



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie ved hjertestans/Nursing patients in cardiac arrest

Kandidatnummer: 61

Totalt antall sider inkludert forsiden: 59

Molde, 31.05.19



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 31.05.19

Antall ord: 10650

Sammendrag

Bakgrunn

I Norge rammes årlig omlag 3000 personer av prehospital hjertestans, i tillegg til en ukjent forekomst på institusjonsnivå. Sykepleieren er ofte den første på stedet, og må kunne handle adekvat i en kritisk situasjon.

Hensikt

Studiens hensikt var å belyse sykepleiers erfaringer med deltakelse i resuscitering av voksne pasienter med hjertestans.

Metode

Litteraturstudie av 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat

Sykepleiere opplever store utfordringer i forbindelse med deltakelse i resuscitering. Det er ambivalens hos sykepleierne angående ivaretagelse av pårørende, egne følelsesmessige reaksjoner, samt faglige og etiske utfordringer. Deltakelse i resuscitering gir faglig vekst og en opplevelse av å ha en meningsfull jobb.

Konklusjon

Sykepleieren er en sentral del av pasientens behandlingsteam, og deltakelse i resuscitering kan være svært krevende både faglig og følelsesmessig. Regelmessig simulering av virkelighetsnære scenarioer er avgjørende for at sykepleieren skal føle seg trygg i slike situasjoner. Debriefing er en arena der en kan få utløp for tanker og følelser omkring vanskelige opplevelser, samt belyse faglige problemstillinger. Å ha pårørende tilstede under resuscitering er en tilvenningsprosess for mange sykepleiere.

Nøkkelord

HLR, hjerte-lungeredning, hjertestans, sykepleie, opplevelser

Abstract

Background

In Norway, about 3000 people are affected each year by prehospital cardiac arrest, in addition to an unknown occurrence among inpatients. The nurse is often the first person to witness cardiac arrests, and therefore must be able to act adequately in a critical situation.

Aim

The aim of this study was to elucidate nurses' experiences with participation in cardiopulmonary resuscitation of the adult cardiac arrest patient.

Method

A literature review based on 10 qualitative research articles.

Results

Nurses experience major challenges in connection with participation in the resuscitation team. There is ambivalence among the nurses regarding the care of patients' family, their own emotional reactions, as well as academic and ethical challenges. Participation in cardiopulmonary resuscitation provides professional growth and a sense of having a meaningful job.

Conclusion

The nurse is a key part of the resuscitation team, and participation in cardiopulmonary resuscitation can be very demanding to the nurse, both intellectually and emotionally. Regular simulations of life-like scenarios are crucial for the nurse to feel confident in such situations. Debriefing is a setting where one can address thoughts and feelings concerning difficult experiences, as well as bringing attention to academic topics. The presence of family members during resuscitation is a situation to which nurses need time to adapt.

Keywords

CPR, cardiopulmonary resuscitation, cardiac arrest, heart arrest, nursing, experience

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Hjertestans	2
2.1.1	Resuscitering	3
2.2	Lovverk	5
2.3	Etikk	6
2.4	Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertesykdom	7
3.0	Metodebeskrivelse	9
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.2	Datainnsamling	9
3.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	12
3.4	Analyse	13
4.0	Resultat	15
4.1	Pårørendes tilstedeværelse under resuscitering	15
4.2	Følelsesmessige reaksjoner hos sykepleierne under og etter resuscitering	16
4.3	Kompetanse og faglige utfordringer	18
4.4	Etiske utfordringer	19
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	21
5.1.2	Litteratursøk	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	23
5.1.4	Analyse og resultat	25
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Ivaretagelse av pårørende	26
5.2.2	Stress, mestring og medfølelse hos sykepleierne	27
5.2.3	Resusciteringsteamets kompetanse	29
5.2.4	Hva er etisk forsvarlig?	31
6.0	Konklusjon	34
6.1	Konsekvenser for praksis	34
6.2	Anbefalinger for videre forskning	35

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell over søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell over artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norsk hjertestansregister mottar data fra alle helseforetak med ambulansetjeneste om forekomst av prehospital hjertestans. Tall fra 2018 viser at den årlige forekomsten i Norge ligger på omtrentlig 60/100 000 innbyggere. Dette utgjør omlag 3000 personer. Kun 18 av 52 sykehus i Norge rapporterer om plutselig hjertestans i sykehus, og forekomsten på institusjonsnivå er derfor usikker (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, «Norsk hjertestansregister» 2018).

Hvem som helst kan rammes av en hjertestans, og den rammede er prisgitt rask intervensjon. Dødeligheten ved plutselig hjertestans er høy, og overlevelsen avhenger blant annet av hvor tidlig hjelpen tilkommer (Helsenorge, «Hjertestans» 2017). Den viktigste årsaken til hjertestans er akutt hjerteinfarkt; en sykdom som i 2017 rammet 12 953 nordmenn (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, «Norsk hjerteinfarktregister» 2017), og som sammen med andre sykdommer i hjerte-kar i mange år har vært den hyppigste dødsårsaken hos middelaldrende og eldre i Norge (Jacobsen et al. 2017, 38).

Sykepleieren bruker mye tid sammen med pasienten, og sannsynligheten for at nettopp sykepleieren er den første på stedet ved en hjertestans, er svært stor. Også utenfor arbeidstid er sykepleieren lovpålagt å gi umiddelbar livsnødvendig hjelp ved akutt sykdom eller skade (Helsepersonelloven §7, 1999). Etter flere opplevelser med plutselig hjertestans i min praksis, har jeg nå et ønske om å utforske nærmere hva slags erfaringer sykepleiere har med håndtering av slike krisesituasjoner.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt var å belyse sykepleiers erfaringer med deltakelse i resuscitering av voksne pasienter med hjertestans.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Hjertestans

Hjertet og blodkarene utgjør kroppens sirkulasjonssystem. Et friskt hjerte pumper blod gjennom arterier, vener og små kapillærer og sørger for rask og livsviktig transport av oksygen, karbondioksid, næringsstoffer, avfallsstoffer, varme og hormoner til og fra kroppens celler. Opphør av, eller alvorlig svikt i hjertets pumpefunksjon er ikke forenelig med liv (Sand et al. 2014, 266-268).

Hjertet har et elektrisk ledningssystem som setter i gang og systematiserer frekvensen på kontraksjonene. De elektriske impulsene sendes fra hjertemuskelceller i Sinusknoten i høyre atrium. Derfra brer de seg på systematisk vis til hele myocard, slik at hjertet kan kontrahere og pumpe blodet ut i kroppen. Et hjerteslag er en komplisert prosess der de ulike delene av hjertet samordnes for å sikre rask transport av blod. Sinusrytme kjennetegnes av at hjertets elektriske impulser koordineres hensiktsmessig, slik at hjertet pumper effektivt. Hjertets elektriske impulser kan leses av i et elektrokardiogram (EKG) som brukes i diagnostikk av hjertesykdom (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 8).

Hvis hjertets pumpefunksjon plutselig opphører, blir betydningen av blodtransporten tydeliggjort. Allerede etter 3-4 minutter kan mangelen på oksygen føre til irreversibel skade på hjernevev. Myocard vil også etter få minutter kunne påføres irreversibelt tap av funksjon (Sand et al. 2014, 268).

Begrepet «hjertestans» er noe utydelig. En hjertestans betyr ikke nødvendigvis fullstendig opphør i hjertets funksjon eller kontraksjoner. Under en hjertestans kan hjerterytmene arte seg på ulike vis, og vi skiller i hovedsak mellom fire forskjellige arytmier. Disse arytmiene omfatter ventrikkelflimmer (VF), ventrikkeltachycardi (VT), pulsløs elektrisk aktivitet (PEA) og asystole. Ventrikkelflimmer forekommer oftest, og er som regel en følge av akutt hjerteinfarkt. Ved VF «skjelver» hjertets ventrikler, og kontraksjonene uteblir. Denne arytmien kan karakteriseres av et elektrisk kaos og ukoordinerte signaler til myocard. VT betegner en rytme der venstre ventrikel pumper for raskt. Pasienten er ikke nødvendigvis bevisstløs, men VT kan forårsake hjertestans dersom hjertet kontraherer så raskt at det ikke rekker å fylles med blod i diastolen. Ved PEA foreligger noe elektrisk aktivitet i hjertet

som kan gi utslag på EKG, men pumpekraften er opphørt. Pasienten har ikke følbart puls eller andre tegn på sirkulasjon. Det elektriske ledningssystemet kan ha intakt funksjon, men andre årsaker medfører at hjertet ikke kontraherer. Årsakene kan blant annet være hjertesykdom, stor blødning eller forgiftning/overdose. Ved asystole finnes ingen elektrisk eller mekanisk aktivitet i hjertet, og en flat linje vises på EKG. Asystole kan ha mange årsaker, og blant disse er kvelning, drukning eller fremmedlegeme i luftveiene (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 9-10).

En hjertestans kan skyldes kardiaale eller ikke-kardiaale årsaker. 80% av alle tilfeller av hjertestans skyldes akutt hjerteinfarkt. Ved et hjerteinfarkt er en av hjertets koronararterier tilstoppet av en trombe som påfører myocardi iskemisk skade. Ventrikkelflimmer er en livstruende komplikasjon til akutt hjerteinfarkt. Ikke-kardiaale årsaker til hjertestans kan blant annet omfatte sjokktilstander, som septisk sjokk eller anafylaktisk sjokk, eller hypoksi som følge av respirasjonsstans. Ved ikke-kardiaale årsaker til hjertestans foreligger som oftest PEA eller asystole (Jacobsen et al. 2017, 67).

2.1.1 Resuscitering

Resuscitering er et medisinsk begrep som primært omfatter gjenopplivingsforsøk på personer med hjertestans, og betegner en rekke livreddende tiltak (Nordseth og Opdahl 2018). Ordet resuscitering kan i noen tilfeller brukes i andre sammenhenger, men i min studie er det begrepsforklaringen nevnt ovenfor som gjelder. Behandling av pågående hjertestans er hjerte-lungeredning (HLR). Norsk resuscitasjonsråd (2016, 5) har utarbeidet en algoritme for avansert hjerte-lungeredning basert på retningslinjer fra European Resuscitation Council. Denne algoritmen kalles AHLR, og skal benyttes av kvalifisert helsepersonell. «Gjenoppliving krever et samkjørt team av helsepersonell med enhetlige prosedyrer» (Jacobsen et al. 2017, 67).

Første steg (A) i algoritmen er å konstatere hjertestans og alarmere (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 25). Sikker diagnose stilles ved bortfall av puls, og ledsagende symptomer vil være bevisstløshet og cyanose (Jacobsen et al. 2017, 67). På sykehus varsles hjertestansteam og utenfor sykehus varsles akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Ved fremmedlegeme i luftveiene må dette fjernes umiddelbart. I påvente av hjelp (B) startes hjertekompresjoner og innblåsing i forholdet 30:2, og defibrillator kobles til pasienten. Ved intubasjon komprimeres pasienten kontinuerlig og ventileres med en

frekvens på 10/min. Defibrillatoren vil gjennomføre en rytmeanalyse (C) og fortelle utøver av AHLR hvilken arytmie som foreligger. Gjennomførelsen av AHLR avhenger av typen arytmie og deles inn i to sløyfer; ved VF/VT vil utøver få beskjed om å gi pasienten ett sjokk og deretter gjøre HLR i ett minutt. Etter ett minutt skal en sjekke om pasienten har ROSC (Return of Spontaneous Circulation). Ved fortsatt sirkulasjonsstans utføres HLR i ytterligere to minutter og deretter gjennomføres ny rytmeanalyse. Dersom pasienten ikke har ROSC etter to sjokk, skal medikamenter vurderes (D). Ved PEA/asystole vil utøver få beskjed om å ikke sjokke pasienten da dette ikke har noen hensikt. Utøver skal da fortsette å gi HLR, samt gi adrenalin i løpet av det første minuttet med HLR. Etter tre minutter gjennomføres ny rytmeanalyse (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 25).

Medikamenter som brukes under AHLR er adrenalin og amiodarone. Adrenalin stimulerer alfa- og betaadrenerge reseptorer, får perifere blodkar til å kontrahere slik at blodet omforderes og mer sirkuleres til vitale organer. Vasokonstriksjonen bidrar også til økt blodtrykk og dermed økt sannsynlighet for vellykket defibrillering. Adrenalin 1mg/dose gis etter to mislykkede sjokk ved VF/VT og innen det første minuttet av hver sløyfe ved PEA/asystole. Amiodarone tilhører medikamentgruppen antiarytmika, forlenger aksjonspotensialet og øker sjansen for at hjertet kommer ut av VF/VT. Amiodarone 300 mg gis etter to mislykkede sjokk. Medikamentene gis intravenøst eller intraossøst (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 22-25).

På tross av flittig bruk av adrenalin hos hjertestanspasienter, er det usikkerhet rundt sikkerheten og effekten av det. En studie fra 2016 har undersøkt 2978 pasienter fra 310 sykehus som har gjennomgått hjertestans med sjokkbar rytme. Halvparten av pasientene fikk adrenalin intravenøst innen to minutter etter det første sjokket. Resterende pasienter fikk ikke adrenalin, eller fikk adrenalin senere i forløpet. Studien konkluderte med at pasientene som fikk adrenalin hadde reduserte sjanser for overlevelse til utskrivelse fra sykehuset, redusert sjanse for ROSC, samt dårligere funksjonsnivå (Andersen et al. 2016, 1). I motsetning konkluderer en oversiktsartikkel fra 2019 blant annet med at adrenalin øker sjansene for ROSC, men at det ikke bedret sjansene for å bevare neurologisk funksjon (Finn et al. 2019, 2).

AHLR er et teamarbeid der oppgaver og roller er avklart på forhånd (E). Hvilke roller som inngår i teamet vil avhenge av hvor mange personer som er tilstede. AHLR fortsettes så lenge det er etisk og medisinsk forsvarlig eller til pasienten viser sikre tegn til liv (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 25-28). I mange tilfeller benytter helsepersonellet seg av mekaniske brystkompresjoner under AHLR. Den mest brukte brystkompresjonsmaskinen er LUCAS (Lund University Cardiac Assist System). Mekanisk brystkompresjon kan for eksempel være indisert ved transport av pasienten (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 21).

Ved pågående ventrikkelflimmer kan pasienten gis et eksternt prekordialt slag; hardt slag med knyttneven midt på sternum. Dette kan få hjertet til å gå direkte tilbake i sinusrytme. Behandling med eksternt prekordialt slag forutsetter at hjerterytmen observeres i det den slår om til VF. Tilkommer en først noen minutter etter konstatert hjertestans, har ikke prekordialt slag noen hensikt (Jacobsen et al. 2017, 67).

2.2 Lovverk

AHLR omfattes av Lov om Helsepersonell (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 40).

Helsepersonellovens §7 (1999) lyder «helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». Helsepersonelloven §4 (1999) omfatter kravet om forsvarlighet, som er et hovedprinsipp i all utøvelse av helsehjelp. Med andre ord må sykepleieren handle i tråd med reglene for faglig forsvarlig yrkesutøvelse under utførelse av AHLR (Molven 2016, 130).

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig (Helsepersonelloven §4 første ledd, 1999).

Pasientens rett til selvbestemmelse utgjør grunnlaget for helsehjelp. All helsehjelp skal preges av frivillighet og samtykke, med mindre annet er bestemt i lov. Bevisstløse personer kan ikke gi sitt samtykke, og samtykke må derfor innhentes på andre måter. Begrepet hypotetisk samtykke innbefatter at pasienten behandles i tråd med tidligere uttalelser eller begrunnede antakelser om hva som ville ha vært pasientens ønske. Ved representerende samtykke blir samtykke gitt av andre på pasientens vegne. Visse krav må

oppfylles for at representerende eller hypotetisk samtykke skal være rettslig gjeldende (Molven 2016, 172). Øyeblikkelig livreddende hjelp faller utenfor bestemmelsene om samtykke:

Når det akutt oppstår behov for hjelp for å redde liv, hindre betydelig helseskade eller lindre betydelige smertetilstander, det vil si når hjelpen er påtrengende nødvendig, både kan og skal helsepersonellet se bort fra mangel på samtykke, jfr. helsepersonelloven §7 (Molven 2016, 177).

2.3 Etikk

Etikk i sykepleieutøvelsen kan omfatte alt fra hverdagslige hendelser til spørsmål om liv og død. Etikk er teori om moral, og moral handler om hva som er rett og galt; spesielt med hensyn til andre mennesker. Kunnskap om etikk er viktig, fordi den kan hjelpe sykepleieren med å ta vanskelige beslutninger i møte med pasienter og deres pårørende. Ethiske refleksjoner vil kunne hjelpe en til å bli bevisst sine egne holdninger og verdier i yrkesutøvelsen (Brinchmann 2016, 18-19).

Sykepleierens yrkesutøvelse reguleres av yrkesetiske retningslinjer. Disse retningslinjene skal verne om sykepleierens verdier og tydeliggjøre hva som er god sykepleiepraksis. Verdierne for utøvelse av sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og det er fagkunnskap som ligger til grunn for ivaretagelsen av disse verdiene (Sneltvedt 2016, 98-100). Kapittel 2 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere omfatter sykepleieren og pasienten. Her finner vi blant annet at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg», «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» og «sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død ...» (Norsk sykepleierforbund, «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» 2016).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er et maktforhold i ubalanse. Pasienten er den sårbare parten, som kan ha vanskeligheter med å ivareta autonomi og integritet på grunn av sykdom og behandling. Sykepleieren har ansvar for å løfte fram etiske problemstillinger, slik at den medmenneskelige dimensjonen av faget ikke blir avglemt (Stubberud 2016, 34). Vi finner også i Yrkesetiske retningslinjer at «sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende» og «dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal

hensynet til pasienten prioriteres» (Norsk sykepleierforbund, «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» 2016).

Yrkesetikken bygger på verdenserklæringen om menneskerettighetene, vedtatt av FN i 1948 (Sneltvedt 2016, 100). Retten til helse inngår i flere av FNs konvensjoner, og stiller krav til alle medlemslandene om å tilrettelegge for helse og yte hjelp ved sykdom. Staten Norge er ansvarlig for å ivareta menneskerettighetene i Norge gjennom det offentlige helsevesenet, som har ansvaret for å forebygge og behandle sykdom. Staten er også ansvarlig for brudd på menneskerettigheter av private aktører (Molven 2016, 60-65).

2.4 Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertesykdom

Sykepleierens ansvarsområde er i stadig utvikling, og sykepleieren har i dag en utvidet funksjon i utredning og behandling av pasienter med hjertesykdom. Dette innebærer blant annet at det som tidligere var legens oppgaver, nå faller innunder sykepleierens ansvarsområde. Hensikten med dette er å effektivisere pasientforløp (Stubberud 2016, 28).

Sykepleieren konfronteres ofte med medisinske kriser i arbeidet med akutt og kritisk syke pasienter. Fordi sykepleieren ofte er den første som oppdager tegn til forverring hos pasienten, må hun eller han være i stand til å ta ansvar for situasjonen og handle raskt og adekvat før lege tilkommer. Sykepleieren må ha evne til å bedømme situasjonens alvor, være i stand til å handle i akutte og stressfylte situasjoner, og kunne ta i bruk prinsipper fra akuttmedisinen ved å utføre ABCDE (Stubberud 2016, 31).

Stubberud (2016, 33) skriver at sykepleierens behandlende funksjon innebærer å kompensere ved svikt i pasientens vitale funksjoner. Sykepleieren administrerer medisinsk behandling forordnet av lege, og skal ha kompetanse til å vurdere effekten av behandlingen. I tillegg har sykepleieren ansvar for forsvarlig bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Sykepleierens behandlende funksjon krever et godt samarbeid med resten av helsepersonellet som inngår i pasientens behandlingsteam. Målet med dette samarbeidet er kontinuitet i behandlingsforløpet og et så godt behandlingsresultat som mulig. Godt samarbeid med alle i pasientens behandlingsteam inngår i forsvarlig yrkesutøvelse (Stubberud 2016, 34).

I akutte behandlingssituasjoner der en ofte har fokus på pasientens organfunksjoner for å redde hans liv, må en kunne ivareta pasientens autonomi, integritet og verdighet. Sykepleieren skal ved hjelp av sin kompetanse sikre at all pasientbehandling blir gjennomført på en faglig, etisk og juridisk forsvarlig måte (Stubberud 2016, 34).

3.0 Metodebeskrivelse

En litteraturstudie starter med en litteraturgjennomgang av forskningen som finnes på det aktuelle feltet. Dette gjennomføres ved systematisk databasesøk med nøyaktig beskrivelse av søkestrategi. En litteraturstudie skal inneholde en tydelig hensikt, inklusjons- og eksklusjonskriterier, og en analyse. I tillegg skal alle primærstudiene kvalitetsvurderes (Forsberg og Wengström 2008, 29).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har valgt følgende inklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Kvalitativ metode
- Nyere enn år 2008
- Engelsk-, norsk-, dansk- eller svenskspråklige artikler
- Ethiske overveielser
- Sykepleiere som har deltatt i resuscitering minst én gang
- Resuscitering i og utenfor sykehus

Jeg har valgt følgende eksklusjonskriterier:

- Resuscitering av barn
- Kvantitativ metode
- Pasientperspektiv
- Pårørendeperspektiv

3.2 Datainnsamling

Jeg valgte et tema jeg har interesse for, samt noe erfaring med, og utarbeidet en hensikt i samråd med veileder. Jeg bestilte deretter time hos bibliotekar for å få hjelp til å utarbeide en god søkestrategi. Jeg hadde laget et PICO-skjema på forhånd, men bibliotekaren hjalp meg å finne de riktige søkeordene og plassere dem i riktig element i PICO for å få treff på artikler som kunne besvare min hensikt, se vedlegg 1. Et PICO-skjema brukes som et verktøy for å kunne strukturere et forskningsspørsmål på en hensiktsmessig måte.

Bokstavene i PICO betegner hver for seg sentrale elementer som ofte finnes i kliniske spørsmål (Nortvedt et al. 2012, 33).

P står for Patient/Problem. I dette elementet skal en beskrive den typen pasienter en er interessert i. Min oppgave handler om pasienter med hjertestans som gjennomgår gjenopplivingsforsøk. Mine ord i denne kolonnen ble derfor «CPR» og «Resuscitat*». I står for Intervention. I denne kolonnen har jeg brukt ordet «Nurs*». C står for Comparison og kan brukes i spørsmål der en leter etter forskjeller i praksis. Jeg er ikke ute etter å sammenligne praksis, og har derfor valgt å sløyfe dette elementet. O står for Outcome og handler om hvilke utfall en er interessert i (Nortvedt et al. 2012, 33). I mitt tilfelle var dette sykepleiernes erfaringer. Mine søkeord i dette elementet ble derfor «Experienc*», «Emotion*» og «Feel*».

Jeg har valgt å bruke trunkering som søkestrategi. Trunkering gjør at en kan søke på stammen av et ord. Ved å for eksempel trunkere «Resuscitat*» vil man få treff på både «Resuscitate» og «Resuscitation». På samme måte vil «Nurs*» gi treff på både «Nurse», «Nurses», «Nursing» etc. Jeg har også tatt i bruk boolske operatører, eller kombinasjonsord. Jeg har brukt de to vanligste; AND og OR. OR som kombinasjonsord utvider søket ved å gi treff på artikler med enten det ene eller det andre søkeordet. OR brukes for å kombinere ord i samme element, for eksempel for å finne artikler med enten «Resuscitat*» OR «CPR». AND avgrenser søket ved kun å gi treff på artikler som inneholder begge søkeord. AND brukes for å kombinere de ulike elementene, for eksempel «Resuscitat*» AND «Nurs*». Bruk av emneord, eller MeSH-termer, sørger for treff på artikler som inneholder synonymer eller det samme søkeordet med en annen stavemåte (Nortvedt et al. 2012, 55-59). I databasen MEDLINE brukte jeg MeSH-termer ved å huke av for valget «Map Term to Subject Heading».

Jeg søkte i samarbeid med bibliotekar i databasen MEDLINE 17.01.19. Jeg skrev inn alle ordene fra PICO-skjemaet, kombinerte de med AND eller OR og begrenset søket til å gjelde artikler fra dagens dato og til og med år 2008. Deretter begrenset jeg søket til å gjelde artikler med enten norsk, engelsk, svensk eller dansk språk. Ettersom jeg var interessert i å finne kvalitativ forskning, la jeg inn ordet «Qualitative» som søkeord for å avgrense treffet til kvalitative studier. Dette søket gav 109 treff. Jeg leste gjennom alle overskrifter, og valgte ut de artiklene jeg tenkte kunne besvare min hensikt. 26

sammendrag ble lest, og av disse ble fem artikler inkludert i min litteraturstudie (Fernández-Aedo et al. 2017, Larsson og Engström 2013, Lee og Cha 2018, Monks og Flynn 2014, Sjöberg, Schönning og Salzman-Erikson 2015). De fleste artiklene som ble ekskludert, ble ekskludert fordi de hadde pasient- eller pårørendeperspektiv eller fordi de ikke omhandlet hjertestans.

Det samme søket ble gjort i databasene OVID Nursing og ProQuest. Disse søkende ga henholdsvis 109 og 58 treff. OVID Nursing gav ingen flere relevante treff, men i ProQuest leste jeg 20 sammendrag. Én artikkel ble inkludert fra ProQuest (Miller og Stiles 2009). Det samme søket i databasen CINAHL gav ingen flere relevante treff.

Så langt hadde jeg seks artikler. Etter noen justeringer på hensikten kjørte jeg søket i MEDLINE på nytt, og valgte denne gangen å inkludere tre artikler til (Clark og McLean 2018, Hui, Low og Lee 2011, Molan 2013). Siden jeg enda manglet én artikkel, valgte jeg å se igjennom referanselistene til de artiklene jeg allerede hadde inkludert, for å se om jeg kunne finne forskning der som kunne brukes. Én artikkel ble inkludert via manuelt søk (Ranse og Arbon 2008). Dette søket ble gjort i Oria. Oversiktstabell over søkehistorikk er vedlagt oppgaven, se vedlegg 2.

Manuelle litteratursøk kan gjennomføres på flere måter. Det første en kan gjøre er å studere referanselisten til en inkludert artikkel som omhandler valgt problemområde. Her vil en finne artikler som berører det samme temaet. En kan også søke manuelt ved å lese innholdsfortegnelsen i et tidsskrift som publiserer forskningsartikler på det aktuelle problemområdet, eller ta direkte kontakt med forskere og forhøre seg om pågående forskning (Forsberg og Wengström 2008, 81).

Alle artiklene som er inkludert i min litteraturstudie er skrevet på engelsk, men én er oversatt fra spansk. To artikler er fra Sverige (Larsson og Engström 2013, Sjöberg, Schönning og Salzman-Erikson 2015), én er fra Spania/Baskerland (Fernández-Aedo et al. 2017), én er fra Sør-Korea (Lee og Cha 2018), to er fra Storbritannia (Clark og McLean 2018, Monks og Flynn 2014), to er fra Australia (Molan 2013, Ranse og Arbon 2008), én er fra Hong Kong (Hui, Low og Lee 2011) og én er fra USA (Miller og Stiles 2009). Fem artikler er fra mellom 2008-2013 og fem er fra mellom 2014-2018. Én artikkel er eldre enn ti år gammel.

3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vedlegg 3 viser en oversikt over alle forskningsartiklene som er inkludert i litteraturstudien. I denne tabellen har jeg fylt inn de etiske hensynene som er tatt for hver studie. I tillegg viser tabellen en oversikt over hensikt og metode, antall deltakere, navn på forfattere, land, tidsskrift, årstall og artiklenes hovedfunn. Jeg fylte inn tabellen etterhvert som jeg fant og leste gjennom studiene.

Kvalitativ forskning brukes for å undersøke enkeltmenneskers opplevelser og erfaringer. Kvalitativ forskning kjennetegnes ved at utvalget består av relativt få informanter, og at forskningsmetoden som regel er i form av intervju, observasjon eller lesing av dokumenter. Det finnes derfor egne sjekklister for å vurdere kvaliteten på kvalitative forskningsartikler. Det anbefales å begynne kvalitetsvurderingen med å stille to screenings spørsmål. Disse to spørsmålene skal gi svar på om studiens problemstilling samsvarer med det en selv vil finne svar på, samt om forskningsdesignet som er brukt er det mest velegnede. Om en svarer «nei» på et av eller begge disse spørsmålene, burde man ikke inkludere studien i utvalget (Nortvedt et al. 2012, 70-72).

For å kvalitetsvurdere artiklene har jeg brukt sjekklister for kvalitativ forskning fra Helsebiblioteket («Sjekklister» 2016). Alle de inkluderte artiklene er vurdert til å ha enten god eller svært god kvalitet. Med «svært god» kvalitet mener jeg at jeg har krysset av for «ja» på alle sjekklstens punkter. Artiklene som er vurdert til «god» kvalitet har maksimalt to avkryssninger for «uklart» og resten av avkryssningene på «ja». Jeg valgte ut artikler med tydelige problemstillinger, gode beskrivelser av metode og datainnsamling og tydelige resultatpresentasjoner. I kvalitetsvurderingen la jeg også vekt på at etiske overveielser var gjort for hver studie. I en litteraturstudie er det viktig å velge ut forskning som er godkjent av en etisk komité og/eller der andre etiske overveielser er gjort (Forsberg og Wengström 2008, 77). Dette er tilfellet for alle studiene jeg har valgt å inkludere.

I studien har jeg inkludert artikler med mellom 6-17 deltakere der forskningsmetodene er semistrukturerte individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Studiene bærer preg av frivillighet og anonymitet, og i flere av dem står det eksplisitt at deltakerne fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt uten videre konsekvenser.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg vektlagt egne etiske overveielser. Jeg har fulgt Høgskolens retningslinjer for bruk av kilder og referanselister, og har ikke brukt andres arbeid, eller eget tidligere arbeid uten å oppgi dette i referanselisten. Jeg har signert egenerklæring og publiseringsavtale.

3.4 Analyse

Evans (2002, 25) beskriver fire faser som inngår i prosessen med å utarbeide en syntese, og forklarer viktigheten av å arbeide systematisk med denne prosessen. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i denne beskrivelsen under analysen av datamaterialet.

I fase én samles datamaterialet som skal analyseres. Denne fasen innebærer systematisk databasesøk der en velger ut artikler som faller innenfor inklusjonskriteriene (Evans 2002, 25). Jeg har funnet mine studier ved systematisk litteratursøk i flere databaser, samt ved manuelt søk.

I fase to identifiseres nøkkelfunnene fra hver enkelt studie. For å finne nøkkelfunn skal en lese studiene flere ganger for å skape en helhetsforståelse. Nøkkelfunnene identifiseres og listes opp for hver enkelt studie slik at en kun sitter igjen med essensen fra hver av dem (Evans 2002, 25). Jeg leste studiene nøye hver for seg, og markerte nøkkelfunn underveis. Jeg samlet deretter alle nøkkelfunnene i ett dokument listet opp artikkel for artikkel. Jeg leste studiene på nytt for å forsikre meg om at ingen viktige nøkkelfunn ble utelatt.

I fase tre studeres listen med nøkkelfunn for å identifisere lignende funn på tvers av artiklene. Forskjeller trekkes fram og diskuteres. Kategorier opprettes for å dele inn og sortere nøkkelfunnene. Kategoriene studeres deretter på nytt og innholdet tolkes (Evans 2002, 25). Jeg markerte de forskjellige nøkkelfunnene i forskjellige farger; like farger på funn som kunne passe inn i samme kategori.

I fase fire skal fenomenet beskrives. Hvert tema eller hver kategori beskrives med referanser til primærkildene for å sikre nøyaktighet. Funnene i syntesen beskriver alle temaer og undertemaer og underbygges av eksempler fra primærkildene (Evans 2002, 25). Jeg har utarbeidet en syntese som belyser fenomener fra primærstudiene, sortert inn i fire kategorier:

Pårørendes tilstedeværelse under resuscitering	Følelsesmessige reaksjoner hos sykepleierne under og etter resuscitering	Kompetanse og faglige utfordringer	Etiske utfordringer
Artikkel 2, 4, 5, 6, 8	Artikkel 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Artikkel 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10	Artikkel 2, 4, 5, 6

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres funnene fra min litteraturstudie. Under databearbeidelsen identifiserte jeg fire kategorier: pårørendes tilstedeværelse under resuscitering, følelsesmessige reaksjoner hos sykepleierne under og etter resuscitering, kompetanse og faglige utfordringer og etiske utfordringer. Av naturlige årsaker vil det være glidende overganger mellom noen av kategoriene.

4.1 Pårørendes tilstedeværelse under resuscitering

Kommunikasjonen med, og ivaretagelsen av pårørende i forbindelse med resuscitering, er et tema som er opphav til en rekke meninger av motstridene karakter. Å skulle ivareta pårørende blir beskrevet som enormt utfordrende, og det er tydelig uenighet og ambivalens blant sykepleierne vedrørende pårørendes tilstedeværelse under resuscitering. Funn peker på at sykepleierens opplevelse av situasjonen i stor grad gjenspeiles av den pårørendes opplevelse og reaksjoner (jf. Fernández-Aedo et al. 2017, Larsson og Engström 2013, Miller og Stiles 2009, Monks og Flynn 2014).

Blant noen deltakere er det tydelig skepsis mot å ha pårørende tilstede under resuscitering. Tilstedeværelsen av pårørende hadde innvirkning på sykepleiernes faglige trygghet, og de var redde for at pårørende skulle oppdage mangel på dyktighet. Deltakerne beskrev også hvordan de visuelle inntrykkene opplevdes sterkere når pårørende var inne i rommet, og de uttrykte vanskeligheter med å skulle forholde seg til den enormt følelsesladede situasjonen og samtidig opptre profesjonelt. Sykepleierne var redde for at emosjonelle utbrudd på ulike måter skulle forstyrre helsepersonellens arbeid, og én sykepleier nevnte også bekymring for potensielle søksmål. Bekymringer omfattet også frykt for at pårørende skulle misforstå kommentarer eller prosedyrer, eller at de kunne utgjøre en trussel mot helsepersonellens sikkerhet (jf. Fernández-Aedo et al. 2017, Larsson og Engström 2013, Lee og Cha 2018, Miller og Stiles 2009, Monks og Flynn 2014).

Andre funn viser at sykepleiere har overveldende positive erfaringer med å ha pårørende tilstede under resuscitering. De opplevde at arbeidet deres ble verdsatt, og at de fikk muligheten til å gi omsorg og være av betydning for den pårørende. Dette gjorde situasjonen lettere å håndtere for sykepleierne. Å ha pårørende tilstede under resuscitering ble også beskrevet som positivt i tilfeller der den pårørende kunne bidra med viktig

informasjon om pasienten. Dette gjorde seg spesielt gjeldene i akuttmottak og i ambulansen der en gjerne har lite informasjon om pasientens helsehistorikk. Likevel måtte mange av sykepleierne utfordre egne holdninger. Dette fordi tilstedeværelse av pårørende tradisjonelt sett har vært forbundet med negative antagelser om at de kom til å stå i veien for personalet eller på andre måter forstyrre gjenopplivingen (jf. Fernández-Aedo et al. 2017, Miller og Stiles 2009, Monks og Flynn 2014). Én sykepleier uttalte for eksempel følgende:

I remember being anxious about family presence in the past and it has to do with that whole issue of chaos and people saying things that are not appropriate, and the gruesome blood on the floor and tubes everywhere in the patient and trying to do stuff that you can't get done, trying to intubate a patient you can't get intubated, and just this gory mess kind of thing. And is it right for families to see that and do you want them to? That's where I was, but now I am totally comfortable with it (Miller og Stiles 2009, 1438).

Noen sykepleiere opplevde at tilstedeværelse under resuscitering kunne hjelpe pårørende i sorgprosessen, og at sykepleieren i den forbindelse kjente på færre negative følelser forbundet med det å skulle kommunisere med de etterlatte (jf. Fernández-Aedo et al. 2017, Miller og Stiles 2009).

4.2 Følelsmessige reaksjoner hos sykepleierne under og etter resuscitering

Sykepleierne rapporterte om følelsen av å være helt uforberedt, følelsen av kaos, panikk, usikkerhet, engstelse og stress under og etter resuscitering (jf. Clark og McLean 2018, Fernández-Aedo et al. 2017, Hui, Low og Lee 2011, Larsson og Engström 2013, Lee og Cha 2018, Miller og Stiles 2009, Molan 2013, Monks og Flynn 2014, Ransøe og Arbon 2008, Sjöberg, Schönning og Salzmann-Erikson 2015). Situasjoner med hjertestans ble beskrevet med ord som «urovekkende» og «fryktelige». Stress og usikkerhet kunne gi problemer med å administrere medikamenter og utføre prosedyrer, og mange kjente på frykten for å gjøre feil som ville kunne skade pasienten. I mange tilfeller måtte sykepleierne starte resuscitering med lite eller ingen bakgrunnsinformasjon. Dette økte stressnivået deres ytterligere. Sykepleierne følte de sto ansvarlige for de urovekkende

scenene, og kjente samtidig på en utilstrekkelighet i det å skulle beskytte familiemedlemmer fra dette synet (jf. Clark og McLean 2018, Fernández-Aedo et al. 2017, Lee og Cha 2018, Monks og Flynn 2014, Sjöberg, Schönning og Salzman-Erikson 2015).

Formell debriefing i regi av ledelsen ble generelt ansett som positivt, men ble langt ifra alltid praktisert. Det var bred enighet blant sykepleierne om at debriefing er verdifullt etter et mislykket gjenopplivningsforsøk, men bare noen få mente at det ville være nødvendig med debriefing etter all resuscitering, uavhengig av utfall. Sykepleierne uttrykte også behov for å håndtere vanskelige følelser etter deltakelse i resuscitering som ikke endte med dødsfall, men da i mindre grad. Å ignorere slike følelsesmessige behov kunne få alvorlige konsekvenser, mente de. Mange av sykepleierne hadde samtaler med kollegaer for å dekke behovet for utløp av tanker og følelser. I disse samtalene kunne de også ta opp faglige og tekniske problemstillinger. Dette valgte de å gjøre enten på grunn av manglende tilbud om formell debriefing, eller fordi de primært ønsket å ha en uformell samtale om det de hadde opplevd (jf. Clark og McLean 2018, Fernández-Aedo et al. 2017, Larsson og Engström 2013, Sjöberg, Schönning og Salzman-Erikson 2015). En deltaker sa dette om debriefing: “There needs to be a lot more of them, because I think a lot of people go home and worry. I don’t think we are very good at taking care of each other” (Clark og McLean 2018, 81).

I etterkant av resuscitering som ikke hadde ført fram, kunne sykepleierne fortelle om både gode og vonde følelser. Tristhet ble trukket fram som en vond følelse, og følelsen av å ha gjort alt i sin makt for å hjelpe pasienten ble trukket fram som en god følelse. Følelsene som oppsto ville ikke nødvendigvis være framprovosert av døden isolert sett, men kunne avhenge av sykepleierens relasjon til pasienten eller graden av empati med pasienten. For noen ble livet utenfor arbeidstid preget av hendelser på jobb, og noen skjulte også følelsene sine for familie, kolleger og pasienter (jf. Clark og McLean 2018, Fernández-Aedo et al. 2017, Lee og Cha 2018).

Deltakelse i resuscitering kunne også assosieres med gode følelser. Det ble sett på som en interessant og lærerik situasjon, og de kunne føle seg stolte hvis resuscitering var vellykket eller de hadde gjort en god jobb. Erfarne sykepleiere rapporterte at de følte seg trygge på å skulle håndtere et scenario med plutselig hjertestans. Uerfarne sykepleiere kunne søke bekreftelse hos mer erfarne sykepleiere på at de hadde gjort en god jobb (jf. Hui, Low og Lee 2011, Lee og Cha 2018, Miller og Stiles 2009, Ransøe og Arbo 2008).

4.3 Kompetanse og faglige utfordringer

Et gjenopplivningsforsøk representerte for mange kaos og en rekke faglige utfordringer. Sykepleierne fortalte om viktigheten av gode forberedelser og regelmessig simulering av virkelighetsnære scenarier. For sykepleierne i ambulansen var forberedelser i bilen i forkant av møte med pasienten, spesielt viktige (jf. Larsson og Engström 2013, Ranse og Arbon 2008, Sjöberg, Schönning og Salzmänn-Erikson 2015).

Et gjennomgående tema i studiene er viktigheten av å skape orden i situasjonen. Gode forberedelser var en av forutsetningene for å kunne klare å holde en viss orden på en situasjon av akutt og alvorlig karakter. Det var viktig for sykepleierne at de fikk god og regelmessig trening i resuscitering. Gode forberedelser kunne også omfatte mentale og praktiske forberedelser før møtet med pasienten. En annen forutsetning var å ha et ideelt antall personer tilstede; ikke for mange og ikke for få. Rolig og koordinert samarbeid kunne lett bli til kaos dersom for mange personer tilkom. Funnene viser at en tydelig leder som raskt begynner å delegerer oppgaver er helt sentral for å skape orden i teamet. Denne rollen ville noen ganger falle naturlig for loggføreren i teamet. God og tydelig kommunikasjon og godt samarbeid mellom kolleger var avgjørende (jf. Larsson og Engström 2013, Molan 2013, Ranse og Arbon 2008, Sjöberg, Schönning og Salzmänn-Erikson 2015).

Flere sykepleiere nevner ordet «rolleforvirring» som årsak til kaos, spesielt nyutdannede eller uerfarne sykepleiere. Å jobbe med kolleger som har begrenset erfaring med resuscitering ble beskrevet som stressende. Nyutdannede sykepleiere selv forklarer usikkerheten de opplever i ukjente situasjoner. Noen av dem anså rollen som loggfører som en «safe zone» der de fikk muligheten til å delta i resusciteringsteamet, men med redusert frykt for å gjøre feil. Men loggførerrollen blir også beskrevet som en utfordring. En uerfaren og stresset sykepleier kunne lett gå glipp av viktig informasjon eller mangle selvtillit til å dobbeltsjekke eller korrigerer opplysninger fra andre i teamet. Selv fortalte de at det kunne oppleves som en rolle de ikke var klare for verken faglig eller emosjonelt (jf. Hui, Low og Lee 2011, Lee og Cha 2018, Molan 2013, Ranse og Arbon 2008).

Det var forskjellige meninger angående bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Noen av sykepleierne mente at defibrillering var legens ansvar. Begrunnelsen var mangel på

trening, og redsel for å gjøre feil. Andre hadde tatt kurs og mente det var sykepleierens ansvar å sørge for rask defibrillering før legens ankomst for å øke sjansene for overlevelse. Mekaniske brystkompresjoner ved hjelp av LUCAS assosieres med positive erfaringer hos de fleste. Bruk av LUCAS i ambulansen gjorde det mulig for personalet å bruke sikkerhetsbelte, samt å utføre andre viktige oppgaver ettersom de slapp å utføre brystkompresjoner. Sykepleierne mente at LUCAS var med på å skape orden i situasjonen, og at mekaniske brystkompresjoner var mer effektive enn manuelle. Samtidig kunne bruk av LUCAS føre til vanskeligheter ved forflytning av pasienten, og den kan ikke brukes på alle pasienter. I tillegg mente noen at mekaniske brystkompresjoner kunne oppleves «grotesk» (jf. Hui, Low og Lee 2011, Larsson og Engström 2013, Sjöberg, Schönning og Salzmann-Erikson 2015).

Å kommunisere med etterlatte blir trukket frem som en stor utfordring for sykepleierne, og noen mente de hadde for lite trening i slik kommunikasjon. Funn viser at deltakelse i resuscitering er lærerikt og gir faglig utvikling hos sykepleierne. Debriefing ble ansett som en arena der en kunne diskutere fag og forbedre teknikk, koordinering og samarbeid (jf. Clark og McLean 2018, Fernández-Aedo et al. 2017, Larsson og Engström 2013, Lee og Cha 2018, Ranse og Arbon 2008).

4.4 Ethiske utfordringer

Deltakerne befant seg stadig i etiske dilemmaer. Et eksempel på et slikt dilemma var om resuscitering skulle settes i gang eller ikke, og eventuelt når resuscitering skulle avsluttes. Det hendte at resuscitering ble startet for pårørendes skyld, eller fordi deltakerne var redde for å havne i trøbbel om de bestemte seg for ikke å starte resuscitering. Deltakerne fortalte at de kunne bli konfrontert med ambivalente tanker og følelser omkring handlingene sine. Dette kunne gjelde resuscitering etter selvmordsforsøk eller resuscitering på pasienter med veldig små sjanser for overlevelse og/eller livskvalitet (jf. Larsson og Engström 2013, Lee og Cha 2018, Miller og Stiles 2009).

En deltaker sa følgende om å resuscitere en pasient med dårlige sjanser for overlevelse, bare for den pårørendes skyld: “I wanted her to see how we were torturing him. He was going to die no matter what, so I deliberately left her in there so she would tell us to stop” (Miller og Stiles 2009, 1437).

Andre sykepleiere fortalte om tristhetsfølelse og skam fordi de ikke hadde muligheten til å la etterlatte sørge etter bortgangen av sine kjære. På grunn av stor pågang på avdelingen måtte de pårørende konfronteres med praktiske forhold raskt etter mislykket resuscitering, og sykepleierne opplevde dette som utfordrende og uetisk. I noen tilfeller måtte sykepleieren velge ut ett familiemedlem som fikk muligheten til å være inne på rommet under resuscitering; andre ble valgt bort. Noen ganger mente de også at familie ikke burde være tilstede i det hele tatt. Noen sykepleiere kjente på frykt og usikkerhet i slike situasjoner (jf. Fernández-Aedo et al. 2017, Larsson og Engström 2013, Lee og Cha 2018, Miller og Stiles 2009).

5.0 Diskusjon

Diskusjonen inneholder en metodediskusjon og en resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

I dette kapitlet skal jeg diskutere oppgavens metodiske framgangsmåte. Dette innebærer styrker og svakheter ved inklusjons- og eksklusjonskriteriene, datainnsamlingen, kvalitetsvurderingen og analysen.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg lagde inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å avgrense utvalget til de studiene som ville være mest relevante for min hensikt. Jeg var interessert i hvilke erfaringer sykepleiere har med deltakelse i resuscitering, og valgte derfor et sykepleieperspektiv for min studie.

Jeg har valgt å inkludere artikler med sykepleiere som har deltatt i resuscitering minst én gang. Det er relativt store variasjoner mellom deltakerne angående antall erfaringer med hjertestans. Dette vil bidra til å belyse forskjeller i opplevelser mellom erfarne og uerfarne sykepleiere. Sykepleieren kan, formelt eller uformelt, tildeles mange ulike roller i resusciteringsteamet og jeg har derfor ikke avgrenset «deltakelse i resuscitering» til spesifikke oppgaver eller roller. På grunn av resusciteringssituasjonens uforutsigbare natur, er alle oppgaver er viktige. Jeg hadde et ønske om å belyse kompleksiteten ved denne typen situasjon, og mener dette er med på å styrke litteraturstudien.

Jeg har ikke avgrenset studiene til å gjelde en bestemt arbeidsplass. Dette kan anses som en svakhet, da det er faktorer som i stor grad vil variere med arbeidsplass. Tilgang på medisinsk-teknisk utstyr, bemanning, kompetanse og fysisk miljø er eksempler på slike faktorer. Sykepleiere i ambulansen eller i hjemmetjenesten vil for eksempel møte pasienten utenfor sykehus, og har helt andre forutsetninger for å gjennomføre resuscitering enn sykepleiere på sengepost eller i akuttmottak. Jeg tenker likevel at inklusjonen av studier på resuscitering både i og utenfor sykehus vil kunne gi verdifull informasjon om likheter og ulikheter ved de forskjellige arbeidsplassene.

Noen av studiene har spesifikke uttalelser om resuscitering av barn, men jeg har valgt å ekskludere slike funn ettersom hensikten min omfatter voksne pasienter. Det kan tenkes at erfaringer med resuscitering av barn av naturlige årsaker ikke kan sammenlignes med resuscitering av voksne og/eller eldre. Jeg opplever selv sykepleie til barn som noe helt eget, og jeg bestemte derfor at erfaringer med resuscitering av barn ikke var relevante for min studie. Resuscitering av barn vil også omfatte iverksetting av tiltak og kompetanse som ikke i samme grad vil gjelde hos voksne, og overførbarheten er derfor varierende.

Min studie baseres primært på nyere forskning, ettersom kun én av studiene er eldre enn ti år gammel. Hvorvidt dette styrker studien eller ikke kan diskuteres, men jeg tenker det er positivt ettersom prosedyrer, retningslinjer og medisinsk-teknisk utstyr utvikles hyppig. Dessuten kan forskning ses på som kumulativ, slik at nyere studier bygger på erfaringer med eldre studier. Én artikkel inneholder funn også fra ambulansesarbeidere, noe som kan anses som en svakhet da disse funnene ikke samsvarer med studiens sykepleieperspektiv.

5.1.2 Litteratursøk

Jeg valgte et tema som interesserer meg, og utarbeidet en hensikt som på en presis måte forteller hva jeg ønsker å finne ut av. Litteratursøket var en utfordrende prosess, der jeg måtte ekskludere mange artikler fordi de hadde feil perspektiv. Mange av artiklene hadde perspektivet til pårørende, pasienter eller lekmannsperspektiv i forbindelse med hjertestans utenfor sykehus. Ettersom det ikke er mulig å vite hva slags forskning som er gjort i forkant av litteratursøket, var det i begynnelsen vanskelig å finne artikler som besvarte hensikten min. «Å belyse sykepleiers erfaringer med å utføre hjerte-lungeredning» ble derfor endret til «sykepleiers erfaringer med deltakelse i resuscitering» da denne formuleringen rommer flere oppgaver/roller. Etterpå kunne jeg gå tilbake og gjøre de samme søkene om igjen, men denne gangen inkludere flere artikler. Jeg lagret det første søket jeg gjorde, slik at det var uproblematisk å gjennomføre nøyaktig det samme søket på et senere tidspunkt.

Jeg valgte også å gjennomføre manuelt søk. Et manuelt søk vil ikke innebære den samme systematikken som et systematisk litteratursøk. Jeg anser ikke dette som en betydelig svakhet ved min studie, ettersom kun én artikkel er inkludert via manuelt søk. Forsberg og Wengström (2008, 81) forklarer at et manuelt søk kan gjennomføres ved å lese igjennom

referanselisten til en artikkel du allerede har inkludert i studien, og det var denne metoden jeg benyttet meg av.

Det første søket ble gjennomført i databasen MEDLINE i samarbeid med en bibliotekar. MEDLINE er en database som tar for seg blant annet medisin, sykepleie og odontologi. Jeg hadde selv laget et PICO-skjema, men bibliotekaren hjalp meg å systematisere det. Dette opplevdes veldig nyttig. Samarbeidet med bibliotekar gjorde søkeprosessen systematisk og nøyaktig. Det samme søket ble kjørt i OVID Nursing som primært er en database innen sykepleie. Jeg søkte også i ProQuest som tar for seg blant annet medisin, sykepleie og psykologi, og CINAHL som har hovedvekt på sykepleie, fysioterapi, ergoterapi etc. Jeg tok i bruk disse databasene etter anbefaling fra bibliotekar. Jeg fant åtte av mine studier i MEDLINE, én i ProQuest og én ved manuelt søk. Flere av studiene som er inkludert fra MEDLINE fant jeg også i ProQuest. Kvalitative studiedesign egner seg best for å studere enkeltmenneskers opplevelser og erfaringer. Alle mine studier er kvalitative.

I søket i MEDLINE/OVID Nursing fikk jeg 109 treff, og leste 26 sammendrag. Alle overskrifter ble lest. Mange av overskriftene avslørte at perspektivet på artiklene ikke var sykepleieperspektiv og/eller at studien ikke primært handlet om hjertestans. Jeg leste derfor ikke disse.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Jeg kvalitetsvurderte alle primærstudiene etterhvert som jeg fant de, og brukte sjekklister som anbefalt av Nortvedt et al. (2012, 69). Jeg kan ikke garantere at mine vurderinger ikke har svakheter ved seg, men bruken av sjekklister skal være med på å styrke kvaliteten på studien. Det samme gjelder etiske hensyn, som er tillagt stor vekt i min litteraturstudie. Deltakerne har deltatt frivillig og anonymt, og alle studier er godkjent av etiske komitéer og/eller ledelse ved sykehus, ambulansestasjon eller universitet. Alle forskere har gjort etiske overveielser i større eller mindre grad. Jeg ekskluderte to primærstudier fordi etiske overveielser ikke var tilstrekkelig diskutert. Alle studiene er fagfellevurdert og dette vil være med på å styrke kvaliteten.

Det er mulighet for at min forforståelse og erfaring kan ha vært med på å påvirke studiens resultater, og at mine tolkninger preger resultatpresentasjonen. Likevel vil egne erfaringer

fra praksis være verdifulle i arbeidet med litteraturstudien, samt kunne brukes i diskusjon av resultatene.

Artiklene i min litteraturstudie er fra mange forskjellige land, og dette kan anses som en svakhet, da den kulturelle overførbarheten til Norge kan variere. På den andre siden kan det tenkes at dette er en styrke ved studien min. Det sies at verden blir mindre, og de fleste av oss, kanskje spesielt i helsetjenesten, omgir oss daglig med mennesker av en annen opprinnelse enn vår egen. Jeg tenker at innsikt i andre kulturer, uttryksmåter og holdninger er høyst relevant for god sykepleiepraksis. Bjørkli (2019) stadfester i en artikkel i Sykepleien at det norske samfunnet stadig blir mer flerkulturelt, og understreker viktigheten av at helsepersonell har flerkulturell kompetanse. Det ser ut som om det stadig blir mer glidende overganger for hva som er overførbart til norsk sykepleiepraksis. Jeg tenker at kunnskap om andre kulturer er viktig for arbeidsgivere og arbeidstakere i helsetjenesten, slik at vi alle kan ivareta pasienter og kolleger. Fem av mine primærstudier er fra Europa, og to av disse fra Sverige. En kan regne med at overførbarheten til norsk praksis fra disse landene er stor. Menneskets følelser er universelle, men det er klart at kulturelle forskjeller, forskjeller i utdanning, i tradisjoner og uttryksmåter påvirker opplevelser og erfaringer, også hos profesjonelle.

Å være utdannet sykepleier innebærer noe varierende kompetanse i de forskjellige landene. I noen land er utdanningen lengre enn i Norge, og de ulike utdanningene vil av naturlige årsaker ha forskjeller i innhold og organisering. Jeg har valgt å inkludere alle artikler på tross av mulig variasjon i kompetanse og kvalifikasjoner.

Det er også store forskjeller på deltakerne i de forskjellige studiene når det gjelder antall år med erfaring som sykepleier, samt antall erfaringer med hjertestans og resuscitering. Noen av sykepleierne har kun deltatt i resuscitering én gang. Jeg tenker ikke at dette er en svakhet, da enhver sykepleier kan bli utsatt for en slik situasjon uavhengig av erfaring og kompetanse. På tross av dominansen av kvinner i sykepleieyrket, er menn representert i de fleste studiene med totalt 21 av 94 sykepleiere. Utvalget omfatter også spesialsykepleiere med videreutdanning, og en må regne med at dette vil kunne påvirke opplevelser med deltakelse i resuscitering.

Alle primærstudiene er skrevet på engelsk, og selv om jeg har vært nøyaktig i arbeidet med å oversette, kan jeg ikke garantere at viktige momenter ikke kan ha forsvunnet under oversettelsen.

Jeg har valgt å inkludere en pilotstudie i utvalget, og dette kan anses som en svakhet. Jeg har valgt å ta den med fordi den er kvalitetsvurdert, har tilstrekkelig antall deltakere og er fra 2018. En pilotstudie er en forstudie i liten skala brukt til å forberede og forbedre en planlagt større studie (Braut 2014). En pilotstudie gjennomføres for å teste ut om forskningsspørsmål fungerer i virkeligheten, og når den publiseres er det rimelig å anta at den belyser noe viktig.

5.1.4 Analyse og resultat

En styrke ved min studie er at jeg jobbet systematisk med å analysere primærstudiene ved hjelp av Evans (2002). En svakhet ved analysen kan være at jeg ikke har diskutert resultatene med noen andre, eller at min forforståelse av temaet kan ha påvirket resultatet. Resultatet er presentert på en logisk måte med tilhørende oversiktstabell.

5.2 Resultatdiskusjon

Jeg har kommet fram til fire hovedfunn som belyser sykepleiernes erfaringer med deltakelse i resuscitering av pasienter med hjertestans. I dette kapittelet diskuteres litteraturstudiens funn mot oppgavens teoridel, ny teori, ny forskning og egne erfaringer fra praksis.

5.2.1 Ivaretagelse av pårørende

Funn fra min studie viser at ivaretagelse av pårørende er et tema som diskuteres hyppig blant sykepleierne. Tilstedeværelsen av, og kommunikasjonen med pårørende er opphav til ambivalens hos deltakerne.

Jeg har selv erfaring med ivaretagelse av pårørende under resuscitering, og jeg opplevde dette som svært utfordrende. Den aktuelle pasienten hadde tilsynelatende god allmenntilstand ved innkomst, og hjertestansen kom naturligvis som et sjokk for den pårørende. Jeg hadde ikke sykepleieansvar for pasienten, og hadde derfor begrenset informasjon om kontaktårsak, samt hva slags relasjon den pårørende hadde til pasienten. Funn fra litteraturstudien tilsier at mange sykepleiere er positive til å ha pårørende inne på pasientrommet under resuscitering. Likevel kan dette være en tilvenningsprosess, der en aktivt må jobbe med egne holdninger, bekymringer og stereotypier. Mange sykepleiere var også uttalt motvillige til å resuscitere med pårørende tilstede.

I mitt tilfelle valgte jeg å følge den pårørende inn på et samtalerom ikke langt fra pasientrommet. Årsaken var plassmangel og fysisk miljø. Det var ikke nok plass til oss begge inne hos pasienten, og vi ville ha påført øvrige medlemmer i teamet ulempe. Dette diskuteres også i primærstudiene; bekymringer for at familiemedlemmer skal stå i veien eller ødelegge for konsentrasjon hos helsepersonellet ved emosjonelle utbrudd. Når en hjertestans varsles tilkommer mange mennesker med mye medisinsk-teknisk, plasskrevende utstyr, og jeg har selv sett at det fysiske miljøet er en utfordring for god sykepleiepraksis. Jeg opplevde derimot ikke at atferd eller emosjonelle utbrudd var til hinder for resusciteringen.

Jeg spurte den pårørende om det var greit å sitte inne på samtalerommet, eller om han/hun ønsket å være tilstede hos pasienten. Han/hun uttrykte et ønske om å få være sammen med

sin kjære, og jeg prøvde derfor å legge til rette for dette så snart pasienten ble flyttet ut av avdelingen. Dette samsvarer med studiens funn; sykepleierne hadde en opplevelse av at tilstedeværelse opplevdes som viktig for familiemedlemmer, og at dette kunne hjelpe dem i sorgen. Ønsker pasienten at andre skal være tilstede når helsehjelp gis, skal dette som hovedregel imøtekommes, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999). I tilfeller der pasienten er bevisstløs og ikke kan gi uttrykk for sine ønsker, må det tas hensyn til hva som er pasientens sannsynlige ønske, eller representerende samtykke må benyttes (Molven 2016, 172).

Meyers, Eichhorn og Guzzetta (1998, 400-405) intervjuet 25 familiemedlemmer som hadde mistet et familiemedlem i akuttmottak. Hensikten med studien var å belyse familiemedlemmenes tanker om, og holdninger til resuscitering med pårørende tilstede. Resultatene viste at familiemedlemmene hadde et sterkt ønske om muligheten for å være tilstede under resuscitering. Helsedirektoratets veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten stadfester at det skal legges til rette for samvær med pasienten der dette er ønskelig og mulig, i akutte situasjoner («Støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser» 2018).

Likevel tilsier litteraturstudiets funn at mange sykepleiere var skeptiske til praksisen med pårørende tilstede før de selv hadde erfart det. Med tiden ble mange i økende grad positive til denne praksisen. Mine erfaringer er at pårørende gjerne vil være tilstede hos sine kjære, og de ønsker fortløpende informasjon. Funnene fra studien tyder på at tilstedeværelsen av pårørende skaper en slags prestasjonsangst hos sykepleierne, som er redde for at feil og mangler skal oppdages. Det kan tenkes at sykepleieren som åpner seg for nye erfaringer, vil oppdage at pårørende er takknemlige for den jobben helsepersonellet gjør, og at kontakten som oppstår med familiemedlemmer kan oppleves som verdifull for sykepleieren. I praksis kan fysisk miljø dessverre medføre at det ikke er plass til pårørende inne hos pasienten.

5.2.2 Stress, mestring og medfølelse hos sykepleierne

Funn fra min studie viser at sykepleierne opplevde vanskelige følelser både under og etter deltakelse i resuscitering. De brukte forskjellige ord for å beskrive følelsene sine, men de kan alle tolkes som en opplevelse av stress. Dette kan underbygges av Helgesen (2011, 209) som skriver at stress kan betegne alle situasjoner som forbindes med ubehagelige

følelser, og at disse vil variere med alvorlighetsgrad. Mange sykepleiere var redde for å gjøre feil som kunne skade pasienten, spesielt om de måtte gjennomføre prosedyrer eller administrere medikamenter de ikke var trygge på. Når en hjertestans inntreffer, teller sekundene. Presset om å handle raskt og riktig kunne bidra til en opplevelse av stress.

Debrifing var et tema som ble diskutert blant mange av deltakerne. De fleste assosierte debrifing med positive opplevelser, men noen uttrykte også et behov for å snakke med kolleger fremfor å ha en formell debrifing i regi av ledelsen. Stress oppleves ulikt; det som er en traumatisk hendelse for noen, kan andre tilpasse seg uten store vansker. Stressende situasjoner av alvorlig grad vil kunne medføre sykdomsutvikling hos personer som er utsatt for situasjonen. Intense og uforutsigbare situasjoner som vi ikke har kontroll over og/eller stresspåvirkning av kronisk karakter kan representere en risiko for helse og livskvalitet (Helgesen 2011, 210-211).

Å forholde seg til mennesker i vanskelige livssituasjoner er følelsesmessig utfordrende. Dette innebærer å yte omsorg for mennesker i møte med død, smerte og sorg. Dette vil være krevende uavhengig av fartstid som sykepleier, og kan medføre konsekvenser for kvaliteten på sykepleiepraksis. Emosjonell utmattelse er forbundet med psykosomatiske plager og medfører i noen tilfeller at sykepleiere forlater yrket sitt (Jourdain og Chênevert 2010, 709). Å møte mennesker i lidelse kan både oppleves som givende, og samtidig være svært belastende. I sykepleieyrket er empati en del av det å være profesjonell (Sneltvedt 2016, 150-151).

I en oversiktsartikkel fra 2017 har forfatterne gjennomgått litteraturen på det som betegnes som compassion fatigue eller sekundærtraumatisering. Begrepet compassion fatigue beskriver en jobbrelatert stressrespons hos hjelperen, og er en viktig forklaring på manglende medfølelse hos hjelperen. Forfatterne konkluderer med at fysisk, psykisk, åndelig og sosialt stress relatert til yrket kan akkumuleres, og gå utover kvaliteten på helsehjelpen. Det ser også ut til at en risikofaktor for å utvikle compassion fatigue er begrenset erfaring i yrket (Sinclair et al. 2017, 9).

En artikkel i Sykepleien tar for seg sekundærtraumatisering og utbrenthet blant helsepersonell. Medfølelse er en stor og viktig del av jobben, men samtidig gjør den hjelperen sårbar (Gratland og Nergård 2018). I Romsdals Budstikke (2019) kan vi lese at

vi 15 år fram i tid vil kunne mangle så mange som 28 000 sykepleiere i Norge. En av grunnene til dette er at arbeidspresset på sykepleierne er for stort, og slår ut i et langt større sykefravær enn i andre yrker. Skal vi holde på sykepleierne vi allerede har, og samtidig rekruttere nye, må sykepleieryrket gjøres mer attraktivt. Gratland og Nergård (2018) skriver at det er naturlig at hjelperen blir berørt av andres traumatiske opplevelser, og nettopp derfor det er viktig at vi har verktøy for å beskytte oss mot den påfølgende helserisikoen. Vi kan tenke oss hva slags ringvirkninger det vil gi på samfunnsnivå om vi om få år mangler tusenvis av sykepleiere.

Kan det tenkes at sykepleierens yrkesutøvelse burde ta utgangspunkt i en balansegang mellom medfølelse og distansering? Gode følelser ble også diskutert blant deltakerne, og da gjerne i forbindelse med å føle at en hadde en meningsfull jobb der en kunne bidra med noe viktig. Følelsen av å kunne gjøre en forskjell for pasient og pårørende opplevdes som positiv for sykepleierne. Deltakelse i resuscitering ble assosiert med faglig vekst, og debriefing var en arena der en fikk muligheten til å diskutere faglige problemstillinger med hensikt å forbedre nåværende praksis. Mine egne erfaringer samsvarer i stor grad med funnene fra studien. I situasjonen nevnt i forrige kapittel, opplevde jeg den pårørende som takknemlig og tillitsfull. Det gir en følelse av å ha en verdifull jobb der en kan gjøre en forskjell for den enkelte i en kritisk livssituasjon. Jeg opplever at å delta i og/eller observere resuscitering gir faglig og personlig vekst. Riktignok mener jeg også at emosjonell distansering er en viktig del av hverdagen, og at denne balansen mellom distanse og empati kan være vanskelig å finne.

5.2.3 Resusciteringsteamets kompetanse

Jacobsen et al. (2017, 67) skriver at resuscitering er en jobb for et samkjørt team, der alle kan sine oppgaver godt. Med andre ord kan mange forskjellige oppgaver inngå i «deltakelse i resuscitering» og bred kompetanse kreves av deltakerne. Alle de forskjellige rollene i teamet utgjør en koordinert enhet som sammen kan redde liv.

Funnene viser at sykepleierne opplever resuscitering som en kaotisk situasjon. Hvordan har det seg at en situasjon som i så stor grad preges av tydelige prosedyrer, regler og kompetanse, oppleves så kaotisk? Er det situasjonens alvor som medfører opplevelsen av kaos? Et mulig svar på dette er ifølge studiens resultat at for mange personer tilkommer stedet. Dette er problematisk også i ivaretagelsen av pårørende som gjerne vil være hos

pasienten, og som dermed kanskje ikke får muligheten. Noen sykepleiere etterlyste også undervisning i kommunikasjon med etterlatte, og følte at dette var et område der de ofte kom til kort.

Deltakerne diskuterte viktige momenter ved det å skape orden i situasjonen. En tydelig leder som raskt begynte å delegerer oppgaver var avgjørende for at teamet skulle fungere. Dette underbygges av Norsk Resuscitasjonsråd (2016, 28) som skriver at optimal arbeidsfordeling i teamet vil avhenge av antall medlemmer, men at det uansett er spesielt viktig å avtale hvem som er teamleder. Denne lederrollen kunne ifølge studiens resultat uformelt bli tillagt loggfører i noen tilfeller. Dette samsvarer med mine egne erfaringer. Orden forutsetter også klar og tydelig kommunikasjon hos alle i teamet, samt regelmessig trening i resuscitering. Praktiske og mentale forberedelser kunne bidra til å gjøre situasjonen mer håndterlig.

Å samarbeide med nyutdannede eller uerfarne sykepleiere ble også forbundet med en følelse av kaos. De nyutdannede sykepleierne opplevde også stress, rolleforvirring og redsel for å gjøre feil. Konsekvensene for praksis kan bli fatale dersom kompetansen i pasientens behandlingsteam ikke er høy nok. Paradokset er at en som uerfaren eller nyutdannet trenger tilgang på slike situasjoner i praksis for å få erfaring og bli tryggere faglig. Vi ser for eksempel av studiens resultat at uerfarne sykepleiere kan tildeles rollen som loggfører, i mangel på annet kvalifisert personell, eller fordi denne rollen tilsynelatende er undervurdert. Noen av de nyutdannede refererte til dette som en «safe zone», der de kunne få være en del av teamet, men samtidig ikke trengte å være redd for å gjøre feil.

Min opplevelse er at dette er en krevende jobb; du skal kjenne godt til skjemaene som brukes, skrive raskt, ha et vidt medisinsk vokabular og kunne tenke klart i en kaotisk situasjon. I tillegg blir du lett tillagt en slags uformell lederrolle der du holder en overordnet kontroll på teamet. Sykepleieren som loggfører er også ansvarlig for å ta tiden under resusciteringen, og gir beskjed om når kompresjoner skal pauses og startes på nytt. Dette er med andre ord en rolle som innebærer et stort ansvar, og kanskje burde det stilles høyere krav til kompetanse hos loggføreren. Loggførerens rolle kan selvfølgelig variere mellom land og arbeidsplasser.

Bruk av mekaniske brystkompresjoner frigjorde sykepleierne til å utføre andre oppgaver, slik som å legge inn venekanyler og administrere medikamenter. De rapporterte om at de raskt ble utslitte av å gi manuelle brystkompresjoner, da dette er fysisk krevende arbeid, og bruk av brystkompresjonsmaskinen LUCAS ble dermed assosiert med noe som skapte orden i kaoset. Li et al. (2016, 1-10) har gjort en review av litteraturen på området, og har konkludert med at sjansen for å oppnå ROSC var dårligere ved mekaniske brystkompresjoner enn ved manuelle brystkompresjoner. Bruk av mekaniske kompresjoner må anses som et supplement, og ikke en erstatning for de manuelle. Det samme bekreftes av Norsk Resuscitasjonsråd (2016, 21) som hevder at mekanisk kompresjon og manuell kompresjon av god kvalitet anses like effektivt. Det kan likevel tenkes at mekaniske kompresjoner er av bedre kvalitet enn manuelle i de tilfeller der helsepersonellet er utslitt eller under transport av pasienten med utfordringer i fysisk miljø.

Det var ulike meninger rundt sykepleierens ansvar for defibrillering. Noen deltakere følte seg usikre på defibrilleringen, ettersom dette krever gode evner til å skille forskjellige typer hjerterytmene. Mangel på trening medførte redsel for å gjøre feil, og de tillot dermed legen ansvaret for defibrilleringen. I praksis vil dette si at personen med hjertestans potensielt må vente lengre før defibrillering skjer. Andre deltakere mente at det var sykepleierens ansvar å utføre defibrillering før legen tilkom for å sikre best mulige sjanser for overlevelse. Ifølge Sand et al. (2014, 268) vil oksygenmangel føre til irreversibel skade på hjernevev etter 3-4 minutter. Å få hjertet raskt i gang igjen, er derfor avgjørende, og defibrillering har høy prioritet ved hjertestans hos voksne (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 14). Ifølge Stubberud (2016, 33) har sykepleieren ansvar for forsvarlig bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Dette innebærer å vite hvordan utstyret fungerer og være klar over utstyrets svakheter. Medisinsk-teknisk utstyr er likevel et supplement til pleien, og ikke en erstatning for klinisk blikk.

5.2.4 Hva er etisk forsvarlig?

I en jobb der en kan utgjøre forskjellen på liv og død, kan det tenkes at etiske utfordringer ikke er til å unngå. Et godt eksempel fra studiens resultat er dette; en pasient ankommer sykehus med hjertestans etter et selvmordsforsøk. Som helsepersonell har du plikt til å yte den hjelpen du evner, jfr. helsepersonelloven §7 (1999). Samtidig kan du tenke deg hvor vanskelig livet til denne personen kanskje oppleves.

Et etisk dilemma defineres av Slettebø (2016, 44) som en valgsituasjon der begge alternativer er ønskede, eller der begge alternativene medfører uønskede konsekvenser. Slettebø (2016, 44) skriver videre at dilemmaer oppstår daglig i sykepleiepraksis, og at dilemmaer gjerne handler om pasientens autonomi versus sykepleierens plikt til å hjelpe.

Det kommer også fram av studiens funn at sykepleierne synes det var vanskelig å resuscitere mennesker med liten sannsynlighet for overlevelse eller for god livskvalitet. Sævareid og Balandin (2011, 1739) har undersøkt sykepleieres tanker og holdninger rundt resuscitering av eldre pasienter. I sin studie har de konkludert med at deltakerne opplevde stress i etiske dilemmaer der pasientens resusciteringsstatus ikke var avklart, i situasjoner der de selv mente at pasienten ikke burde gjenopplives. De mente at HLR- var for lite brukt og at avgjørelser vedrørende resusciteringsstatus ble utsatt. Dette gjorde dem skeptiske til å delta i resuscitering av disse pasientene. På tross av dette sto pasientens autonomi i fokus, og sykepleierne var opptatt av å følge lovverket (Sævareid og Balandin 2011, 1739).

I studiens resultater finner vi omtalt situasjoner der etterlatte raskt må forholde seg til praktiske forhold, på grunn av stor pågang i avdelingen. Dette opplevdes som skamfullt og sårt for sykepleieren som egentlig mente at de etterlatte burde hatt mye mer tid til å sørge før de ble konfrontert med praktiske forhold. Slettebø (2016, 44) skiller mellom etiske dilemmaer, etiske problemer og etisk vanskelige situasjoner. En etisk vanskelig situasjon kjennetegnes ved at en ikke klarer å oppfylle viktige verdier i situasjonen, for eksempel at stor pågang på avdelingen vanskeliggjør pårønderarbeidet til sykepleierne.

Litteraturstudiens funn forteller at sykepleierne kunne starte resuscitering for pårørendes skyld, i tilfeller der de tenkte at sjansene for overlevelse var for små. Det heter at HLR skal pågå så lenge det er etisk og medisinsk forsvarlig eller til pasienten viser sikre tegn til liv (Norsk resuscitasjonsråd 2016, 22-25), og retningslinjene for AHLR faller innunder bestemmelsene om faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Å bestemme når grensen for «etisk forsvarlig» er nådd, blir derfor en vurderingssak i hvert enkelt tilfelle. Ifølge Brinchmann (2016, 18-19) vil kunnskap om etikk og etiske refleksjoner bidra til bevisstgjøring rundt egne holdninger, og hjelpe sykepleieren med å ta vanskelige beslutninger i praksis. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal også tydeliggjøre hva som er god sykepleiepraksis (Sneltvedt 2016, 98-100). Stubberud (2016, 34) understreker at det er sykepleierens ansvar å løfte fram etiske problemstillinger, og på denne måten oppfordre til

etiske tverrfaglige refleksjoner. Dette skal hindre at den medmenneskelige delen av behandlingen ikke blir glemt.

6.0 Konklusjon

Hensikten med min litteraturstudie var å belyse sykepleiers erfaringer med deltakelse i resuscitering av voksne pasienter med hjertestans.

Funn fra min studie viser at å delta i resuscitering oppleves faglig, etisk og følelsesmessig utfordrende. Noen sykepleiere beskriver vonde følelser som kan være vanskelige å håndtere. Debrifing blir ansett som positivt av de fleste, men blir sjeldent rutinemessig praktisert. Istedenfor snakker mange sykepleiere med kolleger, og får på denne måten utløp for tanker og følelser. Mange anser også debrifing som en arena for å adressere faglige og tekniske problemstillinger. Noen sykepleiere har et ønske om at formell debrifing arrangeres hyppigere, mens andre primært ønsker å dele opplevelser med en kollega i en uformell setting.

Resultatene fra studien tilsier at ivaretagelse av pårørende er en av de mest utfordrende oppgavene i jobben. Det er ambivalens blant sykepleiere angående tilstedeværelse av pårørende inne på pasientrommet under resuscitering. Mange er positive til pårørendes deltakelse, og mener dette kan være fordelaktig for alle parter. Andre er tydelig motvillige til denne praksisen, og bekymrer seg for at pårørendes tilstedeværelse skal være til ulempe for resusciteringen.

Resuscitering representerer et kaos der faglige utfordringer står i kø. Utfordringer innebærer rolleforvirring og ukjente prosedyrer hos uerfarne sykepleiere, håndtering av medisinsk-teknisk utstyr, bemanning, fysisk miljø og kommunikasjon med etterlatte.

Deltakelse i resuscitering assosieres også med positive opplevelser. Sykepleierne hadde en opplevelse av å ha en meningsfull jobb, der de kunne være av betydning for pasienter og pårørende i en kritisk livssituasjon. Positive opplevelser var også forbundet med faglig utvikling og gleden ved å kunne bidra til å redde liv.

6.1 Konsekvenser for praksis

Å være helsepersonell er ikke i seg selv en beskyttelse mot andres lidelse, og det snakkes stadig om sykepleiere som blir utslitte av jobben. I framtiden truer sykepleiermangel og eldrebølge, og løsningen må bli å ivareta de nyutdannede og forebygge at flere forlater

yrket sitt. God, regelmessig trening i resuscitering er avgjørende for at både erfarne og uerfarne sykepleiere skal føle seg rustet til å gjennomføre en god jobb og samtidig ivareta egen helse. Debrifing må tilbys regelmessig.

Pårørende skal som hovedregel tilbys samvær med pasienten under behandling. Fysisk miljø eller holdninger hos helsepersonellet kan medføre at dette ikke innfris. Det er sykepleierens ansvar å bidra til ivaretagelse av medmenneskelige forhold ved behandlingen. Kunnskap om etikk er viktig for at sykepleieren skal kunne ta faglig forsvarlige beslutninger i praksis.

6.2 Anbefalinger for videre forskning

Funn fra min studie peker på at pårørendes tilstedeværelse under resuscitering for mange sykepleiere assosieres med negative erfaringer og forutinntatthet. Det er etter mitt skjønn fortsatt behov for forskning på helsepersonells holdninger til tilstedeværelse av pårørende under resuscitering. Hva er effekten av disse holdningene for klinisk praksis, og hvilke alternative tilnæringsmåter kan helsepersonell benytte seg av? Etter arbeidet med denne studien har jeg oppdaget mangel på studier på langtidseffekten av å jevnlig utsettes for situasjoner med hjertestans.

Litteraturliste

- Andersen, Lars W., Tobias Kurth, Maureen Chase, Katherine M. Berg, Michael N. Cocchi, Clifton Callaway og Michael W. Donnino. 2016. "Early administration of epinephrine (adrenaline) in patients with cardiac arrest with initial shockable rhythm in hospital: propensity score matched analysis". *BMJ*. 353:i1577
<https://doi.org/10.1136/bmj.i1577>
- Bjørkli, Alf Kristian. 2019. «Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk». *Sykepleien*. Lest 30.04.19. <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/ulike-kulturer-har-forskjellige-smerteuttrykk>
- Braut, Geir Sverre 2014. «Pilotstudie». *Store norske leksikon*. Lest 30.04.19.
<https://snl.no/pilotstudie>
- Brinchmann, Berit Støre, red. 2016. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Clark, Ruth og Chris McLean. 2018. "The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study". *Intensive and Critical Care Nursing*. 47, 78-84.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009>
- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2):22-26.
- Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. 2017. "Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte". *Enferm Intensiva*. 28(2):57-63. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003>
- Finn, Judith, Ian Jacobs, Teresa A. Williams, Simon Gates og Gavin D. Perkins. 2019. "Adrenaline and vasopressin for cardiac arrest". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. [10.1002/14651858.CD003179.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003179.pub2)
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Gratland, Weronica og Annifrid Nergård. 2018. «Også hjelperne kan bli traumatisert». *Sykepleien*. Lest 30.04.19 <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/ogsa-hjelperne-kan-bli-traumatisert>

- Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi*. 2 utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Helsebiblioteket. 2016. «Sjekklistor». Lest 20.01.19. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. 2018. «Støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser». Lest 28.04.19. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/stotte-familie-og-andre-parende/stotte-til-parende-i-akutte-situasjoner-og-kriser>
- Helsenorge. 2017. «Hjertestans». Lest 11.04.19. <https://helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjertestans>
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hui, George C. M., Lisa P. L. Low og Iris S. F. Lee. 2011. “ICU nurses’ perceptions of potential constraints and anticipated support to practice defibrillation: A qualitative study”. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27(4):186-193. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.007>
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2017. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi, anestesi*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jourdain, Geneviève og Denis Chênevert. 2010. «Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey”. *International Journal of Nursing Studies*. 47(6):709-722. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007>
- Larsson, Ricard og Åsa Engström. 2013. “Swedish ambulance nurses’ experiences of nursing patients suffering cardiac arrest”. *International Journal of Nursing Practice*. 19(2):197-205. <https://doi.org/10.1111/ijn.12057>
- Lee, Mi-ran og Chiyong Cha. 2018. “Emergency department nurses’ experience of performing CPR in South Korea”. *International Emergency Nursing* 38(1):29-33. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.008>
- Li, Hui, Dongping Wang, Yi Yu, Xiang Zhao og Xiaoli Jing. 2016. “Mechanical versus manual chest compressions for cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis”. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 24, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0202-y>

- Meyers, Theresa A., Dezra J. Eichhorn og Cathie E. Guzzetta. 1998. «Do families want to be present during CPR? A retrospective survey». *Journal of Emergency Nursing*. 24(5):400-405. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(98\)70005-4](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(98)70005-4)
- Miller, Juleann H. og Anne Stiles. 2009. «Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures: The Nurse Experience». *Qualitative Health Research*. 19(10):1431-1442. <https://doi.org/10.1177/1049732309348365>
- Molan, Emily L. 2013. «Scribe during emergency department resuscitation: Registered Nurse domain or up for grabs?». *Australasian Emergency Nursing Journal*. 16(2):45-51. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.03.001>
- Molven, Olav. 2016. *Sykepleie og jus*. 5. utg. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Monks, Justine og Maria Flynn. 2014. «Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation.» *Intensive and Critical Care Nursing*. 30(6):353-359. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.006>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. 2017. «Norsk hjerteinfarktregister». Lest 11.04.19. <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/476/resultater/1077>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. 2018. «Norsk hjertestansregister». Lest 01.02.19. <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/486/resultater/1068>
- Nordseth, Trond og Helge Opdahl. 2018. «Resuscitering». *Store norske leksikon*. Lest 23.04.19. <https://sml.snl.no/resuscitering>
- Norsk Resuscitasjonsråd. 2016. *AHLR: Norsk grunnkurs i Avansert Hjerne-Lungeredning*. Stavanger: Laerdal Medical.
- Norsk Sykepleierforbund. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Lest 26.04.19. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribes Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Ranse, Jamie og Paul Arbon. 2008. «Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach». *Australian Critical Care*. 21(1):38-47. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.12.001>
- Romsdals budstikke. 2019. «Vi trenger hver eneste sjukepleier» 13.05.19. Lest 13.05.19.

- Sand, Olav, Øystein V. Sjaastad, Egil Haug og Jan G. Bjålie. 2014. *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sinclair, Shane, Shelley Raffin-Bouchal, Lorraine Venturato, Jane Mijovic-Kondejewski og Lorraine Smith-McDonald. 2017. "Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature". *International Journal of Nursing Studies*. 69, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Sjöberg, Fredric, Emil Schönning og Martin Salzmänn-Erikson. 2015. "Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study". *Journal of Clinical Nursing*. 24(17-18):2522-2528. <https://doi.org/10.1111/jocn.12844>
- Slettebø, Åshild. 2016. «Ethiske dilemmaer». I *Etikk i sykepleien*, redigert av Berit Støre Brinchmann, 43-53. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, Torild. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». I *Etikk i sykepleien*, redigert av Berit Støre Brinchmann, 97-110. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, Dag-Gunnar. 2016. «Hjertesykdom- en introduksjon». I *Sykepleie til personer med hjertesykdom*, redigert av Dag-Gunnar Stubberud, 28-35. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sævareid, Trygve Johannes og Susan Balandin. 2011. «Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients". *Journal of Advanced Nursing*. 67(8):1739-1748. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x>

Vedlegg 1: PICO-skjema

P	I	C	O
Norske søkeord			
HLR Hjerte-lungeredning	Sykepleie*		Opplev* Erfar* Føle*
Engelske søkeord			
CPR Resuscitat*	Nurs*		Experienc* Emotion* Feel*

Vedlegg 2: Oversiktstabell over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
CPR.mp. or exp Cardiopulmonary Resuscitation/ exp Resuscitation/ or resuscitat*.mp.	17.01.19 og 27.03.19	MEDLINE, OVID nursing	20924	26	13	5 + 3
1 or 2			111593			
limit 3 to yr="2008 -Current"			114274			
limit 4 to (danish or english or norwegian or swedish)			44662			
nurs*.mp.			40832			
exp Nurses/ 6 or 7			657408			
5 and 8			83968			
experienc*.mp.			657408			
emotion*.mp.			2471			
feel*.mp.			873244			
Emotions/ 12 or 13			170055			
10 or 11 or 14			71733			
9 and 15			60203			
limit 16 to "qualitative (maximizes specificity)"			126330			
exp Qualitative Research/ or qualitative.mp.			1049609			
16 and 18			528			
			112			
			176055			
			109			

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
noft(CPR OR resusitat*) AND noft(nurs*) AND noft(experienc* OR emotion* OR feel*) AND noft(qualitative) AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article") AND la.exact("Norwegian" OR "Swedish" OR "English" OR "Danish")	17.01.19	ProQuest	58	20	6	1

Dato	Inkludert artikkel	Funnet i
30.03.19	Ranse, Jamie og Paul Arbon. 2008. "Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach". <i>Australian Critical Care</i> . 21(1):38-47.	Oria

Vedlegg 3: Oversiktstabell over artikler

	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltakere/frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitetsvurdering
Artikkel 1	Clark, Ruth og Chris McLean 2018 Storbritannia Intensive and Critical Care Nursing	The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres behov for debriefing etter deltakelse i resuscitering av pasienter med hjertestans, og identifisere årsaker som kunne hindre dem i å delta i debriefing.	Semistrukturerte intervjuer med en varighet på mellom 15 og 25 minutter.	9 sykepleiere viste interesse for deltakelse i studien, men bare 7 bestemte seg for å delta. Alle var kvinner.	Sykepleierne skilte mellom to typer behov; profesjonelle behov og personlige behov for debriefing. Profesjonelle behov var å kunne lære og forbedre praksis, og personlige behov var å bli beroliget og validert.	Godkjennelse er gitt av etiske komité. Deltakerne gav skriftlig samtykke og fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien med viten om at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt. Deltakerne deltok i en debriefing etter at intervjuet var gjennomført.	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.
Artikkel 2	Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S.	Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de	Hensikten med studien var å utforske opplevelser, følelser og mestringsstrategier	Fokusgruppeintervju med en varighet på 76 minutter og individuelle semistrukturerte intervjuer med en	7 ambulansesarbeidere og 6 akutt sykepleiere deltok i studien.	Etter et mislykket forsøk på hjerte- lungeredning kan både negative og positive følelser dukke opp, både på kort og lang	Godkjent av etisk komité ved University of the Basque Country. Alle deltakere ble kontaktet personlig	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.

	2017 Baskerland/Spania Enfermería Intensiva	emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte / A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death	blant ambulansarbeidere og akuttsykepleiere etter utførelse av prehospital hjertelungeredning som resulterte i døden.	varighet på mellom 11 og 35 minutter.		sikt. Tristhet, usikkerhet og følelsen av å ha gjort alt i sin makt, er blant disse. Følelsesmessig stress er verst i tilfeller der helsepersonellet må kommunisere med den avdødes familie, og når den avdøde er et barn. Å snakke med kollegaer er den eneste mestringsstrategien som ble brukt blant deltakerne.	og gav skriftlig informert samtykke til deltagelse, samt til opptak av lyd og/eller video.	
Artikkel 3	Hui, George C. M., Lisa P. L. Low og Iris S. F. Lee 2011 Hong Kong Intensive and Critical Care Nursing	ICU nurses' perceptions of potential constraints and anticipated support to practice defibrillation: A qualitative study	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiere på intensivavdeling sine opplevelser med å gi sykepleie til pasienter med hjertestans, samt deres oppfatninger av innføring av	Semistrukturerte intervjuer med en varighet på mellom 35 og 45 minutter.	12 sykepleiere deltok i studien, 6 menn og 6 kvinner.	Selv om deltakerne hadde tro på at de i teorien kunne påvirke utfallet av resusciteringen, var nyutdannede sykepleiere motvillige til å stå ansvarlig for defibrillering. Erfarne sykepleiere var villige til å gjennomføre	Godkjenning for gjennomføring av studien er gitt av etisk komité. Deltakerne fikk informasjon om studiens formål og metode. Deltakelse var frivillig og deltakerne gav	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.

			defibrillering for sykepleiere			defibrillering, men det mente de ville kreve blant annet bedre samarbeid med legene.	skriftlig samtykke til å delta.	
Artikkel 4	Larsson, Ricard og Åsa Engström. 2013 Sverige International Journal of Nursing Practice	Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest	Hensikten med studien var å beskrive opplevelsen av å gi sykepleie til pasienter med hjertestans hos sykepleiere i ambulansen.	Individuelle semistrukturerte intervjuer med en varighet på mellom 20 og 40 minutter.	7 sykepleiere deltok i studien, 5 menn og 2 kvinner.	Gode forberedelser før ankomst til pasienten opplevdes svært viktig. Sykepleierne opplevde tidlig å bli utslitt av brystkompresjonene, og bruk av LUCAS ble sett på som et effektivt hjelpemiddel. Ivaretagelse av pårørende oppleves som krevende, og noen ganger ble hjerte-lungeredning startet for pårørendes skyld. Deltakerne uttrykte usikkerhet rundt etiske problemstillinger slik som å bestemme om hjerte-lungeredning skal startes eller ikke, og eventuelt når den skal avsluttes. Deltakerne reflekterte ofte over eget arbeid, og hadde et ønske om å få vite hvordan det	Studien er godkjent av etisk komite ved Universitetet i Luleå og leder for ambulansestasjonen gav tillatelse til gjennomførelse av studien. Alle deltakere gav muntlig og skriftlig samtykke til deltakelse, og de ble forsikret om at all data ble behandlet konfidensielt og at deltakelse var frivillig. Deltakerne fikk muligheten til å snakke om følelser som kunne bli framprovosert av intervjusituasjonen.	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.

						gikk med pasientene etter innleggelse i sykehus.		
Artikkel 5	Lee, Mi-ran og Chiyong Cha. 2018 Sør-Korea International Emergency Nursing	Emergency department nurses' experience of performing CPR in South Korea	Hensikten med studien var å belyse sykepleiere i akuttmottak sine opplevelser med å utføre hjerte-lungeredning.	Individuelle intervjuer med en varighet på mellom 40 og 90 minutter, samt ytterligere spørsmål på e-post til 6 av deltakerne.	17 sykepleiere fra akuttmottak deltok i studien.	Sykepleierne opplevde vansker i varierende grad under utførelse av hjerte-lungeredning, men følte at de utviklet seg som akuttsykepleiere gjennom deltakelsen. Uavhengig av sykepleierens kompetanse innen hjerte-lungeredning, opplevde de engstelse i situasjonen. I tillegg kunne de i etterkant av situasjonen få psykiske utfordringer. Sykepleierne kan dra nytte av opplæring i hjerte-lungeredning, samt av et støtteapparat der de kan få utløp for psykologisk stress.	Studien er godkjent av Institutional Review Board ved Seoul National University Bundang Hospital. Forskerne informerte deltakerne om hensikten, intervjuprosessen og deltakernes rettigheter. Alle intervjuobjektene signerte informert samtykke og alle data ble behandlet konfidensielt.	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.
Artikkel 6	Miller, Juleann H. Og Anne Stiles 2009	Family Presence During Resuscitation and Invasive	Hensikten med studien var å forstå erfaringene til sykepleiere som har	Semistrukturerte intervjuer med en varighet på mellom 30 og 60 minutter.	17 sykepleiere deltok i studien, 15 kvinner og 2 menn.	Å delta i resuscitering eller invasive prosedyrer med pårørende tilstede kan	Deltakerne gav skriftlig informert samtykke til deltakelse i studien.	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.

	USA Qualitative Health Research	Procedures: The Nurse experience	deltatt i resuscitering og invasive prosedyrer med pårørende tilstede			være en positiv opplevelse for sykepleieren, men noen brukte tid på å akseptere denne praksisen.	Opplysninger om deltakerne ble behandlet konfidensielt.	
Artikkel 7	Molan, Emily L. 2013 Australia Australasian Emergency Nursing Journal	Scribe during emergency department resuscitation: Registered Nurse domain or up for grabs?	Hensikten med studien var å undersøke rollen som loggfører under hjertestans i akuttmottak	Semistrukturerte intervjuer med en varighet på mellom 20 og 25 minutter.	8 sykepleiere deltok i studien, 6 kvinner og 2 menn.	Sykepleierne mente at rollen som loggfører var viktig og undervurdert. Som loggfører må en tåle å motta kritiske spørsmål, være nøyaktig og vite gangen i en resusciteringssituasjon.	Studien er godkjent av etisk komité og alle deltakere gav skriftlig informert samtykke til deltakelse. Opplysninger om deltakerne er behandlet konfidensielt.	Vurdert til svært god kvalitet ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.
Artikkel 8	Monks, Justine og Maria Flynn. 2014 England Intensive and Critical Care Nursing	Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation	Hensikten med studien var å få innsikt i sykepleieres erfaringer med hjerte-lungeredning med pårørende tilstede, samt identifisere eventuelle konsekvenser for klinisk praksis.	Semistrukturerte intervjuer med en varighet på omtrent en time.	6 kvinnelige sykepleiere deltok i studien.	Funn tyder på at den emosjonelle tyngden ved hjerte-lungeredning med pårørende tilstede hadde påvirkning på sykepleiernes faglige trygghet. Deltakerne uttrykte vanskeligheter ved å skulle forholde seg til den emosjonelt ladede situasjonen og samtidig opptre profesjonelt. Kontakten som oppsto	Alle deltakerne gav informert samtykke til å delta i studien. De ble forsikret om at all data ville bli behandlet konfidensielt og at de når som helst kunne trekke seg fra deltakelse i studien. Studien ble godkjent av Research and Development committee.	Vurdert til svært god kvalitet ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.

						mellom sykepleieren og den pårørende kunne oppleves som positiv.		
Artikkel 9	Ranse, Jamie og Paul Arbon 2008 Australia Australian Critical Care	Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach	Hensikten med studien var å undersøke, forklare og forstå opplevelsen til nyutdannede sykepleiere av å delta i resuscitering i sykehus	To fokusgruppeintervjuer med 3 deltakere i hver gruppe. Hvert intervju hadde en varighet på omtrent en time.	6 kvinnelige sykepleiere deltok i studien.	Sykepleierne opplevde stress og utfordringer. Deltakerne følte seg usikre på egne valg, og tenkte om seg selv at de var i en læringssituasjon.	Godkjennelse for gjennomføring av denne studien er gitt av etisk komité. Anonymitet bevares ved bruk av pseudonymer.	Vurdert til svært god kvalitet ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.
Artikkel 10	Sjöberg, Fredric, Emil Schönning og Martin Salzmann-Erikson 2015 Sverige Journal of Clinical Nursing	Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study	Hensikten med studien var å beskrive sykepleierens opplevelse av å utføre hjerte-lungeredning på intensivavdeling.	Kvalitative semistrukturerte intervjuer med en varighet på mellom 18 og 34 minutter.	8 sykepleiere deltok i studien; 3 menn og 5 kvinner. Ingen frafall.	Sykepleierne så nytte i å regelmessig simulere utførelse av hjerte-lungeredning. Under utførelse av faktisk hjerte-lungeredning kom det fram at deltakerne opplevde det som helt nødvendig at noen raskt tar ledelsen og delegerer oppgaver. Ved mangel på en tydelig leder opplevdes situasjonen kaotisk. God kommunikasjon mellom kollegaene var	Etiske hensyn ble diskutert av forfatterne før oppstart av studien. Alle deltakerne fikk tildelt et nummer og data ble samlet inn slik at de ikke kunne identifiseres. Etisk godkjennelse ble gitt av sykehusdirektøren, og nasjonale svenske lover og retningslinjer ble fulgt nøye. Alle deltakere fikk muntlig og skriftlig	Vurdert til god kvalitet ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Fagfellevurdert.

						<p>også viktig for å redusere stress. Debriefing var til stor nytte, og kunne hjelpe sykepleierne med å bearbeide følelser, samt til faglig utvikling. Debriefing ble derimot ikke rutinemessig praktisert, og noen endte derfor opp med å ha uformelle samtaler med kollegaer for å dekke behovet for debriefing.</p>	<p>informasjon om studien, og beskjed om at de kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt uten videre konsekvenser.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--