familiens*³ og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres" (ICN 1999, 2).

Når det gjelder lovverk, sier pasientrettighetsloven følgende om pårørendes tilstedeværelse: "Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig" (Pasientrettighetsloven §3-1). Og når det gjelder pårørendes rettigheter til informasjon, kan man i pasientrettighetsloven lese: "Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes" (Pasientrettighetsloven §3-3).

3.0 Metodebeskrivelse

Forsberg og Wengström (2008) forklarer at en systematisk litteraturstudie innebærer at man søker systematisk etter, gransker kritisk, og sammenligner, litteratur innen et valg tema eller problemområde. I tillegg til inklusjons- og eksklusjonskriter og etiske hensyn, er det nettopp disse tre hovedpunktene vi vil beskrive i de kommende underkapitlene.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Resusciteringssituasjonen avgrenses til å foregå i sykehus, og til å gjelde voksne

^{2,3} Uthevingen er gjort av artikkelforfatterne.

pårørende. Vi ekskluderer barn, siden barns krisereaksjoner skiller seg betydelig i karakter fra voksnes, noe som blant annet er relatert til at de befinner seg på et annet utviklingspsykologisk stadium (Eide og Eide 2007).

Vi valgte også å ekskludere pasienter fra studien. Årsaken er at pasientene i resusciteringssituasjoner har nedsatt eller ingen bevissthet, og at ivaretagelsen av pårørende, som litteraturstudien vår handler om, fordrer et fokus på nettopp pårørende. Vi har dessuten inntrykk av at mengden forskning på pasientperspektivet er svært liten sammenlignet med pårørende- og sykepleierperspektivene. Videre velger vi å begrense tidsrommet til å gjelde *umiddelbart før, under og umiddelbart etter* den livreddende behandlingen. Oppfølging av pårørende utover denne tidsrammen, vil i våre øyne reise flere sykepleiefaglige spørsmål enn hva en bacheloroppgave vil kunne romme gode svar på.

3.2 Datainnsamling/litteratursøk

For å gjøre arbeidet med datainnsamlingen oversiktlig, valgte vi i denne prosessen å benytte Willman, Stoltz og Bahtsevanis (2006, s.61-62) fire steg til å planlegge litteratursøket. Disse beskrives i det følgende.

3.2.1 Identifisere tilgjengelige ressurser

I arbeidet med å finne tilgjengelige ressurser, benyttet vi oss av kunnskaper tilegnet gjennom undervisning i forskningsmetode og litteratursøk på skolen. I Nortvedt et al. (2007) fant vi informasjon om hvilke forskningsdatabaser som egnet seg for å finne refereevurderte originalartikler. Videre fikk vi opplæring i litteratursøkeprosessen av skolens bibliotekar.

3.2.2 Identifisere relevante kilder

Databasene vi valgte å benytte, var følgende: ScienceDirect, Ovid Medline, Ovid British Nursing Index, Ovid Nursing Database, ProQuest Nursing & Allied Health Source, SweMed+ og Norart. Ovid og ProQuest er databasetilbydere som gir tilgang til flere databaser med forskningsartikler innen et bredt spekter av fagområder, hvor helsefagene er solid representert.

I prosessen med å kvalitetsvurdere artiklene fant vi at enkelte forfattere hadde publisert flere ulike artikler om temaet vårt. Vi tenkte at dette sannsynligvis var ressurspersoner på feltet og det kunne derfor være interessant å kontakte disse. Vi kom i kontakt med flere av forfatterne av våre inkluderte artikler, noe som tjente som supplerende informasjon til resultatdiskusjonen (Vedlegg 7).

3.2.3 Utvikle søkemåter i de ulike databasene

Før vi utarbeidet en strukturert søkestrategi, gjennomførte vi prøvesøk i relevante databaser (jf. pkt. 3.1.2). Vi oversatte problemstillingen vår til engelsk, og forsøkte å søke gjennom Ovid på følgende søkeord: "resuscitation" AND "family" AND "nurs\$." Trunkeringen i sistnevnte søkeord sørger for at vi får med alle treff som inneholder grunnstammen av ordet, slik som "nurse," "nurses," "nursing" etc. Videre begrenset vi søkene til å gjelde norsk, engelsk, dansk og svensk språk, samt publiseringsårstall fra og med 2005 til nåværende år. Vi valgte også å benytte hovedsakelig MeSH-termer (Medical subject headings) i søkene, da dette sørger for at synonymer for søkeordene tas med og dermed produserer flere treff. Med de tre søkeordene nevnt over, valgte vi følgende MeSH-termer: "Resuscitation/" "Family/ or Family Nursing/ or Professional-Family Relations/" og kombinerte disse to. Vi benyttet også MeSH-termer i kombinasjon med fritekst-søkeord, da dette viste seg å gi godt resultat. Dette er i tråd med anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006).

I undervisningen om litteratursøk, ble vi anbefalt å benytte PICO-skjema for å systematisere artikkelsøket. Dette valgte vi å ikke gjøre, da vårt tema og våre problemstillinger vanskelig lot seg overføre til et slikt standardisert skjema. PICO står for Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Nortvedt et al. 2007, 29) og bruken av skjemaet forutsetter dermed at det fins et problem, en intervensjon som skal sammenlignes med en annen, samt et utfall. Vi kunne valgt ivaretagelse av pårørende som intervensjon, men vi har kun én intervensjon, og altså ikke to intervensjoner som skal sammenlignes. Med bakgrunn i dette, forkastet vi PICO-modellen og valgte å benytte variasjoner av de søkeordene som ga de mest relevante treffene, gjennom et kombinert fritekst- og MeSH-term-basert søk.

I begynnelsen av søkeprosessen, satt vi sammen og lette etter relevante artikler. Etterpå søkte vi individuelt. Deretter møttes vi og bestemte de søkeordene og MeSH-termene som ga de beste treffene, og gjennomførte disse søkene i de ulike databasene. Dette mener vi bidro til at artiklene vi endte opp med, ble av best mulig kvalitet. Vi dokumenterte søkene underveis for at søkene skulle være regenererbare for andre. En stund i etterkant gjennomførte vi søkene på nytt for å se om det var kommet nyere artikler som kunne inkluderes. På denne måten fikk vi tak i nyere artikler. Vi fant noen artikler på denne måten som var merket med "Article in press." Disse var merket som godkjent for publisering, altså var dette endelige artikler som kunne tas med i studien, noe vi også forsikret oss om hos lærerne våre.

Vi har i hovedsak inkludert forskning som er datert til etter 2005, det vil si med unntak av to: en fra 2004 og en fra 1998. Årsaken til at vi valgte å inkludere disse, var at de hadde stor relevans for problemstillingene våre. Dessuten var disse artiklene referert til i en stor mengde nyere reviewartikler, noe vi mener kan tyde på at de hadde god kvalitet.

Søkeskjema er vedlagt (Vedlegg 1).

3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

For å kvalitetsvurdere artiklene, benyttet vi sjekklister fra Kunnskapscenteret. Vi lagde en oversiktstabell etter anbefalingene fra retningslinjene for bacheloroppgaven, hvor vi skrev inn informasjon om hver enkelt artikkel (Vedlegg 2). Graden av kvalitet bedømte vi etter hvor mange kriterier i sjekklisene den enkelte artikkel oppfylte, dividert på antall kriterier, noe som ga et prosenttall. Vi lagde tre kvalitetsgrader, hvor grad 1 representerte høy kvalitet og et prosenttall på 80-100%. Grad 2 representerte middels kvalitet og hadde 70-79%, mens grad 3 representerte lav kvalitet og et prosenttall på 60-69%. Artikler som fikk grad 3 eller dårligere, ble ekskludert fra studien. Denne inndelingen er i tråd med anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006).

Vi delte artiklene mellom oss, og kvalitetsvurderte dem hver for oss. Deretter byttet vi, og vurderte på nytt. Dersom det ble avvik mellom vurderingene, diskuterte vi oss frem til enighet. Gjennom en slik dobbeltvurdering, mener vi at kvalitetsvurderingen ble så grundig som mulig.

Kvalitetsvurderingen førte til at 12 artikler ble ekskludert fra studien. Vi satt da igjen med 21 artikler som ble inkludert, hvorav 9 var kvantitative, 5 kvalitative, og 7 hadde blandet kvantitativ og kvalitativ metode. En relativ lik fordeling sikrer en bred oversikt over feltet, mener vi, siden man da får en oppfatning av enkeltpersoners opplevelser, mens det kvantitative aspektet gir et innblikk i forekomst og hvordan den generelle praksisen er. Det må bemerkes at enkelte av artiklene hadde en blanding mellom kvalitativ og kvantitativ metode, slik som prevalensstudier med både avkryssningsspørsmål og åpne spørsmål. Selv om opplevelser beskrives best med kvalitativ metode (Nortvedt et al. 2007), mener vi at kvantitative artikler med avkryssningsspørsmål som gjelder opplevelser vil gi leseren et *innblikk* i opplevelsene, bare i et mer indirekte perspektiv.

Artikler som ikke var refereebdømte, ble ekskludert. Refereebdømming betyr at forskningsartikkelen er vitenskapelig og at en faglig komité har godkjent artikkelen for publisering (Friberg 2006).

Forutsetningene for at vi skulle inkludere forskningsartiklene i litteraturstudien vår, var i tillegg at de måtte være godkjente av en etisk komité. Det er viktig å være oppmerksom på at det kan oppstå interessekonflikter mellom den som utfører en undersøkelse, og de personene som på en eller annen måte blir involvert i prosjektet (Dalland 2007). Derfor er det viktig å være bevisst hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de best mulig kan løses (Dalland 2007).

Vi la vekt på at det i hver inkludert forskningsartikkel skulle være gjort etiske vurderinger. Siden dette er en litteraturstudie, og altså ikke en primær forskningsartikkel med utførte feltstudier, vil de etiske hensynene vi har anledning til å ta, automatisk begrenses. Det viktigste for vårt arbeid, er dermed at de utøvende forskerne har tatt etiske hensyn.

De personene som har deltatt i de utvalgte studiene, skal være behandlet på en slik måte at de etiske vurderingene rettferdiggjør forskningsarbeidet. Det samme gjelder for selve datamaterialet: det må være reelle data, ikke oppdiktet og ikke plagiat (Forsberg og Wengström 2008). De personene som inngår i vår studie, er sykepleiere og voksne pårørende. Disse skal ha samtykket frivillig til å være med i de enkelte studiene, og

personvern, i form av anonymisering og overholdelse av taushetsplikt, skal være ivaretatt (Dalland 2007).

Forsberg og Wengström (2008, 77) beskriver tre etiske vurderinger som bør inngå i en systematisk litteraturstudie: 1) Velge artikler som er godkjent av en etisk komité; 2) Dokumentere hvilke artikler som inngår i studien, og oppbevare disse trygt i ti år; 3) presentere resultat som både støtter og taler imot hypotesen/problemstillingen. Vi benytter disse i vår studie; punkt 1 ivaretas gjennom kvalitetsvurdering av artikler, punkt 2 gjennom oversiktsskjemaet for inkluderte artikler, mens punkt 3 ivaretas av resultatene våre - samt resultatdiskusjonen. Kravet om oppbevaring av artikler i 10 år ivaretas av Høgskolen i Molde.

3.4 Analyse

I analyseprosessen har vi benyttet oss av tematisk analyse som metode. Braun og Clarke (2006) beskriver tematisk analyse som "(...) en metode for å identifisere, analysere og finne mønster (temaer) i datamaterialet" (Braun og Clarke 2006, 79).

Selve analysearbeidet startet etter artikkelutvelgelsen. Vi leste gjennom alle artiklene grundig hver for oss, og forsøkte å finne fellestrekk som skulle bidra til å besvare problemstillingene våre. Fellestrekkene kom frem etter en god tids arbeid, og vi organiserte disse i hoved- og undertemaer (jf. modell 1 s. x og modell 2, s.y). Denne organiseringen diskuterte vi oss frem til etter å ha sittet hver for oss og funnet fellestrekk. Diskusjonen ledet oss gjennom flere faser, der temaene ble mer og mer presise i forhold til hensikten vår. Dette er det som Graneheim og Lundman (2003) kaller *kondensering*.

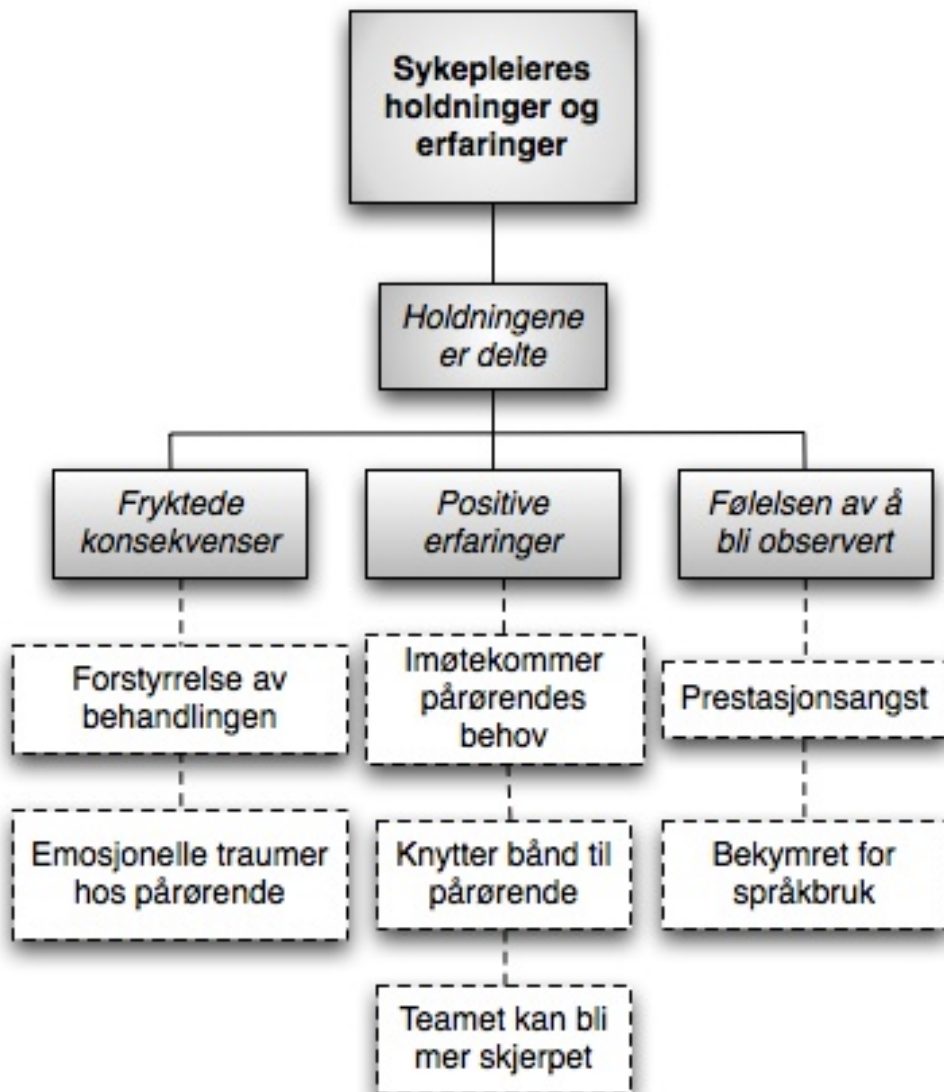
Vi tegnet inn fellestrekkene i et tankekart, noe som ga en visuell forståelse av funnene, og bidro til at vi lettere så logikken og sammenhengen i det vi produserte (Vedlegg 3). Vi satt da igjen med den viktigste og mest relevante informasjonen fra studiene. Dernest gikk vi gjennom artiklene for å finne gode sitat vi kunne ta med for å speile opplevelsene til de pårørende og sykepleierne. Vi brukte sitater som et virkemiddel for at leseren lettere kunne sette seg inn i situasjonen til respondentene. Bruk av sitater kan dessuten være med på å styrke kredibiliteten i resultatene våre (Graneheim og Lundman 2003).

4.0 Resultat

Resultatdelen har vi valgt å organisere etter kategoriene som kom frem etter analysearbeidet. Studiens hensikt, som var å kartlegge hvordan sykepleiere opplever å ha pårørende tilstede ved resuscitering, og hvordan pårørende selv opplever det å være tilstede, er utgangspunktet for denne delen av oppgaven. Og målet er at resultatene skal besvare problemstillingene, som er følgende:

1. Hvilke erfaringer og holdninger har sykepleiere med/til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering?
2. Hvordan opplever pårørende å være tilstede ved resuscitering?

4.1 Sykepleieres holdninger og erfaringer



Modell 1. Sykepleieres holdninger og erfaringer med/til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.

4.1.1 Sykepleiere har delte holdninger

Duran og Oman (2007) skulle kartlegge hvilke holdninger sykepleiere og leger hadde til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Det var totalt 202 respondenter, derav 98 sykepleiere, 98 leger og 6 respiratorterapeuter (respiratory therapists) i studien.

Resultatene viste at flertallet av respondentene (54%) var positive til å la pårørende få være tilstede ved resuscitering, og to tredjedeler av respondentene hadde opplevd å ha pårørende tilstede. I tillegg var sykepleierne mer positivt innstilt enn legene. Meyers et al. (2004) støtter resultatene: 96 sykepleiere og leger deltok i studien, og resultatene viste at hele 76% støttet en praksis hvor pårørende fikk være tilstede ved resuscitering. Også her var sykepleierne mer positive enn legene. Twibell et al. (2010) fant lignende resultater: av 375 sykepleiere, var over halvparten positivt innstilte til å ha pårørende tilstede ved resuscitering. I tillegg viste det seg at flertallet mente at pårørende hadde rett til å være tilstede ved resuscitering. Til tross for dette, hadde to tredjedeler av respondentene aldri invitert pårørende med inn under en resuscitering. Også Manguerten et al. (2006) fant at sykepleierne mente pårørende hadde rett til å være tilstede; av 92 sykepleiere og leger, mente 72% at dette var pårørendes rett. Videre var 70% positive til å la pårørende få lov til å være tilstede ved resuscitering. Også her var sykepleierne mer positivt innstilte enn legene.

I motsetning til disse studiene, hvor holdningene er overveiende positive, har flere studier funnet negative holdninger hos sykepleierne. Fulbrook, Albarran og Latour (2005) rekrutterte 124 europeiske akuttisykepleiere til sin prevalensstudie om deres holdninger til å ha pårørende tilstede ved resuscitering. Halvparten av sykepleierne mente at pårørende ikke skulle få valget om å være tilstede. Hele 80% hadde aldri invitert pårørende med inn under en resuscitering. Det kom også frem at britiske sykepleiere var mer positive enn de fra de øvrige europeiske landene. Funnene støttes av Axelsson et al. (2010); av 411 europeiske sykepleiere, var over halvparten uenige i at pårørende skulle få tilbudet om å være tilstede ved resuscitering. Kun 13% oppga at de hadde invitert pårørende med inn. Her var motstanden størst hos de fra Norge: kun 5% av 164 norske sykepleiere hadde noen gang invitert pårørende med inn. Köberich et al. (2010) sin studie viste enda sterkere motstand; av 166 intensivsykepleiere mente hele 74,7% at det ikke burde være normal praksis å invitere pårørende med inn i behandlingsrommet. Kun én respondent (0,6%) hadde invitert pårørende med inn.

Flere studier har undersøkt hvilke faktorer det er som avgjør om sykepleierne er positive eller negative til å ha pårørende tilstede ved resuscitering. En slik faktor synes å være erfaring; noen studier har funnet at jo flere ganger sykepleierne har invitert pårørende inn, desto mer positive er de til å gjøre det igjen (Axelsson et al. 2010; Duran og Oman 2007; Manguerten et al. 2006; Miller og Stiles 2009; Twibell et al. 2010; Robinson et al. 1998). Andre studier har funnet at utdanning om hvilke fordeler og ulemper som fins ved å ha pårørende tilstede, gjør at sykepleierne blir mer positivt innstilte (Feagan og Fisher 2010; Holzhauser og Finucane 2008; Mian et al. 2007).

Oppsummert viser resultatene at statistikken er langt i fra entydig; sykepleiere har sprikende holdninger til om pårørende bør få være tilstede ved resuscitering. Det ser likevel ut til sykepleiere med utdanning om fordeler og ulemper ved å ha pårørende tilstede, samt erfaring med å ha dem tilstede, er mer positivt innstilte. Et annet tydelig funn, er at sykepleiere har mer positive holdninger enn leger.

4.1.2 Positive erfaringer med å ha pårørende tilstede

Miller og Stiles (2009) skulle kartlegge sykepleieres erfaringer med å ha pårørende tilstede ved resuscitering. 17 sykepleiere deltok i studien, og en av hovedkategoriene som kom frem etter den kvalitative analysen het "knytter bånd til pårørende." Sykepleierne fortalte at det oppstod et tett bånd mellom dem selv og de pårørende i den hektiske situasjonen, og at selv om hendelsen kunne oppleves som emosjonelt utmattende, gjorde denne forbindelsen det til en mer positiv opplevelse for sykepleierne. En sykepleier forklarte:

(...) It's a bad situation but (...) it's amazing how much you can get to know people in an extremely short period of time (...) You've dropped into a very deep relationship with them in a short period. (Miller og Stiles 2009, 1434-35).

En annen hovedkategori i den samme studien het "fremmer pårørendes behov;" sykepleierne følte seg tilfredse gjennom det at de imøtekom behov hos pårørende. Behovene som ble beskrevet, var at pårørende fikk se at alt ble gjort for pasienten, at de kunne få se alvoret i situasjonen, samt at de kunne få en verdig avslutning på livet med sin kjære. Funnet går igjen i flere studier (Duran og Oman 2010; Holzhauser og Finucane 2008; Knott og Kee 2004; Manguerten et al. 2006; Meyers et al. 2004). En sykepleier beskrev det slik:

I believe (although so difficult for the family members to witness) that there is closure and an ease felt when family members are present to witness that we have indeed done everything possible to save a life (Duran og Oman 2010, 6).

I Miller og Stiles (2009) sin kvalitative, fenomenologiske studie hadde en sykepleier en lignende opplevelse med å ha pårørende tilstede ved resuscitering. Hun forklarte det slik:

His wife stood at the bottom of the bed and touched him the whole time, and she said, "I'm just glad that he did not have to die alone." She was just really pleased that she was there when it happened and never fell apart, and the code itself was much more respectful (Miller og Stiles 2009, 1436).

Overensstemmende resultater kom frem i studien til Fulbrook, Albarran og Latour (2005), som fant at størsteparten av sykepleierne mente at det var viktig at pårørende fikk dele de siste øyeblikkene med sine kjære, noe de mente ville fremme verdigheten i dødsøyeblikket. Flertallet mente også at det å få være tilstede ville hjelpe sorgprosessen til de pårørende. Disse to funnene er også fremtredende i studien til Axelsson et al. (2010).

I Miller og Stiles (2009) kom det frem en annen fordel: Noen sykepleiere hadde opplevd at pårørende hjalp til med selve resusciteringsarbeidet - ved at de ga brystkompresjoner. Sykepleierne mente at dette ga pårørende en følelse av å være nyttig. Funnet støttes av Manguerten et al. (2006).

Når det gjelder fordeler for selve behandlingsteamet, fant Manguerten et al. (2006), som intervjuet 92 leger og sykepleiere, noe interessant; personalet mente at de ble mer skjerpet og opptrådte mer profesjonelt da pårørende var tilstede, samt at de unngikk å fleipe eller bruke sort humor ved resusciteringen. Funnet støttes av Knott og Kee (2005) og Meyers et al. (2004). Holzhauser og Finucane (2008) fant flere fordeler for behandlingsteamet: Pårørende kunne gi dem medisinsk informasjon om pasienten. To funn i denne studien skiller seg ut fra de andre studiene: Flere respondenter mente at det var enklere å håndtere pårørende når de var tilstede, i tillegg oppga noen at arbeidet med å informere pårørende ble lettere når de selv kunne se hva som foregikk.

Oppsummert ser sykepleiere mange fordeler ved å la pårørende være tilstede. For det første at de tilfredsstillt ulike behov hos pårørende (de kan få se at alt blir gjort, forstå

alvorligheten i situasjonen, være nær sin kjære, oppleve verdighet i dødsøyeblikket, samt være til hjelp). For det andre at det kan det oppstå et spesielt bånd mellom sykepleier og pårørende som gjør opplevelsen mer positiv for sykepleieren. For det tredje mener flere sykepleiere at pårørendes tilstedeværelse gjør behandlingsteamet mer skjerpet.

4.1.3 Følelsen av å bli observert

Duran et al. (2007) undersøkte 202 helsepersonells holdninger til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Et av hovedtemaene som kom frem etter den kvalitative analysen, var at personalet følte seg ubekvemme med å bli observert. Flere respondenter i studien uttrykte at de følte et ekstra press når pårørende var tilstede, og spesielt dersom resusciteringen ikke førte frem. Knott og Kee (2005) sin kvalitative studie støtter funnene, hvor ett av de fire hovedtemaene som kom frem var at sykepleierne var bekymret for å bli observert av de pårørende. En sykepleier forklarte dette slik: "I think the reason [family presence is not a common practice] is that uncomfortable feeling that people are watching, their eyes are on you and you might slip up a little bit" (Knott og Kee 2005, 197). En annen sykepleier beskrev prestasjonsangsten slik: "(...) you feel like you're on stage, like somebody's watching your performance (...) it almost becomes like a show" (Knott og Kee 2005, 197).

I studien til Fulbrook, Albarran og Latour (2005) var som tidligere nevnt halvparten av sykepleierne imot at pårørende skulle få være tilstede ved resuscitering. Forfatterne mener at en årsak til denne skepsisen er prestasjonsangst hos personalet, og begrunner dette med funnet som viste at halvparten av sykepleierne syntes det var vanskelig å konsentrere seg om behandlingen da pårørende var tilstede. Et sitat fra en sykepleier i studien til Knott og Kee (2005) kan virke støttende for dette synet:

Sometimes it does make you feel uncomfortable because (...) if something doesn't work, you feel like the family member is starting to hover over you (...) and you don't want them to think you're making errors (...) (Knott og Kee 2005, 196).

Et annet problem ved å bli observert, synes å være språkbruken i behandlingsrommet. Et av hovedfunnene i prevalensstudien til Fulbrook, Albarran og Latour (2005) var nemlig at sykepleiere var bekymret for at pårørende skulle bli opprørt over språkbruken blant behandlingsteamet: tre fjerdedeler av de 124 deltagende sykepleierne mente at dette var et

betydelig problem. Denne bekymringen deles av sykepleierne i studien til Köberich et al. (2010), hvor 80% av 166 sykepleiere mente at personalet kunne komme til å si ting som virket opprørende på de pårørende. Axelsson et al. (2010) fant overensstemmende resultater, hvor hele 70% av 411 europeiske sykepleiere var bekymret for at personalet skulle si ting som ville gjøre pårørende opprørte. Miller og Stiles (2009) fant også at mange sykepleiere var bekymret for at personalet skulle si noe upassende. Flere sykepleiere forklarte at det å fortelle en spøk under behandlingen fungerte godt som en slags "trykkavlastning" på stemningen i rommet, men at dette var noe pårørende ikke ville ha godt av å være vitne til.

Ved siden av at mange sykepleiere uttrykker bekymring over at pårørende skal reagere på selve språkbruken, fins det også en bekymring om at pårørende ikke skal forstå hva som foregår. Köberich (2008) fant i denne sammenheng at sykepleierne var redde for at de pårørende skulle mistolke prosedyrer på grunn av mangel på medisinsk kunnskap. Dette er et funn som går igjen i flere studier (Miller og Stiles 2009; Fulbrook, Albarran og Latour 2005; Knott og Kee 2005).

Som en oppsummering sier flere studier at sykepleiere syntes det er ubehagelig å bli observert av pårørende når de arbeider med resuscitering av pasienten. Det at pårørende skal observere dårlig språkbruk blant personalet, samt at de pårørende skal mistolke prosedyrer, er to andre, vanlige bekymringer hos sykepleierne.

4.1.4 Fryktede konsekvenser av pårørendes tilstedeværelse

Fulbrook, Albarran og Latour (2005) skulle undersøke europeiske akutt sykepleieres holdninger til å ha pårørende tilstede ved resuscitering. 124 sykepleiere fra Storbritannia, Skandinavia og øvrige europeiske land deltok i studien. Resultatene viste at en tredjedel mente at arbeidet ville bli forstyrret hvis pårørende var tilstede. Disse funnene støttes av Axelsson et al. (2009), som undersøkte 411 europeiske sykepleieres holdninger til å ha pårørende tilstede ved resuscitering; halvparten av respondentene uttrykte bekymring for at pårørende skulle forstyrre behandlingsteamet. Også Meyers et al. (2004) fant at sykepleierne var bekymret for at pårørende skulle forstyrre: Av 96 respondenter, svarte 38% at de var bekymret for at pårørende skulle forstyrre behandlingen ved resuscitering eller invasive prosedyrer. Hos Köberich et al. (2010) var frykten overveldende; av 166

intensivsykepleiere som deltok i studien, var hele 79,5% enige eller sterkt enige i utsagnet om at pårørende ville kunne forstyrre behandlingen.

Flere studier har sett på de *faktiske*, kliniske konsekvensene av tilstedeværelsen av pårørende ved resuscitering (dvs. ikke holdninger). Duran og Oman (2010) undersøkte i sin deskriptive prevalensstudie hvilke erfaringer personalet hadde med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Hele 88% av 65 respondenter svarte at pårørende ikke hadde forstyrret behandlingen. Pasquale et al. (2010) sin studie støtter funnene; det var ingen forstyrrelser fra pårørende i 25 tilfeller med resuscitering. Holzhauser, Finucane og De Vries (2006) undersøkte i sin RCT-studie hvilken effekt tilstedeværelsen av pårørende ved resuscitering hadde på behandlingen. Av de 58 pårørende som ble inkludert i studien, var det ingen som forstyrret behandlingen. Isteden fant de at kommunikasjonen i teamet ble bedret når pårørende var tilstede. Duran og Oman (2010) fant også at kommunikasjonen ikke led av at pårørende var tilstede: 88% av 65 helsepersonell svarte at kommunikasjonen ikke ble negativt påvirket av at pårørende var tilstede.

En studie som har undersøkt effekten på behandlingen i større skala, er Dudley et. al (2009). Studien så på tidseffektiviteten til behandlingsteamet ved å registrere tiden det tok fra CT-bilde ble tatt ved innkomst og til resusciteringen ble avsluttet. Pårørende var tilstede gjennom hele forløpet. Funnene viste at det var ingen signifikant forskjell i tidseffektiviteten på behandlingen i eksperimentgruppa sammenlignet med kontrollgruppa, og i 220 resusciteringssituasjoner hvor pårørende var tilstede forekom det ingen forstyrrelser. Manguerten et. al (2006) støtter dette: av 64 tilfeller med resuscitering var det ingen registrerte tilfeller hvor pårørende forstyrret behandlingen.

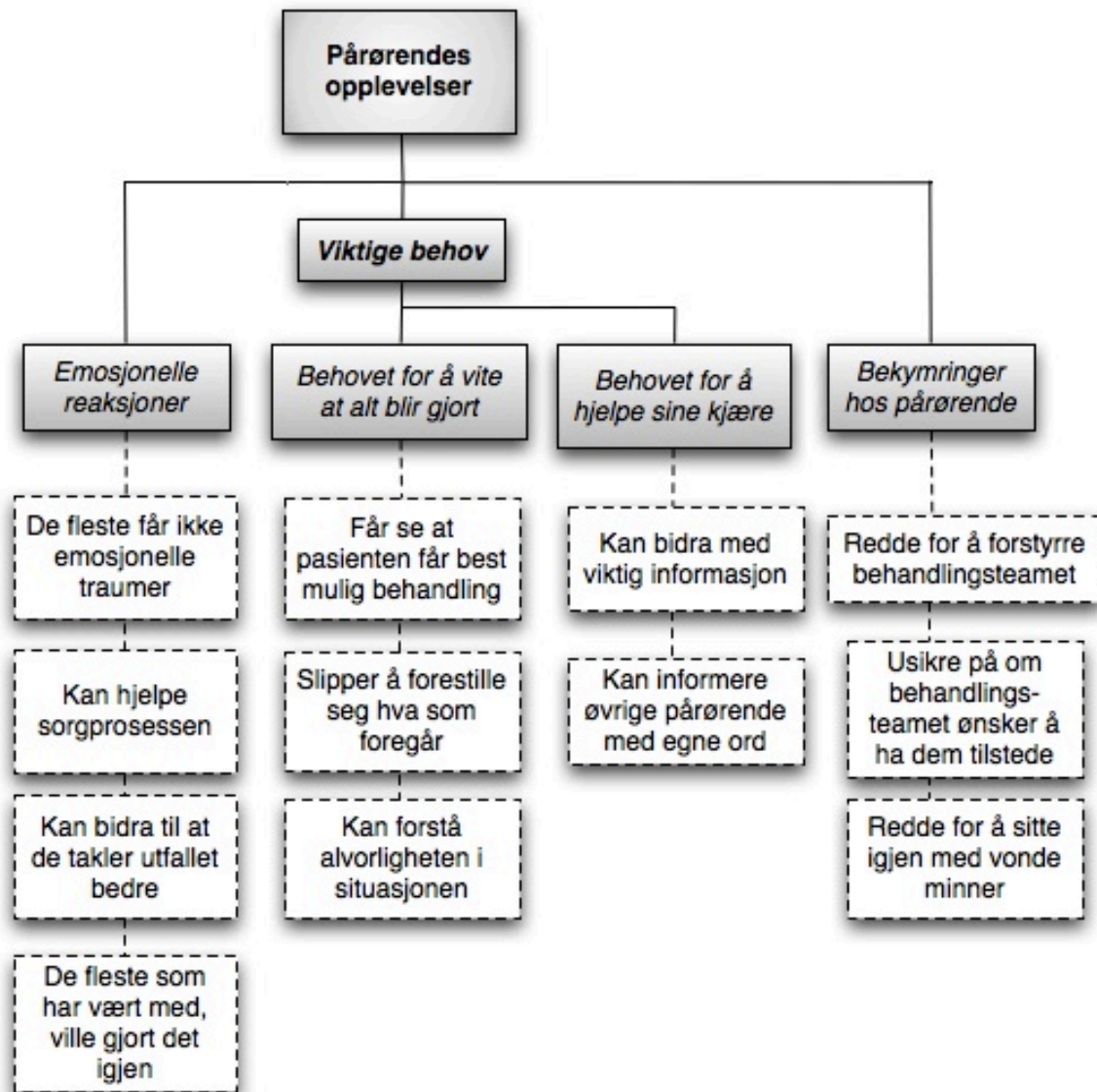
En annen vanlig bekymring hos sykepleiere, kan leses ut av studien til Knott og Kee (2005), som undersøkte hvilke holdninger sykepleiere hadde til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. 10 sykepleiere mellom 31 og 53 år deltok i studien. Flere sykepleiere uttrykte bekymring for at pårørende skulle få emosjonelle traumer etter å ha vært vitne til en resuscitering. Et utsagn fra en sykepleier er beskrivende:

I think FP just further traumatizes the family. You don't want that image to be in their brain forever because that's all they'll think about. You know, they won't remember the good times, they're going to remember you laying on the table being resuscitated (Knott og Kee 2005, 197).

Duran et al. (2007) støtter dette funnet: de fant at sykepleierne var bekymret for emosjonelle traumer hos pårørende, samt hvilke minner av sin kjære de pårørende ville sitte igjen med i etterkant. Også Meyers (2004) kom frem til at sykepleiere var bekymret for negative psykologiske virkninger på pårørende etter å ha bevitnet resuscitering. Videre støtte for disse funnene fins i studien til Köberich et al (2010), hvor over halvparten av de 166 deltagende sykepleierne var redde for at det ville være for emosjonelt belastende for pårørende å være vitne til en resuscitering.

Oppsummert fant vi i disse artiklene at en del sykepleiere er bekymret for at pårørende skal forstyrre pasientbehandlingen. Likevel fant vi liten eller ingen forskning som sier at pårørende faktisk forstyrrer behandlingen. En annen bekymring er at pårørende skal få emosjonelle traumer i etterkant av resusciteringen.

4.2 Pårørendes opplevelser



Modell 2. Pårørendes opplevelser av å være tilstede ved resuscitering.

4.2.1 Emosjonelle reaksjoner hos pårørende

Pasquale et al. (2010) skulle i sin RCT-studie måle hvilke forskjeller det var i angstnivå, tilfredshet med pleie, samt opplevd velvære hos pårørende som hadde vært til stede ved resuscitering, sammenlignet med de som ikke hadde vært tilstede. Undersøkelsen ble gjort innen 48 timer etter pasientinnleggelsen, og det var 25 pårørende i begge gruppene.

Verktøyene de brukte i kartleggingen var S-STAI (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory), R-CCFNI (Revised Critical Care Family Needs Inventory) og FMWB (Family

Member Well-being Index). Resultatene viste at pårørende i eksperimentgruppa ikke hadde noen uønskede psykologiske ettervirkninger sammenlignet med dem i kontrollgruppa. De skåret derimot bedre på alle tre parameterne, noe som betydde at de hadde lavere angstnivå, større tilfredshet med pleie, og bedre opplevelse av velvære. Samtlige pårørende ville valgt å være tilstede igjen. Av de 25 som ikke var tilstede, uttrykte halvparten at de ville ønsket å være tilstede, mens kun én person uttrykte det motsatte. I studien til Holzhauser, Finucane og De Vries (2006) ønsket også de pårørende å være tilstede; samtlige pårørende i eksperimentgruppa var glade for at de hadde vært tilstede ved resusciteringen, mens 67% av de pårørende i kontrollgruppa ville ønsket å være tilstede hvis de hadde fått valget.

Mortelmans et al. (2010) skulle undersøke hvordan pårørende opplevde å være tilstede ved resuscitering. Pårørende til 150 pasienter som ble behandlet for potensielt livstruende tilstander deltok i studien (tilstandene inkluderte bl.a. alvorlig lungeødem, hjertestans og septisk sjokk). Resultatene viste at 75% av de pårørende ville ønsket å være tilstede ved resuscitering. Halvparten av respondentene fryktet ikke at det skulle bli for emosjonelt belastende å være tilstede, mens en tredjedel var bekymret for dette. Duran et al. (2007) fant støttende resultater: av 19 pårørende som hadde vært tilstede ved resuscitering, svarte 95% at de ville valgt å være tilstede igjen. Dessuten viste studien at familiemedlemmene følte at de var i stand til å kontrollere sine følelser og handlinger. I forlengelsen av dette, mente 96% av 58 pårørende i studien til Holzhauser, Finucane og De Vries (2006) at deres tilstedeværelse hjalp dem til å takle utfallet av resusciteringen bedre. Og av de 30 som ikke hadde vært tilstede, mente hele 71% at de ville taklet utfallet av resusciteringen bedre dersom de hadde fått være tilstede. Dette stemmer med resultatene i studien til Tinsley et al. (2008); av 21 pårørende som var tilstede ved hjerte-lungeredning der pasienten ikke overlevde, svarte 67% at det å være tilstede hjalp dem til å takle tapet av sin kjære.

Meyers et al. (2004) intervjuet 39 pårørende som hadde vært tilstede ved resuscitering og/eller invasive prosedyrer. Resultatene viste at 95% av de pårørende følte at erfaringen ikke var for opprørende for dem å være vitne til, og 97,5% ville ha valgt å være tilstede igjen. To måneder i etterkant av hendelsen hadde ingen pårørende tegn på psykologiske traumer. Resultatene støttes av Manguerten et al. (2006), som i sin studie tilbød 69 pårørende å være tilstede ved resuscitering eller invasive prosedyrer. Kun to avslo tilbudet.

Tre måneder i etterkant av hendelsen ble 22 av respondentene intervjuet. Ingen rapporterte å ha traumatiske minner. Samtlige respondenter ville valgt å være tilstede igjen.

Robinson et al. (1998) skulle i sin RCT-studie undersøke om pårørende fikk noen uønskede psykologiske effekter av å være tilstede ved hjerte-lungeredning der pasienten ikke overlevde. 25 pasienter med én pårørende hver ble rekruttert til studien og randomisert til en eksperimentgruppe og kontrollgruppe som skulle bestå av henholdsvis 13 og 12 pasienter. De pårørende ble intervjuet 1, 3 og 9 måneder i etterkant av hendelsen, hvor de ble presentert med fem ulike spørreskjemaer som skulle kartlegge eventuelle psykologiske ettervirkninger. Verktøyene de brukte i kartleggingen, var IES (Impact of Events Scale), HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), BDI (Beck Depression Inventory), Beck Anxiety Inventory (BAI) og TRIG (Texas Inventory of Grief). Resultatene viste at pårørende som var tilstede ved hjerte-lungeredningen ikke skåret dårligere enn de som ventet utenfor. Faktisk var det etter 3 måneder en trend som viste lavere nivåer av påtrengende mentale bilder, post-traumatisk unnvikelsesatferd, samt symptomer på sorg hos de som hadde vært tilstede enn hos de som ikke hadde vært tilstede. Ingen pårørende rapporterte at de hadde blitt skremt av å være tilstede under hendelsen.

Oppsummert er forskningen samstemt om følgende: mange pårørende ønsker å være tilstede ved resuscitering; pårørende som har vært tilstede ville ha gjort det igjen; de fleste får ikke emosjonelle traumer; det å være tilstede kan hjelpe pårørende til å takle utfallet av resusciteringen.

4.2.2 Pårørende har behov for å vite at alt blir gjort

Meyers et al. (2004) så på hvilke fordeler pårørende opplevde ved å være tilstede ved resuscitering og/eller invasive prosedyrer. Studien fant at hele 95% av de 39 pårørende som deltok i studien ønsket å få se at alt ble gjort for pasienten. Samme andel uttrykte at det å være tilstede hjalp dem til å forstå alvorligheten i situasjonen. I studien til Manguerten et al. (2006) var samtlige av de 22 pårørende enige eller sterkt enige i utsagnet om man blir beroliget ved å få se at alt blir gjort for pasienten. Tilsvarende funn kom frem i studiene til Duran et al. (2007) og McKiernan og McCarthy (2010).

Det at behovet for å se at alt blir gjort er sterkt, er tydelig i studien til Tinsley et al. (2008), hvor flere av de pårørende forble tilstede i rommet til tross for at situasjonen var hektisk. Pasientens tilstand overskygget hva som hendte i rommet. En pårørende uttalte: "My concerns for my son drowned out the frightening part. I just wanted to focus on my baby" (Tinsley et al. 2008, 801). Dette resultatet støttes av Holzhauser, Finucane og De Vries (2006), hvor flere pårørende en måned i etterkant av resusciteringen fortalte at deres minner hovedsakelig dreide seg om hvor raskt og hvor mye som ble gjort for pasienten. Manguerten (2006) fant lignende resultater, hvor en pårørende i studien forklarte: "It was hard watching it, but it made me feel better because I knew what they were doing to my baby." Tilsvarende funn kom frem i studien til Robinson et al. (1998), hvor de pårørende fortalte at det ville vært verre å sitte på et venterom og forestille seg hva som foregikk inne i behandlingsrommet, enn å være tilstede og se hva som faktisk hendte. Pårørende i studien til Meyers et al. (2004) uttrykte at de ved å være tilstede fikk visuell og verbal kunnskap om situasjonen, og at de slik unngikk å lide i uvitenhet i venterommet. I tillegg reduserte det følelsen av hjelpesløshet. Funnene støttes av Weslien et. al (2007) og Manguerten (2006).

Kort oppsummert viser forskningen at pårørende har et sterkt behov for å se at alt blir gjort for pasienten. Flere pårørende ønsker heller å være inne i den hektiske situasjonen i behandlingsrommet enn å sitte utenfor og forestille seg hva som foregår.

4.2.3 Behovet for å hjelpe sine kjære

Ved siden av at pårørende er opptatt av å få informasjon om pasientens tilstand, er også det å kunne *bidra* med informasjon noe flere pårørende har uttrykt som viktig. Dette er tydelig i studien til Weslien et al. (2007), hvor en pårørende forklarte at hovedårsaken til at hun ville være tilstede, var at hun kunne gi informasjon til personalet; pasienten hadde gjennomgått en bypass-operasjon hvor fire blodkar hadde blitt erstattet, noe som kunne ha betydning for behandlingen. I Miller og Stiles (2009) sin kvalitative studie ble det fortalt om en situasjon hvor pårørendes informasjon viste seg å være livsviktig; pasienten skulle intuberes, og personalet skulle i den forbindelse gi ham et anestetikum (Etomidate). Pårørende brøt da inn og fortalte at pasienten tre ganger tidligere hadde gått i anafylaktisk sjokk på grunn av denne medisinen. Hvis informasjonen ikke hadde blitt gitt, kunne en allerede kritisk situasjon blitt ytterligere forverret. Det at pårørende på en slik måte stiller

opp for den bevisstløse pasienten, er et funn som også kommer frem i studien til Meyers et al. (2007), hvor sykepleierne fortalte at pårørende tok på seg rollen som "pasientens advokat".

En annen opplevd fordel ved å være tilstede, gjelder formen på informasjonen som pårørende mottar. I studien til Holzhauser, Finucane og De Vries (2006) forklarte pårørende at helsepersonellet benyttet vanskelige, medisinske ord. Men ved å være tilstede, kunne de selv se hva som skjedde - og slik forstå situasjonen. Dessuten forklarte de at de ved å være tilstede kunne forklare til andre familiemedlemmer hva som hadde skjedd i et ikke-medisinsk språk.

4.2.4 Bekymringer rundt det å være tilstede

Selv om de fleste studiene viser at pårørende finner det verdifullt å være tilstede ved resuscitering, fins det materiale som viser at pårørende også ser problematiske sider ved å være i behandlingsrommet. Weslien et al. (2006) intervjuet 17 pårørende som hadde vært tilstede ved resuscitering. Hovedfunnet som kom frem etter den kvalitative analysen, oppsummerte forfatterne i én setning: "Pårørende er redde for å forstyrre behandlingen, noe som innebærer at pasienten er den viktigste personen for dem" (Weslien et al. 2006, 70). Denne redselen var oppbygd av flere elementer: for det første var pårørende redde for at de fysisk skulle være i veien for personalet - for det andre var de bekymret for hva behandlingsteamet mente om at de var tilstede. Også i studien til Holzhauser, Finucane og De Vries (2006) oppga noen pårørende at de var redde for å forstyrre behandlingen. En annen bekymring som noen pårørende i studien til Weslien et al. (2006) hadde, var at det å være tilstede kunne bli for sterkt dem. De var redde for å sitte igjen med vonde minner av sine kjære.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

For å kvalitetsvurdere artiklene vi skulle inkludere, benyttet vi oss av sjekklister fra Kunnskapssenteret. Disse passet bra til en del av artiklene våre, men noen viste seg å være vanskelig å plassere i ett enkelt skjema. For eksempel var det noen artikler som kombinerte kvantitativ og kvalitativ metode gjennom bruk av spørreskjema med både lukkede og åpne

svar (med tilhørende kvalitativ og kvantitativ analysemetodikk). Dette tvang oss til å velge sjekklister utifra hvor tyngden av dataene i artiklene lå, noe som kan representere en svakhet ved studien vår; kanskje valgte vi feil sjekklister og dermed ga en feilaktig kvalitetsgrad til disse artiklene.

Forskningsartiklene vi har inkludert kommer fra flere land, hvorav hovedtyngden ligger på amerikansk forskning. Det fantes svært lite norsk forskning på temaet. En norsk artikkel ble forkastet etter kvalitetsbedømmingen. Et par artikler hadde norske medforfattere, og i noen artikler var norske sykepleiere en del av populasjonen. Slik ble norske forhold til en viss grad synlig, om enn i mindre grad enn amerikanske. Det at USA dominerer innen forskning på dette temaet, behøver ikke å være en svakhet. Vi mener at sykepleiefagets utvikling er avhengig av internasjonale impulser, og dermed kan en slik oversikt over utenlandsk litteratur kunne fungere som inspirasjon for det norske sykepleiemiljøet. Dette er jo også trolig noe av årsaken til at sykepleieforskning i det hele tatt eksisterer; for å utvikle faget - på tvers av landegrensene.

Ved å inkludere noen europeiske studier, deriblant en svensk, en belgisk og en tysk, kan vi få frem kontraster mellom amerikansk og europeisk sykepleiepraksis. Dette mener vi er en styrke med studien. Ved å ekskludere ikke-vestlig forskning, har vi unngått å ha med store kulturelle variasjoner i funnene våre. Sykepleiernes holdninger i en såpass kontroversiell sak, vil nok kunne variere betraktelig fra vestlig til ikke-vestlig kultur, og dermed gjøre arbeidet mer komplekst - ved at man legger til en ekstra variabel i datamaterialet. For å gi resultatene god gyldighet, bør respondentene være så like som mulig (Forsberg og Wengström 2008). Ved å velge voksne pårørende - og ekskludere barn - kan vi derfor også skape et mer gyldig resultat. Problemet er kanskje på den andre siden, hos pasientene, da vi her har ikke angitt noen eksklusjonskriterier. Pårørendes erfaringer og reaksjoner vil muligens være forskjellige dersom pasienten er barn kontra voksen. Dette kan være en svakhet med studien. Vi mener likevel at pårørendes reaksjoner sannsynligvis ikke vil skille seg i så stor grad fra hverandre i disse to situasjonene. Det vi ser for oss, er at pårørendes reaksjoner muligens blir mer uttalte når pasienten er et barn, noe som i så fall vil bety at sykepleierens utfordring med å ivareta dem blir desto større. Hensikten vår omhandlet hvordan sykepleiere ivaretar pårørende ved resuscitering, og dersom sykepleieutøvelsen blir mer krevende, mener vi at inkluderingen av nettopp slik erfaringer vil gi funnene våre større tyngde.

En annet problem ved artikkelutvelgelsen, kan sees ved å studere tidligere reviewartikler som tar for seg temaet vårt. En del av reviewartiklene benytter seg til en viss grad av samme originalartikler (primærkilder). Dersom funn i de samme primærkildene benyttes gang på gang av nyere forskning, vil styrken i disse oppdaterte funnene bli redusert, mener vi; det oppstår en slags sirkulær bevisførsel i forskningen. For eksempel er dette tilfelle med forskningen som "motbeviser" at pårørende får emosjonelle traumer. Selv om det fins nyere primærkilder som har funnet at pårørende ikke får emosjonelle traumer, er det tydelig at flere benytter de samme primærkildene til å underbygge, eller løfte frem, egne funn. Vi anser dette som problematisk, men denne metodiske svakheten ligger nok ikke spesielt til vår oppgave. Saken er at en del av de primærkildene vi har benyttet, i etterkant har vist seg å opptrå i en hel del reviewartikler. Man kan derfor mistenke at forskeres bruk av de samme primærkildene, både som utgangspunkt for sin egen forskning, og som underbyggelse av egne resultater, bunner i et ønske om å finne det samme som tidligere forskning har funnet. En slik tankegang kommer likevel ikke veldig langt i en forskningssammenheng; det vil alltid være pionerer innen et felt, og disse forskernes funn vil da kunne ha stor tyngde - til tross for at det ikke kommer frem funn som skiller seg særlig fra tidligere forskning.

Det at vi har inkludert både kvalitativ og kvantitativ forskning, mener vi er en styrke. Gjennom kvalitativ forskning får man et innblikk i opplevelser, mens man gjennom kvantitativ forskning - tallmateriale - kan få et inntrykk av forekomst (Forsberg og Wengström 2008). Pårørende og sykepleieres opplevelser kan således godt leses fra kvalitative data, mens hovedtendensen i sykepleieres holdninger kan leses ut av kvantitative data. Ved å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning, mener vi således at hensikten vår kan besvares på en utfyllende måte.

Evidensbasert sykepleie er et begrep som vinner stadig større terreng, og innebærer at sykepleiere - gjennom en kritisk vurdering - finner og benytter beste tilgjengelige kunnskap om bestemte temaer i utformingen av den kliniske sykepleien (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). "Beste tilgjengelige kunnskap" er et begrep som betyr at man *vet* at det ikke fins bedre kunnskap om det bestemte temaet (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vårt litteraturstudium søker å finne slik kunnskap, og selv om man vanskelig kan

vite at dette er den beste kunnskapen, mener vi at kvalitetsbedømmingen av forskningen er et verktøy som tar oss *mot* en slik visshet.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å kartlegge hvordan sykepleiere opplever å ha pårørende tilstede ved resuscitering, og hvordan pårørende selv opplever det å være tilstede.

Spørsmålet om å la pårørende få være tilstede ved resusciteringer, er omstridt blant sykepleiere (Dougal et al. 2010). Resultatene i studien vår viser at holdningene til sykepleiere er delte i forhold til å la pårørende få være tilstede ved resuscitering. Fordeler som oppfattes ved at pårørende er tilstede, kan utifra resultatene deles inn i to: For det første kan pårørendes behov imøtekommes; for det andre, kan behandlingsteamet vinne på å ha dem tilstede både ved at de kan få viktig informasjon om pasienten, og at de kan bli mer skjerpet i behandlingen. Det er også tydelig at sykepleiernes oppfatning av pårørendes behov stemmer overens med hvilke behov pårørende uttrykker at de har: Å få være nær sin kjære, å få se at alt blir gjort, samt å kunne hjelpe sin kjære, uttrykkes som viktige behov av både sykepleiere og pårørende.

Paternalisme og autonomi

Det at sykepleierne oppfatter pårørendes behov, må kunne beskrives som positivt. Det som da er overraskende, er hvor sjelden pårørende får være tilstede ved resuscitering; i de europeiske studiene av Axelsson et al. (2010), Fulbrook, Albarran og Latour (2005) og Köberich et al. (2010) hadde kun mellom 0,6% og 20% av sykepleierne invitert pårørende med inn under en resuscitering. Dette er i våre øyne oppsiktsvekkende tall. Wagner (2004) er inne på noe interessant i denne sammenhengen når hun påstår at det kan se ut som at helsepersonell ofte glemmer at pårørende opplever en krise samtidig med pasienten. Hun forklarer at dette gjør at pårørendes behov ikke blir tilfredsstilte. Videre mener hun at personalet har stor makt i en resusciteringssituasjon, og mener at en praksis hvor det å nekte pårørende tilgang til rommet blir normalt, innebærer en maktmisbruk som berøver pårørende deres autonomi. Dette er sterke utsagn, som vi mener bør tolkes med varsomhet. Likevel får vi assosiasjoner til Kari Martinsens omsorgsfilosofi, som er sterkt influert av den danske filosofen Knud Ejler Løgstrup; hun mener at omsorg og omsorgshandlinger er

basert på moral, og omsorgsmoral - som hun kaller det - innebærer å lære seg å håndtere makt (Martinsen 1989, gjengitt i Aadland 1998). Hun påpeker at maktprinsippet må underlegges solidaritetsprinsippet - altså solidaritet med den som ligger nede. Vi finner dette interessant, og mer direkte relatert til hensikten vår sier Halm (2005) at det etiske problemet med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering i stor grad dreier seg om dilemmaet om å følge sine moralske plikter på den ene siden, mot det å handle utifra handlingens konsekvenser på den andre siden. Dette er det som henholdsvis kalles det deontologiske og det teleologiske prinsipp (Aadland 1998). Oppsiktsvekkende er da følgende: Av hele 28 inkluderte studier om tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering i Halms (2005) reviewartikkel, ble ingen identifisert til å inneha et rent deontologisk perspektiv - kun teleologisk (80%) eller blandet teleologisk/deontologisk (20%). Dette betyr at forskningen i all hovedsak utgår fra et konsekvensetisk prinsipp.

Vi mener at sykepleierens handling i seg selv - det å tilby pårørende å være tilstede - bør få mer oppmerksomhet i forskningen. Kari Martinsens omsorgsfilosofi kan være et godt utgangspunkt for en slik forskning. Også vi sitter igjen med inntrykket av at sykepleierens moralske plikt til å ivareta pårørende er lite i fokus. Fokuset i forskningsartiklene vi har lest, ser ut til å ligge på hvilke konsekvenser det har for pasientbehandlingen at pårørende er tilstede, og hvordan sykepleierens standpunkter styres av disse konsekvensene - og ikke sykepleierens indre verdier.

Flere studier viser at pårørende mener at de har rett til å være tilstede ved resuscitering (Axelsson, Zettergren og Axelsson 2005). Enkelte antyder til og med at de ville brukt makt for å komme inn til sin kjære dersom noen skulle nekte dem adgang (Hadders 2007). Dette kan tolkes som et tegn på hvor sterk deres trang til å oppfylle behovet om nærhet er. Her blir vi igjen undrende til hvorfor det er slik at pårørende ofte ikke inviteres med inn (Axelsson et al. 2010; Fulbrook, Albarran og Latour 2005; Köberich et al. 2010). Dersom det faktisk er slik at Wagners (2004) påstander om at paternalisme er noe av problemet stemmer, foreslår vi at etikken vies mer fokus - både i forskning og praksis.

Martinsens nevnte problematisering av maktmisbruk og forholdet mellom paternalisme og autonomi kan igjen dras frem her. Hvis autonomiprinsippet skal fremmes, mener vi at det - før pårørendes krav om å være tilstede kan bli akseptert og ettergitt - må vies mer fokus til sykepleierens plikter. Hvis sykepleiemiljøene tar dette på alvor - og diskuterer etikken bak

handlingen, mener vi at man blir bedre rustet til å vurdere konsekvensene, og i tillegg legge forholdene bedre til rette for en sunn diskusjon i personalgruppen. Med dette er det ikke sagt at pasientbehandlingen ikke er viktig - pasientens overlevelse vil naturligvis ha hovedfokus. Men det er i vårt syn viktig for sykepleierne å reflektere over hvorfor man handler som man gjør overfor pårørende (inviterer dem inn eller ikke). Da kan man unngå det som Aadland (1998) kaller impulshandlinger - å handle ut i fra underbevisste tolkninger av situasjonen. Aadland (1998) har også et viktig poeng, mener vi, når han sier at etiske vurderinger kan gjøre at vanskelige faglige avgjørelser blir mer oversiktlige, og dermed lettere å ta, i tillegg til at man løfter kvaliteten på det faglige arbeidet.

Variasjon i holdninger og dagens status i Norge

Når det gjelder variasjoner i sykepleiernes holdninger, viser funnene våre flere interessante ting. For det første ser det ut til at europeiske sykepleiere har en tendens til å være mer skeptiske enn amerikanske sykepleiere til å la pårørende få være tilstede - noe som er åpenbart når de europeiske studiene vi har inkludert viser sterkere motstand mot praksisen enn de amerikanske studiene. Studien til Axelsson et al. (2009) viste i tillegg at norske sykepleiere hadde mer reserverte holdninger enn britiske. Fulbrook, Albarran og Latour (2005) fant også at britiske var mer positive enn øvrige europeiske sykepleiere. Forfatterne foreslår at dette handler om at nettopp paternalisme som prinsipp tradisjonelt sett har stått sterkt i europeiske helsesystemer.

For det andre viser funnene våre at holdningene - ved siden av geografiske variasjoner - ser ut til å ha en sterk korrelasjon med følgende faktorer: utdanning om fordeler og ulemper ved pårørendes tilstedeværelse, samt erfaring med å ha dem tilstede. Dette stemmer overens med funnene i studien til Sacchetti, Guzzetta og Harris (2003), som fant at støtten hos for pårørendes tilstedeværelse steg fra 11% til 79% av sykepleierne etter utdanning om fordeler og ulemper ved denne praksisen. Norton et al. (2007), som gjennomførte et 3 timers kurs for 3.års sykepleierstudenter om tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering, fant at holdningene ble signifikant mer positive. Feagan og Fisher (2010) fikk lignende resultater etter kun å ha gjennomført en 40 minutters forelesning om emnet.

Overført til norske forhold, mener vi at dette emnet nå er modent for å innlemmes i utdanningen av helsepersonell. Dette er som nevnt innledningsvis anbefalt av over 20

internasjonale helseorganisasjoner (Henderson og Knapp 2006). I rammeplanen for sykepleierutdanningen er også pårørende et sentralt fokus (Kunnskapsdepartementet 2008). Våre erfaringer er derimot at vektleggingen av pårørende som tema i utdanningsprogrammet, ikke står i sammenheng med rammeplanens. Vi finner det bemerkelsesverdig at studier utført i Europa og Skandinavia viser en tendens til sterkere motstand mot å ha pårørende tilstede ved resuscitering, sammenlignet med de fra USA. Dette kan være en indikasjon på at sykepleiekulturen er mer familiesentrert i USA, og at organisasjoner som utarbeider og fremmer slike anbefalinger står sterkere i sykepleiemiljøene der. På europeisk jord har noen organisasjoner også tatt standpunkt i saken, men problemet er at det ikke er synlig - verken i skolen eller i praksis. Vi mener det er betenkelig at norske sykepleieorganisasjoner ikke har tatt standpunkt til en i våre øyne så viktig sak⁴. De pårørendes tillit til helsevesenet bør ikke undervurderes, mener vi, for som Mekki (2007) påpeker; tilliten deres kan raskt snu seg til mistillit dersom de selv blir oversett.

Ved siden av utdanning, fant vi som nevnt også at erfaring med å ha pårørende tilstede ved resuscitering øker deres aksept for å ha dem der. Relatert til dette, undersøkte en helt fersk studie av Lowry (2011) hvordan 14 akuttsykepleiere opplevde å ha pårørende tilstede etter å ha hatt retningslinjer ved avdelingen i 12 år. Han fant noe oppsiktsvekkende: sykepleierne viste et nivå av komfort med å ha pårørende tilstede som var signifikant mer uttalt enn hva tidligere forskning har funnet. Forfatteren viser til at sykepleierne ikke lot seg påvirke av pårørendes tilstedeværelse - selv om enkelte opptrådte til dels svært påtrengende i situasjonen. Forfatteren foreslår at slike erfarne sykepleiere med fordel kan fungere som rollemodeller i opplæringen av nytt personale, og antyder videre at sykepleiernes komfortnivå i situasjonen er et resultat av modellering, snarere enn "oppskriften" i retningslinjene. Dette leder oss over på annet noe Lowry (2011) skriver - nemlig at barneavdelinger er kommet lengre i retning av en familie- og pasientsentrert sykepleie når det gjelder akutsituasjoner. Kathy Oman og Mae Ann Pasquale, forfattere av to av våre inkluderte forskningsartikler, svarte i denne sammenheng bekræftende på våre spørsmål om barneavdelinger kan være et sted å hente inspirasjon fra når voksenavdelinger eventuelt skal innføre denne praksisen^{5,6}.

⁴ Nordbø, Øyvind, spesialrådgiver i NSF, e-most mottatt 27.april 2011.

Fra holdningsbasert til evidensbasert sykepleie

Funnene våre viser at en del sykepleiere har bekymringer angående pårørendes tilstedeværelse. Det som går igjen, er frykten for at pårørende skal forstyrre behandlingen, at pårørende skal få emosjonelle traumer og at pårørende skal mistolke prosedyrer eller observere dårlig praksis. Funnene våre viser likevel at disse fryktene trolig er uberettigede; pårørende får sjelden emosjonelle traumer (Meyers et al. 2004; Pasquale et al. 2010;

Robinson et al. 1998) og det fins få eller ingen tilfeller hvor pårørende hadde forstyrret behandlingen (Dudley et al. 2009; Manguerten et al. 2006; Pasquale et al. 2010). Det viser seg at pårørendes minner gjerne dreier seg om hvor godt pasienten og de selv ble ivaretatt (Holzhauser, Finucane og De Vries 2006). Dette forutsetter naturligvis at de faktisk *har* blitt godt ivaretatt i situasjonen, og må følgelig være resultatet av en gjennomtenkt familie- og pasientsentrert sykepleie - noe som i denne studien da også var tilfelle; familie-medlemmene ble fulgt opp av en person fra personalet som kun hadde ansvaret for de pårørende - en såkalt "family support person." Det å ha en slik tilrettelegger, er i alle retningslinjene vi har lest, et grunnleggende premiss for å kunne gjennomføre denne praksisen (Se vedlegg 4a og 5), og anbefales av en hel rekke sykepleieorganisasjoner (Emergency Nurses Association 2007).

Det at resultatene våre viser at sykepleieres bekymringer i all hovedsak avkrefte av evidensen, kan innebære at sykepleierne trenger en tilpasning til denne evidensen. Det å skifte holdninger, kan likevel være en vanskelig prosess, da holdningsendringer kan oppfattes som lojalitetsbrudd (Bunkholdt 2002). Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) er inne på noe her, når de kommer med oppfordringen: "chefer och ledare bland sjuksköterskorna måste ta ansvar för omvårdnadsarbetets utveckling och detta kräver kunskap om evidensbaserad omvårdnad" (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006, 27). Relatert til vårt tema, kan dette bety at lederne bør gå i fronten for å få til en eventuell holdningsendring. Før dette kan skje, må likevel holdningene til personalet og motivet bak dem kartlegges (Bunkholdt 2002). Hefte til Emergency Nurses Association (2007) kan være til hjelp her; det inkluderer et spørreskjema som kartlegger den enkeltes holdning til å ha pårørende tilstede ved resuscitering. Vi har også lagt ved en oversikt over råd for innføring av en praksis med tilstedeværelse av pårørende som er utarbeidet av American Association of Critical-Care Nurses (Vedlegg 6).

⁵ Oman, Kathy, e-post fra forfatter, 1. desember 2010.

⁶ Pasquale, Mae Ann, e-post fra forfatter, 11. april 2011.

Utfordringer knyttet til bruken av retningslinjer

Når det gjelder anbefalingene om å innføre retningslinjer som skal veilede personalet i hvordan man håndterer pårørende ved resusciteringssituasjoner, har vi likevel noen betenkeligheter. For det første er de yrkesetiske retningslinjenes krav om individualisert sykepleie (Norsk sykepleierforbund 2008) - som vi mener også må gjelde overfor pårørende - muligens vanskelig å overholde. For i slike hektiske situasjoner, tenker vi oss at det vil være vanskelig å faktisk vurdere pårørende og deres emosjonelle tilstand utifra anbefalingene. For eksempel det å skulle se etter tegn på agressivitet, ruspåvirkning og emosjonell labilitet dersom man ikke har erfaring med dette. Forfatteren Jennifer Fritzeen kalte denne pårørendevurderingen "the 90 second evaluation"⁷, noe som kan være et hint om hvor raskt denne vurderingen faktisk må skje.

Foruten tidspresset, vil resusciteringssituasjoner kunne være forskjellige i karakter, noe som trolig kan vanskeliggjøre vurderingen av pårørende ytterligere. Man kan for eksempel tenke seg hvor ulikt en ulykkessituasjon med omfattende kroppslige skader sammenlignet med en forventet hjertestans hos en langvarig syk pasient vil kunne oppleves av pårørende. Dette er momenter som retningslinjene ikke kan svare på. En sykepleier i studien til Knott og Kee (2005) uttalte følgende om dette:

(...) I feel that there is a difference when you know that someone has been sick a long time, and they have decided on DNR [Do Not Resuscitate]. I think they can handle that better than when it's a sudden arrest, that is a big difference (Knott og Kee 2005, 194).

Vi mener at dette kan representere et betydelig problem, og vi forstår således godt at erfaring hos sykepleierne, som funnene våre sier, gjør at man blir tryggere i situasjonen. En sykepleier i studien til Miller og Stiles (2009) uttalte følgende om hvordan erfaringer gjorde at hun taklet situasjonen bedre:

After experiencing it multiple times, and they [the family] do not act inappropriate or get in the way.. (...) it was just such a positive experience for myself, the staff and the family that I just can't see not doing it anymore (Miller og Stiles 2009, 1438).

⁷ Fritzeen, Jennifer, e-post fra forfatter, 18.januar 2011.

Prestasjonsangsten kan bekjempes

Funnene våre viser også at prestasjonsangst i resusciteringssituasjoner er relativt vanlig blant sykepleiere. En studie som har sett på sykepleieres selvtillit i forhold til resusciteringssituasjoner (Twibell et al. 2010), fant i denne forbindelse noe interessant: Jo flere ganger sykepleierne hadde invitert pårørende med inn under resuscitering, desto større ble deres selvtillit. Selvtilliten var videre korrelert til oppfatningen av fordeler og ulemper ved denne praksisen: Jo større selvtillit de hadde, desto flere fordeler så de, og desto færre ulemper så de. Dette kan speile tilbake på viktigheten av erfaring med slike situasjoner, og leder oss tilbake til Lowrys (2011) anbefalinger om at erfarne sykepleiere kan benyttes som ressurspersoner i oppstarten av en slik praksis. Sammen med erfaringene til en sykehusavdeling, beskrevet i Nykiel et al. (2011), som viste at personalet ble betydelig mer komfortable i resusciteringssituasjonene etter at retningslinjene hadde blitt en naturlig del av avdelingens rutiner, kan man få en mistanke om at nettopp disse to - erfaring og retningslinjer - er forutsetninger ikke bare for at praksisen skal fungere, men også for at personalet skal se fordeler nok til å være villige til å prøve å etablere denne praksisen.

Hindringen vil derfor kanskje ligge i det å *starte* denne praksisen. Timmermans (1999) har utifra dette trolig rett når han sier at det trengs enkeltpersoner med vilje som kan fungere som pådrivere for en familie-/pasientsentrert praksis i resusciteringssituasjoner (Timmermans 1999, gjengitt i Hadders 2007). Vi tenker oss at sykepleieteoretikerne Benner og Wrubels (1984) teori om at utviklingen fra novise til *ekspertsykepleier* - en som utifra intuisjon vet hvordan man skal håndtere vanskelige situasjoner - er avhengig av lang klinisk erfaring og en inspirerende mentor (Benner og Wrubel 1984, gjengitt i Dracup og Bryan-Brown 2004), kan være en fruktbar tanke i praksisutformingen for tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.

Konkurrerende lojaliteter

Ved siden av disse praktiske utfordringene, kan sykepleierne - som vi har opplevd i egen praksis - møte enkelte profesjonsetiske utfordringer. Vi tror at legenes biomedisinske tradisjon i kombinasjon med deres ofte restriktive holdning mot å ha pårørende tilstede ved resuscitering (Duran og Oman 2007; Meyers et al. 2004) på den ene siden, og pårørendes ønske om å få være tilstede på den andre siden (Manguerten et al. 2010; Pasquale et al. 2010), vil kunne sette sykepleierne i en lojalitetsmessig vanskelig posisjon. Skal man

etterkomme pårørendes behov for å være tilstede eller legens imperativer om arbeidsro? Spørsmålet lar seg vanskelig besvare, men det følgende er i våre øyne åpenbart; situasjonen vil kreve en fin balansegang mellom biomedisin og humanisme på den ene siden, og paternalisme og autonomi på den andre. Her kan vi også se en tydelig fordel med å innføre retningslinjer; dersom personalet - før situasjonene oppstår - er enige om hvordan de skal gå frem, vil uenigheter i personalgruppen i etterkant antageligvis reduseres.

Statistikk og urealistiske håp hos offentligheten

Angående hjertestans og statistikk, har vi funnet noen oppsiktsvekkende tall. En nyere reviewartikkel av Berdowski et al. (2010) tok for seg 67 studier fra hele verden. Total populasjon for studien ble på over 100 millioner mennesker (som hadde hatt hjertestans). Global overlevelsesrate (med utskrivning fra sykehus) var 7%. To norske studier som var inkludert, fant begge en overlevelsesrate på 13%. Den høyeste overlevelsesraten i studien var 25%, den laveste 3%. Det må bemerkes at hjertestansene som ble inkludert, skjedde utenfor sykehus.

Lexow og Skogvoll (2009) skriver at antallet hjertestanser i Norge ligger på cirka 54 pr. 100 000 innbyggere. Med dagens innbyggertall på 4,92 millioner (Statistisk Sentralbyrå 2011), vil det si cirka 2700 hjertestanser pr. år. 13% overlevelsesrate betyr cirka 350 overlevende pr. år. Dette mener vi har relevans for temaet vårt, for det sier noe om hvor vanlig det er at pasienter med hjertestans faktisk ikke overlever. Og når offentligheten i tillegg har et mer optimistisk syn på overlevelsesraten enn hva som er reelt - Jones, Brewer og Garrison (2008) fant at offentligheten trodde overlevelsesraten ved hjertestans lå mellom 60% og 75% - kan dette kanskje være et tankekors for sykepleiere. Hvis døden er så sannsynlig ved en resuscitering, mener vi at pårørendes ønske om få være nær sin kjære i denne situasjonen får en ekstra tyngde.

Teknologisering av døden

Hans Hadders (2006) presenterer i sin artikkel et interessant perspektiv på døden som fenomen i akutsituasjoner. Han problematiserer "teknologiseringen" av døden ved akutteneheter og forklarer at det tekniske utstyret kan være til hinder for å se pasienten som et menneske. Han referer til Timmermans (1999) som forklarer at sosiale identiteter har en tendens til å forsvinne ved livreddende behandling, noe som betyr at pasienten kun er en "medisinsk ting" som skal holdes i live, og ikke et menneske med sosiale bånd, for

eksempel til pårørende (Timmermans 1999, referert til i Hadders 2006). Vi ser for oss at denne tankegangen kan være bidragsgivende til at pårørende blir ekskludert fra behandlingsrommet.

Sykepleieteoretisk kan Benner og Wrubels distinksjon mellom novisen og ekspertsykepleieren supplere denne forståelsen: der novisen ofte er opphengt i det tekniske, ser eksperten helheten i situasjonen (Benner og Wrubel 1984, gjengitt i Dracup og Bryan-Brown 2004). Igjen kobler vi dette tilbake til at erfaring med slike situasjoner bidrar til økt komfortnivå (Lowry 2011). Hadders (2006) presenterer en situasjon fra St.Olavs Hospital, der en enke i etterkant av en mislykket resuscitering hvor hun ble hindret adgang av sykepleierne, følte at hun ble fratatt sin ektemann da han trengte henne som mest. Hun forklarte at dersom omstendighetene hadde vært annerledes (det ikke hadde vært en åpen intensivavdeling), så ville hun ha brukt makt for å komme inn til ektemannen. Historien gjorde inntrykk på oss, og vi undrer oss over om dette er en etisk forsvarlig sykepleiepraksis. For vil ikke denne "frihetsberøvelsen" være synonymt med den tidligere nevnte paternaliseringen som Martinsen advarer mot?

Vi har i resultatdiskusjonen vært inne på flere aspekter ved hvordan sykepleiere ivaretar pårørende ved resuscitering. Vi reiser flere sykepleiefaglige spørsmål, som viser seg å være vanskelige å besvare. Dette kan være beskrivende for hvor utfordrende denne typen akutt situasjoner kan være. Etiske utfordringer som kan oppstå, er for eksempel hvordan man skal balansere pårørendes tilstedeværelse med behandlingsteamets ønske om arbeidsro. Et annet er hvordan ens egne holdninger dannes; bygger de på ubevisste fortolkninger, eller har man gjort faglige overveielser, og i neste omgang; hvordan påvirker disse holdningene hvordan man handler? Eller som Bunkholdt (2002) sier; hvilken atferdstilbøyelighet sitter man inne med? Verdighet i dødsøyeblikket, er et annet tema vi har diskutert. Hvorfor skal døden i akutt situasjoner - som Timmermans (1999, gjengitt i Hadders 2007) påpeker - underminere menneskets sosiale identiteter? Enn hvor travel situasjonen er, mener vi at det humanistiske perspektivet, som jo ligger sykepleiefagets hjerte så nært, fordrer at man tar steget frem for å forsvare pasientens sosiale identitet ved resuscitering.

6.0 Konklusjon

Resultatene i denne litteraturstudien viser at sykepleiere har delte holdninger til å la pårørende være tilstede ved resuscitering. Det ser ut til at holdningene kan påvirkes av flere faktorer, deriblant erfaring med å ha pårørende tilstede ved resuscitering og utdanning om fordeler og ulemper med denne praksisen. Fordeler som flere sykepleiere uttrykker, er at de kan imøtekomme pårørendes ulike behov, at det kan oppstå et nært bånd mellom dem selv og pårørende, og at behandlingsteamet kan bli mer skjerpet i sin innsats. En del sykepleiere har også enkelte frykter. Det at pårørende skal forstyrre arbeidet og at pårørende skal få emosjonelle traumer, ser ut til å være de to vanligste. Forskningen sier derimot at det er lite hold i disse: det fins få tilfeller hvor pårørende har forstyrret behandlingen, samt liten eller ingen evidens for at pårørende faktisk får emosjonelle traumer. Det som i stedet kommer frem, er at pårørende ser ut til å takle utfallet bedre dersom de har vært tilstede.

Pårørendes behov for nærhet, å få vite at alt blir gjort, og å hjelpe sin kjære, viser seg å være særs uttalt i resusciteringssituasjoner, og enkelte pårørende antyder til og med at de ville brukt makt for å få være nær sin kjære. Noe som er verdt å merke seg, er at de fleste pårørende som har vært tilstede, ville ha valgt det samme igjen.

Til tross for at internasjonale anbefalinger om å tilby pårørende å være tilstede ved resuscitering og funnene våre som sier at mange sykepleiere har positive holdninger til å ha pårørende tilstede ved resuscitering, er det få sykehus som har innført slike retningslinjer, og det er få sykepleiere som faktisk har invitert med pårørende inn i behandlingsrommet. I tre europeiske studier vi har inkludert, hadde kun mellom 0,6% og 20% av sykepleierne hadde gitt pårørende tilbud om å være tilstede. En annen anbefaling - som kommer fra av over 20 internasjonale helseorganisasjoner - sier at temaet bør innlemmes i kjernepensum i utdanningen av alt helsepersonell. Så vidt oss bekjent, er dette ikke tilfelle ved sykepleierutdanningene her til lands.

Forskningen på dette temaet, utgår i all hovedsak fra et teleologisk perspektiv. Vi anbefaler at det deontologiske perspektivet vies større fokus i forskningen, altså at det dreies mer i retning av sykepleierverdier enn konsekvensetiske problemer rundt det å tilby pårørende å være tilstede ved resuscitering. Da tror vi at man kan få en bredere forståelse av *hvorfor* sykepleiere så sjelden tilbyr pårørende å være tilstede, noe som igjen vil kunne nyansere.

Studiens implikasjoner for praksis, kan være at relevante sykehusavdelinger setter temaet på sin dagsorden. Hvilke holdninger personalet har, bør kartlegges, undervisningsprogram iverksettes, og retningslinjer for å tilby pårørende å være tilstede, innføres. Vi oppfordrer sykepleiere, og ledere spesielt, til å ta steget frem for å forsvare pårørendes interesser i resusciteringssituasjoner. Øvrige råd for praksis - utformet av American Association of Critical-Care Nurses - er vedlagt (Vedlegg 7).

Med den stadig økende oppmerksomheten dette kontroversielle temaet får i internasjonal forskning - med funn som ser ut til å bekrefte tidligere forskning gang på gang - mener vi at også det norske sykepleiemiljøet nå bør følge etter. Målet må i våre øyne være å skape en mer familiesentrert sykepleie, hvor pårørende tar steget fra venterommet og inn til pasienten.

Litteraturliste

- Aadland, Einar. 1998. *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Gjøvik: Det Norske Samlaget.
- Axelsson, Åsa B., Margaretha Zettergren og Christer Axelsson. 2005. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4: 161-169.
- Axelsson, Åsa B., Bengt Fridlund, Philip Moons, Jan Mårtensson, Wilma Scholte og reimer, Karen Smith, Anna Strömberg, David R. Thompson og Tone M. Norekvål. 2009. European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9: 15-23.
- Berdowski, Jocelyn, Robert A. Berg, Jan G. P. Tijssen og Rudolph W. Koster. 2010. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation* 81: 1479-1487.
- Braun, Virginia og Victoria Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3: 77-101.
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidare*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal.
- Dougal, Renae L., Jill H. Anderson, Kathy Reavy og Christine C. Shirazi. 2010. Family presence during resuscitation and/or invasive procedures: One size does not fit all. *Journal of Emergency Nursing*. Article in press: doi: 10.1016/j.jen.2010.02.016.
- Dracup, Kathleen og Christopher W. Bryan-Brown. 2004. From Novice to Expert to Mentor: Shaping the Future. *American Journal of Critical Care* 13: 448-450.
- Dudley, Nanette C., Kristine W. Hansen, Ronald A. Furnival, Amy E. Donaldson, Kaye Lynn Van Wagenen og Eric R. Scaife. 2009. The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. *Annals of Emergency Medicine* 53: 777-784.
- Duran, Christine R., Kathleen S. Oman, Jenni Jordan Abel, Virginia M. Koziel og Deborah Szymanski. 2007. Attitudes towards and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families and patients. *American Journal of Critical Care* 16 (3): 270-278.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.

- Emergency Nurses Association (ENA). 2007. *Presenting the Option for Family Presence*. 3. Utgave. Des Plaines, Illinois, USA: Emergency Nurses Association.
- Feagen, Lori M. og Fisher. 2010. The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. Article in press, doi: 10.1016/j.jen.2010.02.023.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Friberg, Febe. 2006. *Dags för uppsats*. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
- Fulbrook, P., Albarran, J.W., Latour, J.M. 2005. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies* 42: 557-568.
- Fulbrook, P., Jos Latour, John Albarran, Wouter de Graaf, Fiona Lynch, Denis Devictor og Tone Norekvål. 2007. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing Associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6: 255-258.
- Graneheim, U.H og B. Lundman. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105-112.
- Gulbrandsen, Tove og Dag-Gunnar Stubberud. 2005. *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe.
- Hadders, Hans. 2007. Relatives' presence in connection with cardiopulmonary resuscitation and sudden death at the intensive care unit. *Nursing Inquiry* 14 (3): 224-232.
- Halm, Margo A. 2005. Family presence during resuscitation: A critical review of the literature. *American Journal of Critical Care* 14: 494-511.
- Helsepersonelloven. 1999. Lov av 7.februar 1999, nr.64: Lov om helsepersonell m.v. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> (Lest 28.01.11)
- Henderson, Deborah Parkman og Jane F. Knapp. 2006. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *Journal of Emergency Nursing* 32:23-29.
- Hodge, Alister N. og Andrea P. Marshall. 2009. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Collegian* 16:101-118.

- Holzhauser, Kerri, Julie Finucane og Susan M. De Vries. 2006. Family presence during resuscitation: A randomised controlled trial of the impact of family presence. *Australian Emergency Nursing Journal* 8: 139-147.
- Holzhauser, Kerri og Julie Finucane. 2008. Part B: Survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to family presence during resuscitation. *Australian Emergency Nursing Journal* 11: 114-122.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. 2008. *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered care. How to Get Started*. Tilgjengelig på: http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf (Lest 24.04.11).
- International Council of Nurses (ICN). 1999. ICNs etiske regler. Tilgjengelig på: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_norwegian.pdf (Lest 28.01.11)
- James, Jayne, Elita Cottle og Reverend Debbie Hodge. 2011. Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing* 27:19-26.
- Jones, G. Kirk, Kori L. Brewer og Herbert G. Garrison. 2008. Public Expectations of Survival Following Cardiopulmonary Resuscitation. *Academic Emergency Medicine* 7 (1): 48-53.
- Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Ekern. 2001. *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal.
- Knott, Allison og Carolyn C. Kee. 2005. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research* 18: 192-198.
- Kunnskapsdepartementet. 2008. *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Köberich, Stefan, Arnold Kaltwasser, Oliver Rothaug og John Albarran. 2010. Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care* 15: 241-250.
- Lexow, Kristian og E. Skogvoll. 2009. Hjertestans - definisjon og forekomst. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 129: 1351-1352.
- Lowry, Elinar. 2011. "It's just what we do": A qualitative study of emergency nurses working with well-established Family Presence Protocol. *Article in Press: doi: 10.1016/j.jen.2010.12.016*
- Manguerten, Janice, Shari H. Scott, Cathie E. Guzzetta, Angela P. Clark, Lori Vinson, Jenny Sperry, Barry Hicks og Wayne Voelmeck. 2006. Effect of family presence

- during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 32: 225-233.
- McKiernan, Margaret og Geraldine McCarthy. 2010. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. Article in press: doi:10.1016/j.iccn.2010.06.004
- Mekki, Tone Elin. 2007. *Sykepleieboken 1*. 3.utg. Oslo: Akribe.
- Mian, Patricia, Susan Warchal, Susan Whitney, Joan Fitzmaurice og David Tancredi. 2007. Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse* 27 (1): 52-61.
- Miller, Juleann H. og Anne Stiles. 2009. Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience. *Journal of Emergency Nursing* 36: 524-33.
- Meyers, Theresa A., Dezra J. Eichorn, Cathie E. Guzzetta, Angela P. Clark, Jorie D. Klein, Ellen Taliaferro og Amy Calvin. 2004. Family presence during invasive procedures and resuscitation: The experience of family members, nurses and physicians. *Topics in Emergency Medicine* 26: 61-73.
- Moesmand, Anna Marie og Astrid Kjøllesdal. 2004. *Å være akutt kritisk syk. Om pasienten og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mortelmans, Luc J.M., Veronique Van Broeckhoven, Sam Van Boxstael, Harald G. De Cauwer, Luc Verfaillie, Peter L.A. Van Hellemond, Sieglinde Van Colen og Wendy M.F. Cas. 2010. Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the Emergency Department: A prospective study. *European Journal of Emergency Medicine* 17: 203-207.
- Norsk Helseinformatikk. 2001. Beredskap for krisehåndtering. Tilgjengelig på: <http://amv.legehandboka.no/beredskap-for-krisehandtering-vedlegg-2-5-10-935.html> (Lest 26.04.11)
- Norsk Resuscitasjonsråd. 2007. *AHLR – Norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning 2.utgave – basert på retningslinjene fra 2006*.
- Norsk Sykepleierforbund (NSF). 2008. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (Lest 28.01.11)
- Norton, Colleen K., Allison Dimon, Rachael Knapp Richards, Suzanne Kelly og Ingrid Frey. 2007. The introduction of Family Presence Evidence-Based Practice Into a

- Baccalaureate Nursing Curriculum. *Critical Care Nursing Quarterly* 30 (4): 364-371.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nykiel, Lyndsey, Rik Denicke, Ryan Schneider, Katie Jett, Shelby Denicke, Kathryn Kunish, Amber Sampson og Jennifer A. Williams. 2011. Evidence-Based Practice and Family Presence: Paving The Path for Bedside Nurse Scientists. *Journal of Emergency Nursing* 39: 9-16.
- Oman, Kathleen S. og Christine R. Duran. 2010. Health Care Providers' Evaluation of Family Presence During Resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. Article in press. doi: 10.1016/j.en.2010.06.014.
- Opal, PeggySue Fell. 2009. Family Presence During Resuscitation Efforts. *Nursing Forum* 44 (2): 144-150.
- Pasientrettighetsloven. 1999. Lov av 7.februar 1999 nr 63: Lov om pasientrettigheter. <http://www.lovdatab.no/> (Lest 20.09.10)
- Pasquale, Mae Ann, Michael D. Pasquale, Leslie Baga, Sherrine Eid og Jane Leske. 2010. Family presence during trauma resuscitation: Ready for primetime? *The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care* 5: 1092-1100.
- Robinson, S.M., S. Mackenzie-Ross, R.L. Campell Hewson, C.V. Egleston, A.T. Prevost. 1998. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet* 352: 614-617.
- Sacchetti, Alfred D., Cathie E. Guzzetta og Russell H. Harris. 2003. Family presence during resuscitation attempts and invasive procedures: is there science behind the emotion? *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 4(4): 292-296.
- Statistisk Sentralbyrå. 2011. Befolkningsstatistikk. Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/folkendrkv/> (Lest 26.04.11)
- Tinsley, Cynthia, J. Brandon Hill, Jason Shah, Grenith Zimmerman, Michele Wilson, Kiti Freier og Shamel Abd-Allah. 2008. Experience of Families During Cardiopulmonary Resuscitation in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics* 122: e799-e804.
- Twibell, Renee Samples, Debra Siela, Cheryl Riwtis, Joe Whealey, Rina Riegler, Denise Bousman, Sandra Cable, Pam Caudill, Sherry Harrigan, Rick Hollars, Doreen Johnston og Alexis Neal. 2010. Nurses' perceptions of their self-confidence and the

- benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care* 17: 101-112.
- Wagner, Jennifer. 2004. Lived experience of Critically Ill Patients' Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical Care* 13: 416-420.
- Weslien, Marita, Tore Nilstun, Anita Lundqvist og Bengt Fridlund. 2006. Narratives about resuscitation - Family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5: 68-74.
- Willmann, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1. Søkeskjema.

Søke- dato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler	Artikkelnavn (År) [Artikkelnr. ihht. oversiktsskjema]
06.01.11	Ovid Medline®	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resuscitation/ 2. Family/ or Family Nursing/ or Professional-Family Relations/ 3. 1 AND 2 4. limit 3 to (yr="2005 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) 	74	15	10	5	<p>“Family presence during resuscitation and invasive procedures: The Nurse Experience” (2010) [2]</p> <p>“Nurses’ Perceptions of Their Self-Confidence and the Benefits and Risks of Family Presence During Resuscitation” (2008) [12]</p> <p>"The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations" (2009) [18]</p> <p>“Effects of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Departement” (2006) [19]</p> <p>"Family presence during trauma resuscitation: ready for primetime?"</p>

							(2010) [20]
06.01.11	Ovid Medline	1. Resuscitation/ 2. Family/ 3. Presence.mp. 4. 1 and 2 and 3	68	10	4	1	“Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation” (2004) [17]
06.01.11	Ovid Medline	1. Resuscitation 2. Psychological 3. Relatives/ or Family 4. 1 and 2 and 3	35	3	1	1	“Psychological Effect of Witnessed Resuscitation on Bereaved Relatives” (1998) [14]
16.09.10	Ovid British Nursing Index	1. Resuscitation/ 2. Family/ 3. 1 and 2 4. Limit 3 to yr=”2005 – Current”	32	12	7	2	“European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room” (2010) [8] “Family witnessed resuscitation: experience and attitudes of German intensive care nurses” (2010) [9]
19.01.11	ProQuest Nursing & Allied Health Source	Cardiopulmonary resuscitation—CPR AND Families & family life Limit yr=2005-current and language = english, danish,	43	19	4	2	“Health Care Providers’ Evaluation Of Family Presence During Resuscitation” (2010) [1] "Experience of Families During

		norwegian or swedish.					Cardiopulmonary Resuscitation in a Pediatric Intensive Care Unit" (2008) [21]
07.11.10	Science Direct	<p>"Family presence" AND nurs\$</p> <p>Limit yr=2005-current and language = english, danish, norwegian or swedish.</p>	68	10	6	3	<p>"Family presence during resuscitation: a randomised controlled trail of the impact of family presence" (2006) [10]</p> <p>"The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation" (2010) [13]</p> <p>"Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to Family Presence during resuscitation" (2008) [15]</p>
12.01.11	Science Direct	<p>("Family witnessed" or "Family-witnessed") AND nurs\$"</p> <p>Limit yr=2005-current and language = english, danish, norwegian or swedish.</p>	22	4	2	1	"Narratives about resuscitation - family memebbers differ about presence" (2006) [5]
		Artikkel [6] fant vi i referanselista til artikkel [9]				1	"Patients' and relatives' view on Witnessed resuscitation in the emergency department: a prospective

							study" (2010) [6]
03.11.10	PsychInfo	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp CPR/ and exp Family Members/ and exp Nurses/ and exp 2. Nursing/ and exp Health Personnel Attitudes/and 3. exp Family/ find similar to Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience 4. Limit 3 to yr="2005 to current", limit language to (Danish or English or Norwegian or Swedish) 	3	3	2	1	"Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patient' families, and patients" (2007) [11]
14.09.10	Ovid Medline®	<ol style="list-style-type: none"> 1. (resuscitation or cpr) 2. experience\$ 3. family needs 4. 1 and 2 and 3 5. Limit 4 to yr="2005 to current", limit language to (Danish or English or Norwegian or Swedish) 	51	10	4	2	"Nurses' beliefs about family presence during resuscitation" (2005) [7] "A European survey of critical care nurses' attitudes and experience of having family members present during cardiopulmonary resuscitation" (2005) [4]
14.03.11	Ovid Nursing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Family.mp. or exp Family/ 	151	20	5	1	"Family members' lived experience in the intensive care unit: A

	Database	2. Experience.mp. 3. Intensive care unit.mp. or exp Intensive Care units/ 4. 1 and 2 and 3 5. Limit 4 to yr="2005- current", limit to (Danish or English or Norwegian or Swedish)					phenomenological study" (2010) [3]
14.03.11	Ovid Nursing Database	1. Nurs\$.mp. 2. Exp Attitude/ or attitude\$.mp. 3. Resuscitation.mp. or Resuscitation/ 4. Family presence.mp. 5. 1 and 2 and 3 and 4 6. Limit 5 to yr="2005 – current"	40	5		1	"Impact of a Multifaceted Intervention on Nurses' and Physicians' Attitudes and Behaviors Toward Family Presence During Resuscitation" (2007) [16]

Vedlegg 2. Oversikt over artikler.

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/frafall	Hovedfunn	Kvalitet
1. Oman, Kathleen S. og Christine R. Duran. 2010. USA. <i>Journal of Emergency Nursing</i> 36: 524-33.	Health Care Providers' Evaluation Of Family Presence During Resuscitation.	Å evaluere tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering fra helsepersonellens perspektiv. To delmål: (1) Frekvens av familietilstedeværelse; (2) Helsepersonells erfaringer.	Prevalensstudie. Spørreundersøkelse med 6 lukkede og 1 åpent spørsmål. Presenterte 5 påstander om effekten av tilstedeværelse av pårørende, med 4 svaralternativer (fra "sterkt enig" til "sterkt uenig"), ett spørsmål om det var tilrettelegger (og evt. hvilken utdanning denne hadde) tilstede og et felt for kommentarer.	134 inviterte, 65 deltok (svarprosent: 49), derav 42 (65%) sykepleiere, 13 (20%) leger, 8 (12%) "respiratory therapists" og 2 (3%) andre. Spørreundersøkelsen var knyttet til 31 tilfeller hvor pårørende var tilstede ved resuscitering. 22 pasienter overlevde, 9 døde.	Tilstedeværelse av pårørende var registrert i 29% av resusciteringene 59% av respondentene mente at pårørende var i stand til å takle situasjonen emosjonelt, 88% svarte at pårørende ikke påvirket resusciteringen, 70% var enige i at pårørende hadde utbytte av å være tilstede. Den kvalitative analysen fant 3 temaer: (1) Pårørende har utbytte av å være tilstede; (2) Situasjonen er emosjonelt krevende for de pårørende; (3) En tilrettelegger er nødvendig.	Grad 2 (73%). Godkjent av "The Institutional Review Board."
2. Miller, Juleann H. og Anne Stiles. 2009.	Family Presence During Resuscitation And	Å undersøke sykepleieres opplevelser ved å	Kvalitativ, fenomenologisk studie. Semi-	17 sykepleiere deltok i studien. 15 kvinner, 2 menn,	4 hovedtemaer kom frem: (1) Man knytter bånd til de pårørende;	Grad 1 (100%).

USA. <i>Qualitative Health Research</i> 19 (10): 1431-1442.	Invasive Procedures: The Nurse Experience.	være tilstede ved resuscitering og invasive prosedyrer.	strukturerte intervju.	alder fra 38 til 57 år, yrkeserfaring fra 1,5 til over 37 år, erfaring med tilstedeværelse av pårørende fra 4 til over 100 ganger. Ingen frafall.	(2) Man engasjerer/aktiviserer de pårørende; (3) Man utvikler en aksepterende holdning til tilstedeværelse av pårørende; (4) Det kreves en varsom tilnærming i møtet med de pårørende.	Godkjent av "The University's Institutional Review Board."
3. McKiernan, Margaret og Geraldine McCarthy. 2010. Irland. <i>Intensive and critical care nursing.</i> Article in press, doi:10.1016/j.iccn.2010.06.004	Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study.	Å beskrive pårørendes opplevelser av å være pårørende til en akutt kritisk syk pasient innlagt i en medisinsk-kirurgisk akuttavdeling.	Kvalitativ, fenomenologisk studie. Semi-strukturerte intervju. Det ble benyttet ett åpent utgangsspørsmål som satte tematisk fokus for intervjuet.	6 pårørende ble rekruttert til studien av artikkelforfatteren i samarbeid med aktuell avdelings-sykepleier. Ingen frafall.	4 tema kom frem: (1) Behovet for informasjon; (2) Å være sammen med pasienten; (3) Å forstå og ta innover seg situasjonen; (4) Støtte og pleie. Studien vektlegger viktigheten av å ta i bruk et holistisk sykepleieperspektiv.	Grad 1 (89%). Godkjent av "Clinical Research Ethics Committee" og "Executive Management Board."
4. Fulbrook, P., J.W. Albarran og J.M. Latour. 2005. England. <i>International</i>	A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family	Å undersøke europeiske akutt-sykepleieres erfaringer og holdninger til tilstedeværelsen av	Prevalensstudie.	130 akutt-sykepleiere ble invitert til studien, 124 deltok (Frafall: 4,6%) hvorav 54 (43,5%) var britiske, 18	Sykepleiernes holdninger varierte: 45,5% ville ikke at pårørende skulle få være tilstede, og bare 37,9% mente at pårørende	Grad 2 (73%). Godkjent av "European

<p><i>Journal of Nursing Studies</i> 42: 557-568.</p>	<p>members present during cardio-pulmonary resuscitation.</p>	<p>pårørende ved resuscitering.</p>		<p>(14,5%) danske, 15 (12,1%) svenske, 11 (8,9%) norske og resten var fra 11 andre europeiske land. 74% kvinner, 25% menn.</p>	<p>skulle få valget om å være tilstede. Det kom frem at sykepleiere fra Storbritannia var mer positivt innstilte til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering enn de fra de øvrige landene. Studien anbefaler at det utvikles retningslinjer for praksis.</p>	<p>Federation of Critical Care Nursing Associations”</p>
<p>5. Weslien, Marita, Tore Nilstun, Anita Lundqvist og Bengt Fridlund. 2006. Sverige. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> 5: 68-74.</p>	<p>Narratives about resuscitation – Family members differ about presence.</p>	<p>Å belyse pårørendes erfaringer med å være tilstede ved resuscitering, og synspunkter på dette temaet.</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv studie. Det ble benyttet en-til-en intervju som ble foretatt enten i hjemmet (n=13) eller ved sykehuset (n=4) gjennomsnittlig 15 måneder etter resusciteringen.</p>	<p>19 pårørende ble invitert, 17 deltok (Frafall 10,5%). Gjennomsnittsalderen var 65 år. 14 deltakere hadde status som kone til pasienten, 1 ektemann og 2 sønner. Kun 2 deltakere var tilstede ved resusciteringen, 15 ble henvist til et privat rom. 14 pasienter døde under resusciteringen, 1 etter 12 timer, 1 etter 11 måneder, mens kun 1 kom seg</p>	<p>Det kom frem ett hovedtema som forfatterne sammenfattet slik: “Pårørende er redd for å forstyrre under resusciteringen, noe som innebærer at pasienten er den viktigste personen for dem.” De konkluderer med at det er variasjon i pårørendes syn på tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering og at helsepersonell bør tilegne seg mer kunnskap om</p>	<p>Grad 1 (89%). Godkjent av “Ethical Committee” ved Lund University</p>

				<p>tilbake til et normalt liv. Det må bemerkes at kun 1 hjertestans skjedde i sykehus.</p>	<p>pårørendes erfaringer med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering – da kan de bli mer våre for de pårørendes individuelle behov.</p> <p>Studien påpeker behovet for å ha en spesielutdannet tilrettelegger.</p>	
<p>6. Mortelmans, Luc J.M., Veronique Van Broeckhoven, Sam Van Boxstael, Harald G. De Cauwer, Luc Verfaillie, Peter L.A. Van Hellemond, Sieglinde Van Colen og Wendy M.F. Cas. 2010. Belgia. <i>European Journal of Emergency Medicine</i> 17: 203-207.</p>	<p>Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: a prospective study.</p>	<p>Å kartlegge pasienter og pårørende sine holdninger til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.</p>	<p>Prevalensstudie.</p> <p>Det ble benyttet et spørreskjema med 5 spørsmål angående tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering, med plass til kommentarer til hvert av disse. Pasienter og pårørende fikk tilsvarende spørreskjemaer.</p>	<p>150 pasienter og 150 pårørende deltok i studien. Pasientene hadde vært innlagt i intensivavdeling med potensielt livstruende tilstander. Gjennomsnittsalder for pasienter og pårørende var henholdsvis 67 og 55 år.</p> <p>Ingen frafall.</p>	<p>72% av pasientene ville foretrukket å ha pårørende tilstede ved resuscitering og 75% av pårørende ville ønsket å være tilstede. 49% av pårørende fryktet ikke at opplevelsen ville bli traumatiserende, mens 35% fryktet det. Erfaring med tidligere livstruende tilstander bidro til en mer positiv holdning til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering hos begge respondentgruppene. Studien påpeker</p>	<p>Grad 2 (73%).</p> <p>Godkjent av "Local ethics committee."</p>

					viktigheten av å ha en dedikert person til å ta vare på de pårørende.	
7. Knott, Allison og Carolyn C. Kee. 2005. USA. <i>Applied Nursing Research</i> 18: 192-198.	Nurses' beliefs about family presence during resuscitation.	Å undersøke sykepleieres holdninger til, og erfaringer med, tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.	Deskriptiv, kvalitativ studie. Det ble benyttet semi-strukturerte intervju med åpne spørsmål.	10 sykepleiere deltok i studien. Alderen var mellom 31 og 53 år. Det var 9 kvinner og 1 mann. Antall år i praksis varierte fra 4 til 27 år. Ingen frafall.	4 hovedtema kom frem: (1) Betingelser for å tilby pårørende å være tilstede; (2) Å benytte pårørende til å tvinge frem en beslutning; (3) Personalets følelse av "å bli overvåket"; (4) Virkningen på familien. Forfatterne anbefaler at det innføres retningslinjer for tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering slik at det ikke blir tilfeldig fra situasjon til situasjon om pårørende får være tilstede.	Grad 1 (88%). Godkjent av "The university's institutional review board."
8. Axelsson, Åsa B., Bengt Fridlund, Philip Moons, Jan Mårtensson, Wilma Scholte op	European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes	Å undersøke europeiske hjertesykepleieres erfaringer med, og holdninger til,	Prevalensstudie.	820 spørreundersøkelser ble utlevert, hvorav 411 (50%) ble returnert. 40,2% av	178 (44%) sykepleiere hadde erfaring med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.	Grad 2 (73%). Undersøkelsen

<p>Reimer, Karen Smith, Anna Strömberg, David R. Thompson og Tone M. Norekvål. 2009. England, Irland, Norge og Sverige. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> 9: 15-23.</p>	<p>towards having family members present in the resuscitation room</p>	<p>tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.</p>		<p>sykepleierne var fra Norge, 26,5% fra Sverige, 12,5% fra Irland, 8,3% fra Storbritannia, mens 12,5% fra øvrige europiske land. 91% var kvinner. 65% hadde over ti års klinisk erfaring.</p>	<p>53% mente at det ikke burde være normal praksis å tilby pårørende å være tilstede ved resuscitering. 90% mente at det burde være en tilrettelegger tilstede dersom praksisen skulle innføres. Selv om holdningen ble mer positiv desto lengre erfaring de hadde, var det ingen klar negativ eller positiv holdning blant sykepleierne.</p> <p>Kun 28 (7%) av respondentene anga at deres avdelinger hadde retningslinjer for tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.</p> <p>Norske sykepleiere var de som var minst positive til tilstedeværelse av pårørende ved</p>	<p>er gjort i tråd med de etiske retnings- linjene for medisinsk forskning i "Decla- ration of Helsinki."</p>
---	--	--	--	--	--	---

					resuscitering.	
9. Köberich, Stefan, Arnold Kaltwasser, Oliver Rothaug og John Albarran. 2010. Tyskland. <i>Nursing in Critical Care</i> 15: 241-250.	Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses	Å finne ut hvilke holdninger og erfaringer tyske intensivsykepleiere har til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.	Spørreundersøkelse med fem svaralternativer; sterkt uenig, uenig, vet ikke, enig, sterkt enig. Respondentene fikk mulighet til å skrive fritt om sine opplevelser med å ha pårørende tilstede ved resuscitering.	394 fikk delt ut spørreskjema, 166 deltok, 42% svarte. Frafall 8%.	Tyske intensivsykepleiere har en reservert holdning til å ha pårørende tilstede ved resuscitering.	Grad 1 (84%). Godkjent av den etiske komiteen til Albert-Ludwig University of Freiburg, Tyskland.
10. Holzhauser, Kerri, Julie Finucane, Susan M. De Vries. 2006. Australia. <i>Australian Emergency Nursing Journal</i> 8: 139-147.	Family presence during resuscitation: A randomised controlled trial of the impact of family presence	Å fastslå effekten av pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering i akuttavdelingen.	RCT-studie, spørreundersøkelse. En gruppe ble tilbudt å være med inn på rommet, den andre gruppa ble plassert på gangen eller venterommet.	Deltakere var over 18 år. 40 stk. i kontrollgruppa, 60 stk. i eksperimentgruppa.	Pårørende syntes det var verdifullt å være tilstede under hjerte-lunge-redning. Ingen uønskede hendelser ble registrert, faktisk har flere pårørende følt at de taklet bedre utfallet og sorgprosessen fordi de var til stede.	Grad 2 (77%). Godkjent av: "The human Research Ethics Committee"

<p>11. Duran, Christine R., Kathleen S.Oman, Jenni Jordan Abel, Virginia M. Koziel and Deborah Szymanski, 2007. USA. <i>American Journal of Critical Care</i> 16(3): 270-278.</p>	<p>Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, pasient' families, and patients.</p>	<p>Beskrivelse og sammenligning av holdninger til helsepersonell vedrørende familiens tilstedeværelse ved hjerte-lungeredning</p>	<p>Prevalensstudie. Spørreundersøkel se med åpne og lukkede spørsmål, flest lukket.</p>	<p>Utsendt 1095 skjema, 202 svarte. 99% av 202 ble brukt. 95% av helsepersonellet svarte på undersøkelsen. 72 familie-medlemmer og 62 pasientar besvarte den også.</p>	<p>Klinisk pesonell positive til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Men skeptiske til at pårørende skal forstyrre behandlingen, emosjonell respons hos familien og prestasjonsangst. Sykepleiere var mer positive enn leger. Familie og pasienter var også positive til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.</p>	<p>Grad 1 (94%). Godkjent av: "Colorado Multiple Insti-tutional Review Board."</p>
<p>12. Twibell, Renee Samples, Debra Siela, Cheryl Riwitis, Joe Wheatley, Tina Riegle, Denise Bousman, Sandra Cable, Pam Caudill, Sherry Harrigan, Rick Hollars, Doreen Johnson og Alexis Neal.</p>	<p>Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation.</p>	<p>Å kartlegge sammenhengen mellom sykepleieres selvtillit og deres oppfatninger av fordeler og ulemper med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>375 deltakere, 64% responsrate. 90% kvinner, 90 % hvite, 75% hadde minst 6 års erfaring. 2/3 av respondentene(254 stk.) hadde aldri invitert pårørende med inn. 90 % av rspndentene arbeidet i akuttavdelinger.</p>	<p>Det var en signifikant sammenheng mellom sykepleieres selvtillit og deres oppfatning av fordeler og ulemper med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Sykepleiere som hadde invitert pårørende med inn under resuscitering, hadde betydelig bedre</p>	<p>Grad 1 (89%). Godkjent av: "The insti-tutional review board."</p>

<p>2010. USA. <i>American Journal Of Critical Care</i> 17: 101-112.</p>					<p>selvtillit i forhold til slike situasjoner, og de så flere fordeler og færre ulemper med praksisen enn de som ikke hadde invitert pårørende med inn.</p>	
<p>13. Feagan, Lori M. og Nancy J. Fisher. 2010. USA. <i>Journal of Emergency Nursing.</i> Article in press, doi: 10.1016/j.jen.2010.02.023.</p>	<p>The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation.</p>	<p>Målet var todelt: 1) Å undersøke trender i personalets holdninger til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. 2) Å bruke denne informasjonen til å utvikle et utdanningsprogram som skulle gjøre personalet mer positivt innstilt til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering og å se på effekten av dette programmet.</p>	<p>RCT-studie. Holdningene til sykepleierne før og etter gjennomført utdanningsprogram skulle sammenlignes ved bruk av et spørreskjema om deres holdninger.</p>	<p>27 leger og 113 sykepleiere deltok. svarraten var på 49% for leger og 24% for sykepleiere, totalt 27% (140 svarte av 520 spurte)</p>	<p>Når personalet er presentert med utdanning om tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering, kan den valgbaserte oppfatningen bli modifisert, de vil få nedsatte barrierer til at pårørende skal få tilbud om å være tilstede, og økt støtte til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering som en utvidelse av familie sentrert pleie.</p>	<p>Grad 2 (78%). Godkjent av: "The institutional review board."</p>

<p>14. Robinson, S. M., S. Mackenzie-Ross, G. L. Campell Hewson, C. V. Egleston, A. T. Prevost. 1998. UK. <i>The Lancet</i> 352: 614-617.</p>	<p>Psychological Effect of Witnessed Resuscitation on Bereaved Relatives.</p>	<p>Finne ut om pårørende vil være til stede under gjenopplivning når det pågår på et familiemedlem, og om det å bevitne gjenopplivningsforsøk ville ha noen uønsket psykisk effekt på etterlatte pårørende.</p>	<p>Spørreundersøkelse, med oppfølging av pårørende 1 måned i etterkant av resusciteringsforsøket. Med en kontrollspørreundersøkelse etter denne også.</p>	<p>25 pasenter undergikk hjertelungeredning, 13 i bevitnede gruppe, 12 i kontrollgruppa. frafall på 2 pårørende i hver gruppe. og altså ble 8 pårørende fra gruppen som var til stede, og 10 fra kontrollgruppa, oppfulgt i etterkant</p>	<p>Der var ingen rapportert uønsket psykologisk effekt med noen av pårørende som hadde bevitnet gjenopplivningsforsøk. Av disse var alle fornøyde med bestemmelsen om å fortsatt være tilstede under hele resusciteringen. Det kliniske teamet ble så overbevist om nytten av tilstedeværelsen av pårørende ved resuscitering at de besluttet å avslutte eksperimentet.</p>	<p>Grad 1 (100%). Godkjent av: "Hospital Ethics Committee."</p>
<p>15. Holzhauser, Kerri, Julie Finucane. 2008. Australia. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i> 11: 114-122.</p>	<p>Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to Family Presence during resuscitation.</p>	<p>1. Er der en forskjell på holdningene innad i arbeidsstaben etter innføringen av prosjektet? 2. Hva var holdningen til personalet rett etter resuscitering? 3. Hva er pårørendes holdninger til å være tilstede ved</p>	<p>Deskriptiv studie med bruk av spørreskjema. Settingen var i akuttavdeling.</p>	<p>10 spørreundersøkelser ble utdelt til de ansatte. I kontrollgruppa responderte 106 personale, av totalt 167 utdelte, dvs. 63%. I eksperimentgruppa ble det returnert 202 av 289 spørreundersøkelser, dvs. 70%.</p>	<p>Personalet rapporterte at det var flere fordeler enn ulemper med tilstedeværelsen av pårørende ved resuscitering. Å få bakgrunns historie fort: 23% Behageligere for pasienten: 14,9% Pårørende har nytte av å være tilstede: 25,7%</p>	<p>Grad 1 (92%). Godkjent av: "The human Research Ethics Committee of the</p>

		resuscitering?			Lettere å håndtere familien da de var tilstede: 9,9%.	hospital.”
16. Mian, Patricia Susan Warchal, Susan Whitney, Joan Fitzmaurice og David Tancredi. 2007. USA. <i>Critical Care Nurse</i> : 27 (1): 52-61.	Impact of a Multifaceted Intervention on Nurses' and Physicians' Attitudes and Behaviors Toward Family Presence During Resuscitation.	Evaluering av holdninger til personalet før undervisningsprogrammet startet, og etter at det hadde blitt etablert. Vil også se på om det er forskjell på holdninger om tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering mellom sykepleiere og leger.	Anonymisert spørreundersøkelse, som inneholder 3 deler som er designet for å måle de største faktorene man tror som influerer profesjonelles villighet til å tilpasse seg tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.	Spørreundersøkelse, med fokus på effekten av rollespill.	Sykepleiere viste større støtte til retten pasienter har til å ha pårørende nær seg lenger. De fremmet betydelig også retten pårørende har til å være tilstede under hjerte-lungeredning, hele 73%.	Grad 1 (84%). Godkjent av: "Nurse manager and medical director of the Massachusetts General Hospital, Boston."
17. Meyers, Theresa A., Dezra J. Eichhorn, Cathie E. Guzzetta, Angela P. Clark, Jorie D. Klein, Ellen Taliaferro og Amy Calvin. 2004. USA. <i>Topics in Emergency Medicine</i> 26: 61-	Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: The Experience of Family Members, Nurses and Physicians	Å undersøke hvilke holdninger og erfaringer helsepersonell og pårørende har til tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering under invasive prosedyrer og hjerte-lungeredning.	Deskriptiv spørreundersøkelse. Helsepersonellet fikk en spørreundersøkelse med 33 spørsmål, hvor det var lukkede spørsmål med 4 svaralternativer hvor tallet 1	39 pårørende og 96 ansatte (60 sykepleiere, 22 assistenter og 14 overleger) deltok i studien. Ingen frafall.	Studien viste at pårørende opplevde det å være tilstede som hjelpsomt, og de mente at det var deres rett å være tilstede. De pårørende hadde ingen tegn på psykologiske traumer to måneder i etterkant av hendelsen.	Grad 1 (83%). Godkjent av "Hospital Institutional Review Board."

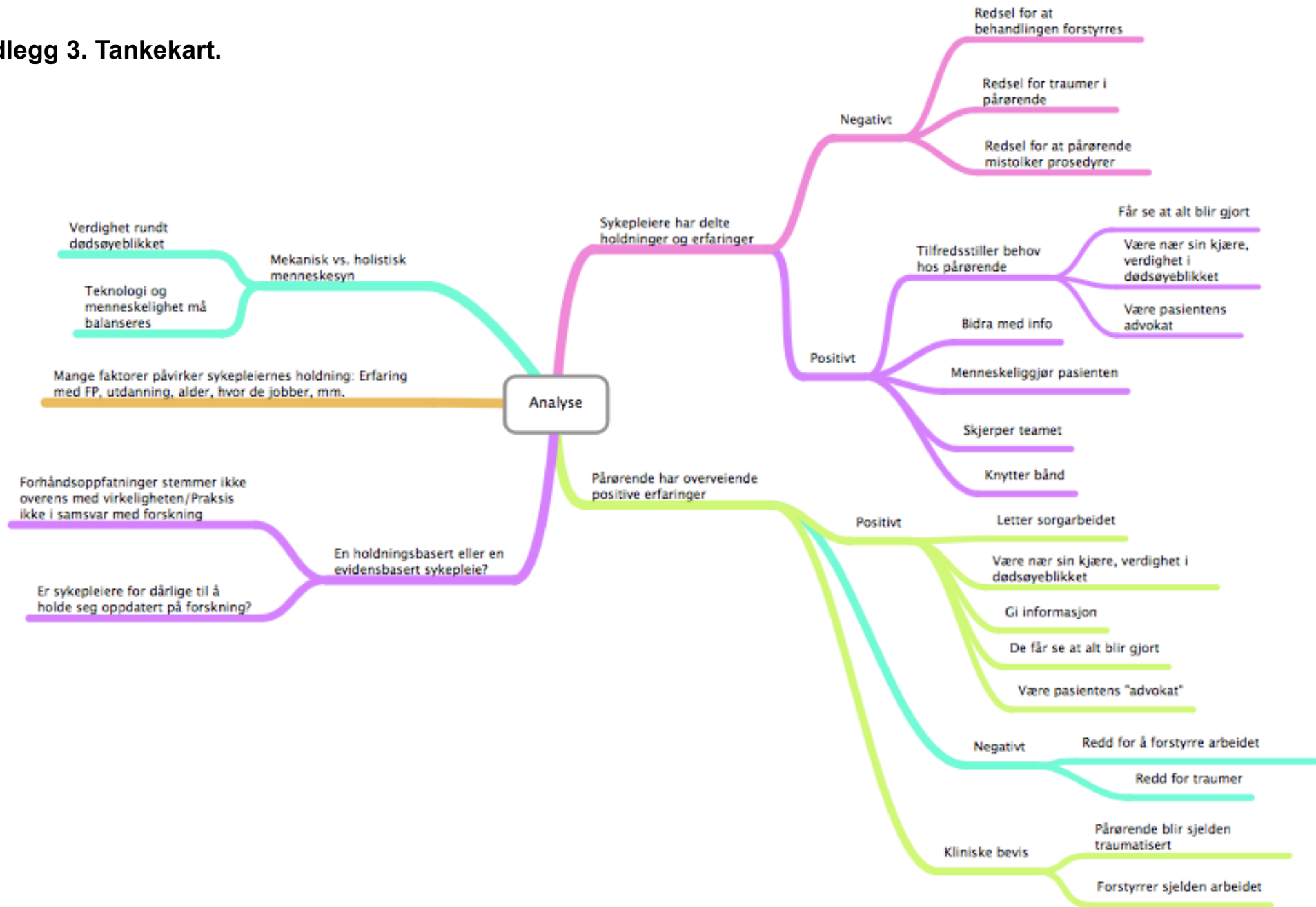
73.			<p>representerte "strongly agree" og 4 "strongly disagree," samt semi-strukturerte spørsmål for å skaffe kvalitative data. De pårørende fikk en spørreundersøkelse med 37 spørsmål, og ble intervjuet med semi-strukturerte spørsmål for å skaffe kvalitative data.</p> <p>Det var 43 tilfeller med tilstedeværelse av pårørende, hvorav 24 var akutte invasive prosedyrer og 19 var hjerte-lungeredning.</p>		<p>Helsepersonellet var delte i sine oppfatninger: 96% av sykepleierne, 79% av overlegene støttet pårørendes tilstedeværelse under invasive prosedyrer og hjerte-lungeredning, mens bare 19% av assistentlegene gjorde det.</p> <p>38% av personalet uttrykte bekymringer for at pårørende skulle forstyrre arbeidet. Til tross for dette var det ingen pårørende som forstyrret arbeidet i denne studien.</p>	
-----	--	--	---	--	--	--

<p>18. Dudley, Nanette C., Kristine W. Hansen, Ronald A. Furnival, Amy E. Donaldson, Kaye Lynn Van Wagenen og Eric R. Scaife. 2009. USA. <i>Annals Of Emergency Medicine</i> 53: 777-784.</p>	<p>The Effect of Family Presence on the Efficiency of Pediatric Trauma Resuscitations</p>	<p>Å undersøke om tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering forsinket et pediatrik traumeteams resusciteringsinnsats, målt i form av tiden som går mellom ankomst til akuttavdelingen og CT-bilde tatt, og tid til endt resuscitering.</p>	<p>RCT-studie. På like dager ble pårørende av pediatrike traumepasienter tilbudt å være tilstede, mens det på ulike dager ikke ble gitt tilbud.</p>	<p>705 pasienter ble inkludert i studien. Pårørende var tilstede i 283 tilfeller, mens det i 422 tilfeller ikke var pårørende tilstede. Ingen frafall.</p>	<p>Det var ingen signifikant forskjell mellom verken tid til CT-bilde tatt eller til endt gjenoppliving. Studien konkluderer med at tilstedeværelse av pårørende ikke påvirker tidseffektiviteten ved resuscitering av traumepasienter negativt. Studien fremhever at pårørende finner det hjelpsomt å være tilstede under resuscitering.</p>	<p>Grad 2 (73%). Godkjent av "The Institutional Review Board of University of Utah"</p>
<p>19. Manguerten, Janice, Shari H. Scott, Cathie E. Guzzetta, Angela P. Clark, Lori Vinson, Jenny Sperry, Barry Hicks og Wayne Voelmeck. 2006. USA. <i>Journal of</i></p>	<p>Effects of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department</p>	<p>Avgjøre effekten av retningslinjer for å ivareta pårørende ved resuscitering, samt sikre uforstyrret behandling, og beskrive pasientens og personalets opplevelser.</p>	<p>Deskriptiv studie, skriftlig informert samtykke var sikret før undersøkelsen.</p>	<p>Pasienter måtte være over 18 år og var måtte kunne håndtere engelsk. Foreldre ble ekskludert hvis pårørende-kontaktpersonen mente de var emosjonelt ustabile, aggressive, mistanke om involvering i</p>	<p>Funnene fastslår at retningslinjene har effekt i forhold til mål om uforstyrret pasientbehandling ved pediatrik akuttavdeling. Foreldre var positive til å være tilstede, de mente det hjalp pasienten, og reduserte deres egen frykt.</p>	<p>Grad 1 (100%) Godkjent av "Institutional Review Board"</p>

<i>Emergency Nursing</i> 32: 225-33.				barnemishandling, usikker mentaltilstand, eller misbruk av alkohol eller narkotika.		
20. Pasquale, Mae Ann, Michael D. Pasquale, Leslie Baga, Sherrine Eid og Jane Leske. 2010. USA. <i>The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care</i> 5: 1092-1100.	Family Presence During Trauma Resuscitation: Ready For Primetime?	Finne bevis og faktiske forhold for de restriktive holdninger vist av helsepersonell. Skape et evidensbasert og ikke et holdningsbasert helsetilbud.	Prospektiv, komparativ studie. Med bruk av forskjellige skalaer for eksempel til angst og tilfredshet med pleie.	50 voksne pårørende som var tilstede under resuscitering ble rekruttert til studien.	Tilstedeværelse av pårørende ved resusciteringsforsøk ga ingen negative psykologiske effekter og skåret helt annerledes enn de som ikke var tilstede under gjenopplivingen. Pårørende som ikke var tilstede uttrykket at de ville foretrukket å være tilstede under gjenopplivingen.	Grad 1 (100%). Godkjent av "Institutional Review Board for the Protection of Human Subjects"

<p>21. Tinsley, Cynthia, J. Brandon Hill, Jason Shah, Grenith Zimmerman, Michele Wilson, Kiti Freier og Shamel Abd-Allah. 2008. USA. <i>Pediatrics</i> 122: e799-e804</p>	<p>Experience of Families During Cardiopulmonary Resuscitation in a Pediatric Intensive Care Unit.</p>	<p>Å undersøke foreldres oppfatninger av effekten av deres tilstedeværelse i resusciterings-situasjoner, og hvorvidt de ville anbefalt andre familier å være tilstede under resuscitering.</p>	<p>Deskriptiv spørreundersøkelse.</p> <p>Intervju ble benyttet for å skaffe til veie svar på spørsmålene. Det var både åpne og lukkede spørsmål i undersøkelsen.</p>	<p>41 foreldre ble rekruttert til studien. 21 hadde vært tilstede, og 20 hadde ikke vært tilstede under resusciteringen.</p>	<p>Studien støtter tilstedeværelsen pårørende ved reuscitering. Flertallet av respondentene i begge gruppene ville anbefalt andre å være tilstede ved resuscitering.</p>	<p>Grad 1 (90%).</p> <p>Godkjent av "The Institutional Review Board".</p>
---	--	--	--	--	--	---

Vedlegg 3. Tankekart.



Vedlegg 4a. Retningslinjer, eksempel 1.

Retningslinjer for gjennomføring av tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering, benyttet av amerikanske sykehus tilknyttet Lehigh Valley Health Network. Se vedlegg 3b for tilhørende flytskjema.

1. Trauma patients admitted to Lehigh Valley Health Network, meeting “trauma alert” criteria and undergoing resuscitation would be eligible for the family presence option. The staff providing direct care retains the option to request that the family be escorted from the bedside and/or out of the room if deemed necessary. Accommodations to bring the family to the bedside should be made as soon as possible, even if only briefly.
2. The chaplain will act as the Family Presence Facilitator, 24 hours per day, and the liaison with the trauma team. The ED charge nurse or trauma core nurse will act in the family support resource role or designate another staff member in the absence of the chaplain. The chaplain encourages questions and clarifies ALL details with the trauma team. The chaplain will notify the trauma team when the family arrives. The chaplain will assess the patient’s family for appropriateness of the family presence option. Assessment of the family includes questions focused to elicit information about the family’s perceptions, desire/willingness, and comfort with being present, previous experiences, customary coping strategies, cultural beliefs, and established support systems. When the family is assessed to be appropriate to be present, and the trauma team agrees with this assessment, one family member, usually the family spokesperson may be allowed in the resuscitation room. Alert and oriented patients must be in verbal agreement for the family presence option.
3. Patients who choose not to have family members present and family members who choose not to be present during such event must be supported in their decision without judgment.
4. The trauma team leader is informed family is present and is in agreement with offering the option of family presence.
5. Before entering the trauma resuscitation room, the chaplain, in cooperation with the trauma team, will prepare the family by providing them information related to resuscitation procedures, protocols, and interventions. Preparation of the family should include provision of:
 - a. Protective clothing and equipment as required;
 - b. Information concerning the performance of various procedures;
 - c. Description of the patient’s appearance and condition;
 - d. Description of potential responses the patient may exhibit;
 - e. Explanation of the family’s role in providing comfort and reassurance.
6. During the resuscitation, the family must be clearly informed as to the status of the patient and be prepared for the interventions that are in progress and the sights and sounds that will be encountered. The chaplain, or family support resource, must remain with the family in the resuscitation room at all times. The chaplain will inform the family about the following:
 - a. Patient care is a priority;
 - b. Where they will stand initially and when they can approach the bedside;
 - c. The trauma room is a controlled environment and the trauma team cannot be disturbed by their presence;

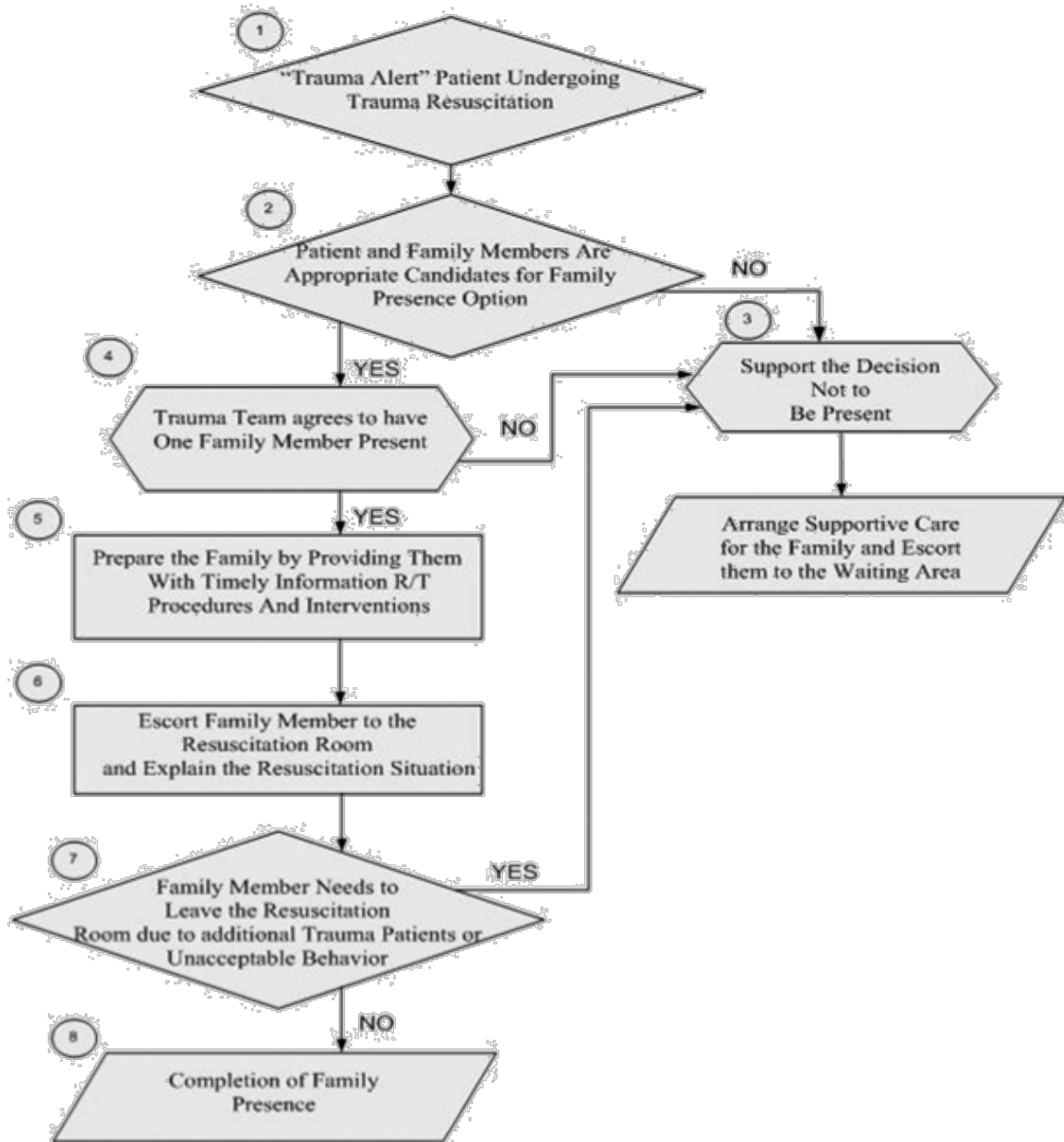
- d. A member of the trauma team will break free to talk to them when they are able to;
 - e. They may have to step out of the trauma room for a variety of reasons (second trauma alert, chaplain needs to leave);
 - f. What the family may or may not touch to assure a sterile environment;
 - g. That they may leave the room if they feel faint or overwhelmed and they are welcome to reenter if possible;
 - h. That their presence is a request and privilege and they can be removed for their behavior.
7. Family members, who exhibit evidence of uncontrolled emotional outbursts, violent behavior, etc., will be restricted from the resuscitation room during that time. If a family member becomes faint, overwhelmed or disruptive, the chaplain will escort him or her from the area and arrange appropriate supportive care. If another trauma patient enters the trauma resuscitation room, the family will have to leave.
 8. After completion of family presence with the patient, the chaplain will escort the family to a comfortable waiting area. The chaplain will provide comfort measures and will help to address any concerns or questions. The chaplain will enter a note into the medical record and provide any follow-up information to the trauma team. If members of the trauma team involved in family presence identify the need for critical incidence debriefing, the CSIS will facilitate processing of the event.

Ordforklaringer.

Chaplain: kapellan, her; person med spesiell kompetanse på ivaretagelse av pårørende ved resuscitering.

Kopiert med tillatelse fra Ann M. Pasquale v/Lehigh Valley Hospital.

Vedlegg 4b. Flytskjema.



Ordforklaringer.

R/T = relatert til (av *eng.*: related to).

Kopiert med tillatelse fra Ann M. Pasquale v/Lehigh Valley Hospital.

Vedlegg 5. Retningslinjer, eksempel 2.



SUBJECT: Family Presence During Invasive Procedure and Resuscitation
PROCEDURE #

DATE EFFECTIVE: December 1 , 2006

Purpose: To offer family members the option, when appropriate, of being at the bedside during invasive procedures (IP) and/or resuscitation interventions (RI)

Roles and Responsibilities:

Family Presence Facilitator:

The FPF is responsible for offering family members the option of family presence, after conducting family member assessment for desire, willingness and appropriateness for participation and team acceptance of the practice. The FPF will prepare the family prior to entrance as to the sights and sounds he/she will experience, where to stand and what to expect. The FPF is responsible for remaining with the family at all times during the family presence experience, continually assessing and supporting the family. The FPF is responsible for assuring the family has continued support by the appropriate social worker at termination of the family presence experience. Full functions and responsibility are outlined below.

Charge Physician

The Charge Physician is the EMTC attending for medical resuscitation. The charge physician for trauma resuscitation is the EMTC Attending or Trauma Attending. The charge physician will determine the appropriateness of family presence during resuscitation

Indications:

Family Presence will be offered to parents/caregivers of patients during medical alert, code blue or trauma resuscitations and/or invasive procedure.

Contraindications:

- Multiple patients in the resuscitation room
- Space limitations
- Family member inappropriateness as deemed by the FPF assessment

Procedure:

The option of family presence during IP and/or RI will be offered to family members in accordance with the provisions/instructions stated below.

- A. Uninterrupted patient care will remain the priority.

- B. The charge physician is in agreement with the option of FP.
- C. The family will be assessed by the FFP and if deemed appropriate will be offered the option of FP. Family members who do not wish to participate will be supported in their decision.
- D. The role of the FPF will be covered by a social worker, nursing shift coordinator, or chaplain on call. A social worker is available Mondays through Fridays from 8:30am to 1am, and Saturdays and Sundays from 1pm to 1am. The nursing shift coordinator will be available to serve as the FPF Mondays through Fridays from 1am to 8:30am, and Saturdays and Sundays from 1am to 1pm. A chaplain will be available Mondays through Fridays from 8:30am to 5pm, and thereafter on an on-call basis. There is a social worker on call 24 hours/day for concerns and questions regarding FPF coverage. Social work will be notified on all trauma and medical alerts during off hours
- E. The FPF will assess each family member for appropriateness of FP.
 - a. Before the option of FP is offered, family members will be assessed for appropriate levels of coping and for the absence of combative behavior, extreme emotional instability, substance abuse, and behaviors consistent with altered mental status.
- F. The FPF responsibilities and assistance with family interactions will include:
 - a. Preparation of family members prior to FP
 - i. Explanation of patient care as the priority
 - ii. Emphasis of the family's role as supportive
 - iii. Description of the patient's appearance, condition, and procedures performed
 - iv. Explanation that family member may leave at any time and will be allowed to reenter upon re-screening of level of appropriateness
 - v. Explanation that family member may be asked to leave the resuscitation area at any time at the discretion of the health care team and/or FPF.
 - b. While family members are participating in FP
 - i. Family members should be provided with personal protective equipment as appropriate
 - ii. Family members will be informed of the level of interaction that is possible during the IP or RI and will be escorted to the appropriate physical space
 - iii. The FPF will remain with the family member during family presence until, upon collaboration with the health care team, it is decided that such facilitation is no longer necessary
 - iv. The FPF will provide the family members with comfort measures, explanations of procedures performed, interpretation of medical jargon, and the opportunity for family members to ask questions.
 - v. The FPF will serve as the liaison between the family member and the health care team and will facilitate the opportunity for family members to see, speak to or touch the patient when possible.
- G. Termination of FP may occur at any time and family members will be escorted away from the patient care area
 - a. At the request of the charge physician.
 - b. If there is obstruction of patient care by the family member as a result of violent behavior, uncontrolled outbursts, or emotionally overwhelmed and uncontrolled behavior.

- c. If the family member needs medical assistance (eg. chest pain, syncope). Medical care will be provided to the family member by a health care provider not involved in the care of the patient.
- H. When family members choose to not be present, the FPF will frequently update the family members on the patient's clinical status and procedures being performed.
- I. FP Restrictions
 - a. There will be a maximum of 2 family members participating in family presence at one time. When an interpreter is needed and space is not limited, a third person may be allowed to participate.
 - b. For purposes of patient confidentiality, FP will not be offered to family members when there are multiple patients using the resuscitation area simultaneously. Efforts will be made to bring family members to the bedside as soon as practical.
 - c. When space is critically limited, it may be necessary to limit FP to one family member at a time or ask the family member to step out temporarily.
- J. Upon completion of FP
 - a. The FPF will escort the family to a private, comfortable area to address their concerns, provide additional comfort measures, and address other psychosocial needs identified during the IP or RI.
 - b. The FPF will arrange for social work follow-up when appropriate.

Ordforklaringer.

EMTC: Emergency Medicine and Trauma Center

Kopiert med tillatelse fra Jennifer Fritzeen v/Children's National Medical Centre, Washington DC, USA.

Vedlegg 6. Råd for praksis.

Råd for innføring av en praksis med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Utdrag fra "American Association of Critical-Care Nurses - Practice Alert: Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures."

- Ensure that your healthcare facility has written policies and procedures that support family presence during resuscitation and invasive procedures.
- Policies and procedures, and educational programs for professional staff should include the following components:
 - Benefits of family presence for the patient and family.
 - Criteria for assessing the family to ensure uninterrupted patient care.
 - Role of the family facilitator in preparing families for being at the bedside and supporting them before, during and after the event, including handling the development of untoward reactions by family members. Family facilitators may include nurses, physicians, social workers, chaplains, child life specialists, respiratory care practitioners, family therapists and nursing students.
 - Support for patient's or family members' decision not to have family members present.
 - Contraindications to family presence (for example, family members who demonstrate combative or violent behaviors; uncontrolled emotional outbursts; behaviors consistent with an altered mental state from drugs or alcohol; or those suspected of abuse).
- Develop proficiency standards for all staff involved in family presence to ensure patient, family, and staff safety.
- Determine your unit's rate of compliance in offering families the option of family presence during resuscitation and invasive procedures. If compliance is < 90%, develop a plan to improve compliance:
 - Consider forming a multidisciplinary task force (i.e., nurses, physicians, chaplains, social workers, child life specialists) or a unit core group of staff to discuss approaches to improve compliance.
 - Re-educate staff about family presence; discuss the intervention as a component of family-centered care and evidence-based practice.
 - Incorporate content into orientation programs as well as initial and annual competency verifications.
 - Develop a variety of communications strategies to alert and remind staff about the family presence option.
- Develop documentation standards for family presence and include rationale for when family presence would not be offered as an option to family members.

Kopiert med tillatelse fra AACN.

Vedlegg 7. Oversikt over korrespondanse.

Navn Aktuell publikasjon Tidsskrift Dato for korrespondanse	Sammendrag av korrespondanse
<p>Alfred Sacchetti</p> <p>"Family members do not disrupt care when present during invasive procedures" (2005)</p> <p><i>Academic Emergency Medicine</i> 12 (5): 477-479.</p> <p>E-post fra forfatter 15.februar 2011</p>	<p>Forfatteren opplyser at det i løpet av de 25 årene sykehuset har tillatt pårørende å være tilstede ved invasive prosedyrer og resuscitering, ikke har vært noen tilfeller der ikke-ruspåvirkede pårørende har forstyrret behandlingen. De har hatt en håndfull alkoholpåvirkede som forstyrret, men det var ingen signifikante hendelser, sier forfatteren.</p>
<p>Colleen Norton</p> <p>"The Introduction of Family Presence Evidence-Based Practice Into a Baccalaureate Nursing Curriculum" (2007)</p> <p><i>Critical Care Nursing Quarterly</i> 30 (4): 364-371.</p> <p>E-post fra forfatter 10.februar 2011</p>	<p>Vi fikk oversendt PowerPoint-presentasjonen som ble nevnt i forskningsartikkelen. Presentasjonen ble benyttet i undervisning av 3.års sykepleiestudenter og bidro til en signifikant holdningsendring mot aksept av pårørendes tilstedeværelse.</p>
<p>Jennifer Kingsnorth-Fritzeen</p> <p>"Family Presence During Trauma Activations and Medical Resuscitations In a Pediatric Emergency Department: An Evidence-Based Practice Project" (2010)</p> <p><i>Journal of Emergency Nursing</i> 36:115-21.</p> <p>E-post fra forfatter 18.januar 2011</p>	<p>Vi fikk oversendt retningslinjer (Se vedlegg 4). Hun forklarte i tillegg at hun var i år 3 av 3 på et forskningsprosjekt som kom til å vise at det var ingen forekomst av post-traumatisk stresslidelse (PTSD) hos pårørende som hadde vært tilstede ved resuscitering.</p>
<p>Jennifer A. Williams</p> <p>"Evidence-Based Practice and Family Presence: Paving The Path For Bedside Nursing Scientists" (2011)</p> <p><i>Journal of Emergency Nursing</i> 39: 9-16</p> <p>E-post fra forfatter 3.mars 2011</p>	<p>Forfatteren besvarte våre spørsmål angående tilrettelegger (facilitator)-rollen. Hun forklarte at de hadde hyrt inn sosionomer med kompetanse på krisepsykologi som skulle fylle denne rollen. Sosionomene lærte dessuten opp sykepleierne ved avdelingen i hvordan de skulle ivareta mennesker i krisesituasjoner.</p>

<p>Lori Feagan</p> <p>”The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation” (2010)</p> <p><i>Journal of Emergency Nursing.</i> Article in press, doi: 10.1016/j.jen.2010.02.023.</p> <p>E-post fra forfatter 28.november 2010.</p>	<p>Forfatteren oversendte retningslinjer, samt en PowerPoint-presentasjon som hun hadde brukt i undervisning om fordeler og ulemper med å ha pårørende tilstede ved resuscitering. Hun forklarte at hennes sykehus benyttet sosionomer som skulle fylle tilrettelegger-rollen, slik at en eventuell sykepleiermangel ikke skulle gå utover tilbudet.</p>
<p>Mae Ann Pasquale</p> <p>"Family Presence During Trauma Resuscitation: Ready For Primetime?" (2010)</p> <p><i>The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care</i> 5: 1092-1100</p> <p>E-post fra forfatter 12.april 2011.</p>	<p>Forfatteren svarte på spørsmål angående forskjeller mellom barneavdelinger og voksenavdelinger. Hun mente at barneavdelinger kunne være et sted å hente inspirasjon fra. Videre sa hun at hovedforskjellene var at pasientkonfidensialitet og hvilke pårørende som skal inviteres med inn er spørsmål som er mer relevant ved voksenavdelinger.</p>
<p>Kathy Oman</p> <p>"Health Care Providers' Evaluation of Family Presence During Resuscitation" (2010)</p> <p><i>Journal of Emergency Nursing</i> 36 (2010) 524-33</p> <p>E-post fra forfatter 1.desember 2010.</p>	<p>Vi fikk oversendt sykehuset hvor hun jobbet sine retningslinjer, som de hadde basert på Emergency Nurses Association (2007) sine anbefalinger. Hun forklarte at hennes avdeling hadde avvirket visittidene, slik at pårørende kunne komme på besøk hele døgnet. Hun sa at dette gjorde det enklere å innføre disse retningslinjene.</p>
<p>Øyvind Nordbø</p> <p>Spesialrådgiver, Norsk sykepleierforbund (NSF)</p> <p>E-post mottatt 27.april 2011</p>	<p>Vi fikk svar på spørsmål angående NSF's syn på tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering. Spesialrådgiveren forklarte at det trolig ikke er hensiktsmessig for NSF å ta et standpunkt i saken. Han begrunnet dette med at det er så store variasjoner i hvordan slike akutt situasjoner utarter seg (hvor de hender, innhold, forløp), i tillegg til at det vil oppstå vanskelige juridiske og etiske vurderinger som kompliserer bildet.</p>

Vedlegg 8. Anbefalte ressurser og videre lesning.

<i>Ressurs</i>	<i>Beskrivelse</i>
Institute For Patient- and Family-Centered Care. http://www.ipfcc.org/	Prisvinnende institutt for pasient- og familiesentrert omsorg. Tilbyr en mengde gratis nedlastbar informasjon.
Davidson, Judy E., Karen Powers, Kamyar M. Hedayat, Mark Tieszen, Alexander A. Kon, Eric Shepard, Vicki spuhler, David Todres, Mitchell Levy, Juliana Barr, Raj Ghandi, Gregory Hirsch og Deborah Armstrong. 2007. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. <i>Critical Care Medicine</i> 35 (2): 605-622.	Anerkjente retningslinjer for å fremme fokuset på pårørende innen akutteneheter.
Timmermans, Stefan. 1998. Resuscitation technology in the emergency department: towards a dignified death <i>Sociology of Health & Illness</i> Vol. 20 No.2 1998 ISSN 0141–9889, pp. 144–167	Artikkel som omhandler dilemmaet mellom teknologi og humanisme ved resuscitering, skrevet av en anerkjent professor i sosiologi som har publisert en mengde artikler om tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering.
Timmermans, Stefan. 1999. Sudden Death and The Myth of CPR. Temple University Press, USA. ISBN: 9781566397162.	Tar for seg utviklingen av hjerte-lungeredning i et sosiologisk perspektiv og ser på samfunnets problemer med å forholde seg til akutte dødsfall.
Emergency Nurses Association. 2007. Presenting the Option for Family Presence, 3rd edition.	Et veldig innholdsrikt hefte som tar for seg mange aspekter rundt tilstedeværelsen av pårørende, inkludert historikk, informasjon om familie-/pasientsentrert sykepleie, praktiske råd for innføring av retningslinjer, i tillegg til en rekke skjemaer som kan benyttes ved den enkelte avdeling i planleggingen av innføringen. Heftet er referert til i nesten alle forskningsartikler vi har lest om dette temaet.

Vedlegg 9. Ordforklaringer.

BAI - Beck Anxiety Inventory. Et verktøy for å kartlegge symptomer på angst. Består av 21 symptomer på angst som skal rangeres med tallverdier 0-3 utifra alvorlighetsgraden på symptomene.

BDI - Beck Depression Inventory. Et av verdens mest anvendte verktøy for å kartlegge symptomer på depresjon. Består av 21 symptomer på depresjon som skal rangeres med tallverdier 0-3 utifra alvorlighetsgraden på symptomene. Opphavsmannen heter Aaron T. Beck.

Biomedisin - En gren av medisinsk vitenskap. Benytter naturvitenskapelige prinsipper i klinisk praksis. Biomedisin studerer patofysiologiske prosesser med metoder fra biologi, kjemi og fysikk.

CCFNI - Et anerkjent verktøy utviklet av den amerikanske sykepleieren Jane Leske for å identifisere pårørendes behov i akuttsituasjoner.

Deontologisk etikk. En hovedretning innen etikken som sier at en etisk rett handling er den handlingen som utgår fra overordnede moralske plikter eller indre moralske dyder.

Family support person. En person som er dedikert til pårørende, og som skal utøve helhetlig sykepleie til de nærmeste. Dette kan være en sykepleier, prest, sosionom eller annet helsepersonell.

FMWB - Family Member Well-being Index. Et måleverktøy for å vurdere graden av velvære hos pårørende. Verktøyet undersøker pårørendes følelser relatert til helse, anspenthet, energi, frykt, sinne og generell bekymring.

HAD - Hospital Anxiety and Depression scale. Et verktøy opprinnelig utviklet for å kartlegge symptomer på angst og depresjon hos polikliniske pasienter.

IES - Impact of Events Scale. Et selvrapporteringsverktøy for å angi subjektiv opplevelse av en hendelse. En av de tidligste verktøyene utviklet for å måle symptomer på post-traumatisk stresslidelse (PTSD).

MeSH - Medical Subject Headings. Et omfattende register for systematisering av forskningsartikler og bøker innen de humanistiske fagene. MeSH-registeret kan benyttes som synonymordbok i tilpasningen av søk etter forskningsartikler og bøker.

R-CCFNI - Revised Critical Care Family Needs Inventory. En modifisert versjon av CCFNI, som søker å kartlegge hvor godt pårørende opplever at deres behov i akuttsituasjoner er imøtekommet.

S-STAI - Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. Et verktøy for å kartlegge angst. Består av 20 punkter som til sammen skal måle subjektivt opplevde følelser av tvil, anspenthet og nervøsitet. Kan benyttes for å skille mellom en forbigående angstilstand

(state, av *eng.* tilstand) og egenskapen av å være engstelig som person (trait, av *eng.* egenskap).

Teleologisk etikk. En hovedretning innen etikken som sier at en etisk rett handling er den handlingen som mest sannynlig medfører seg riktige konsekvenser.

TRIG - Texas Inventory of Grief. Et todimensjonalt verktøy for å måle graden av sorg hos etterlatte. Den ene dimensjonen kalles TRIG1, og kartlegger følelser like etter et dødsfall. Den andre dimensjonen, TRIG2, kartlegger nåværende følelser.