



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleieres opplevelse av pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering / Family witnessed resuscitation: the experience of nurses

Kandidatnummer: 38 og 63

Totalt antall sider inkludert forsiden: 79

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 plagiatkontrollert 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

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.

Opgaver 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

Forord

«If you were dying, who would you want to have close to you – your loved ones along with the strangers who were trying to save your life, or just the strangers, with your loved ones off in some hidden room far away from you?»

(McClement, Fallis og Pereira 2009, 235)

Antall ord: 10 911

Sammendrag

Bakgrunn: Pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering er et kontroversielt tema som har blitt mer aktuelt den senere tiden. Til tross for økende aksept blant sykepleiere og øvrig helsepersonell, blir fordeler og ulemper vedrørende praksisen fortsatt diskutert. På grunnlag av delte holdninger og erfaringer, samt fravær av retningslinjer, utføres praksisen i varierende grad.

Hensikt: Litteraturstudiets hensikt var å belyse hvordan sykepleiere opplever pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering.

Metode: Systematisk litteraturstudie basert på ti kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Sykepleiere opplevde pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering som en fordel da de lett kunne knytte bånd med pårørende, og erfarte at pårørende fikk en realistisk forståelse for situasjonen. De opplevde tilstedeværelsen som en ulempe ved at deres kompetanse og arbeidsflyt ble utfordret, og mente det ville være for traumatiserende for pårørende. Avgjørelsen om pårørende skulle være tilstede eller ikke var situasjonsbetinget. Det ble derfor ytret behov for klare retningslinjer og en omsorgsperson.

Konklusjon: Vår litteraturstudie viste delte holdninger og erfaringer blant sykepleiere vedrørende temaet. Til tross for dokumentert positiv effekt av pårørendes tilstedeværelse, uttrykker sykepleiere barrierer mot implementering av praksisen. Samtidig opplever sykepleiere positive konsekvenser for både pasient, pårørende og helsepersonell. For vellykket implementering av praksisen belyses behovet for klare retningslinjer og en omsorgsperson.

Nøkkelord: resuscitering, pårørende, tilstedeværelse, sykepleiere, erfaring, holdning, opplevelse

Abstract

Background: The presence of family at resuscitation is a controversial topic that has become more relevant lately. Despite increasing acceptance among nurses and other health professionals, the benefits and disadvantages of the practice is still being discussed. Based on divided attitudes and experiences, as well as the absence of guidelines, the practice is carried out in varying degrees.

Purpose: The purpose of the literature study was to elucidate how nurses experience the presence of family during resuscitation.

Methods: A systematic literature study based on ten qualitative research articles.

Results: Nurses experienced families' presence when carrying out resuscitation as an advantage as they could easily connect with the family and found that they got a realistic understanding of the situation. They experienced the presence as a disadvantage in challenging their skills and workflow, and thought it would be too traumatic to witness for the family. The decision about whether families should be present or not was situational. They therefore expressed a need for clear guidelines and a care coordinator.

Conclusion: Our literature study showed that nurses have shared attitudes and experiences regarding the topic. Despite positive effects of families' presence having been documented, nurses outlined that there are barriers to the implementation of the practice. At the same time, nurses experienced positive consequences for both patient, families and health personnel. For the successful implementation of the practice, the need for clear guidelines and a care coordinator is highlighted.

Keywords: resuscitation, family, presence, nurses, experience, attitude, experience

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Litteraturstudiens hensikt	1
1.3	Litteraturstudiens problemstilling	1
2.0	Bakgrunnsteori	2
2.1	Resuscitering	2
2.2	Lovverk og retningslinjer	2
2.3	Holdninger	3
2.4	Krise og mestring	3
2.5	Omsorg for pårørende	4
3.0	Metodebeskrivelse	5
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
3.2	Søkestrategi	5
3.2.1	PICO-skjema	5
3.2.2	Databasesøk	6
3.2.3	Manuelle søk	8
3.3	Kvalitetsvurdering	8
3.4	Etiske hensyn	9
3.5	Analyse	9
4.0	Resultat	11
4.1	Konsekvenser for sykepleiere	11
4.1.1	Knytte bånd med pårørende	11
4.1.2	Kompetanse og arbeidsflyt utfordres	12
4.2	Konsekvenser for pårørende	14
4.2.1	Realistisk forståelse	14
4.2.2	Traumatiserende for pårørende	15
4.3	Organisatoriske utfordringer	16
4.3.1	Situasjonsbetinget avgjørelse	16
4.3.2	Omsorgsperson og klare retningslinjer	17
5.0	Diskusjon	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
5.1.2	Søkestrategi	21

5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	22
5.1.4	Analyse.....	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Sykepleiers opplevelse av å skape relasjon med pårørende samtidig som kompetanse og arbeidsflyt utfordres	24
5.2.2	Vil realistisk forståelse overveie den traumatiserende opplevelsen?	28
5.2.3	Behov for klare retningslinjer og omsorgsperson	30
6.0	Konklusjon.....	34
6.1	Konsekvenser for praksis	34
6.2	Forslag til videre forskning	35

Referanseliste

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell artikler

1.0 Innledning

I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering er et kontroversielt tema som har blitt mer og mer aktualisert i de senere årene (Gulbrandsen og Stubberud 2015). Etter egne observasjoner og samtaler med sykepleiere i praksis, kan det virke som det er delte holdninger til og forskjellige erfaringer med hvordan pårørende ved resuscitering oppleves. Vi opplever at mange sykepleiere ikke har gjort seg opp tanker rundt temaet, og tror dette kan påvirke sykepleieres avgjørelse og handlinger i situasjonen. Derfor ønsket vi å fordype oss i hvordan sykepleiere forholder seg til temaet gjennom evidensbaserte studier. Ved å sette fokus på temaet ønsker vi å øke bevisstheten rundt holdninger hos sykepleiere og øvrig helsepersonell.

1.2 Litteraturstudiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere opplever pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering.

1.3 Litteraturstudiens problemstilling

Hvilke erfaringer og holdninger har sykepleiere til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering?

2.0 Bakgrunnsteori

I bakgrunnsteorien vil vi presentere teori om resuscitering, vise til aktuelle lovverk og retningslinjer, samt introdusere teori om holdninger, krise og mestring og omsorg for pårørende.

2.1 Resuscitering

Flere tusen personer i Norge rammes hvert år av plutselig hjertestans. Dette medfører akutt opphør av sirkulasjonen, og etter få minutter oppstår irreversible hjerneskader. Rask gjenopprettelse av normal hjerterytme er avgjørende for prognosen. Ved å igangsette øyeblikkelig hjerte-lunge-redning kan en forsøke å opprettholde respirasjon og sirkulasjon, og redde pasientens liv og helse (Gulbrandsen og Stubberud 2015).

Resuscitering er en prosess der fysiologiske forstyrrelser korrigeres hos en akutt dårlig pasient, og er en viktig del av intensivbehandling, traumekirurgi og akuttmedisin. Begrepet resuscitering brukes i hovedsak for å betegne gjenopplivningsforsøk med hjerte-lunge-redning av personer med hjertestans (Nordseth 2018).

2.2 Lovverk og retningslinjer

I pasient- og brukerrettighetsloven sies følgende om pårørendes tilstedeværelse: “Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes” (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1). Videre opplyses det i pasient- og brukerrettighetsloven om pårørendes rett til informasjon: “Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes” (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3).

I European Resuscitation Council (ERC) sine retningslinjer for etikk ved resuscitering og slutten av livet-avgjørelser ytres det støtte for pårørendes mulighet til å ha et valg om å være tilstede ved resuscitering (Bossaert et al. 2015).

I Norsk Resuscitasjonsråds retningslinjer for AHLR på barn og spedbarn understrekes det at pårørende normalt tilbys å være tilstede ved resuscitering av barn, hvis dette ikke forverrer kvaliteten av behandlingen (Norsk Resuscitasjonsråd 2015).

2.3 Holdninger

Helgesen (2017) omtaler holdning som en betegnelse basert på tanker, følelser og handlinger. Man tenker, føler eller handler positivt eller negativt overfor noe, for eksempel mennesker, ideer, verdier eller en rekke andre sosiale fenomener. Holdninger kommer til uttrykk på tre måter:

- Kognitivt– gjennom oppfatninger eller meninger om noe.
- Emosjonelt– enten en positiv eller negativ følelse.
- Atferd– gjennom handlinger og/eller reaksjoner.

Holdningene vi har er med på å utgjøre en viktig del av vår identitet. Dannelsen av holdninger skjer gjennom forskjellige typer læring. De kan baseres på kunnskap og egenerfaring, men i mange tilfeller er holdninger noe man ureflektert overtar fra foreldre, familie og kultur i tidlig alder (Helgesen 2017).

I samfunnet er holdningspåvirkning et viktig tema, og myndigheter som ønsker å endre atferdsmønster i et demokratisk samfunn har begrensede muligheter. Forholdet mellom holdninger og atferd er komplisert, og det er ikke nødvendigvis slik at holdningsendring automatisk leder til endret atferd. Hovedveien til påvirkning og endring av holdninger og atferdsmønstre er overbevisning og økt kunnskap (Helgesen 2017).

2.4 Krise og mestring

Ifølge Eide og Eide (2017) kan alvorlige og vanskelige livshendelser kalles for kriser. Det finnes forskjellige måter å håndtere sterke følelsesmessige reaksjoner på, men felles for personer som er i krise er at de ofte har behov for støtte og noen å dele tanker og følelser med.

Når det oppstår sykdom og kriser er det ikke bare pasienten selv som blir rammet, men også pårørende (Stensberg mfl., 2012 ref. i Eide og Eide, 2017). Derfor kan pårørende ha behov for oppfølging, og deres krisereaksjoner bør også møtes og forstås. Det kan være lett å undervurdere eller overse personers behov for hjelp og oppfølging, og spesielt om personen har en unngående mestringsstrategi. I kriser kan sykepleieres måte å møte og støtte både pasient og pårørende på, være avgjørende for hvordan familien som helhet vil mestre situasjonen (Eide og Eide 2017).

2.5 Omsorg for pårørende

Eide og Eide (2017) sier personlige egenskaper hos sykepleiere er avgjørende for å skape en god relasjon til personer som har vært utsatt for traumatiske hendelser og som opplever en krise. Videre belyses viktigheten av å skape en tilknytning til personer som er sårbare, og etablering av relasjon. Som sykepleiere er det ikke alltid enkelt å se den enkeltes behov for hjelp om personen selv ikke sier klart ifra. Det kan være utfordrende for sykepleiere å finne en god tilnæringsmåte. Pårørende kan også ha behov for hjelp og oppfølging. Det kan være lett å overse slike behov, men også organisering av helsetjenester kan gjøre at enkeltpersoner og familier faller utenfor.

Betydningen av å trekke pårørende og pasientens familie inn i sykepleien til pasienten, spesielt ved kritisk sykdom, er noe sykepleiere har blitt mer oppmerksomme på. Pårørende har som regel en viktig betydning for pasientens behandlingsresultat, og en har blitt mer bevisst på de belastningene pårørende utsettes for når et familiemedlem blir akutt og/eller kritisk syk. I sykepleien i dag har det blitt mer naturlig å anse pårørende som medspillere i sykepleien (Stubberud 2013).

Familiefokusert omsorg er et begrep i sykepleien der en betrakter pasientens familie som en ressurs. Det bygger på ideen om at familien er det viktigste aspektet av vår psykiske og fysiske helse. Noen viktige prinsipper i familiefokusert omsorg er blant annet gjensidig respekt, samarbeid, å dele informasjon, deltakelse og støtte. Familiefokusert omsorg er utviklet for å bedre omsorgen for pasientens familie, og målet er å skape et partnerskap mellom pasienten, familien og helsepersonellet (Stubberud 2013).

3.0 Metodebeskrivelse

I vår metodebeskrivelse tar vi for oss inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi med beskrivelse av PICO-skjema og databasesøk, kvalitetsvurdering, vurdering av etiske hensyn og analyse.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleiere fra akuttmottak, intensivavdeling, operasjonsavdeling og avdeling for hjertesykdommer	Sykepleiere fra prehospitale avdelinger og sengepost
Sykepleieperspektiv	Pårørende- og pasientperspektiv
Artikler fra Europa, Amerika, Canada, Australia og New Zealand	Artikler fra ikke-vestlige land
Kvalitative artikler	Reviewartikler
	Artikler der pasientene <u>kun</u> er barn

Tabell 1. Oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier.

3.2 Søkestrategi

3.2.1 PICO-skjema

Et PICO-skjema blir brukt for å dele opp problemstillingen, samt strukturere den på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt et al. 2016). Etter vi hadde valgt og formulert litteraturstudiets hensikt, utformet vi et PICO-skjema. Vi valgte å ekskludere C i PICO-skjemaet, da det står for “comparison” og litteraturstudiets hensikt ikke var å sammenligne to faktorer. De norske søkeordene ble oversatt til engelsk.

P (Patient/problem):

Pasientgruppa i litteraturstudien var personer som går igjennom resuscitering. Søkeordene i denne kategorien var resuscit*, cardiopulmonary resuscit*, cpr, heart arrest og adult resuscit*.

I (Intervention):

Det var sykepleierens opplevelse av å ha pårørende tilstede under resuscitering som var av interesse. Søkeordene var famil*, parent*, family witness*, famil* presen*, presen*, relative* og family involve*.

O (Outcome):

Hensikten med denne studien var å belyse sykepleierens opplevelse. Søkeordene var attitud*, perception*, opinion*, experienc* og interpretation*.

3.2.2 Databasesøk

Databasesøk ble gjennomført i biblioteket ved Høgskolen i Molde sine nettsider. Det ble gjort søk i fem databaser: Ovid MEDLINE, Ovid Nursing Database, Embase, ProQuest og Cinahl. Det ble ikke inkludert artikler fra søk i ProQuest og Cinahl, og søkene er derfor ikke beskrevet.

Søk nr. 1 – 05.02.19 i Ovid MEDLINE

Søket ble gjort i «advanced search» med søkeordene resuscit*, famil*, parent* og presen*. Første søkeord var resuscit* der MeshTermen «resuscitaion» ble inkludert. Søkeordene famil* og parent* med MeshTermen «family» ble kombinert med OR. Deretter brukte vi AND mellom resuscit* og famil* og parent*. Søkeordet presen* ble kombinert med de andre søkeordene ved å bruke AND. Søket ble avgrenset til artikler fra 2008 til «current», og norsk, svensk, dansk og engelsk samt «all adults (19 plus years)». Dette resulterte i 295 treff der alle overskrifter, 45 abstract og fire artikler ble lest. Fire artikler ble inkludert i litteraturstudien (artikkel nr. 1, 2, 3 og 4).

Søk nr. 2 – 05.02.19 i Ovid Nursing Database

Etter søk nummer en i Ovid Medline ble databasen endret via «change»-funksjonen til Ovid Nursing. Det henvises til søk nummer en for søkestrategi. Dette resulterte i 114 treff

der alle overskrifter, 56 abstract og to artikler ble lest. To artikler ble inkludert (artikkel nr. 5 og 6).

Søk nr. 3 – 05.02.19 i Embase

Samme strategi som i søk nummer 1 ble brukt, og databasen ble endret til Embase via «Change»-funksjonen. Se søk nummer en for fremgangsmåte. Dette resulterte i 39 treff der alle overskrifter, 23 abstract og to artikler ble lest. En artikkel ble inkludert (artikkel nr. 7).

Søk nr. 4 – 20.02.19 i Ovid Medline

Søket ble gjort i «advanced search» med søkeordene resuscit*, cardiopulmonary resuscit*, cpr, family witness*, family presen*, relative*, family involve*, famil*, attitud*, perception* og opinion*. MeshTermene som ble inkludert var «resuscitation», «cardiopulmonary resuscitation», «family», «attitude of health personnel», «attitude» og «perception». Synonymene resuscit*, cardiopulmonary resuscit* og cpr ble kombinert med OR. Deretter ble søket avgrenset til artikler fra 2008 til «current», norsk, engelsk, dansk og svensk, samt «all adult (19 plus years)». Søkeordene family witness*, family presen*, relative*, family involve* og famil* ble kombinert ved bruk av OR og deretter satt sammen med de forgående søkeordene via AND. OR ble brukt mellom attitud*, perception* og opinion*. Disse søkeordene ble deretter kombinert med de resterende søkeordene ved bruk av AND. Til slutt ble søket avgrenset med «qualitative (maximizes specificity)». Dette resulterte i 62 treff hvor alle overskrifter, sju abstract og en artikkel ble lest. En artikkel ble inkludert (artikkel nr. 8).

Søk nr. 5 – 25.02.19 i Embase

Søket ble gjort i «advanced search» med søkeordene resuscit*, cardiopulmonary resuscit*, cpr, family witness*, famil* presen*, relative*, family involve*, famil*, attitud*, perception*, opinion* og interpretation*. MeshTermene som ble inkludert var «resuscitation», «cardiopulmonary resuscitation», «heart arrest» «family», «attitude of health personnel», «attitude» og «perception». Synonymene resuscit*, cardiopulmonary resuscit* og cpr ble kombinert med OR. Deretter ble søket avgrenset med artikler fra 2008 til «current», norsk, engelsk, dansk og svensk, samt «all adult (19 plus years)». Søkeordene family witness*, famil* presen*, relative*, family involve* og famil* ble kombinert ved bruk av OR og deretter satt sammen med de forgående søkeordene via AND. OR ble brukt mellom attitud*, perception*, opinion* og interpretation*. Disse

søkeordene ble så kombinert med de resterende søkeordene ved bruk av AND. Søket ble videre avgrenset til «qualitative (best balance of sensitivity and specificity)». Dette resulterte i 380 treff der alle overskrifter, åtte abstract og en artikkel ble lest. Denne artikkelen ble ikke inkludert, da det var en sekundæranalyse (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2017).

3.2.3 Manuelle søk

I søk nummer fem, beskrevet i delkapittel “3.2.2 Databasesøk”, fant vi en sekundæranalyse (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2017) av en eksisterende kvalitativ datainnsamling. Vi valgte å ekskludere denne studien da det var en sekundæranalyse, og søkte opp primærstudien (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016) via Google Scholar. Artikkelen ble inkludert som artikkel nr. 9.

Vi gikk igjennom litteraturlistene til alle inkluderte artikler og søkte opp forskningsartikler fra hver enkelt studie via Google Scholar for å undersøke om det var aktuelle studier vi kunne inkludere i vår litteraturstudie. En artikkel gikk igjen i flere av studiene (Chapman et al. 2013, Monks og Flynn 2014, Sak-Dankosky et al. 2017), og vi valgte å inkludere den i litteraturstudien (artikkel nr. 10). Vi gjorde i tillegg et manuelt søk i Google Scholar, hvor søkeordene var: «Family witnessed resuscitation». Dette ga rundt 210 000 resultater. Hver side viste 10 artikler. Ingen artikler ble inkludert etter gjennomgang av overskriftene på cirka 50 sider.

3.3 Kvalitetsvurdering

I arbeidet med å vurdere vitenskapelige artikler anbefaler Nordtvedt et al. (2016) å bruke sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som baserer seg på internasjonale verktøy for kritisk vurdering. Vi brukte en sjekkliste som var tilpasset kvalitativt studiedesign fra Helsebiblioteket sine nettsider (Helsebiblioteket 2016). Det ble utført en systematisk gjennomgang av hver enkelt artikkel hvor punktene på sjekklisten ble nøye besvart. Artikkelen ble vurdert på helhetsinntrykk der noen punkter veide tyngre enn andre. Kriteriene det ble lagt mest vekt på var om formålet med studien kunne relateres til vår hensikt, om utvalget og datainnsamling var hensiktsmessig, om etiske forhold var vurdert og om funnene var klart presentert og kunne overføres til praksis. Artikkelen ble

vurdert til høy, middels eller lav kvalitet basert på kriteriene. Artikler med høy kvalitet ble inkludert, artikler med middels kvalitet ble gjennomgått på nytt og nøye vurdert før de eventuelt ble inkludert, mens artikler av lav kvalitet ble ekskludert.

Alle artikler ble søkt opp i Oria via Høgskolen i Molde sine nettsider for å undersøke om de var fagfellevurdert. Alle våre inkluderte artikler var fagfellevurdert.

Tidsskriftet de inkluderte artiklene er publisert i ble søkt opp og kvalitetsjekknet via NSD - Norsk Senter for Forskningsdata (2019). På den måten kunne vi finne ut om tidsskriftet hadde publiseringsnivå 1 eller 2. Nivå 1 innebærer at forskningen er fagfellevurdert, og nivå 2 betyr at publiseringskanalen anses å være faglig ledende i brede fagsammenhenger (Norsk publiseringsindikator 2016). Alle litteraturstudiens inkluderte artikler var på nivå 1 eller 2.

3.4 Etiske hensyn

Ifølge Dalland (2012) er det en forutsetning i kvalitativ forskning at all personlig data blir brukt på en systematisk og ryddig måte. Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Forskningens mål om å finne ny kunnskap og innsikt skal heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd.

Alle inkluderte artikler i denne litteraturstudien er enten godkjent av en etisk komité eller personvernombud, eller det er gjort andre etiske overveielser. Dette er ifølge Forsberg og Wengström (2015) et viktig element.

3.5 Analyse

Evans (2002) sin analysemodell ble benyttet til å analysere de inkluderte forskningsartiklene.

Den første fasen av Evans (2002) sin analysemodell omhandler å samle inn relevant datamateriale med utgangspunkt i litteraturstudiens hensikt og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble samlet materiale fra tre databaser; Ovid Medline, Ovid Nursing Database og Embase. Kapitlet “3.2 Søkestrategi” omtaler PIO-skjema, databasesøk og hvor mange titler, abstrakt og artikler som ble lest. Etter Høgskolen i Molde sine retningslinjer (Eines 2018), ble ti artikler kvalitetsvurdert fortløpende og inkludert i litteraturstudien.

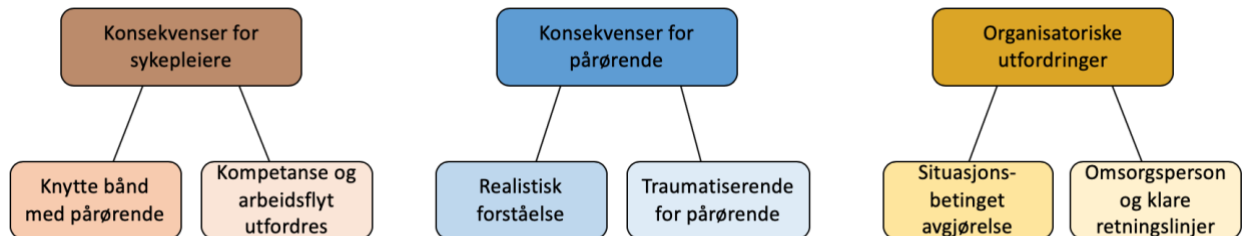
Evans (2002) sin andre fase går ut på å identifisere nøkkelfunn i hver enkelt artikkel. Vi leste alle artiklene hver for oss og identifiserte hovedfunnene, før vi diskuterte og sammenlignet våre resultater. Deretter fordelte vi artiklene der vi foretok oss fem artikler hver. Resultatdelen i artiklene ble nøye gjennomgått med markering av funn og samlet i eget dokument. Hovedfunn relatert til litteraturstudiens hensikt ble strukturert i et sammendrag.

Den tredje fasen handler om å identifisere felles tema på tvers av studiene (Evans 2002). I samarbeid sammenlignet og grupperte vi funnene i kategorier etter likheter. Deretter ble det laget en oversikt over hvilke og hvor mange artikler som sa noe om de forskjellige funnene. Like funn som var blitt presentert i flest artikler ble inkludert videre i litteraturstudien. Dette resulterte i seks hovedfunn som vi delte inn i tre kategorier.

Evans (2002) sin fjerde fase omhandler å beskrive hovedfunnene og lage syntese av disse. Hvert hovedfunn ble formulert i et sammendrag, og presenteres i resultatdelen av litteraturstudien. Sitater fra artiklene ble inkludert for å underbygge resultatene. Sitatene ble beholdt på engelsk for ikke å miste essensen.

4.0 Resultat

I dette kapitlet besvares litteraturstudiets problemstilling gjennom funnene fra analysen av vårt datamateriale. Seks hovedfunn ble organisert i tre kategorier (Figur 1).



Figur 1. Oversikt over kategoriene med tilhørende hovedfunn.

4.1 Konsekvenser for sykepleiere

4.1.1 Knytte bånd med pårørende

Datainnsamlingen viste at sykepleiere som inviterte pårørende inn ved resuscitering, fikk muligheten til å skape en umiddelbar relasjon med pårørende (Lowry 2012, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009 og Monks og Flynn 2014). Funn viste at flere av deltakerne opplevde å få muligheten til å våke over familien og utgjøre en forskjell hos pårørende i en kritisk og vanskelig situasjon (Lowry 2012 og Miller og Stiles 2009). Å dele resusciteringssituasjonen med pårørende syntes å lette den emosjonelle påkjenningen av situasjonen, og resulterte i en positiv erfaring for sykepleierne. Funn viste at menneskelig berøring ble oppfattet som et integrert aspekt innen å knytte bånd mellom sykepleier, pårørende og pasient, og var en kilde til støtte for alle involverte i situasjonen (Monks og Flynn 2014). En sykepleier fortalte om en positiv erfaring fra tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering:

It's amazing how much you can get to know people in an extremely short period of time.... You are hugging people, saying goodbye that you probably aren't necessarily going to see again but you've dropped into a very deep relationship with them in a short period of time (Miller og Stiles 2009, 1435).

Deltakere mente at ved å knytte bånd med pårørende fikk de muligheten til å se pasienten gjennom deres øyne (Lowry 2012, McClement, Fallis og Pereira 2009 og Monks og Flynn 2014). Med pårørende tilstede ble sykepleierne oppmerksomme på, og påminnet personen bak pasienten, og at denne personen tilhører noen (McClement, Fallis og Pereira 2009). En av deltakerne forklarte: “It puts more of a face to the patient... The code team is reminded that the patient being resuscitated is someone’s mother or son or sister or spouse” (McClement, Fallis og Pereira 2009, 236). Ved at sykepleierne så pasienten gjennom pårørendes perspektiv, ble erfaringen en personlig, empatisk og human opplevelse (Monks og Flynn 2014).

Ifølge flere deltakere opplevdes pårørendes tilstedeværelse nyttig, da de fungerte som en ressurs, og i noen tilfeller historikere. Pårørende kunne formidle viktig og kritisk informasjon om pasientens medisinske historie eller bakgrunn, samt gi informasjon rundt hendelsesforløpet (Chapman et al. 2013, Knott og Kee 2005, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). Flere deltakere påpekte viktigheten av pårørendes tilstedeværelse, da det kunne være til hjelp ved avgjørelsen om å fortsette resusciteringen eller ikke (Chapman et al. 2013, Knott og Kee 2005, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). Flere deltakere beskrev hvordan pårørende ble en del av teamet, som belyses i dette sitatet:

Family presence allows for collaboration between family and health care providers to make joint decisions about the length and extent of the code. We are a resuscitation team with the family, bonding together to care for the patient; we work for a common goal (Twibell et al. 2017, 327).

4.1.2 Kompetanse og arbeidsflyt utfordres

De fleste artiklene omtalte at pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering kunne påvirke sykepleiernes kompetanse og arbeidsflyt i varierende grad (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009, Monks og Flynn 2014, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017). Herunder belyses faktorer som at sykepleierne følte de ble observert, som igjen økte deres grad av selvbevissthet (Knott og Kee 2005, Monks og Flynn 2014) og økt angstnivå (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, McClement, Fallis og Pereira 2009). Noen sykepleiere rapporterte redusert tillit til deres egne profesjonelle

ferdigheter og tekniske evner da pårørende var tilstede (McClement, Fallis og Pereira 2009, Monks og Flynn 2014). Grad av selvtillit kunne være avgjørende for om pårørende ble invitert inn eller ikke (Chapman et al. 2013).

I think resistance comes from not having confidence with our skills under such a pressurized situation. I know myself I am not comfortable with my ACLS skills to lead a code, and extra pressure of having family there make me more nervous, afraid of making mistake that could make or break things (McClement, Fallis og Pereira 2009, 236).

Det kom også frem at noen sykepleiere var komfortable med å bli sett på under resusciteringen. Å ekskludere familien burde ikke være første og beste løsning på å redusere ubehag hos sykepleierne, men heller økt fokus på å heve kompetanse og selvtillit blant personale (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016).

Pårørendes oppførsel kunne være en faktor som forstyrret sykepleiernes arbeid (Chapman et al. 2013, Knott og Kee 2005, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017). Dette innebar skriking og emosjonelle utbrudd (McClement, Fallis og Pereira 2009, Twibell et al. 2017), hysteri, aggresjon, vold, agitasjon, truende og anklagende oppførsel og utrøstelighet (Chapman et al. 2013). På grunn av vold og voldsomme reaksjoner fryktet deltakerne for personalets sikkerhet (Miller og Stiles 2009). Videre kunne pårørendes oppførsel påvirke personalets evne til å fokusere på pasienten da familien tok oppmerksomheten (Sak-Dankosky et al. 2017). “If you have a family member that is so out of control that you can’t get to the patient, then I think there is a problem...” (Knott og Kee 2005, 194).

Pårørendes tilstedeværelse økte blant noen frykt for å bli ansvarliggjort for mislykket resusciteringsforsøk, og at det skulle føre til juridiske handlinger (McClement, Fallis og Pereira 2009, Monks og Flynn 2014 og Fallis og Pereira 2009 og Sak-Dankosky et al. 2017).

4.2 Konsekvenser for pårørende

4.2.1 Realistisk forståelse

Ved å invitere pårørende inn ved resuscitering, var det flere sykepleiere i studiene som mente det ville fremme pårørendes realistiske forståelse av situasjonen (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). De mente det var viktig for pårørende å få muligheten til å se utviklingen i pasientens tilstand over tid, og ikke bare få komme inn etter at pasienten hadde gått bort. Ved å la pårørende være tilstede underveis mente sykepleiere de fikk en klar oppfatning av hva som skjedde (Lowry 2012, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). Flere deltakere forklarte: «family members see how things unfolded»; «a sense of reality»; og «they had a clear idea of what happened» (Lowry 2012, 331).

Datainnsamlingens funn viste at flere av deltakerne opplevde det positivt for pårørende å være tilstede ved resuscitering, da de fikk se at alt ble gjort for å redde pasienten (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). Deltakerne presiserte at de trodde pårørende ville oppføre seg roligere og bli mer betrygget av å vite at alt ble gjort for å redde deres kjære. De ønsket å oppfylle pårørendes ønske om å få være tilstede ved livets slutt, så ingen måtte dø alene (Chapman et al. 2013, Lowry 2012, Twibell et al. 2017). Som en deltaker kommenterte:

When they're in the room they actually see what is going on, and they actually understand it. There is a lot less explaining that has to go on. They understand what's going on and what we're trying to do. They can see we're doing what needs to be done for the best for their family (Miller og Stiles 2009, 1435).

Datainnsamlingen viste at deltakerne mente pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering ville fremme og assistere sorgprosessen, samt gi en bedre avslutning (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). Ved å la pårørende være tilstede, observere og delta i resusciteringssituasjonen, opplevde sykepleierne det ville gi

pårørende en bedre forståelse, og de ville ikke sitte igjen med ubesvarte spørsmål (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009 og Twibell et al. 2017). «I think it's helpful for them to move through their process of grief if that family member doesn't survive.. it helped her to have some kind of closure» (Knott og Kee 2005, 197).

4.2.2 Traumatiserende for pårørende

Et flertall av artiklene viste at sykepleierne mente tilstedeværelse ved resuscitering var en traumatisk opplevelse for pårørende (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012, McClement, Fallis og Pereira 2009, Miller og Stiles 2009, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017).

I would hate for a family member to always remember their loved one being poked, shocked and gagged. The trauma could overpower good memories and cause resentment towards hospitals, doctors and nurses (Twibell et al. 2017, 326).

Noen sykepleiere ytret at pårørendes tilstedeværelse var helt uakseptabelt grunnet visse prosedyrer, som intubasjon og åpen thoraktomi, som kunne være for traumatiserende (Miller og Stiles 2009).

Deltakerne følte seg ute av stand til å beskytte pårørende fra den traumatiske realiteten av resusciteringen, og kjente seg direkte ansvarlig for de opprivende scenene, uten å kunne minimere innvirkningen det hadde på pårørende (Monks og Flynn 2014). På grunn av pårørendes tilstedeværelse, så sykepleierne på situasjonen gjennom deres øyne og fikk økt bevissthet rundt grafiske og synlige detaljer av resusciteringsprosessen. Som en deltaker fortalte:

I felt like I was seeing it from the family's perspective rather than as a trained professional seeing it and it was really, really for me distressing to think; oh my god the family is seeing this as well (Monks og Flynn 2014).

Noen hadde et ønske om å beskytte pårørende fra emosjonelle og psykologiske virkninger av å observere resusciteringen, og kunne bruke det som en begrunnelse for ikke å invitere

dem inn (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016). Andre mente pårørende kunne ha liten medisinsk forståelse, manglende evne til å være objektive og risikerer å oppleve sterke følelser som kunne bidra til korte- og langsiktige psykiske plager (Sak-Dankosky et al. 2017).

Sykepleierne kom med utsagn som “the vision...sticks in a person's head”, “kind of a gory sight” og “chest compressions...stripped naked...could see it could be harmful” (Lowry 2012, 332), “really bloody og “cracking the chest” (Twibell et al. 2017, 327).

4.3 Organisatoriske utfordringer

4.3.1 Situasjonsbetinget avgjørelse

Flere deltakere i ulike artikler påstod at pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering ville være en situasjonsbetinget avgjørelse (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012, Miller og Stiles 2009, Porter 2018, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017). Noen av sykepleiernes tanker om dette var: «This is a very individual decision which depends on many different factors» og «It would work only in certain situations, not as a standard practice» (Sak-Dankosky et al. 2017, 136). Ulike faktorer som spilte inn på avgjørelsen sykepleiere tok var basert på personlige preferanser og tidligere erfaring, pasientens og pårørendes alder og pårørendes eget valg (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012, Miller og Stiles 2009, Porter 2018, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017).

En faktor belyst av deltakerne var at personlige meninger eller holdninger rundt tilstedeværelse av pårørende ville avgjøre om de inviterte inn eller ikke (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016 og Porter 2018). Som en sykepleier fortalte:

It probably depends on your own belief set and your own professional clinical experience. If it's your belief that if you were the patient you'd want someone there, or if you were the family member you'd wanna be there for your family member, then I think that you would obviously try to overcome the barriers to implement (family presence during resuscitation) for someone else (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, 2711).

Flere baserte valget sitt på at de trodde andre kollegaer ikke skulle like å bli observert, at de opplevde det som upassende å ha pårørende tilstede, og at de mente pårørende ikke kom til å takle det de skulle til å se (Chapman et al. 2013 og Porter 2018). Det kom frem at tidligere erfaring med tilstedeværelse av pårørende ved resuscitering, avhengig av om erfaringen var positiv eller negativ, kunne være avgjørende for om man inviterte eller ikke inviterte pårørende inn ved resuscitering igjen (Chapman et al. 2013 og Porter 2018). En deltaker fortalte om en gang pårørende hadde blitt hysterisk og begynte å blande seg borti prosedyrer og behandling, og mente han derfor ikke kom til å invitere pårørende igjen (Chapman et al. 2013).

Et annet funn flere artikler i datasamlingen hadde var at valget om å invitere pårørende inn ved resuscitering ble basert på både alder hos pasienten og pårørende (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012 og Porter 2018). Det kom frem at flere deltakere mente det ble gjort forskjellig praksis om pasienten var et barn, enn om pasienten var en voksen (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005 og Porter 2018).

Deltakere presiserte at valget om å invitere pårørende eller ikke, ble avgjort på grunnlag av om pårørende selv ønsket å være tilstede eller ikke (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016 og Lowry 2012). En sykepleier fortalte: “I ask them first, ‘do you want to go in?’ I explain what they might see while they’re in there.. people will say ‘oh I don’t want to go in’ or ‘I definitely want to go in’” (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, 2712).

4.3.2 Omsorgsperson og klare retningslinjer

De fleste studiene beskrev et behov for en dedikert omsorgsperson og klare retningslinjer vedrørende pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, Lowry 2012, McClement, Fallis og Pereira 2009, Porter 2018, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017).

Omsorgspersonens rolle burde ifølge deltakerne gå ut på å være en støtte for pårørende (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, McClement, Fallis og Pereira 2009 og Twibell et al. 2017). Viktigheten av å ha en person som forberedte og

forklarte pårørende om resusciteringshendelsen ble ytret (Chapman et al. 2013, Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Knott og Kee 2005, McClement, Fallis og Pereira 2009, Porter 2018, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017).

When patient is in crisis, the family is also in crisis. We need to have designated staff to look after these families. There needs to be a person assigned to be with them, helping to explain and offering support. This could be a nurse, social worker, pastor or other capable participant (McClement, Fallis og Pereira 2009, 236).

Sykepleierne vurderte mangel på en person i denne rollen som en årsak til ikke å invitere pårørende inn (Chapman et al. 2013). “Absolutely critical that there is a staff member of sufficient seniority free to stay with family members throughout, calmly explaining what is occurring” (Chapman et al. 2013, 22).

I noen studier ble det beskrevet en rolle som hadde fast ansvar for pårørende. Likevel ble det ytret vage beskrivelser av rollen, usikkerhet rundt hvem rollen tilhørte, og i hvor stor grad rollen ble tatt i bruk (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016, Lowry 2012 og Porter 2018). Ved pediatrik resuscitering var omsorgsordinator en fast del av teamet, men ved resuscitering av voksne var denne rollen tilstede i varierende grad (Porter 2018).

Det kom frem at sykepleiere kunne mangle evne til å kommunisere og samhandle med pårørende, og det kunne føre til at pårørende ble ignorert. “Unfortunately families are often ignored by the staff. We don’t know how to talk to families, therefore we avoid it” (Sak-Dankosky, 136).

Det ble identifisert behov for skriftlige retningslinjer som omhandlet pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering (Chapman et al. 2013, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017).

Well-developed protocols should be introduced, describing when and in which circumstances family can be present. It would help with the communication, and at the end better communication with the relatives may result in better treatment outcomes (Sak-Dankosky et al. 2017, 136).

Sykepleierne mente det var behov for opplæring og øvelse i de forskjellige aspektene av pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering (Chapman et al. 2013, Sak-Dankosky et al. 2017 og Twibell et al. 2017), inkludert rollen til omsorgsperson, sorgrådgivning og dødsfall hos barn (Chapman et al. 2013). “Family witnessed resuscitation to be useful and with as little emotional trauma for family, emergency care providers require training/policy guidance” (Chapman et al. 2013, 22).

5.0 Diskusjon

I metodediskusjonen drøftes styrker og svakheter ved litteraturstudiens framgangsmåte. I resultatdiskusjonen diskuteres litteraturstudiens resultat opp imot hensikt, problemstilling, bakgrunnsteori og ny relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier ble litteratursøket avgrenset slik at artiklene svarte tilfredsstillende på vår hensikt og problemstilling. Ifølge Forsberg og Wengström (2015) bør et utvalg i kvalitativ forskning innebære å velge enheter som består av mennesker, miljøer og tidspunkter som kan ha overførbarhet til andre liknende situasjoner.

Vi ønsket å inkludere sykepleieperspektiv da dette svarer til vår hensikt og problemstilling. I noen av litteraturstudiens inkluderte artikler omtales holdninger og erfaringer fra annet helsepersonell som for eksempel leger. Dette kan anses som en svakhet, men vi har vært påpasselige med kun å inkludere funn fra sykepleieperspektivet. Vi anser det som en fordel at flertallet av deltakerne i studiene var sykepleiere, og funnene samsvarte med funnene i artikler med rent sykepleieperspektiv. Pårørende- og pasientperspektiv ble ekskludert da disse perspektivene ikke inngår i vår hensikt og problemstilling.

Inklusjonskriteriet som omhandler sykepleiere fra akuttmottak, intensivavdeling, operasjonsavdeling og avdeling for hjertesykdommer kan sees på som en styrke, da denne yrkesgruppen har en høyere metning av resuscitering enn yrkesgrupper fra andre sykehusavdelinger. Sykepleiere fra sengeposter ble ekskludert da de mest sannsynlig ikke har et stort antall resusciteringshendelser. Helsepersonell fra prehospitale avdelinger har andre omstendigheter ved hjerte-lunge-redning enn det vi ønsker å belyse, og ble derfor ekskludert. Ved å ekskludere et slikt utvalg unngår vi å innhente datamateriale som ikke ville vært representativt nok for det vi har som hensikt å belyse.

Artiklene i litteraturstudien er i hovedsak fra USA og Australia, samt en fra Canada, en fra England og en fra Polen og Finland. Ingen av de inkluderte artiklene er fra Norge, men dette trenger ikke nødvendigvis å være en svakhet. Vi mener helsevesen fra disse landene kan relateres til praksis i Norge da det kan være likheter i organisering og drift. Vi tror også at norsk helsevesen kan utvikles positivt ved å hente inspirasjon og impulser fra litteratur på et internasjonalt nivå. Ved å ekskludere forskning fra ikke-vestlige land har vi unngått store kulturelle forskjeller i funnene, da vi tror holdninger til og erfaringer med dette temaet kan variere betraktelig fra vestlige land til ikke-vestlige land.

Inklusjon av kvalitative artikler kan løfte litteraturstudiens kvalitet da kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt et al. 2016), som er i vår hensikt å belyse. Reviewartikler ble ekskludert da dette ikke møter kravene til Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgaven (Eines 2018).

Artikler der pasientene kun var barn ble ekskludert da sykepleiere kan ha andre holdninger til og erfaringer med pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering av barn. På en side kan dette være en svakhet da det utelukker funn som kan besvare et større perspektiv på det vi ønsker å belyse. Men der igjen ville trolig funnene blitt svært varierte, samt omfanget av litteraturstudien for stor.

En av litteraturstudiens inkluderte artikler er fra år 2005 (Knott og Kee 2007), som kan være en svakhet da vi ønsket å inkludere artikler som var publisert for mindre enn 10 år siden. Der igjen er denne artikkelen blitt henvist til i flere av våre andre inkluderte artikler, (Chapman et al. 2013, Monks og Flynn 2014 og Sak-Dankosky et al. 2017) noe vi oppfatter som en styrke. Funnene som presenteres i artikkelen samsvarer dessuten betraktelig med funnene i de nyere artiklene.

5.1.2 Søkestrategi

Denne fasen startet med prøvesøk i Ovid Medline for å undersøke omfanget av forskning innen vårt valgte tema. Mye relevant forskning ble avdekket, og vi fant at sykepleieperspektiv var hyppigst forsket på. Derfor falt valget på sykepleieperspektiv.

Det kan være en svakhet at vi endret problemstilling i etterkant av bibliotekarveiledning, da vi kan ha gått glipp av nyttig informasjon og hjelp til å forbedre og spesifisere vårt søk. Likevel mener vi det er mye vi kunne overføre fra denne veiledningen til vår aktuelle problemstilling, samtidig som vi kjenner oss trygge i søkeprosessen. I etterkant hadde vi samtale med en annen bibliotekar angående vår søkemetode. Dette kan ses på som en styrke da vi fikk bekreftet at søket var relevant for vår problemstilling.

Databasene Ovid Medline, Ovid Nursing, Embase, ProQuest og Chinal ble benyttet til å søke etter artikler. Selv om ProQuest og Chinal ikke resulterte i nye artikler, kan det ses på som en styrke at det ble utført søk i flere databaser da vi ikke har gått glipp av relevante artikler. Flere av søkene i de forskjellige databasene ble utført med varierende søkeord fra PIO-skjema. Dette hjalp oss til å både utvide og avgrense søkene. Det kan derfor ses på som en fordel at vi utførte varierte søk.

Det ble utført manuelt søk via Google Scholar som ga oss omtrent 210 000 resultater. Hver side viser 10 artikler, og vi leste overskriftene på ca 50 sider. Dette ga oss ingen nye artikler, men kan ses på som en fordel å ha utført. På en annen side kan det være vi gikk glipp av relevante artikler da omfanget av resultatene ble for stort til å gjennomgå i sin helhet. Artikkelen nummer 9 og 10 ble søkt opp via manuelt søk i Google Scholar (Giles, de Lacey og Muir-Cochrane 2016 og Knott og Kee 2005). Den første ble funnet via en kvantitativ artikkel som viste til den aktuelle kvalitative artikkelen utført av samme forfattere. Den andre artikkelen ble inkludert gjennom søk fra litteraturlistene i våre allerede inkluderte artikler. Selv om vi kun fant en relevant artikkel ved å søke ut ifra litteraturlistene, kan det ses på som en fordel å ha gjennomført denne typen søk, da vi ikke gikk glipp av relevante artikler.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi har fulgt retningslinjene til Eines (2018) som skriver at artikler som inkluderes i litteraturstudien skal være originalartikler og referevurdert. Alle våre inkluderte artikler oppfylte disse kriteriene, i tillegg til at de er publisert i et tidsskrift av vitenskapelig nivå. Artikkelen har en tydelig vitenskapelig struktur, IMRAD-struktur, som styrker troverdigheten av kvaliteten. I tillegg til en helhetsvurdering av artikkelen brukte vi sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning (Helsebiblioteket 2016). Vi hadde lite erfaring

med kvalitetsvurdering før litteraturstudien, som kan være en svakhet. Vi tar høyde for at vår begrensede erfaring med dette kan ha påvirket vår kritiske vurdering. En annen svakhet kan være at alle artiklene er skrevet på engelsk, som kan føre til mistolking i analyseprosessen. Vi føler oss trygge på våre engelskspråklige kunnskaper, men ønsker likevel å nevne at dette kan ha hatt en innvirkning på vår forståelse av resultatene i artiklene.

Kvalitetsvurdering av artiklene innebar å vurdere om etiske hensyn var ivaretatt i de enkelte studiene. Vi ønsket å inkludere artikler som belyste etiske hensyn. Alle inkluderte artikler henviser til hvilken etisk komité som har godkjent studien, eller hvilke andre etiske overveielser som er blitt gjort, og vi anser dette som positivt for vår litteraturstudie. I flere av de inkluderte artiklene kommer det ikke tydelig frem hvilket ståsted forfatteren av artikkelen har i forbindelse med temaet, noe vi mener kan være negativt da vi ikke vet om dette kan ha påvirket spørsmål i intervjuguide, studiens utvalg og tolkning av funn. I tillegg var noen av de inkluderte artiklene studier som ble gjort via en kvalitativ spørreundersøkelse online. Dette kan være negativt da forskerens oppfatning av funnene kan være preget av at det ikke var mulighet til å se deltakerne ansikt til ansikt og oppklare eventuelle uklare svar.

Forsberg og Wengstrøm (2015) anbefaler å legge bort egne meninger angående temaet i litteraturstudien. I forkant av arbeidet var vi oppmerksomme på at våre egne meninger og holdninger ikke skulle ha innvirkning på hvilke artikler som ble inkludert, samt hvilke funn som ble presentert. Likevel har våre personlige meninger og holdninger vært i stadig endring gjennom litteraturstudiens arbeidsprosess, da vi har fått økt kunnskap om temaet og fått et innblikk i ulike synsvinkler. Uansett mener vi at vi har klart å holde oss objektive.

5.1.4 Analyse

For å analysere de inkluderte artiklene tok vi i bruk Evans (2002) sin analysemodell som hjelpemiddel. Vi startet analysearbeidet med å samle inn relevant data fra ulike databaser og en søkemotor. Artiklene vi valgte å inkludere, var artikler som besvarte og underbygget litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Det anses som en styrke at vi valgte å lese artiklene hver for oss før vi sammen diskuterte det vi mente var viktige funn og elementer i

hver artikkel. På den måten fikk vi god oversikt og samforståelse før vi kom frem til de artiklene vi anså som egnet til å inkludere i litteraturstudien. Artiklene ble lest gjentatte ganger og relevante funn ble markert og skrevet i et eget dokument. Til slutt ble disse sammenlignet og gruppert i seks hovedfunn. Hovedfunnene ble videre delt inn i tre kategorier for å skape en oversikt som gjør det enklere for leseren å forstå. Ved å gå igjennom denne prosessen ble arbeidet utført på en oversiktlig og strukturert måte, funnene kom klart frem og sannsynligheten for å gå glipp av relevante funn ble redusert.

5.2 Resultatdiskusjon

Spørsmålet om pårørende bør få være tilstede ved resuscitering er blitt mer og mer aktualisert de senere årene. Tidligere ble pårørende sendt ut av rommet hvis pasienten fikk hjertestans. Det viser seg at helsepersonell som har praktisert resuscitering med pårørende tilstede, har overveiende gode erfaringer og stiller seg positive til endret praksis (Gulbrandsen og Stubberud 2015). Argumentene mot pårørendes tilstedeværelse og grunnene til at sykepleiere ser pårørendes tilstedeværelse som en fordel, kommer også frem i litteraturstudiens funn.

5.2.1 Sykepleiers opplevelse av å skape relasjon med pårørende samtidig som kompetanse og arbeidsflyt utfordres

Vårt funn viser at sykepleiere som inviterer pårørende til resuscitering får muligheten til å skape en umiddelbar relasjon med pårørende. Flere sykepleiere opplever å kunne våke over familien, og utgjøre en forskjell hos pårørende i en kritisk og vanskelig situasjon. Å dele resusciteringssituasjonen med pårørende synes å lette den emosjonelle påkjenningen av situasjonen, og kan føre til en positiv opplevelse for sykepleierne. Moesmand og Kjøllestad (2004) sier sykepleier har ansvar for at kontakt etableres både fysisk og relasjonelt. Pårørende opplever at kontakt opprettes når de tilhører den spesielle situasjonen, får adgang til avdelingen der pasienten er, får informasjon og om mulig se, snakke med eller ta på pasienten. Pårørende til pasienter som er døde ved ankomst til sykehuset, eller som dør kort tid etter innleggelsen, kan risikere å ikke få dekket behovet for sosial støtte. Dette gjelder særlig om det ikke er blitt etablert noe kontakt mellom dem og sykepleierne for psykisk førstehjelp.

I litteraturstudiets resultat blir menneskelig berøring forklart som et integrert aspekt innen å knytte bånd mellom sykepleier, pårørende og pasient, og er en kilde til støtte for alle involverte i situasjonen. Moesmand og Kjøllesdal (2004) hevder at å skape kontakt handler om å ta i bruk sansene for å møte et annet menneske, og med berøring kan en forsterke og understreke det verbale budskapet. Pårørende trenger en opplevelse av at det formidles at sykepleier er der for dem og at de ønsker å gjøre noe for dem.

Vår litteraturstudie viser at ved å ha pårørende tilstede, opplever sykepleiere å kunne se pasienten gjennom pårørendes øyne. De blir oppmerksomme på personen bak pasienten, at denne personen tilhører noen og er noens mor, far, datter eller sønn. Dette gjør resusciteringssituasjonen mer personlig, empatisk og human for sykepleiere. For pårørende er det viktig å oppleve at sykepleiere forholder seg til pasienten som person (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Porter, Cooper og Sellick (2013) viser til studier der sykepleiere fikk økt respekt for pasienten hvor pårørende var tilstede. De så pasienten som en viktig brikke i en familie, og dermed så de en person som er noens kjære og ikke et resusciteringsobjekt. Johnson (2016) fant at sykepleiere så på det å personalisere pasienten som positivt, da det skapte en mer human situasjon og emosjonell utveksling mellom sykepleiere og pårørende. Båndet som skapes mellom sykepleiere og pårørende blir sett på som en profesjonell håndteringsmekanisme.

Det kommer frem i vårt funn at sykepleierne opplevde pårørendes tilstedeværelse som nyttig, da de fungerte som en ressurs ved å kunne formidle viktig og kritisk informasjon om pasientens medisinske historie og bakgrunn. Levine og Zuckerman (2000), referert i Moesmand og Kjøllesdal (2004), omtaler pårørende som eksperter, men med en annen ekspertise enn helsepersonell. De er eksperter på pasienten, og har ofte utviklet en sikker ekspertise over flere år. Pasienter ved resuscitering kan ikke selv gi opplysninger om sin tidligere helsetilstand, behandling og allergier, eller gi sitt samtykke (Moesmand og Kjøllesdal 2004). I slike situasjoner har pårørende rett til å medvirke jf. § 3-1 i lov om pasientrettigheter. Det er da viktig at det er pasientens synspunkter som fremmes, og ikke pårørendes personlige synspunkter, samtidig som det er viktig at pårørende har forståelse for valget som gjøres (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Ifølge Halm (2005) er et mål for sykepleierne, ved siden av å redde pasienten, å hjelpe pårørende til å aktivt delta i resusciteringsprosessen. Toronto og LaRocco (2018) presiserer at pårørende følte de hadde

en verdifull plass i resusciteringsrommet, da de kunne bidra med informasjon som kunne løfte sykepleiernes omsorg for pasienten. Samtidig mente pårørende det var svært hjelpsomt for andre familiemedlemmer som ikke var tilstede ved resusciteringen, å få informasjon om hva som foregikk fra det familiemedlemmet som observerte resusciteringen.

Selv om mange sykepleiere opplever pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering som positiv, da de får muligheten til å knytte bånd, er det på en annen side sykepleiere som anser tilstedeværelsen som forstyrrende og utfordrende i henhold til kompetanse og arbeidsflyt.

I litteraturstudiens funn rapporterer sykepleiere om redusert tillit til deres egne profesjonelle ferdigheter og tekniske evner grunnet pårørendes tilstedeværelse. Herunder belyses faktorer som at sykepleierne følte de ble observert, som igjen økte deres grad av selvbevissthet og økt angstnivå. Sykepleiere omtaler at pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering kan påvirke deres kompetanse og arbeidsflyt i varierende grad. Resultatet kan dermed bli ikke å invitere pårørende. Dette bekreftes i Howlett, Alexander og Tsukchiya (2010) sin reviewartikkel der sykepleierne belyser problemer som økt stressnivå, miljøfaktorer, frykt for søksmål og innblanding fra pårørende. En økt psykologisk byrde påpekes, der bekymringene er fra økt angst og ubehag til frykt, prestasjonsangst og emosjonell nød. De kan føle seg nervøse, ukomfortable og distraheret, som igjen kan føre til redusert fokus på pasienten. Frykten for at pårørende kan observere dårlig praktisering, samt at angstnivået øker mer om resuscitering er mislykket ble også nevnt. I vårt funn uttrykker likevel noen sykepleiere at de er komfortable med å bli sett på under resuscitering. Disse mener at det å ekskludere familien ikke burde være første og beste løsning på å redusere ubehaget hos sykepleierne, men heller fokusere på å heve kompetanse og selvtillit blant personale. Walker (2007) belyser en sammenheng mellom uerfarenhet og manglende selvtillit til å håndtere traumatiske situasjoner og liten grad av invitasjon av pårørende ved resuscitering. Videre argumenteres det for behov for opplæring og trening i å håndtere familiens tilstedeværelse, da studier viser til høyere aksept for fenomenet etter opplæring i dette emnet.

Litteraturstudien belyser sykepleieres frykt for forstyrrelser i deres arbeid grunnet pårørendes oppførsel og reaksjoner. Dette underbygges gjennom studien gjort av Porter,

Cooper og Sellick (2013) som formidler helsepersonells bekymring for pårørende som hinder og uromoment gjennom resusciteringen. I motsetning til funnet i vår litteraturstudie viser Moesmand og Kjøllesdal (2004) til en studie gjort av Hansen og Strawser (1992) hvor det kommer frem at selv etter ni år med praksis hvor pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering fant sted, hadde det ikke oppstått situasjoner der pårørende hadde vært forstyrrende for helsepersonellet. Boyd og White (2000) referert i Moesmand og Kjøllesdal (2004) presiserer at det ikke er funnet noen statistisk signifikans for økt stress hos helsepersonell ved å ha pårørende tilstede. Likeens viser Salmond, Paplanus og Avadhani (2014) til observasjoner der opptreden hos helsepersonell ikke påvirkes av pårørendes tilstedeværelse, selv om det bemerkes at noen nyutdannede kan være engstelige til praksisen.

Videre viser funn at sykepleierne fryktet voldsomme og utrøstelige reaksjoner fra pårørende, og at fokuset på pasienten skulle bli svekket på grunn av dette. Dette innebar faktorer som skriking, emosjonelle utbrudd, hysteri, aggresjon, vold, agitasjon og truende og anklagende oppførsel. Oppførselen til pårørende kan være preget av at de selv er i en krisetilstand, og behov for støtte og omsorg vil være nødvendig i en slik situasjon (Stubberud, Grønseth og Almås 2016). Moesmand og Kjøllesdal (2004) underbygger også pårørendes behov for assistanse av helsepersonell ved akutt kritisk sykdom, og formidler viktigheten ved å vise pårørende interesse og omsorg på en hensiktsmessig måte. Om sykepleiere får mer kunnskap om hvordan ivareta pårørende i en krisesituasjon, mener vi det kan føre til økt trygghet og selvsikkerhet.

Sorg er ifølge Bugge (2001) en normal reaksjon etter å ha mistet noen som har stor betydning for en i livet. Videre formidles det hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos pårørende ved akutt kritisk sykdom og dødsfall. Det kommer frem at sykepleierens handlinger bør rettes mot å redusere pårørendes belastninger og fremme samhandling og kommunikasjon, samt gi dem tid til å bearbeide følelser og inntrykk. Howlett, Alexander og Tsuchiya (2010) viser til sykepleiere som føler seg uforberedt på å effektivt respondere til reaksjoner som pårørende kan få i krisesituasjoner. Dessuten formidles det gjennom Porter, Cooper og Sellick (2013) sin reviewartikkel, viktigheten av økt kunnskap og treningsmengde hos helsepersonell som skal ivareta pårørende i en resusciteringshendelse. Det kan derfor tenkes at ved å øke kunnskap og ferdigheter vedrørende håndtering av

pårørendes reaksjoner, vil nødvendigvis ikke sykepleiernes kompetanse og arbeidsflyt utfordres på den måten som uttrykkes i litteraturstudiets funn.

5.2.2 Vil realistisk forståelse overveie den traumatiserende opplevelsen?

Sykepleiernes opplevelse av at pårørende fikk en realistisk forståelse av å være tilstede ved resuscitering, var et fremtredende funn i vår litteraturstudie. Flere mente det ville fremme pårørendes forståelse av situasjonen, de fikk en klar oppfatning av hva som skjedde, samt muligheten til å se utvikling i pasientens tilstand. Pårørende kan ved tilstedeværelse få se at alt som kan gjøres for pasienten, blir gjort. Moesmand og Kjøllesdal (2004) deler denne oppfatningen ved å ytre at tilstedeværelse ved resuscitering kan påvirke pårørendes oppfatning av situasjonen som reell og livstruende. Dermed kan det bidra til en realistisk vurdering av at det kan “gå begge veier”, og det kan redusere bruk av forsvarsmekanismer. Videre påpekes det at realiteten ofte kan være bedre enn forestillinger om hva som skjer. Halm (2005) viser også til pårørende som hevder at deres tilstedeværelse hjalp dem å fatte seriositeten av pasientens tilstand, de visste at alt som var mulig å gjøre var gjort og at dette var med på å fremme sorgprosessen. Toronto og LaRocco (2018) sin studie viser dessuten at pårørende får innsyn i, og forståelse for, innsatsen og omfanget av ressurser som blir lagt inn av helsepersonellet.

Vårt funn viser at ved å være tilstede ved resuscitering der pasienten dør, mener sykepleiere pårørende får fremmet sorgprosessen, en bedre avslutning og lettere aksepterer dødsfallet. Dette støttes av The European Resuscitation Council som hevder at å observere resusciteringen kan gi fordeler for pårørende i form av tid til å akseptere realiteten av døden og hjelp til sorgprosessen (Bossaert et al. 2015). Et annet relevant punkt kommer fra Moesmand og Kjøllesdal (2004) som påstår at pårørende som ikke er tilstede når pasienten dør, kan få sterke følelser på grunn av dette, da de kan føle at de sviktet og ikke stilte opp. Ofte har pårørende etter plutselig død et intenst behov for å vite i detalj hva som skjedde. Om de ikke er tilstede kan det påvirke sorgarbeidet og hvordan de mestrer situasjonen både på kort og lang sikt. For å belyse pårørendes synspunkt vil vi trekke frem Toronto og LaRocco (2018) sin studie der pårørende mente tilstedeværelse ville gi mulighet til å si farvel og fremme en avslutning. Samtidig hjalp det til å akseptere deres kjæres død, og ved å bevitne hendelsen forstod de seriositeten av situasjonen i forkant av dødsfallet.

Sykepleiere har motstridende meninger om hvordan pårørende påvirkes av å være tilstede ved resuscitering. På en side mener de pårørende vil få en økt realistisk forståelse av situasjonen, mens på en annen side tror de tilstedeværelsen kan være en kilde til psykologisk traume.

Et funn i vår litteraturstudie omhandler at sykepleiere mener og opplever det som traumatiserende for pårørende å være tilstede ved resuscitering. De ønsker å beskytte pårørende ved å ikke invitere dem inn, da de frykter det vil føre til psykiske plager i etterkant. Det kommer også frem at sykepleiere føler seg ute av stand til å beskytte pårørende, og kjenner seg ansvarlig for opprivende og ekstreme scener de mener kan være uheldig. Porter, Cooper og Sellick (2013) og Howlett, Alexander og Tsuchiya (2010) underbygger dette i sine studier, og formidler at sykepleiere mener det vil være for traumatiserende for pårørende å vitne resuscitering av deres kjære. Moesmand og Kjøllesdal (2004) påpeker at man aldri vet utfallet av resusciteringen, og at det kan øke personalets skepsis mot å invitere pårørende. Sykepleiere har muligens en oppfatning av at det heller vil skade enn å gagne pårørende.

Men er det virkelig slik at pårørende får negative psykologiske utfall som følge av deres tilstedeværelse? Flere studier der pårørendes perspektiv belyses, hevder at det ikke finnes tungtveiende funn hvor pårørende har fått slike følger. Johnson (2016) ytrer at forskning kan forsikre sykepleiere om at pårørende som blir tilbudt å være tilstede ved resuscitering har mindre sannsynlighet for å oppleve psykologisk stress, symptomer på posttraumatisk stressyndrom eller sorg relatert til depresjon, enn pårørende som ikke tilbys tilstedeværelse. Toronto og LaRocco (2018) viser til studier av pårørende som ikke var tilstede under resuscitering, der flere familiemedlemmer trodde det hadde forenklet deres aksept for pasientens bortgang og egen emosjonell helbredelse om de heller hadde vært tilstede. Ved å være tilstede reduseres pårørendes tvil om hva som har skjedd, de får kunnskaper om hva som er gjort og på hvilken måte, og pårørendes angst og frykt blir redusert (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Moesmand og Kjøllesdal (2004) henviser til flere studier der 90-100 prosent av pårørende ville valgt å være tilstede igjen hvis det ble aktuelt. European Resuscitation Council presiserer også at det ikke finnes data som støtter bekymringene om traumatiserte familiemedlemmer etter tilstedeværelse ved resuscitering (Bossaert et al. 2015).

5.2.3 Behov for klare retningslinjer og omsorgsperson

Et funn i vår litteraturstudie viste at sykepleiere mente valget om å invitere pårørende til resuscitering var situasjonsbetinget. Dette baseres på at personlige preferanser, tidligere erfaringer, meninger og holdninger hos sykepleiere ville ha en innvirkning på avgjørelsen om pårørende ble invitert inn eller ikke. Johnson (2016) sier at helsepersonell som tidligere har erfart pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering har et mer positivt syn på dette enn de som ikke har erfart det. Halm (2005) fant at familiens tilstedeværelse oftere ble akseptert av helsepersonell med høyere ansiennitet som falt sammen med bredere erfaring, høyere selvtillit og mer kompetanse innen resusciteringsprosedyrer og håndtering av urolige pårørende. Høyere utdanning og spesialisering innen akuttsykepleie er noe som korrelerer med positive holdninger til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering.

Kan det tenkes at meninger og holdninger, og dermed personlige preferanser, kan endres gjennom ny erfaring? Moesmand og Kjøllesdal (2004) viser til forskning som sier at helsepersonell som var skeptisk til å ha pårørende tilstede i slike situasjoner i utgangspunktet, endret holdning etter å faktisk ha opplevd det. Et annet relevant punkt som Porter, Cooper og Sellick (2013) formidler, er at nøkkelen til aksept og samarbeid rundt implementering av å invitere pårørende inn ved resuscitering, ligger i undervisning for å gi økt kunnskap og praktiske øvelser for å forberede sykepleiere og øvrig helsepersonell. Helgesen (2017) beskriver at hovedveien til påvirkning og endring av holdninger og atferdsmønstre er overbevisning og økt kunnskap. Vi tror dermed at økt kunnskap og praktisk erfaring gjennom undervisning og øvelse, kan endre sykepleieres holdninger til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering. Helgesen (2017) forklarer holdninger som evaluerende innstillinger med en viktig motiverende funksjon. Denne virkningen kan forårsake at mennesker i fellesskap tilegner seg de samme holdningene. Sykepleiere med overveiende positive erfaringer og holdninger til temaet kan derfor med fordel fungere som rollemodeller, og overføre sine holdninger til de med negativ og fordomsfull innstilling.

Litteraturstudiens funn viser at sykepleiere kan ha en oppfatning av å vite hva som er best for pårørende og pasient. Det kommer likevel frem at flere sykepleiere gir pårørende valget om å få være tilstede ved resuscitering, og at ønsket til pårørende var avgjørende. Salmond, Paplanus og Avadhani (2014) mener at i disse tider der vi beveger oss mot en

mer familiefokusert omsorg, bør helsepersonell legge fra seg sitt paternalistiske syn på hva som er best for familien, og la familien selv ta avgjørelsen om de ønsker å være tilstede eller ikke ved resuscitering. Teori bekrefter pårørendes behov for å bli tilbudt å være tilstede, mens det samtidig er et ønske om å ha muligheten til å komme og gå som de vil, samt få informasjon angående pasientens tilstand fortløpende (Halm 2005 og Salmond, Paplanus og Avadhani 2014).

Da det viser seg at mange sykepleiere vurderer å la pårørende være tilstede eller ikke, basert på egne holdninger, erfaringer og personlig preferanser, kan det tenkes at det er behov for klare retningslinjer. Vårt funn viser at sykepleiere mener det er behov for klare, skriftlige retningslinjer som omhandler pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering, samt en dedikert omsorgsperson.

The European Nursing Association beretter at retningslinjer angående pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering kan hjelpe å rettlede helsepersonell som strever eller taler for å inkludere pårørende i omsorgen til deres familiemedlem. De henviser til studier som sier at protokoller og retningslinjer for det aktuelle temaet er sjeldne, og at mangelen på dette er en barriere for familiens tilstedeværelse (Vanhoy et al. 2017). I en studie av medlemmer fra American Association of Critical Care Nurses og European Nursing Association, jobbet kun 5 % av deltakerne på en avdeling med skriftlige retningslinjer som omhandlet muligheten for pårørendes tilstedeværelse (MacLean et al. 2003).

Johnson (2016) hevder at selv etter introduksjon og aktiv implementering av retningslinjer, ble det ikke funnet noen stor endring i praksis vedrørende pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering. Videre påpekes det at dette kan ha sammenheng med mangel på organisatorisk støtte og pådrivere for konseptet, samt mangel på ledige ressurser i form av helsepersonell. Samtidig argumenteres det for om helsepersonell ikke er enige i protokollens innhold, kan det føre til at praksisen ikke overholdes. En mulig forklaring på uendret praksis kan være at det er behov for oppfølging av protokollen med undervisning og øvelse i hva retningslinjene sier. Dette støttes av The European Nursing Association som hevder at sykepleiere trenger periodisk gjennomgang av retningslinjene for å følge de effektivt (Vanhoy et al. 2017). Samtidig argumenterer Salmond, Paplanus og Avadhani (2014) for retningslinjer som vil være med å gi klare instruksjoner og anbefalinger, samt minimere særegen beslutning hos sykepleiere og øvrig helsepersonell. Bassler (1999)

gjennomførte en studie som blant annet omhandler et utdanningsprogram med implementering av en protokoll vedrørende pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering. Utdanningsprogrammet utgjorde en signifikant økning av sykepleiere som mente pårørende bør ha muligheten til å være tilstede ved resuscitering (fra 56% før til 89% etter), og sykepleiere som i fremtiden kom til å tilby pårørende denne muligheten (fra 11% før til 79% etter).

Vi foreslår noe av innholdet i retningslinjene bør utdype når og i hvilke situasjoner pårørende kan bli tilbudt tilstedeværelse, og hvordan sykepleiere kan vurdere om pårørende er i stand til å håndtere situasjonen. Stubberud, Grønseth og Almås (2016) presiserer det kan forekomme tilfeller hvor pårørende er til psykisk og fysisk belastning for pasient og helsepersonell, og det vil være sykepleiers oppgave å vurdere hvordan pårørende påvirker pasienten og situasjonen. Ifølge litteraturstudiens funn kommer det frem at pasientens alder spiller en avgjørende rolle ved sykepleieres valg om å invitere pårørende inn ved resuscitering. Flere mener det er en klar forskjell mellom hvordan pårørendes tilstedeværelse praktiseres om pasienten er et barn eller en voksen. Retningslinjene fra Norsk Resuscitasjonsråd (2015) hevder at pårørende normalt skal tilbys å være tilstede ved resuscitering av barn om dette ikke hindrer behandlingen. Likevel er retningslinjer når det gjelder voksne pasienter uklare, og vi tenker derfor dette bør inkluderes. Videre mener vi det muligens vil være positivt å utforme et undervisningsprogram for sykepleiere med hensyn til familiefokusert omsorg i retningslinjene.

I likhet med litteraturstudiens funn, viser Howlett, Alexander og Tsuchiya (2010) i sin studie til helsepersonells bekymringer rundt mangelen på en dedikert omsorgsperson til å støtte pårørende ved resuscitering. Om pårørende ønsket å være tilstede ved resusciteringen, mente sykepleiere det var behov for en person som hadde ansvaret for ivaretagelse av pårørende. Videre argumenterer de for at mangelen på en person i rollen som omsorgsperson kan føre til at sykepleiere ikke velger å invitere pårørende.

The European Resuscitation Council presiserer i sine retningslinjer for etikk ved resuscitering og slutten av livet-avgjørelser, behovet for helsepersonell med erfaring som kan legge til rette for, og støtte pårørende som er tilstede ved resuscitering (Bossaert et al. 2015). En rekke studier omtaler behovet for en omsorgsperson som vital (Halm 2005,

Howlett, Alexander og Tsuchiya 2010, Johnson 2016, Porter, Cooper og Sellick 2013 og Salmond, Paplanus og Avadhani 2014). Flere europeiske sykepleieorganisasjoner (The European Federation of Critical Care Nursing Associations, The European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care og The European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions) har gått sammen og formulert en felles uttalelse om sine holdninger til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering.

Organisasjonene mener alle pasienter har rett til å ha pårørende tilstede ved resuscitering, og at pårørende skal bli tilbudt å være tilstede. De påpeker viktigheten av å ha et kvalifisert helsepersonell som kun har ansvar for pårørende. Det forklares at rollen til omsorgspersonen innebærer å briefe pårørende om hva som kan forventes når de ankommer resusciteringsarealet. Videre skal omsorgspersonen oversette resusciteringsteamets uttalelser med forståelige forklaringer, hjelpe pårørende å kommunisere med pasienten og svare ærlig og realistisk på deres spørsmål. Dessuten skal omsorgspersonen opprettholde et trygt miljø og gi psykologisk og emosjonell støtte. Om mulig bør omsorgspersonen ledsage pårørende om de ønsker å forlate området. I etterkant skal pårørende gis mulighet til å reflektere over resusciteringsprosessen, og delta i debriefing med resusciteringsteamet (Moons og Norekvål 2008).

Vi tenker omsorgspersonens rolle hovedsakelig dekkes av en sykepleier med fast deltakelse i resusciteringsteamet. Likevel kan en prest, pleieassistent og øvrig helsepersonell også være egnet. Uansett yrkesutdanning, vil erfaring med omsorg for pårørende i krisesituasjon, og god kunnskap om resusciteringsprosessen, være essensielt for denne rollen.

6.0 Konklusjon

Resultatet viser at avgjørelsen om å invitere pårørende til resuscitering er kompleks. Konsekvensene for sykepleierne er delt i to. På en side opplever de pårørendes tilstedeværelse som en fordel da de lettere kunne skape en relasjon. Ved å knytte bånd med pårørende, minsket dette sykepleiernes emosjonelle påkjenning. De så pasienten gjennom pårørendes øyne, og opplevde pårørende som en ressurs. På en annen side mente sykepleierne pårørende utfordret deres kompetanse og arbeidsflyt. Sykepleierne følte de ble observert, noe som økte deres grad av selvbevissthet. Dette kunne redusere deres tillitt til egne profesjonelle ferdigheter og tekniske evner. Pårørendes oppførsel kunne forstyrre deres arbeid, og påvirke personalets mulighet til å fokusere på pasienten.

Sykepleiernes erfaringer med konsekvenser for pårørende bestod av realistisk forståelse og traumatiserende opplevelse. Ved å invitere pårørende inn, mente flere sykepleiere det ville gi en bedre forståelse av situasjonen, og pårørende ville ikke sitte igjen med ubesvarte spørsmål. De fikk se at alt som kunne bli gjort for å redde pasienten, ble gjort.

Tilstedeværelsen ville dessuten assistere sorgprosessen og fremme en avslutning. Samtidig ytret sykepleierne at observasjon av resuscitering kunne være en traumatisk opplevelse for pårørende. De bekymret seg for om pårørende ville påføres negative psykologiske og emosjonelle virkninger.

Avgjørelsen om pårørendes tilstedeværelse var ofte situasjonsbetinget, basert på personlige preferanser, tidligere erfaringer, pasientens alder og pårørendes eget valg. Sykepleierne fremmet behov for retningslinjer som beskrev når og i hvilke omstendigheter pårørende kunne være tilstede. Det ble ytret mangel på en dedikert omsorgsperson med hovedansvar for pårørende. Opplæring og øvelse i de forskjellige aspektene av pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering ble sett på som vital.

6.1 Konsekvenser for praksis

Ved resuscitering kan pårørende være en viktig støtte for både pasient og sykepleier. Ambivalens rundt temaet pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering kan ha oppstått på grunn av manglende retningslinjer. Klare retningslinjer kan skape forutsigbarhet og redusere usikkerhet blant sykepleiere. Videre kan retningslinjer redusere muligheten for

avgjørelser basert på personlige preferanser vedrørende pårørendes tilstedeværelse. En dedikert omsorgsperson med fokus på pårørende er essensielt for å implementere pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering suksessfullt. Med kontinuerlig opplæring og øvelse i hvordan møte pårørende i krisesituasjoner, kan kompetansen økes og endringer for praksis realiseres.

6.2 Forslag til videre forskning

Vi erfarer begrenset mengde forskning innen temaet pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering, særlig utført med kvalitativ metode. Selv om det er et spirende fokus rundt temaet ser vi behovet for nærmere opplysning og avklaring rundt holdninger og erfaringer hos både sykepleiere, pårørende og overlevende pasienter. Behovet er kanskje størst for å belyse opplevelser fra sykepleiere med bred erfaring fra praksisen, for å få et reelt bilde av hvordan pårørendes tilstedeværelse oppleves. Studier som undersøker erfaringer hos pårørende som har vært til stede ved resuscitering, kan være nødvendig da det vil opplyse sykepleiere om hvordan ivareta pårørendes behov. Selv om overlevelsesraten er liten etter resuscitering, kan det være fordelaktig å ha kunnskap om hvilken opplevelse pasienten hadde av pårørendes tilstedeværelse. Det er behov for mer forskning på hvilke konsekvenser implementeringen av skriftlige retningslinjer og en dedikert omsorgsperson har for praksis. Det kan dessuten lettere identifisere behovet for undervisning og opplæring for å yte optimal omsorg for pårørende ved resuscitering.

Referanseliste

- Bassler, Patricia C. 1999. "The impact of education of education on nurses' beliefs regarding family presence in a resuscitation room". *Journal of Nurses in Staff Development* Vol 15(3): 126-131.
- Bossaert, Leo L., Gavin D. Perkinsb, Helen Askitopoulou, Violetta I. Raffay, Robert Greif, Kirstie L. Haywood, Spyros D. Mentzelopoulos, Jerry P. Nolan, Patrick Van de Voorde og Theodoros T. Xanthos. 2015. "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions". *Resuscitation* Vol 35: 302-311. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.033
- Bugge, Kari Elisabeth. 2001. "Hvordan støtte familier i sorg?" red. Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Ekern. *Familien i sykepleiefaget*, 87-107. Gyldendal Akademisk.
- Chapman, Rose, Angela Bushby, Rochelle Watkins og Shane Combs. 2013. "Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective". *International Emergency Nursing* Vol 22(1): 18-24. DOI: 10.1016/j.ienj.2013.03.008
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. «Mestring og motivasjon». *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk*, 47-82. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eines, Trude Fløystad. 2018. *Eksamen – bacheloroppgave i sykepleie: Avdeling for helse- og sosialfag*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing* Vol 20(2): 22-26.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Lettland: Natur&Kultur.

Giles, Tracy, Sheryl de Lacey og Eimear Muir-Cochrane. 2016. "Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a grounded theory study". *Journal of Advanced Nursing* Vol 72(11): 2706-2717. DOI:10.1111/jan.13046/

Giles, Tracey, Sheryl de Lacey og Eimear Muir-Cochrane. 2017. "How do clinicians practise the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation?". *Journal of Clinical Nursing* Vol 27(5-6): 1214-1224. DOI:10.1111/jocn.14222

Gulbrandsen, Tove og Dag-Gunnar Stubberud. 2015. «Sirkulasjonssvikt». *Intensivsykepleie*, red. Eikeland, Anne, Marit Gimnes og Helle Madsen Holm, 534-599. Oslo: Cappelen Damm AS.

Halm, Margo A. 2005. «Family presence during resuscitation: A critical review of the literature». *American Journal of Critical Care* Vol 14(6): 494-511.

Helgesen, Leif A. 2017. «Vår tenkning om andre mennesker og oss selv». *Menneskets dimensjoner*, 312-339. Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsebiblioteket. 2016. "Sjekkliste". Lest: 05.02.19.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Howlett, Mary Susan L, Gail A. Alexander og Brenda Tsuchiya. 2010. «Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults». *Clinical Nurse Specialist* Vol 24(3): 161-174. DOI: 10.1097/NUR.0b013e3181dc548a

Johnson, Catherine. 2016. «A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department». *International Emergency Nursing* Vol 30: 31-35. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.11.001

Knott, Allison og Carolyn C. Kee. 2005. "Nurses' beliefs about family presence during resuscitation". *Applied Nursing Research* Vol 18(4): 192-198. DOI: 10.1016/j.apnr.2005.07.002

Lowry, Elinar. 2012. "It's Just What We Do": A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol". *Journal of Emergency Nursing* Vol.38(4): 329-334. DOI:10.1016/j.jen.2010.12.016

MacLean, Susan L., Cathie E. Guzzetta, Cheri White, Dorrie Fontaine, Dezra J.Eichhorn, Theresa A.Meyers, Pierre Désy. 2003. "Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses". *Journal of Emergency Nursing* Vol 29(3): 208-221. DOI:10.1067/men.2003.100

McClement, Susan E., Wendy M. Fallis og Asha Pereira. 2009. "Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives". *Journal of Nursing Scholarship* Vol 41(3): 233-240. DOI:10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x

Miller, Juleann H. og Anne Stiles. 2009. "Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures: The Nurse Experience". *Qualitative Health Research* Vol 19(10): 1431-1442. DOI:10.1177/1049732309348365

Moesmand, Anna Marie og Astrid Kjøllesdal. 2004. *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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* Vol. 30(6): 353-359. DOI:10.1016/j.iccn.2014.04.006

Moons, Philip og Tone M. Norekvål. 2008. "European Nursing Organizations Stand Up for Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: A Joint Position Statement". *Progress in Cardiovascular Nursing* Vol 23: 136-139. DOI: 10.1111/j.1751-7117.2008.00004.x

Nordseth, Trond. 2018. «Resuscitering». *Store Medisinske Leksikon*. Lest 19.03.2019. <https://sml.snl.no/resuscitering>

Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Norsk publiseringsindikator. 2016. "Om NPI". Lest 09.04.2019.

<https://npi.nsd.no/informasjon#nivaaainndeling>

Norsk resuscitasjonsråd. 2015. "AHLR på barn og spedbarn". Lest 06.02.19.

https://nrr.org/images/pdf/AHLR_pa_barn_Norske_retningslinjer_2015.pdf?fbclid=IwAR1m40OBc4fWGPj7qGDE_sHsx5zWfr2YJOQlIKr7ugQR9XHdvT41vXo73PI

Norsk senter for forskningsdata. 2019. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler".

Lest 09.04.19. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Porter, Joanne E. 2018. "Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative descriptive study exploring the experiences of emergency personnel post resuscitation". *Heart & Lung*: 1-5. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2018.09.016

Porter, Joanne E., Simon J. Cooper og Ken Sellick. 2013. "Family presence during resuscitation (FPDR): Percieved benefits, barriers and enablers to implementation and practice". *International Emergency Nursing* Vol. 22(2): 69-74. DOI:10.1016/j.ienj.2013.07.001

Sak-Dankosky, Natalia, Pawel Andruszkiewicz, Paula R. Sherwood og Tarja Kvist. 2017. "Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice". *Nursing in Critical Care* 23(3): 134-140.

Salmond, Susan W, Lisa M. Paplanus og Amita Avadhani. 2014. «Using Systematic Reviews to Guide Decision Making About Family-Witnessed Resuscitation». *Journal of PeriAnesthesia Nursing* Vol 29(6): 480-490. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.07.011

Stubberud, Dag-Gunnar. 2013 «Omsorg for pårørende til den voksne pasienten». *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, red. Stubberud, Dag-Gunnar og Anne Eikeland, 165-185. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, Dag-Gunnar, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås. 2016. «Sykepleie ved hjertesykdommer». *Klinisk sykepleie 1*, red. Eikeland, Anne, Dag-Gunnar Stubberud og Trude Haugland, 229-280. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Toronto, Colleen E. Og Susan A. LaRocco. 2018. «Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review». *Journal of Clinical Nursing* Vol 28(1-2): 32-46. DOI: 10.1111/jocn.14649

Twibell, Renee, Debra Siela, Cheryl Riwitis, Alexis Neal og Nicole Waters. 2017. “A qualitative study of factors in nurses’ and physicians’ decision-making related to family presence during resuscitation”. *Journal of Clinical Nursing* Vol.27(1-2): 320-334. DOI: 10.1111/jocn.13948

Vanhoy, Mary Alice, Stephen J. Stapleton, Chairperson Judith Young Bradford, Anna Maria Valdez, Marylou Killian, Nancy Erin Reeve, Andrea Slivinski, Mary Ellen Zaleski, Jean Proehl og Leslie Gates. 2017. «CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation». *Emergency Nurses Assosiation*. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7cf0414584ac2291feba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_8

Walker, Wendy. 2007. «Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review». *Journal of Advanced Nursing* Vol 61(4): 348-362. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04535.x

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema

P (Patient)	I (Intervention)	O (Outcome)
Resuscitering Hjerte-lunge-redning Gjenopplivning	Familie Foreldre Slekt	Holdning Syn Mening Tolkning Opplevelse
Resuscit* Cardiopulmonary resuscit* CPR Heart arrest Adult resuscit*	Famil* Parent* Family witness* Famil* presen* Relative* Family involve*	Attitud* Perception* Opinion* Interpretation* Experienc*

Vedlegg 2: Oversiktstabell søkehistorikk

Søke- Dato/nr.	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler	Artikkelnavn (År) [Artikkelnr. ihht. artikkeloversikt]
05.02.19 / nr. 1	Ovid MEDLINE	1. resuscit*/ resuscitation 2. famil*/ family 3. parent* 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. presen* 7. 5 and 6 8. limit; 2008-current 9. limit; «all adult (19 plus years)», «Danish, English, Norwegian and Swedish»	295	45	4	4	«A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation» (2017) [1] «Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite

							<p>Family Witnessed Resuscitation: a qualitative perspective» (2013) [2]</p> <p>«"It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol» (2012) [3]</p> <p>«Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience» (2009) [4]</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

05.02.19 / nr. 2	Ovid Nursing Database	<ol style="list-style-type: none"> 1. resuscit*/ resuscitation 2. famil*/ family 3. parent* 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. presen* 7. 5 and 6 8. limit; 2008-current 9. limit; «all adult (19 plus years)», «Danish, English, Norwegian and Swedish» 	114	56			<p>«Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice» (2017) [5]</p> <p>«Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives» (2009) [6]</p>

05.02.19 / nr. 3	Embase	<ol style="list-style-type: none"> 1. resuscit*/ resuscitation 2. famil*/ family 3. parent* 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. presen* 7. 5 and 6 8. limit; 2008-current 9. limit; «all adult (19 plus years)», «Danish, English, Norwegian and Swedish» 10. limit; «article or article in press» 11. limit; «qualitative (maximizes specificity)» 	39	23	3		«Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative descriptive study exploring the experiences of emergency personnel post resuscitation» (2018) [7]
20.02.19 / nr. 4	Ovid MEDLINE	<ol style="list-style-type: none"> 1. resuscitation / resuscit* 2. cardiopulmonary resuscitation / cardiopulmonary resuscit* 3. cpr 4. 1 or 2 or 3 	62	7	1		«Care, compassion and competence in critical care: a qualitative exploration of nurses' experience

		5. limit; 2008-current 6. limit; «all adult (19 plus years), «Danish, English, Norwegian and Swedish» 7. family witness* 8. family presen* 9. relative* 10. family involve* 11. family / famil* 12. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 13. 6 and 12 14. attitude of health personnel / attitude / attitud* 15. perception* / perception 16. opinion* 17. 14 or 15 or 16 18. 13 and 17 19. limit; «qualitative (maximizes specificity)					of family witnessed resuscitation» (2014) [8]
25.02.19 / nr. 5	Embase	1. Resuscitation / or resuscit* or Heart Arrest 2. Cardiopulmonary Resuscitation / or cardiopulmonary resuscit* 3. CPR	380	8	1		

		<ul style="list-style-type: none">4. 1 or 2 or 35. limit; 2008 -Current6. limit; "all adult (19 plus years)", «Danish or English or Norwegian or Swedish»7. famil* presen*8. Family / or family witness*9. relative*10. family involve*11. famil*12. 7 or 8 or 9 or 10 or 1113. 6 and 1214. "Attitude of Health Personnel" / or Attitude / or attitud*15. perception* or Perception16. opinion*17. interpretation*18. 14 or 15 or 16 or 1719. 13 and 1820. limit; "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"					
--	--	---	--	--	--	--	--

25.02.19 / nr. 6	ProQuest	<ol style="list-style-type: none"> 1. adult resuscitation or cardiopulmonary resuscitation 2. family presence 3. attitudes of nurses 4. Limits; Date: after 2008 Age group: adult (19-44 years), aged (65+ years), middle aged (45-64 years) Source type: scholarly journals Language: Swedish, Norwegian, English, Danish 	44	3	0	0	
25.02.19 / nr. 7	Cinahl	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resuscitation or cpr og cardiopulmonary resuscitation 2. family presence during resuscitation 3. nurses attitudes or nurses perceptions or nurses beliefs or nurses views or nurses opinions 4. Limits; Published date: 2008 01 01-2019 02 31 Age groups: adult (19-44 years), middle aged (45-64 years), aged (65+ years) 	30	0	0	0	

		<p>Geographic subset: Australia and New Zealand, Canada, Europe, UK and Ireland, USA</p> <p>Languages: Danish, Swedish, English, Norwegian</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3: Oversiktstabell artikler

Artikkel 1	
Forfattere	Renee Twibell, Debra Siela, Cheryl Riwitis, Alexis Neal, Nicole Waters
År	2017
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	«A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation»
Hensikt	Hensikten var å utforske likheter og ulikheter i faktorer som påvirker sykepleieres og legers beslutningstaking relatert til familiens tilstedeværelse under resuscitering.
Metode	Kvalitativ - utforskende og beskrivende.
Instrument	Skriftlig anonym respons til 3 åpne spørsmål om familiens tilstedeværelse ved resuscitering.
Deltagere	Sykepleiere = 325 Menn = 13, kvinner = 312 Alder: 25-39 år = 123 , 40-55 år = 149 Leger = 93 Menn = 125, kvinner = 68 Alder: 25-39 år = 141, 40-55 år = 52
Frafall	Ikke dokumentert noe frafall, studien var frivillig.
Hovedfunn / resultat	Sykepleierne la stor vekt på at det potensielt ville være traumatiserende for pårørende som kunne lede til forstyrrende oppførsel, misforståelser, juridiske søksmål eller langvarig psykiske plager. Sykepleierne ønsket å invitere familien inn da det ga muligheten til å se at alt ble gjort for å redde pasienten. Det fremmet en avslutning for pårørende. Sykepleierne uttrykte at familiene kunne dra fordel av å føle at de kunne delta i omsorgen for deres kjære. Sykepleierne ønsket ikke å invitere inn pårørende da de kunne forstyrre deres innsats under resusciteringen. Deltakerne mente sykepleiere bør være i stand til å møte

	negative emosjonelle utbrudd hos pårørende. Og uttrykte behovet for en omsorgsperson. Sykepleierne uttrykte at det var vanskelig å avgjøre om pårørende skulle eller ikke skulle være tilstede, og beskrev avgjørelsen som et dilemma, situasjonsbetinget og kontroversielt.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av en akademisk og klinisk institutional review board. Etiske overveielser ble gjort gjennom hele studien. Anonyme deltakere.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 2 Vurdert til høy kvalitet
Database	Ovid MEDLINE
Søk nr.	1

Artikkel 2	
Forfattere	Rose Chapman, Angela Bushby, Rochelle Watkins & Shane Combs
År	2013
Land	Australia
Tidsskrift	International Emergency Nursing
Tittel	«Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witness Resuscitation: A qualitative perspective»
Hensikt	Hensikten var å utforske hvorfor helsepersonell inviterer eller ikke inviterer familie til å observere resuscitering.
Metode	Beskrivende kvalitativ dataanalyse.
Instrument	Tre åpne spørsmål gjorde at deltakerne fikk muligheten til å beskrive hvorfor eller hvorfor ikke de inviterer til pårørendes tilstedeværelse.
Deltagere	102 deltakere som jobber på akuttmottak Sykepleiere = 77, leger = 25 Kvinner = 75,7%, menn = 24,3% Alder: 18-24 = 5,3%, 25-39 = 46,0%, 40-55 = 46,9%, >55 = 1,8%
Frafall	Ikke dokumentert frafall.
Hovedfunn	<p>Fire temaer som representerte faktorer som påvirket deltakernes avgjørelse om å invitere eller ikke til pårørendes tilstedeværelse ble identifisert: motivasjonsfaktorer, personlig valg, personalets vurdering og organisatoriske faktorer.</p> <p>Motiverende faktorer var at pårørende fikk assistert sorgprosessen, sett all innsats som ble gjort, familiemedlemmene kunne fungere som en historiker og hjelpe med avgjørelser.</p> <p>Personlig valg omhandlet at avgjørelsen om å invitere pårørende inn var avhengig av personalets, familiens og pasientens personlige valg.</p>

	<p>Personalets vurdering gikk ut på helsepersonells grunner til å ikke invitere pårørende basert på deres oppfatning av risikoen assosiert med pårørendes tilstedeværelse. Dette inkluderte familiens oppførsel, familiens og pasientens alder, grad av selvtillit, forstyrrelser av teamet, press til å fortsette, bekymringer for pasientens verdighet og tidligere erfaringer med familiens tilstedeværelse ved resuscitering.</p> <p>Organisatoriske faktorer ble basert på faktorer som gjorde at de ikke inviterte pårørende inn. Dette inkluderte plass, arbeidsmengde og mangel på omsorgsperson.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble oppnådd fra The Human Research Ethics Committees på universitetet og sykehuset. Ved å svare på undersøkelsen ga deltakerne sitt samtykke.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 1 Vurdert til høy kvalitet
Database	Ovid MEDLINE
Søk nr.	1

Artikkel 3	
Forfattere	Elinar Lowry
År	2012
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Emergency Nursing
Tittel	«It's just what we do»: A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol»
Hensikt	Primærhensikten med studien var å beskrive hvilke fordeler og ulemper tilstedeværelse utgjorde for pårørende ved å bruke oppfatningen til sykepleiere som jobber i en akuttavdeling med en veletablert skriftlig protokoll som omhandler pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering. Sekundærhensikten var å definere erfaringen med pårørendes tilstedeværelse ved å bruke oppfatningen til sykepleierne.
Metode	Deskriptivt kvalitativt design.
Instrument	Semi-strukturert, ansikt-til-ansikt-intervju med utforskende og åpne spørsmål.
Deltagere	14 registrerte sykepleiere som jobber på akuttavdeling på et sykehus med en veletablert skriftlig protokoll. Alder = 18-56+ år. Kvinner = 13, Menn = 1 Erfaring: fra 1-10+ år
Frafall	To sykepleiere kunne ikke bli kontaktet for å avtale intervju. Tre sykepleiere dukket ikke opp til avtalt intervju.
Hovedfunn	Sykepleiere oppfattet fordeler til familiemedlemmer ved at 1) familien er i stand til å se utviklende hendelser, beskrevet som at pårørendes får mulighet til å se deres kjæres tilstandsendring over tid, og 2) er i stand til å validere innsatsen for å redde livet til deres kjære. Sykepleiere indikerte også at pårørendes forståelse av at alt mulig var gjort, økte sykepleiers tillit til at de gjorde alt de kunne under gjenoppliving. Ingen sykepleiere beskrev å observere faktisk skade for familiemedlemmer som var tilstede under gjenopplivning.

Funn ved beskrivelse av positiv opplevelse med pårørendes tilstedeværelse:

Sykepleierne fikk mulighet til å våke over familien, gi familien mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. De var komfortable med pårørendes varierte oppførsel og emosjonelle uttryksmåter og kunne imøtekomme dette på en støttende måte. Sykepleierne hadde en sinnsro selv ved ekstrem oppførsel hos pårørende. Ved å ha pårørende tilstede kunne sykepleierne ha mulighet til å trøste dem.

Familiens tilstedeværelse som en fordel:

Sykepleierne mente det var en fordel å kunne ha pårørende som en del av teamet. Familien fikk mulighet til å se utviklingen i pasientens tilstand, noe som kunne skape en realistisk forståelse. Ved å være tilstede, kunne pårørende se at alt som kunne bli gjort, ble gjort, for å redde pasienten.

Beskrivelse av negativ opplevelse:

Det var kun en deltaker som kunne fortelle om en negativ opplevelse ved pårørendes tilstedeværelse. Noen få sykepleiere følte ubehag ved at pårørende kanskje ikke forstod hva som skjedde under resusciteringen. Noen sykepleiere uttrykket bekymringer om det kunne være traumatiserende for pårørende å være tilstede ved resuscitering.

Beskrivelse av bruken av protokoll om pårørendes stedeaværelse ved resuscitering:

Grunnet protokollen ble pårørende alltid automatisk invitert inn til resusciteringen. Protokollen beskrev at pårørende alltid skulle være i følge med omsorgsperson eller prest. Sykepleierne hadde vage beskrivelser av omsorgspersonen og hvem som tok på seg denne rollen. Ifølge protokollen skulle sykepleierne kontakte prest når pårørende var tilstede, og de vurderte dens rolle som viktig. Protokollen sa noe om når og hvorfor pårørende eventuelt skulle eskorteres ut av rommet, og sykepleierne beskrev varierte grunner til å be pårørende vente med å

	komme inn i resusciteringsrommet. Sykepleierne fortalte at de mente andre sykepleiere var investert og komfortable med protokollen.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av «the appropriate institutional review boards». Deltakerne skrev under på en skriftlig samtykkeerklæring i forkant av studien.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 1 Vurdert til høy kvalitet
Database	Ovid MEDLINE
Søk nr.	1

Artikkel 4	
Forfattere	Juleann H. Miller & Anne Stiles
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Tittel	«Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures: The Nurse Experience»
Hensikt	Hensikten var å forstå sykepleieres opplevelse av familiens tilstedeværelse ved resuscitering og invasive prosedyrer.
Metode	Kvalitativt design, fenomenologisk tilnærming.
Instrument	Semi-strukturerte intervjuer, med intervjuguide og lydopptak.
Deltagere	Sykepleiere = 17 Kvinner = 15, menn = 2 Alder = 38-57 år
Frafall	Ikke dokumentert frafall, da studien var frivillig.
Hovedfunn	<p>Fire hovedtemaer ble identifisert fra dataene: å forme en forbindelse, engasjere familien, overgang til aksept og en forsiktig tilnærming.</p> <p>Sykepleierne kunne med pårørende tilstede lett opprette kontakt med dem. Dette var positivt da de kunne knytte bånd og utgjøre en forskjell for familien, og føle seg verdsatt. Sykepleierne kunne fremme familiens behov, da familien fikk se og vite hva som ble gjort, og dette førte til en realistisk forståelse og fremmet en avslutning. Ved å ha pårørende tilstede ble pasientens behov fremmet ved at sykepleierne mottok viktig informasjon, familien fikk mulighet til å trøste pasienten og familie kunne stoppe overdreven resuscitering.</p> <p>Ved å ha pårørende tilstede kunne sykepleierne engasjere familien til å aktivt delta i resusciteringsprosessen.</p>

	<p>Ved å lese litteratur om pårørendes tilstedeværelse, ha samtaler med kollegaer og faktisk oppleve pårørende tilstede, hjalp sykepleierne i en overgang til aksept. De overkom stereotypier, tilpasset seg forandringen og forpliktet seg til forandringen.</p> <p>Pårørendes tilstedeværelse krever en forsiktig tilnærming. Sykepleierne beskrev ambivalente følelser som kunne føre til dilemma rundt avgjørelser om pårørendes tilstedeværelse. Noen sykepleiere uttrykket fraværende aksept for pårørendes tilstedeværelse på grunn av mulige traumatiserende opplevelser.</p>
Etisk vurdering	Skriftlig samtykke fra en protokoll godkjent av universitetets institusjonelle vurderingsforum var innhentet fra hver enkelt deltaker.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 2 Vurdert til høy kvalitet
Database	Ovid MEDLINE
Søk nr.	1

Artikkel 5	
Forfattere	Natalia Sak-Dankosky, Pawel Andruszkiewicz, Paula R. Sherwood & Tarja Kvist
År	2017
Land	Finland
Tidsskrift	Nursing in Critical Care
Tittel	«Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice»
Hensikt	Hensikten var å beskrive og gi en forståelse av helsepersonells perspektiv og holdninger i forbindelse med implementasjon av en sykehuspraksis vedrørende pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering, i to Europeiske land (Finland og Polen).
Metode	En induktiv kvalitativ tilnærming.
Instrument	Skriftlige tilbakemeldinger på spørsmål vedrørende deres personlige observasjoner, bekymringer og kommentarer til pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering i sykehus.
Deltagere	93 finske og 75 polske akutt- og intensivsykepleiere og leger. Kvinner = 121, menn = 47
Frafall	Ikke dokumentert frafall.
Hovedfunn	<p>Deltakerne mente resuscitering er en brutal hendelse som kunne ha høy traumatiserende og negativ effekt på pårørende. Dette var en grunn til å ikke invitere pårørende inn.</p> <p>Å ha pårørende tilstede kunne ifølge deltakerne forstyrre arbeidsflyten ved at de feks var i veien eller stilte spørsmål, og samtidig trakk oppmerksomheten fra pasienten.</p> <p>Deltakerne fortalte om mangel på nok helsepersonell og profesjonell ekspertise til å ivareta pårørendes behov. Det ble og uttrykket mangel på tid og oppmerksom for å ta vare på pårørende. Mangel på</p>

	<p>kommuniserende ferdigheter kunne føre til at pårørende ble ignorert. Det ble ytret et behov for trening, opplæring og retningslinjer.</p> <p>Avgjørelsen om pårørende skulle være tilstede eller ikke var situasjonsbasert, og ble bestemt fra hendelsen til hendelse. Det var en individuell avgjørelse basert på varierte faktorer.</p>
Etisk vurdering	<p>Studien ble vurdert og godkjent av the University Committee on Reaserch Ethics, og godkjent av nødvendige komiteer på de seks deltakende sykehusene. Deltakerne ble informert om frivillig og anonym deltakelse. Ved å svare på undersøkelsen ga deltakerne sitt samtykke.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Vitenskapelig publiseringsnivå: 1</p> <p>Vurdert til høy kvalitet</p>
Database	Ovid Nursing Database
Søk nr.	2

Artikkel 6	
Forfattere	Susan E. McClement, Wendy M. Fallis & Asha Pereira
År	2009
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of Nursing Scholarship
Tittel	«Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives»
Hensikt	Hensikten var å finne ut av viktige faktorer relatert til praksisen med pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering blant sykepleiere.
Metode	Beskrivende kvalitativ metode.
Instrument	Som en del av en nettbasert undersøkelse, ga deltakerne kvalitative beskrivelser av deres erfaringer.
Deltagere	Sykepleiere = 242 Gjennomsnittlig alder = 40-49 år
Frafall	Det er ikke dokumentert frafall.
Hovedfunn	<p>Fordeler for familien:</p> <p>Pårørende kunne se hva som ble gjort. De kunne ta på, snakke til og gi emosjonell støtte til pasienten. Pårørende kunne få muligheten til å ta farvel med pasienten.</p> <p>Ulemper for familien:</p> <p>Sykepleierne mente det kunne være traumatiserende for pårørende å være tilstede, samt at pårørende kan bli utsatt for fysisk skade av feks defibrillatoren.</p> <p>Fordeler for sykepleierne:</p> <p>Ved å ha pårørende tilstede så sykepleierne personen bak pasienten. Det kunne være lettere å avslutte resusciteringen da sykepleierne visste at pårørende forstod og aksepterte deres avgjørelser.</p>

	<p>Ulemper for sykepleierne:</p> <p>Å bli sett av pårørende kunne skape angst og usikkerhet rundt kompetansen hos sykepleierne. Sykepleierne fryktet juridiske søksmål. Pårørendes tilstedeværelse minimerte muligheten for bruk av håndteringsmekanismer for sykepleierne. Sykepleierne uttrykket frykt for at pårørende kunne forstyrre deres innsats og distrahere dem fra resuscitasjonsoppgaven.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av University of Manitoba Education/Nursing Research Ethics Board, samt godkjent av Canadian Association of Critical Care Nurses.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 1 Vurdert til middels kvalitet
Database	Ovid Nursing Database
Søk nr.	2

Artikkel 7	
Forfattere	Joanne E.Porter
År	2018
Land	Australia
Tidsskrift	Heart & Lung
Tittel	«Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative descriptive study exploring the experiences of emergency personnel post resuscitation»
Hensikt	Hensikten var å undersøke akuttelhelsepersonells erfaring og holdning til FPDR umiddelbart etter resuscitering.
Metode	Kvalitativ metode.
Instrument	Semi-strukturert intervju.
Deltagere	Sykepleiere = 16 (menn = 3, kvinner = 13) Leger = 13 (menn = 6, kvinner = 7)
Frafall	Det er ikke dokumentert noe frafall, studien var frivillig.
Hovedfunn	<p>Artikkelen viser til seks temaer som går igjen hos deltakerne:</p> <p>Omsorgs koordinator innkalles inkonsekvent – omsorgspersonen som skal ta vare på pårørende ble ikke alltid tilkalt.</p> <p>Implementeringsvakt – det ble gjort et valg basert på hver enkelt pårørendes situasjon og oppførsel om de skulle inviteres inn eller ikke.</p> <p>Effektive kommunikasjonsstrategier for å formidle triste nyheter – deltakerne belyste forskjellige nøkkelord som f.eks. «død» da informasjon skulle gis, slik at de var sikre på at pårørende forstod pasientens tilstand.</p> <p>Livserfaring gir selvtillit – flere av deltakerne kommenterte at livserfaring og modenhet var essensielle elementer for å skape en tilfredsstillende interaksjon med familiemedlemmene.</p>

	<p>Tildeling av en omsorgsperson til pårørende – det ble belyst behovet for en spesifikk person med ansvaret for støtte, informasjon og samhandling med pårørende.</p> <p>Familiemedlemmers rolle avhengig av pasientens alder – om pasienten er barn kan familiens tilstedeværelse være nyttig da medisinsk historie kan bli besvart, mindre traumatisk for barnet og pårørendes hovedfokus vil være å hjelpe barnet. Hos en voksen pasient vil pårørende ha fokus på helsepersonellens handlinger, vil stille spørsmål ved avgjørelser og søke klarhet og rasjonalitet for hver prosedyre som kan øke stress hos personalet.</p>
Etisk vurdering	Artikkelen fikk etisk godkjenning fra the University Human ethics committee og senere sykehusenes etiske komiteer.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 1 Vurdert til høy kvalitet
Database	Embase
Søk nr.	3

Artikkel 8	
Forfattere	Justine Monks, Maria Flynn
År	2014
Land	United Kingdom
Tidsskrift	Intensive & Critical Care Nursing
Tittel	«Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation»
Hensikt	Hensikten var å øke innsikt i sykepleieres erfaring med familiens tilstedeværelse ved resuscitering, og identifisere konsekvenser for praksis på intensivavdeling.
Metode	Kvalitativ fenomenologisk design.
Instrument	Semi-strukturert intervju.
Deltagere	Intensivsykepleiere = 6 Kvinner = 6 Alder = 26-48 år
Frafall	Ikke dokumentert frafall, da deltakelse var frivillig.
Hovedfunn	<p>Artikkelen belyser tre hovedtemaer:</p> <p>Pårørendes tilstedeværelse utfordret sykepleieres kompetansen. De følte de ble sett på, og kanskje dømt, noe som førte til selvbevissthet og nedsatt tillitt til deres egne profesjonelle ferdigheter.</p> <p>Ved å ha pårørende tilstede kunne sykepleierne knytte bånd med pårørende. Å dele situasjonene med pårørende kunne lette den emosjonelle påkjenningen, og resulterte i en positiv opplevelse for sykepleierne.</p> <p>Pårørendes tilstedeværelse gjorde at sykepleierne så situasjonen gjennom deres øyne. Dette gjorde resusciteringen til en personlig, empatisk og human opplevelse for sykepleierne. Ved å se hendelsen fra pårørendes perspektiv ble de mer oppmerksomme på de grafiske</p>

	detaljene, og bekymret hvordan pårørende opplevde dette. De følte seg ansvarlig for de opprørende scenene, og ute av stand til å minimalisere påvirkningen dette kunne ha for pårørende.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gjort fra The Trust Research and Development Office og National Health Service Research Ethics Committee.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 1 Vurdert til middels kvalitet
Database	Ovid MEDLINE
Søk nr.	4

Artikkel 9	
Forfattere	Tracey Giles, Sheryl de Lacey & Eimear Muir-Cochrane
År	2016
Land	Australia
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Tittel	«Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a grounded theory study»
Hensikt	Hensikten var å undersøke faktorer som påvirker praksisen med familiens tilstedeværelse ved resuscitering i en akuttsetting.
Metode	Kvalitativ metode, grounded theory.
Instrument	Dybdeintervju gjennom ansikt-til-ansikt-intervju, lydopptak, samt tre oppfølgingsintervju.
Deltagere	13 sykepleiere (kvinner = 10, menn = 3) Familiemedlemmer = 6 Leger = 2 Ambulansearbeidere = 3 Pasient = 1
Frafall	Ikke dokumentert frafall, da studien var frivillig.
Hovedfunn	<p>Det ble funnet at både sykepleiere og familiemedlemmer krevde eierskap til pasienten, og mente de hadde mest rett til å være med han/henne og ta avgjørelser på pasientens vegne.</p> <p>Opportunistisk tilstedeværelse ble belyst fra sykepleierne som at pårørende som allerede var i rommet, mest sannsynlig ble tillatt å bli værende. I tilfeller der familien nektet å forlate rommet, var helsepersonell for skremt eller hadde ikke tid til å gjøre noe med det. Om pasienten var et barn, ble det sett på som standard praksis å invitere pårørende inn til resuscitering.</p>

	<p>Fordeler med familiens tilstedeværelse ble omtalt som at pårørende fikk sett at alt som kunne gjøres ble gjort, de kunne forberede seg på døden og det fremmet sorgprosessen og avslutning.</p> <p>På grunn av mangel på retningslinjer ble praksisen med familiens tilstedeværelse påvirket av individuelle preferanser og hva helsepersonell mente var best for pasienten og pårørende.</p> <p>Deltakerne vurderte tilstedeværelsens egnethet basert på hver enkelt situasjon, der det ble langt vekt på pårørendes oppførsel, plass og konteksten av resusciteringen. Det ble og lagt vekt på helsepersonells kompetanse og selvtillit da noen helsepersonell bekymret seg for prestasjonsangst.</p> <p>Helsepersonell ønsket å sette grenser for når pårørende kunne være tilstede, og ønsket å kunne be pårørende forlate rommet under visse prosedyrer. Det ble ytret behov for en dedikert omsorgsperson som støtte for pårørende.</p> <p>Helsepersonellet ønsket å beskytte pårørende fra emosjonelle og psykologiske påvirkninger av å observere resusciteringen. Det kom og frem at helsepersonell ønsket å beskytte seg selv ved å unnlate å invitere pårørende.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av universitetet, sykehuset og profesjonell organisasjonsetisk komité. Detaljert informasjonsskriv og skriftlig signert samtykke i forkant av studien.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 2 Vurdert til høy kvalitet
Database	Google Scholar
Søk nr.	Manuelt søk

Artikkel 10	
Forfattere	Allison Knott & Carolyn C. Kee
År	2005
Land	USA
Tidsskrift	Applied Nursing Research
Tittel	«Nurses' beliefs about family presence during resuscitation»
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres tanker og erfaringer rundt pårørendes tilstedeværelse ved resuscitering.
Metode	Beskrivende kvalitativ metode.
Instrument	Semistrukturert intervju med lydopptak. Intervjuguide med åpne spørsmål.
Deltagere	Sykepleiere = 10 Kvinner = 9, menn = 1 Alder = 31-53 år
Frafall	Ikke dokumentert frafall i studien.
Hovedfunn	<p>Muligheten for å invitere pårørende inn ved resuscitering ble påvirket av ulike forhold. Sykepleierne var bekymret for at pårørendes oppførsel skulle være forstyrrende. Det kom frem at muligheten for pårørendes tilstedeværelse ble påvirket av om hjertestans oppstod plutselig eller om det var forutsett. Andre faktorer som spilte en rolle var pasientens alder, pårørendes medisinske kunnskap, plass og om en omsorgsperson var tilgjengelig.</p> <p>Ved at pårørende var til stede, mente sykepleierne at det kunne fremme tvungen avgjørelse fra dem, ved at de feks kunne bestemme om resusciteringen skulle fortsette eller avsluttes. Pårørende fikk også oppleve alvorret av situasjonen.</p> <p>Sykepleierne følte seg observert, ble selvbevisst rundt språkbruk og fikk økt prestasjonsangst med pårørende tilstede.</p>

	Sykepleierne mente det var positivt for pårørende å være tilstede da de fikk sett at alt ble gjort, det assisterte sortgprosessen og fremmet en avslutning. Det kom og frem at tilstedeværelsen kunne være for traumatiserende for pårørende å være vitne til.
Etisk vurdering	Godkjent av universitetets etiske komité.
Vurdering av kvalitet	Vitenskapelig publiseringsnivå: 1 Vurdert til høy kvalitet
Database	Google Scholar
Søk nr.	Manuelt søk