

Kandidatnummer: 5233 & 5316

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Tilstedeværelse av pårørende under gjenopplivning av barn

[Stavanger, 05.05.22]



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Forskning tyder på at det er en mangel på klare retningslinjer for tilrettelegging av familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn, samt manglende opplæring og oppfølging av de ansatte.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge hvilke tiltak som kan bidra til å styrke sykepleiers beslutning om å tilrettelegge for familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn på akuttmottak.

Metode

I denne oppgaven er det foretatt en integrativ litteraturoversikt, med utgangspunkt i fem vitenskapelige forskningsartikler, annen relevant litteratur og egne refleksjoner. Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er inkludert i denne oppgaven.

Resultater

Resultatene viser at flere akuttmottak mangler gode rutiner for å sikre en god rollefordeling og en tilstrekkelig opplæring og oppfølging av de ansatte i forbindelse med gjenopplivning av barn. Disse manglene har innvirkning på sykepleiernes beslutningstaking med hensyn til tilrettelegging av familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn.

Nøkkelord:

Sykepleie, gjenopplivning, pårørende, familietilstedeværelse, Familiesentrert omsorg, kunnskap, ferdigheter, rutiner, tiltak, retningslinjer, ivaretagelse, tverrfaglig samarbeid.

Innhold

1.0	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2	PROBLEMFOMULERING	5
1.3	HENSIKT	6
1.4	BEGREPSAVKLARING	6
1.4.1	FPDR	6
1.4.2	Simulering	6
1.4.3	Debriefing	6
1.4.4	Sjelsørger	7
1.5	OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2.0	TEORI	8
2.1	GRUNNLAGET FOR TILSTEDEVÆRELSE SOM PRAKSIS	8
2.2	LOVREGULERING	8
2.3	TVERRPROFESJONELT SAMARBEID	9
2.4	FAMILIESENTRERT OMSORG	11
3.0	METODE	12
3.1	HVA ER METODE	12
3.1.1	Kvantitativ og kvalitativ tilnærming	12
3.2	OPPGAVENS TILNÆRMING	12
3.3	INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT	13
3.4	SØKEPROSESSEN	13
3.4.1	Valg av søkestrategi	13
3.4.2	Valg av databaser	13
3.4.3	Valg av søkeord	14
3.4.4	Valg av artikler	14
3.5	ANALYSE	16
4.0	RESULTAT	18
4.1	TILSTEDEVÆRELSE AV PÅRØRENDE	18
4.1.1	Pårørende som teammedlem	18
4.1.2	Sykepleiere og pårørendes påkjenning	18
4.2	KUNNSKAP OG ERFARING	19
4.2.1	Betydning av videre utdanning og erfaring	19
4.2.2	Betydning av erfaring og bevissthet rundt avdelingens retningslinjer	19

Kandidatnummer: 5233 & 5316

4.3 RUTINER OG RETNINGSLINJER	20
4.3.1 Avgjørelsen om tilstedeværelse.....	20
4.3.2 Ivaretagelse av pårørende.....	21
4.3.3 Betydning av debriefing etter forsøkt gjenoppliving	21
5.0 DISKUSJON.....	23
5.1 METODEDISKUSJON	23
5.1.1 Studienes opprinnelse og arena	23
5.1.2 Forskernes bakgrunn	23
5.1.3 Studiens deltakere	23
5.1.4 Kvantitativ tilnærming	24
5.1.5 Kvalitativ tilnærming	25
5.2 RESULTATDISKUSJON	26
5.2.1 Familiesentrert omsorg og ivaretagelse av pårørende	26
5.2.2 Viktigheten av retningslinjer og opplæring i tverrfaglig samarbeid.....	27
5.2.3 Betydningen av debriefing	29
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	30
LITTERATUR.....	32

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Antall ord: 7668

1.0 Innledning

Som sykepleier er det en viktig del av jobben å ivareta pasient og pårørende. Avgjørelser som tas, bør ta både pasientens og pårørendes behov i betraktning. I tilfeller der barn kommer inn med hjertestans må det tas hensyn til den krevende behandlingen samtidig som hensynet til pårørende blir ivaretatt. Helsepersonell må derfor ta stilling til om pårørende kan være til stede under gjenopplivningen. En slik beslutning kan være vanskelig og kompleks.

Tilstedeværelse av pårørende under gjenopplivning har vært et kontroversielt tema helt siden det ble introdusert på 1980- tallet. Helsepersonell har gitt uttrykk for bekymring rundt hvilke traumer familiene kan få ved å være til stede, samt forstyrrelser helsepersonell kan oppleve under gjenopplivningen. I senere tid har flere organisasjoner anbefalt familietilstedeværelse, og forskning viser at denne praksisen har positive effekter for foreldrene i etterkant (McLean et al., 2016, s. 1046).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste årene har familietilstedeværelse under gjenopplivning blitt en mer og mer vanlig praksis. Det europeiske gjenopplivningsrådet publiserte i 2021 oppdaterte retningslinjer for etiske spørsmål rundt gjenopplivning. Disse retningslinjene inneholder blant annet en anbefaling om å tilby pårørende å være til stede under gjenopplivning, forutsatt at dette kan skje under trygge omstendigheter (Mentzelopoulos, 2021, s. 411). Gjennom vår jobb på akuttmottak, har vi opplevd å møte barn som kommer inn med hjertestans. Praksisen på sykehuset er at pårørende som hovedregel skal få tilbud om å være til stede under gjenopplivningsforsøket. Likevel har vi opplevd et tilfelle der det ikke ble tatt stilling til familietilstedeværelse. Vi ønsker å tilegne oss ny kunnskap som kan bidra til å identifisere hvordan en best kan tilrettelegge i forkant av disse situasjonene, slik at helsepersonell kan være bedre forberedt og i stand til å ivareta pårørende på en hensiktsmessig måte.

1.2 Problemformulering

Familietilstedeværelse under gjenopplivning (FPDR) kan tenkes å ha stor påvirkning på både personalet og pårørende. Forskning viser at pårørende håndterer utfallet av gjenopplivningen bedre dersom de har vært til stede (Ferrara et al., 2016, s. 34). Samtidig peker helsepersonell på utfordringer ved gjennomføringen av denne praksisen. Sykepleiere forteller om erfaringer der manglende rutiner, veiledning og oppfølging på arbeidsplassen har ført til uønskede

konsekvenser for både personalet og pårørende (Crowley et al., 2015, s. 36-37). Vi antar at gode rutiner, veiledning og oppfølging kan gjøre sykepleiere tryggere på å invitere pårørende med på behandlingsrommet under gjenopplivning av barn. I denne oppgaven ønsker vi å kartlegge sykepleieres erfaringer under gjenopplivning og identifisere tiltak og rutiner som kan bidra til å styrke beslutningstaking i slike situasjoner.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge hvilke tiltak som kan bidra til å styrke sykepleiers beslutning om å tilrettelegge for familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn på akuttmottak. For å belyse denne hensikten ønsker vi å ta utgangspunkt i sykepleieres erfaringer med denne praksisen.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 FPDR

FPDR er en forkortelse for den engelske betegnelsen “family presence during resuscitation” (Gutysz-Wojnicka et al., 2018, s. 45). På norsk oversettes dette til tilstedeværelse av pårørende under gjenopplivning.

1.4.2 Simulering

Simulering er en opplæringsmetode der læresituasjonen skal minne om en ekte pasientsituasjon. Denne metoden brukes hyppig i helsevesenet, og skal bidra til at helsepersonell tilegner seg erfaring med teamarbeid og problemløsning i et trygt læringsmiljø (McLean et al., 2016, s. 1050).

1.4.3 Debriefing

Debriefing er et begrep som brukes mye i helsevesenet. Debrief er en gjennomgang av hendelsen som foregår mellom de involverte i etterkant av en dramatisk hendelse eller opplevelse. Hensikten med en slik gjennomgang er å bidra til bearbeiding av hendelsen og forebygge at helsepersonell utvikler negative psykiske konsekvenser i etterkant av en dramatisk opplevelse (Malt, 2019a).

1.4.4 Sjelesørger

En sjelesørger er en fagperson som utøver sjelesorg ovenfor et menneske (Malt, 2019c).

Sjelesorg er omsorg som tar for seg menneskets sjel, og har som hensikt å lette følelsesmessig og psykologisk smerte og belastning (Malt, 2019b). Dette utøves vanligvis av en prest, diakon eller andre med religiøs bakgrunn, men kan også utøves av psykologer eller andre med videreutdannelse innen psykologi (Malt, 2019c).

1.5 Oppgavens oppbygning

Teorikapittelet i oppgaven tar for seg relevant teori som skal bidra til å belyse hensikten med oppgaven. Dette kapittelet inneholder grunnlaget for FPDR som praksis, pasientens rettigheter, tverrfaglig samarbeid og familiesentrert omsorg. Metodekapittelet beskriver hva en metode er, og hvilke metoder som er tatt i bruk under arbeidet med oppgaven.

I resultatkapittelet presenteres funnene i de analyserte artiklene. Denne delen er delt inn i ulike hoved- og underkategorier for å gjøre funnene mer oversiktlige. Diskusjonsdelen er delt i to, der den første delen består av en drøfting rundt metoden som er brukt og valg av artikler som belyser oppgaven. I den andre delen drøftes resultatene i artiklene. I denne delen trekker vi inn informasjon fra teoridelen og egne refleksjoner. Det siste kapittelet tar for seg anvendelse av funnene i praksis. I dette kapittelet presenteres konkrete forslag for tiltak som kan bidra til å styrke praksisutførelsen.

2.0 Teori

I dette kapittelet presenteres teori som skal bidra til en bedre forståelse av FPDR. Denne delen omtaler hvordan praksisen oppstod og hvilke lovbestemmelser som regulerer denne. Dette kapittelet vil også ta for seg tverrfaglig samarbeid og familiesentrert omsorg, som er relevante begreper knyttet til FPDR.

2.1 Grunnlaget for tilstedeværelse som praksis

Frem til 1980- tallet var det vanlig praksis at familien ventet utenfor behandlingsrommet under gjenopplivningsforsøk. I 1982 begynte personell på akuttmottaket ved Foote Hospital å sette spørsmål ved denne praksisen, da familiemedlemmer ved flere anledninger uttrykte et ønske om å være til stede. Individuelle avgjørelser om å la to familiemedlemmer være til stede i en kort stund med støtte av personalet ble tatt (Doyle et al., 1987, s. 107). Dette er angivelig de første dokumenterte tilfellene av FPDR (Ferrara et al., 2016, s. 33).

Det ble senere satt opp et strukturert program som tillot utvalgte familiemedlemmer å være til stede under gjenopplivningen. På bakgrunn av dette utførte Doyle et al. (1987, s. 107) i 1985 en kvalitativ studie som undersøkte erfaringene til pårørende som hadde vært til stede under gjenopplivning. Familier som hadde vært til stede under gjenopplivningsforsøket uttrykte at de håndterte utfallet og sorgprosessen bedre. Flere av familiene følte at deres nærvær hadde vært til nytte for personen som ble forsøkt gjenopplivet (Doyle et al., 1987, s. 108).

2.2 Lovregulering

I pasient- og brukerrettighetsloven er det egne avsnitt som tar for seg barns særlige rettigheter. En av disse omhandler barns rett til samvær med foreldre under opphold på institusjon. Jf. pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §6-2) har barn "... rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt ...” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). Med utgangspunkt i at foreldrene har samværsrett, har altså barnet rett på å ha en forelder til stede, med mindre dette blir frarådet med hensyn til barnets beste. Dette er videre fastsatt i den norske grunnloven. Jf. grunnloven (1814, §104) har barn "... krav på respekt for menneskeverdet sitt.” (grunnloven, 1814, §104). Dette

innebærer blant annet at i situasjoner der det skal tas avgjørelser som omhandler barn, skal det tas utgangspunkt i hva som er best for barnet.

2.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

På et akuttmottak er det avgjørende med et godt tverrprofesjonelt samarbeid.

«Tverrprofesjonelt samarbeid oppstår når to eller flere helsearbeidere fra ulike profesjoner med komplementære ferdigheter, samarbeider og skaper en felles forståelse som de ikke hadde tidligere, og som de ikke kan få alene» (Aase & Hansen, 2018, s. 211). Dette innebærer at profesjoner med ulik fagkunnskap samarbeider tett for å ivareta pasient og pårørende (Vasset, 2018, s. 28). På et akuttmottak arbeider de i team bestående av ulike profesjoner og yrkesgrupper. Ambulansepersonellet er ofte de første som møter pasienten. De har ansvar for den første behandlingen, samt informasjonsflyt til det behandlende teamet både før og ved ankomst på akuttmottaket. Teamet som tar imot pasienten på akuttmottaket kan for eksempel bestå av sykepleiere, leger, bioingeniører, radiografer og sjelesørgere som skal samarbeide for å ivareta pasient og pårørende i akutte situasjoner. De ulike profesjonene bidrar på hvert sitt område, og samarbeider om å dekke pasientens totale behov. Aase & Hansen (2018, s. 219) trekker frem tre verktøy som kan bidra til å optimalisere det tverrfaglige samarbeidet: ABCDE (observasjonsverktøy), SBAR (kommunikasjonsverktøy) og tverrprofesjonell samarbeidskompetanse.

ABCDE er en forkortelse for airways (luftveier), breathing (respirasjon), circulation (sirkulasjon), disability (bevissthet) og exposure (eksponering). Dette er en rekkefølge som blir brukt for å undersøke en pasient. En slik måte å jobbe på sikrer en struktur, både for undersøkelsen av pasienten og for videreformidling av informasjon om pasientens tilstand. SBAR er en måte å strukturere kommunikasjonen, slik at det du ønsker å formidle blir tydelig for den som mottar informasjonen (Aase & Hansen, 2018, s. 220-221). Denne måten å kommunisere på brukes for eksempel ved pasientoverføringer mellom ambulanse og sykehus eller ved behov for en konsultasjon. Ordet SBAR er en forkortelse, som vist i tabell 1.

Tabell 1

<p>SBAR</p> <p>S- Situasjon</p> <ul style="list-style-type: none">Identifiser deg med navn, yrke og arbeidsplassIdentifiser pasienten med navn og fødselsnummerKort om kontaktårsak <p>B- Bakgrunn</p> <ul style="list-style-type: none">Kjenner du pasientenRelevant sykehistorieForeløpig behandlingInnledning til forandringen som har hendt nå <p>A- Aktuelt (før- nå)</p> <ul style="list-style-type: none">Vitale målinger (ABCDE)Psykososiale forholdSammenligning av før og aktuell situasjonBehandling <p>R- Råd</p> <ul style="list-style-type: none">Plan for behandling/oppfølgingAvklare ansvarOppsummere hva en ble enig om <p>(Aase & Hansen, 2018, s. 220).</p>
--

Tverrprofesjonell samarbeidskompetanse innebærer en forståelse av at alle teammedlemmene ønsker å bidra til den beste behandlingen for pasienten (Aase & Hansen, 2018, s. 221). Dette krever en forståelse av sin egen og andre yrkesgrupper sin rolle og kompetanse, samt en forståelse av sine egne begrensninger (Ingstad, 2015, s. 118-119). En slik samhandling forutsetter at en legger til side stereotypier og gamle samarbeidskulturer (Aase & Hansen, 2018, s. 221). Til sammen kan disse verktøyene bidra til god informasjonsflyt, tydelig kommunikasjon og en felles forståelse av pasientens situasjon. Et godt tverrprofesjonelt team vil forbedre kvaliteten på pleien og redusere feil (Aase & Hansen, 2018, s. 212-213). Dette kan igjen bedre pasientsikkerheten (Vasset & Almås, 2018, s. 16). Dette er avhengig av at teamet «... kommuniserer med hverandre og kombinerer hverandres observasjoner,

kompetanse og beslutningsansvar for å optimalisere pasientbehandlingen» (Aase & Hansen, 2018, s. 212).

2.4 Familiesentrert omsorg

Som sykepleier har man en viktig rolle for å ivareta både pasient og pårørende. Når et barn er involvert, er både barnet selv og pårørende i en svært sårbar situasjon. Familiesentrert omsorg er en modell som fokuserer på deltakelse av familien ved planlegging og utførelse av pasientomsorg. Dette er en modell som er svært anerkjent innen pediatrik sykepleie (McLean et al., 2016, s. 1046). Modellen har som mål å skape et samarbeid der foreldre og helsepersonell har en gjensidig forståelse og tillit til hverandre. På denne måten kan begge parter tilegne en felles forståelse for sykdommen, behandlingen og det videre forløpet. Bruk av familiesentrert omsorg har ført til at flere opplever større tilfredshet med behandlingstilbudet og familier uttrykker at de oftere føler seg respektert av helsepersonellet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Nurse-parent support modellen beskriver hvordan man som sykepleier kan bruke familiesentrert omsorg i yrkesutøvelsen. Denne modellen består av fire punkter, som vist i tabell 2.

Tabell 2

Nurse- parent support model

- God informasjonsflyt og kommunikasjon med foreldrene.
- Gi foreldrene følelsesmessig støtte i situasjonen de er i
- Støtte foreldrene i foreldrerollen, for eksempel inkludere dem i barnets behandling.
- Utøve sykepleie av god kvalitet.

(Grønseth & Markestad, 2017, s. 88-90).

3.0 Metode

Denne delen tar for seg hva metode er, og hvilke metoder som er tatt i bruk i denne oppgaven. Videre vil dette kapittelet gå nærmere inn på hvordan søkeprosessen, valg av artikler og analyseprosessen har foregått.

3.1 Hva er metode

En metode er en planmessig måte/middel for å løse problemer, komme fram til ny kunnskap og etterprøve allerede eksisterende kunnskap. Metode fungerer som et redskap for å samle inn data. Data er informasjonen vi trenger for å finne svar på et problem. Hvilken type data som trengs for å belyse et problem bestemmer hvilken metode som tas i bruk. Det skilles mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2018, s. 51-52).

3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming

Kvantitativ metode gir kunnskap i form av målbare enheter som statistikk, noe som gir oss en bred forståelse av et fenomen. Problemstillingen blir sett utenfra og datainnhenting skjer uten direkte kontakt, gjerne i form av spørreundersøkelser med svaralternativer. Kvantitativ tilnærming har bred datainnsamling over et område. Resultatene er nøytrale og har til hensikt å trekke frem det som er representativt for en større gruppe (Dalland, 2018, s. 52-53).

Kvalitativ metode gir informasjon om erfaringer og opplevelser, ved at data blir innhentet i direkte kontakt med deltakerne. Datainnsamling skjer hovedsakelig gjennom intervju eller observasjon. For å oppnå et godt beskrivende datamateriale, har man et relativt lite antall deltakere i kvalitativ forskning. Dette gir en dypere og mer spesifikk kunnskap om et fenomen, og kan i motsetning til en kvantitativ tilnærming ikke tallfestes (Dalland, 2018, s. 52).

3.2 Oppgavens tilnærming

I denne oppgaven er det brukt en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. En kvantitativ tilnærming kan gi oss et bredt bilde på hvilke faktorer som viser seg å være avgjørende for sykepleiere sin beslutning om å tilrettelegge for FPDR. Statistikk og målbar data gir et bilde på hvilke faktorer som er representative for en større gruppe sykepleiere (Dalland, 2018, s. 52-53). En kvalitativ tilnærming gir en dypere forståelse av sykepleieres

erfaringer og opplevelser (Dalland, 2018, s. 52). En kombinasjon av disse metodene kan dermed bidra til å skape et helhetlig bilde av faktorer som påvirker sykepleieres beslutningstaking.

3.3 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt er en metode som går ut på å skape en oversikt over eksisterende forskning på et område. Litteraturoversikten kan være generell eller integrativ. Begge disse metodene krever en strukturert tilnærming for å analysere relevant data. En generell litteraturoversikt beskriver resultatet av forskningen som er innhentet og analysert (Friberg, 2017b, s. 141-143). I en integrativ litteraturoversikt tar analysen et steg videre, og skaper en ny og egen helhet rundt fenomenet eller problemstillingen. Dette gjøres ved å trekke frem og sammenligne resultatene som presenteres. På denne måten skapes en mer helhetlig forståelse av resultatene og hvordan disse henger sammen. Man går i dybden i de ulike dataene og deres resultater for å identifisere underliggende mønstre, og utformer ut ifra dette egne konklusjoner (Friberg, 2017b, s. 150).

3.4 Søkeprosessen

3.4.1 Valg av søkestrategi

I denne oppgaven er det gjennomført en strukturert litteratursøking, som innebærer å utforme kriterier som begrenser søket (Dalland, 2018, s. 156). Forskning er i stadig utvikling. For å sikre at forskningsartiklene er relevante i dag, er søket begrenset med et tidsspenn på 10 år. Søket er videre begrenset til engelskspråklige peer reviewed artikler. Det er ønskelig at funnene i denne oppgaven skal være relevante for det norske helsevesenet. Det er derfor lagt vekt på data fra land med et sammenlignbart helsevesen som i Norge. Ved å sette begrensninger på tid, språk, faglig nivå og geografisk område ble det gjort forskningsfunn som trolig vil være overførbare til det norske helsevesenet i dag.

3.4.2 Valg av databaser

Databasene ble lokalisert via Oria, som er universitetets søkebase. Artiklene er hentet fra Cinahl, Oria og British Nursing Index. Dette er databaser som inneholder sykepleiefaglige vitenskapelige artikler fra helsefaglig tidsskrifter. Disse databasene ble derfor vurdert som relevante for å belyse vår problemstilling. Det ble også gjennomført søk på Svemed+ tidlig i

søkeprosessen, uten relevante funn. Denne databasen ble derfor ikke med i den videre datainnsamlingen.

3.4.3 Valg av søkeord

For å finne relevante søkeord ble i første omgang de norske begrepene som var relevante for problemstillingen kartlagt. Dette innebar ordene: pårørende, barn, omsorg og akuttmottak. Mesh ble brukt for å finne en fagspråklig engelsk oversettelse på disse ordene. De sentrale søkeordene som ble valgt ut var family, pediatric, care og emergency service. Disse ble brukt i ulike variasjoner under søkeprosessen, med utgangspunkt i relevante emneoverskrifter som ble presentert i de ulike databasene. Underveis i søkeprosessen ble den endelige problemstillingen utformet. Denne problemstillingen omhandler familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn.

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge hvilke tiltak som kan bidra til å tilrettelegge for familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn på akuttmottak. Søkeordet resuscitation ble derfor lagt til, og ulike variasjoner av dette ordet. Det ble gjort flere funn av artikler som var lite relevante grunnet geografisk område. Det ble derfor gjort søk som inneholdt ordene Scandinavia og Norway, men dette viste seg å ha liten innvirkning på søkeresultatene. Disse søkeordene ble derfor ikke tatt med videre.

3.4.4 Valg av artikler

Underveis i datainnsamlingen ble det utformet inklusjons- og eksklusjonskriterier som var relevante for å belyse oppgavens problemstilling. For å få en mer helhetlig forståelse av temaet ble både kvalitative og kvantitative artikler inkludert. Det er ønskelig at oppgaven skal være overførbar til det norske helsevesenet, og forskning fra ikke-vestlige land ble derfor luket ut. Det var også ønskelig å ha forskning som var relevant i dag, og artikler eldre enn 10 år ble luket ut. Et inklusjonskriterium var at artiklene skulle være bygget opp etter IMRaD strukturen, og artikler med annen oppbygning ble derfor luket ut. IMRaD er en oppbygning som består av innledning, metode, resultat og diskusjon. Denne modellen er anvendt i oppbygningen av forskningsartikler, og gjør det lettere å vurdere gyldighet og formål med artikkelen (Dalland, 2018, s. 163). Hvilket perspektiv forskningen hadde ble spesielt vektlagt for å vurdere relevans for problemstillingen. I denne oppgaven er det ønskelig å se på

sykepleieres erfaringer. Inklusjonskriteriene innebar derfor at sykepleiere skulle være representert blant deltakerne.

Denne oppgaven tar for seg bakgrunnen for vurderinger som tas, samt tiltak som kan bidra til kunnskapsutvikling ved tilstedeværelse av pårørende under gjenopplivning av barn. Artikler som utelukkende omhandlet gjenopplivning av voksne ble derfor ekskludert. Forskning med et generelt fokus ble inkludert, til tross for at disse ikke utelukkende handlet om barn. Det ble vurdert at disse artiklene kan bidra til å styrke bakgrunnen for våre beslutninger. Videre er problemstillingen satt til akuttmottak. Det var derfor ønskelig å finne forskning gjort på sykehus, hovedsakelig på akuttmottak. Et inklusjonskriterium var derfor at studiene måtte representere sykepleiere som jobbet med akutt-/intensivbehandling. I tabell 3 er inklusjon- og eksklusjonskriteriene fremstilt. Artiklene som ble vurdert som relevante ut ifra disse eksklusjon- og inklusjonskriteriene ble tatt med videre i en analyseprosess. Disse er fremstilt i tabell 4.

Tabell 3

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ eller kvalitativ tilnærming - IMRaD struktur - Sykepleiere representert blant deltakerne - Deltakere ansatt på sykehus - Sykepleiere som jobbet med akutt-/intensivbehandling representert blant deltakerne 	<ul style="list-style-type: none"> - Forskning fra ikke-vestlige land - Forskning eldre enn 10 år - Forskning som utelukkende omhandler gjenopplivning av voksne

Tabell 4

Forfatter, årstall, land	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Crowley et al., 2015, Storbritannia	Undersøke barnesykepleiere i Storbritannia sitt synspunkt rundt tilstedeværelse av	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Semi-strukturerte intervjuer.	Nursing Children and Young People

	foreldre under gjenopplivning.			
McLean et al., 2016, Australia	Undersøke sykepleiere og legers oppfatninger og selvtillit ved å legge til rette for tilstedeværelse av familie under gjenopplivning av barn.	Sykepleier/lege	Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittstudie.	Journal of Clinical Nursing
Gutysz-Wojnicka et al., 2018, Polen	Kartlegge polske sykepleiere sine erfaringer med familietilstedeværelse under gjenopplivning	Sykepleier	Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittstudie utført ved hjelp av et spørreskjema bestående av 240 spørsmål.	Intensive & Critical Care Nursing
Lowry, 2012, USA	Beskrive fordeler og risikofaktorer ved tilstedeværelse av pårørende, med utgangspunkt i synspunktene til sykepleiere som har jobbet på akuttmottak med godt etablerte rutiner på dette feltet.	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Studien ble gjennomført ved hjelp av personlige intervjuer.	Journal of Emergency Nursing
Ferrara et al., 2016, USA	Evaluerer sykepleiere og leger sin kunnskap om- og etterlevelse av sykehusets skriftlige retningslinjer for FPDR.	Sykepleier/lege	Kvantitativ tilnærming. Det ble utført et seks måneders langt kvasiekperiment	Advanced Emergency Nursing Journal

3.5 Analyse

I en integrativ litteraturoversikt er det avgjørende at en har utført en god analyse av forskningsresultatene som er innhentet. Analysearbeidet kan beskrives "... som en rörelse från helheten till delarna, och därifrån till en ny helhet" (Friberg, 2017a, s. 135). Analysen innebærer ulike steg som til slutt skal bidra til en bedre forståelse av forskningen og resultatene av den. I analysearbeidet ble Friberg (2017a, s. 135) sin metode brukt. Analysearbeidet begynte med en nøye gjennomlesning av forskningsartiklene. Videre ble det foretatt en datareduksjon. Relevant informasjon ble kartlagt og systematisert i en tabell, som

Kandidatnummer: 5233 & 5316

tydeliggjorde forskjeller og likheter som var presentert i de ulike artiklene. Resultatene ble deretter sammenlignet, og faktorer vektlagt i de ulike artiklene ble sammenfattet til ulike hoved- og underkategorier, som er presentert i tabell 5. På denne måten ble resultatene først fremstilt i ulike deler, før delene ble satt sammen til en ny helhet som presenteres i oppgaven.

Tabell 5

Hovedfunn	Underkategorier
Tilstedeværelse av pårørende	<ul style="list-style-type: none">• Pårørende som teammedlem• Sykepleiere og pårørendes påkjenning
Kunnskap og erfaring	<ul style="list-style-type: none">• Betydning av videre utdanning og erfaring• Betydning av erfaring og bevissthet rundt avdelingens retningslinjer
Rutiner og retningslinjer	<ul style="list-style-type: none">• Avgjørelsen om tilstedeværelse• Ivaretagelse av pårørende• Betydning av debriefing etter forsøkt gjenopplivning

4.0 Resultat

Dette kapittelet inneholder resultater fra de fem analyserte artiklene som blir ansett som relevante for å belyse hensikten i denne oppgaven. Resultatene er kategorisert i tre hovedkategorier og syv underkategorier som setter lys på sykepleieres trygghet med hensyn til å tilrettelegge for FPDR.

4.1 Tilstedeværelse av pårørende

Sykepleiere opplever at familietilstedeværelse har fordeler for både dem og pårørende. Samtidig har deltakerne bekymringer rundt at praksisen i noen tilfeller kan være en påkjenning, også for familiene selv (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012).

4.1.1 Pårørende som teammedlem

Sykepleierne i Crowley et al. (2015, s. 36) sin studie fremhevet viktigheten av å finne balansen mellom å respektere foreldrenes rett til tilstedeværelse og samtidig beskytte dem dersom dette ble ansett som nødvendig. De var alle enige om at det kunne gi foreldrene en form for trygghet å være til stede, spesielt dersom barnet døde. Dette begrunnet de med at foreldrene kunne selv kunne observere innsatsen som ble gjort. Deltakerne i Lowry (2012, s. 331) sin studie vektla også viktigheten av familietilstedeværelse. Fordelene som ble trukket frem var blant annet at familien kunne være vitne til hva som skjedde, og se at alt som var mulig ble gjort. Videre ble familien trukket frem som et lagmedlem som bidro på en positiv måte for personalet. Sykepleierne anså det som grunnleggende å se behovene til det enkelte familiemedlemmet som var til stede, og håndtere eventuelle sterke følelsesmessige reaksjoner de kunne oppleve.

4.1.2 Sykepleiere og pårørendes påkjenning

Til tross for at deltakerne i disse to artiklene erkjenner fordelene med FPDR, belyser sykepleierne også utfordringer med denne praksisen. Crowley et al. (2015, s. 36) beretter i sin studie om sykepleieres utfordringer med å ta vare på fortvilte foreldre. Flere følte at de var under et stort press, og ble svært bevisst på hvordan de uttrykte seg til de andre i teamet. En av deltakerne fortalte videre om en situasjon der pårørende hadde distraheret teamet under gjenopplivningen. Sykepleierne som deltok i Lowry (2012, s. 332) sin studie dro også frem presset de følte på når pårørende var til stede. To av disse fortalte at de var bekymret for at

pårørende skulle se de gjøre en feil, eller mistolke noe de gjorde som en feil. Videre var sykepleierne bekymret for belastningen pårørende ble utsatt for, ettersom gjenopplivning kan oppleves brutalt å være vitne til.

4.2 Kunnskap og erfaring

Kunnskap og erfaring har, ifølge tre av de analyserte artiklene, innvirkning på sykepleiernes trygghet med hensyn til å tilrettelegge for at pårørende kan være til stede under gjenopplivning. De analyserte artiklene trekker frem at utdanning, erfaringer, kunnskap og informasjon om retningslinjer som viktige for avgjørelser som omhandler FPDR (Ferrara et al., 2016; Gutysz-Wojnicka et al., 2018; McLean et al., 2016).

4.2.1 Betydning av videre utdanning og erfaring

En studie fra Polen undersøkte sykepleiere og intensivsykepleieres erfaringer med FPDR. Samlet sett hadde sykepleierne hverken positive eller negative holdninger til familietilstedeværelse. Studien viste imidlertid at tidligere positive erfaringer med FPDR førte til en noe mer positiv holdning til praksisen. Videre viste studien at intensivsykepleierne var noe mer positive til praksisen, uten at det var noen videre tydelige forskjeller mellom de to gruppene (Gutysz-Wojnicka et al., 2018, s.47-48). Betydningen av erfaring fremheves også i McLean et al. (2016, s. 1048) sin studie. Helsepersonell som hadde tidligere erfaring med gjenopplivning, særlig pediatrik gjenopplivning, var mer komfortable med å ha pårørende til stede under gjenopplivning. Dette gjaldt også de som jobbet innen kritisk omsorg. De opplevde mindre ulemper, større fordeler, og tilbød oftere pårørende å være til stede.

4.2.2. Betydning av erfaring og bevissthet rundt avdelingens retningslinjer

Ferrara et al. (2016, s. 38-40) foretok en omfattende studie som kartla hvordan bevisstheten rundt avdelingens retningslinjer påvirket praksisutøvelsen. Både leger og sykepleiere deltok i studien, halvparten gjennomgikk et kurs om avdelingens retningslinjer for FPDR. Alle deltakerne ble observert både to måneder før og etter kurset. I forkant av kurset mente 94,7% av helsepersonell ved dette akuttmottaket at familien burde få tilbud om å være til stede under gjenopplivning. Til tross for dette fikk 62,5% av familiene likevel ikke tilbud om å være til stede. Sykepleierne med mer erfaring hadde langt større aksept for FPDR sammenlignet med de med mindre erfaring. I etterkant av kursperioden så Ferrara et al. (2016, s. 38-40) at 47,4% av familiene var til stede under gjenopplivning. Det var i denne perioden ingen familier som

ikke fikk tilbud om å være til stede. Studien viste at 69,4% av kursdeltakerne var klar over retningslinjene sykehuset hadde på dette området, og at pårørende var til stede i 87,5% av gjenopplivningstilfellene i etterkant. Av de som ikke hadde gjennomgått kurs, var kun 21% av helsepersonellet klar over retningslinjene, og pårørende var til stede i 23% av tilfellene. Studien viste altså at en økt bevissthet rundt avdelingens retningslinjer endret handlingsmønsteret til helsepersonellet.

4.3 Rutiner og retningslinjer

De analyserte artiklene fremhever hvordan rutiner og retningslinjer som finnes ved sykehuset påvirker sykepleieres praksisutøvelse. Samtidig fremhever artiklene mangler ved disse, og hvordan dette kan påvirke sykepleiernes beslutningstaking (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012).

4.3.1 Avgjørelsen om tilstedeværelse

To av artiklene viste en tydelig forskjell på sykehusene sine rutiner og retningslinjer for FPDR under gjenopplivning (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012). Sykepleiere ansatt ved et akuttmottak i Storbritannia ga uttrykk for at det var manglende retningslinjer for hvordan beslutningen om FPDR skulle tas. Dette gjorde at avgjørelsen, i mangel på veiledning og klare retningslinjer, ble gjort ut fra erfaring og veiledning fra erfarne kollegaer.

Tilstedeværelse var dermed noe som ble vurdert fra situasjon til situasjon. Sykepleierne uttrykte at dette førte til en indre konflikt, ettersom de var klar over fordelene, men også utfordringene tilstedeværelse kunne føre med seg (Crowley et al., 2015, s. 36).

Et akuttmottak i USA hadde siden 1992 hatt en skriftlig protokoll som lot familien være til stede under gjenopplivning (Lowry, 2012, s. 330). Sykepleierne som var ansatt ved dette akuttmottaket beskrev FPDR som en forventet del av gjenopplivningen. Avgjørelsen om tilstedeværelse var ifølge denne protokollen opp til en lege og sjelesørger. Den behandlende legen måtte godkjenne avgjørelsen som ble tatt. Protokollen inneholdt dessuten klare retningslinjer for når det ville være aktuelt å følge pårørende ut av rommet. Sykepleierne som deltok i studien var investerte i denne måten å jobbe på, og uttalte at de ansatte fremsto komfortable med protokollen som ble brukt i praksisutførelsen (Lowry, 2012, s. 331-332).

4.3.2 Ivaretagelse av pårørende

Gode rutiner for ivaretagelse av pårørende ble i to av artiklene vektlagt som en viktig faktor for tilstedeværelse (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012). I Crowley et al. (2015, s. 35-36) sin studie uttrykte sykepleierne viktigheten av å ha en ledsager til stede som tok seg av foreldrene under gjenopplivningen. I tilfeller der det manglet ledsager, følte de seg splittet mellom å ta vare på barnet og foreldrene. Ettersom barnet kom i første rekke, førte dette i flere tilfeller til at foreldrene kom i andre rekke.

I Lowry (2012, s. 331-332) sin studie fortalte sykepleierne om sykehuset sin skriftlige protokoll for FPDR som inneholdt elementer for å ivareta pårørende. Pårørende skulle ledsages av en sjelesørger eller sykepleier som hadde dette som eneste oppgave. Dette inkluderte å forklare pårørende hva som ville møte dem før de gikk inn i rommet. De ansatte var også opptatt av å gi pårørende handlingsrom til å komme og gå, holde hånden til sitt familiemedlem eller formidle det de ønsket å si til vedkommende. Likevel fortalte også sykepleierne ved dette akuttmottaket om hendelser der ledsager ikke var tilgjengelig.

4.3.3 Betydning av debriefing etter forsøkt gjenoppliving

I de analyserte artiklene ble sykepleiernes påkjennelser og behov for oppfølging i forbindelse med en gjenopplivning vektlagt (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012). Ved et akuttmottak i Storbritannia uttrykte flere av sykepleierne at de kjente på et personlig ubehag under gjenopplivningen. Til tross for at de var positive til tilstedeværelse av pårørende, opplevde sykepleierne det som krevende å være vitne til familien sine reaksjoner (Lowry, 2012, s. 331). Lignende erfaringer ble kartlagt av Crowley et al. (2015, s. 36-37). Studien deres viste at sykepleiere som tvilte på sin egen prestasjon i etterkant, opplevde en sterkere følelse av angst og lavere selvtillit når det kom til eget arbeid.

Manglende rutiner for oppfølging av de ansatte i etterkant, medførte at sykepleierne følte på fortvilelse både på et profesjonelt og personlig plan. Det ble dermed opp til de selv å støtte hverandre i etterkant av gjenopplivningen, og flere av sykepleierne ga uttrykk for at samtaler med kollegaer var viktig. En sykepleier uttrykte at det kunne vært fint å samle teamet til en samtale i etterkant, for en debriefing der en gikk gjennom det som var gjort, og få en bedre form for avslutning etter slike hendelser. Disse behovene stod sterkt i kontrast til virkeligheten sykepleierne tidvis opplevde. Det ble fortalt om situasjoner der sykepleiere, like etter et barn hadde dødd, måtte tilbake for å ta imot pasienter som ventet. I slike situasjoner

Kandidatnummer: 5233 & 5316

var det ikke rom for å debriefe det som hadde skjedd, og følelsene måtte derfor skyves til side (Crowley et al., 2015, s. 36-37).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Studienes opprinnelse og arena

I denne oppgaven er det inkludert studier fra USA, Storbritannia, Australia og Polen. Dette er land med et helsevesen som har mange likhetstrekk med helsevesenet i Norge. Dette utvalget ble gjort på bakgrunn av at oppgaven skal være representativ for det norske helsevesenet. Når det gjaldt arena for studien ønsket vi å velge artikler som omhandlet sykehus, hovedsakelig akuttmottak. Tre av artiklene har akuttmottak som arena. Videre ble en studie utført på pediatrik sykehus, og en foretatt på et kurs for anestesi- og intensivsykepleiere. Alle artiklene inkluderte imidlertid sykepleiere som jobbet innen akutt-/intensivbehandling, noe som gjorde at vi anså disse som relevante for å belyse vår hensikt.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å vurdere forskningens gyldighet og troverdighet, ble bakgrunnen til forfatterne vektlagt. Alle forfatterne i artiklene som er valgt hadde helsefaglig bakgrunn, hovedsakelig innen sykepleie. Forfatterne bestod av sykepleiere med master- eller doktorgrad innen akuttmedisin, familieomsorg, barnesykepleie, anesthesisykepleie eller intensivsykepleie. Noen av forfatterne var også ansatte ved universiteter innenfor fag som spesialiserte seg på sykepleie til barn. Det ble derfor vurdert at forfatterne hadde faglig kompetanse innenfor feltet som ble forsket på. Dette mener vi bidrar til å styrke artiklenes pålitelighet.

5.1.3 Studiens deltakere

I denne oppgaven var det ønskelig å se på sykepleieres erfaringer med beslutning om FPDR. Sykepleiere deltok i samtlige av de fem analyserte artiklene. Disse ble derfor ansett å være aktuelle artikler for å belyse vårt tema. McLean et al. (2016) og Ferrara et al. (2016) sine studier inkluderte både leger og sykepleiere. Begge disse studiene skiller resultatene fra sykepleiere og leger fra hverandre i de tilfellene hvor svarene var avvikende fra hverandre. Dette mener vi gjør tallene representative for oppgaven. Artiklene hadde noe ulike inklusjonskriterier for sine deltakere. I denne oppgaven ble det ansett som relevant å inkludere artikler med sykepleiere som jobbet med akutt-/intensivbehandling. I to av artiklene ble både sykepleiere som jobbet med akuttbehandling og andre avdelinger inkludert. Disse ble likevel ansett som relevante studier, ettersom resultatene som presenterte særegne funn fra

akuttmottak ble lagt frem separat. Det var derfor mulig å trekke ut resultater som var representative for akuttmottak. Videre bidrar disse studiene til å belyse hvilken forskjell erfaring utgjorde for sykepleiernes trygghet og holdninger.

5.1.4 Kvantitativ tilnærming

Det ble brukt både kvantitativ og kvalitativ tilnærming i denne oppgaven. Det ble vurdert at en kombinasjon av disse tilnæringsmåtene ville gi en mer helhetlig og dyp forståelse av sykepleieres erfaringer med tilstedeværelse.

Det ble valgt ut tre kvantitative artikler (Dalland, 2018; Ferrara et al., 2016 & Gutysz-Wojnicka et al., 2018). En slik tilnærming gir målbare resultater, som igjen gir en bred forståelse av det som undersøkes (Dalland, 2018, s. 52). Dette var ønskelig for å finne resultater som var representative for en større gruppe med sykepleiere. Vi ønsket derfor å finne studier med et relativt høyt antall deltakere, for at resultatene skal være representative for sykepleiere og helsepersonell på et mer generelt grunnlag. Gutysz-Wojnicka et al. (2018) sin studie inneholdt 240 sykepleiere ansatt ved ulike sykehus i Polen, og McLean et al. (2016) sin studie inneholdt 123 sykepleiere og leger ansatt ved et pediatrik sykehus i Australia. I Ferrara et al. (2016) sin studie deltok 95 leger og sykepleiere ansatt ved det samme akuttmottaket i USA. Det ble vurdert at antallet deltakere i disse artiklene fremstår representativt for arenaen der studiene ble utført.

For å vurdere studienes troverdighet, ble eventuelle svakheter identifisert. Studien til Gutysz-Wojnicka et al. (2018, s. 46) tok for seg anestesi- og intensivsykepleiere som deltok på en konferanse i Polen. På denne konferansen stod en forelesning om FPDR på programmet. Det er uklart om sykepleierne besvarte spørreundersøkelsen i forkant eller etterkant av denne forelesningen. Det må derfor tas høyde for påvirkningen dette kan ha hatt på resultatene som blir presentert i studien. Likevel ble denne studien vurdert som relevant, da funnene som presenteres tyder på at sykepleiernes tidligere erfaring med gjenopplivning var den mest avgjørende faktoren.

For å vurdere resultatenes troverdighet så vi på studiens signifikansnivå. Signifikansnivået betegnes som p-verdi og er en betegnelse for hvor stor grad resultatene skyldes tilfeldigheter (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 105). To av de kvantitative studiene hadde p-verdi på $<0,05$ (Ferrara et al., 2016, s. 37; Gutysz-Wojnicka et al., 2018, s. 47). Dette betyr at det er under

5% sannsynlig at resultatene skyldes tilfeldigheter. I McLean et al. (2016, s. 1048) sin studie var p-verdien på $<0,001$. Dette vil si at det er under 0,1% sannsynlig at resultatene skyldes tilfeldigheter (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 105). Vi mener at disse resultatene bidrar til å styrke studienes troverdighet.

5.1.5 Kvalitativ tilnærming

Kvalitative studier innebærer gjerne intervjuer med deltakerne, og gir resultater som belyser sykepleierne sine erfaringer og holdninger (Dalland, 2018, s. 52). Det er i denne oppgaven ønskelig å kartlegge sykepleieres erfaringer med gjenopplivning for å skape en dypere forståelse for beslutningene som tas. Det ble derfor valgt ut to kvalitative artikler (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012).

De to studiene ble gjennomført ved hjelp av intervjuer, og inkluderte sykepleiere ansatt ved akuttmottak. På et akuttmottak i Storbritannia ga sykepleierne uttrykk for manglende retningslinjer for FPDR, samt manglende rutiner for ivaretagelse av personalet i etterkant av gjenopplivningen (Crowley et al., 2015). På et akuttmottak i USA hadde de over lenger tid hatt en veletablert protokoll for gjenopplivning, som innebar tilstedeværelse av pårørende (Lowry, 2012). Disse to artiklene ble ansett som svært relevante for å vurdere viktigheten av rutiner og retningslinjer, og hvordan disse kan styrke beslutningstaking i slike situasjoner. Relevansen av artiklene er avhengig av antall deltakere. Crowley et al. (2015) og Lowry (2012) hadde henholdsvis 9 og 14 deltakere i sine studier. Det ble derfor usikkert om disse funnene er representative for en større gruppe sykepleiere. Likevel er disse erfaringene et supplement som bidrar til diskusjon rundt tiltak og rutiner som kan trygge sykepleiere i sine beslutninger.

Når vi skulle vurdere artiklene så vi på hvilke forskningsetiske hensyn som var blitt tatt ved gjennomføring av studien. Vi så på hvilke tiltak som var gjort for å sikre etisk godkjenning, frivillig informert samtykke og anonymisering av data. Crowley et al. (2015, s. 35) hadde fått en etisk godkjenning fra to separate komiteer, mens Lowry (2012, s. 329-330) fikk godkjent sin forskning av en vurderingskomité. I begge artiklene var deltakelse frivillig, og deltakerne skrev under et informert samtykkeskjema. For å ivareta deltakernes anonymitet, ble det brukt numre for å identifisere dem fremfor navn. Vi mener forfatterne av studiene har gjort tilstrekkelige grep for å sikre studiens forskningsetiske hensyn.

5.1.6 Integrativ litteraturoversikt

I denne oppgaven er det skrevet en integrativ litteraturoversikt. Dette går ut på å ta utgangspunkt i allerede eksisterende forskning og lage en egen helhet av funnene, ut ifra egne konklusjoner (Friberg, 2017b, s. 150). Når man skal basere konklusjoner på forskning man selv har innhentet, kan det være risiko for å gå i en bekreftelsesfelle. Dette vil si at man innhenter informasjon som bekrefter sin egen oppfatning, og unngår å inkludere informasjon som kan utfordre den (Svartdal, 2019). Dette har vi forsøkt å være bevisste på. Det vil også være en risiko for at vår søketeknikk kan ha påvirket hvilke funn vi gjorde. På bakgrunn av dette ble det forsøkt endring av søkeord og databaser for å finne relevant forskning på temaet. Vi opplevde i noen tilfeller at antall søketreff var svært mange, noe som kan ha gjort at vi ikke har oppfattet relevant litteratur. Dette presenterer en mulig svakhet i søkeprosessen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Familiesentrert omsorg og ivaretagelse av pårørende

Doyle et al. (1987) var antakelig de første til å kartlegge fordelene ved FPDR. Pårørende ga uttrykk for at de håndterte sorgprosessen bedre, og følte at de var til nytte for pasienten under gjenopplivningen. I artiklene til Crowley et al. (2015) og Lowry (2012) vektla sykepleierne fordelene pårørende opplevde som et viktig grunnlag for tilstedeværelse. De mente at det kunne gi trygghet til foreldrene å se hva som ble gjort og innsatsen som ble iverksatt. Samtidig uttrykte sykepleierne bekymring for påkjenningen pårørende ble utsatt for ved å være til stede, og at eventuelle følsomme reaksjoner kunne oppleves forstyrrende for teamet. Noen av sykepleierne kjente også på en følelse av press og en redsel for å si eller gjøre noe feil (Crowley et al., 2015; Lowry, 2012). Vi ønsker å diskutere hvilke tiltak som kan styrke sykepleieres beslutningstaking i slike situasjoner på basis av prinsippene om familiesentrert omsorg.

Utfordringene som presenteres i artiklene mener vi fremhever viktigheten av gode rutiner for ivaretagelse av pårørende. Familiesentrert omsorg er en arbeidsmodell som belyser viktigheten av familiens deltakelse (McLean et al., 2016, s. 1046). Foreldrene kan, ifølge Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 243) bidra til å oppdage endringer ved barnet, samt bidra med opplysninger som kan være nødvendig for behandlingen. I Lowry (2012, s. 331) sin artikkel ser vi at deltakerne fremmer familiens deltakelse. Familien ble beskrevet som lagmedlemmer, og sykepleierne mente at pårørende bidro positivt under gjenopplivningen.

Familiens tilstedeværelse ble tilsynelatende ansett som en selvfølge, og som en integrert del av gjenopplivningen.

Sykepleierne i både Crowley et al. (2015, s. 36) og Lowry (2012, s. 332) sine studier vektla viktigheten av å ha en person i teamet som utelukkende har som oppgave å ivareta pårørende. Til tross for dette fortalte sykepleiere om tilfeller der det var manglende kapasitet til å utføre dette i praksis. Vi mener derfor det er viktig at familiesentrert omsorg tas i bruk på akuttmottak. Dette kan sette søkelys på viktigheten av å ha en sjelesørger eller annet kompetent personell til stede som ivaretar pårørende. En slik praksis kan gjøre det lettere å sikre en god kommunikasjon mellom foreldrene og helsepersonell, noe som ifølge Grønseth & Markestad (2017, s. 88) er vesentlig i utøvelsen av familiesentrert omsorg. Dette mener vi at igjen kan bidra til færre distraksjoner for det behandlende teamet, trygging av pårørende og bedre håndtering av eventuelle reaksjoner.

5.2.2 Viktigheten av retningslinjer og opplæring i tverrfaglig samarbeid

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven, jfr. (1999, §6-2) har barn "... rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt ...” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). Familietilstedeværelse er altså ifølge norsk lov en vurdering som må tas ut fra hensynet til barnet. I Crowley et al. (2015, s. 36) sin artikkel ser vi at denne vurderingen skaper usikkerhet blant sykepleierne. Flere ga uttrykk for at de, i mangel på klare retningslinjer, måtte ta en avgjørelse basert på egen erfaring og veiledning fra erfarne kollegaer. Dette gjorde at de følte på en indre konflikt og usikkerhet med hensyn til beslutningene som skulle tas. Ifølge Kristoffersen (2016, s. 176) viser forskning at faglig veiledning fører til at sykepleiere opplever mindre stress, større trygghet i sin rolle og større tilfredshet på jobb. Vi ønsker å diskutere hvordan et godt tverrfaglig samarbeid og klare retningslinjer kan bidra til å trygge sykepleierne i beslutningene som tas.

Flere artikler hadde funn som tyder på at sykepleieres holdning til familietilstedeværelse blir påvirket av tidligere erfaring. Ifølge Ferrara et al. (2016) og Gutysz-Wojnicka et al. (2018) hadde erfarne sykepleiere en mer positiv holdning til FPDR. Studien til McLean et al. (2016, s. 1048) viste at sykepleiere som hadde erfaring med gjenopplivning oppfattet større fordeler, færre ulemper og oftere tilbød pårørende å være til stede under gjenopplivning. Videre viste

Ferrara (2016, s. 40) sin studie at familietilstedeværelsen ble påvirket av personalets kunnskap om avdelingens retningslinjer. Dette kan tenkes å være knyttet til sykepleiers trygghet med hensyn til å invitere og ivareta pårørende. Vi mener erfaringene som legges frem i de analyserte studiene tyder en mangel på gode retningslinjer og tilstrekkelig opplæring. Dette kan føre til at sykepleiere mangler trygghet i avgjørelsene som tas om tilstedeværelse.

Sykepleiere trenger ferdigheter i å samarbeide med både øvrig personale og pårørende. Under en gjenopplivning innebærer dette å kunne arbeide tverrprofesjonelt, samt å være i stand til å ivareta pårørende i en svært krevende situasjon. Når et barn kommer inn med hjertestans settes det sammen et tverrprofesjonelt team som møter pasienten og pårørende. Et godt tverrprofesjonelt samarbeid består av ulike profesjoner som samarbeider for å behandle pasienten, og dekke pårørende sine behov (Vasset & Almås, 2018, s. 16). For å styrke kommunikasjon og samhandling mener vi personalet trenger opplæring i arbeidsverktøy som kan bedre samhandlingen og kommunikasjonen i det tverrfaglige samarbeidet. Verktøy som SBAR, ABCDE og tverrprofesjonell samarbeidskompetanse kan bidra til at teamet tilegner en felles forståelse for hverandre og tilstanden til pasienten, noe som kan bidra til et bedre samarbeid rundt beslutninger som skal tas (Aase & Hansen, 2018, s. 219-221).

Vi mener videre at tydelige retningslinjer kan bidra til å veilede personalet og skape en klar rollefordeling i teamarbeidet, slik som vi ser i Lowry (2012, s. 332) sin studie. Dette akuttmottaket hadde en protokoll som tydeliggjorde rollefordelingen for både avgjørelser som skulle tas og for ivaretagelsen av pårørende. Protokollen inneholdt kriterier for når det ville være aktuelt å følge pårørende ut av behandlingsrommet, samt hvem som hadde ansvaret for det. Den tydelige protokollen førte tilsynelatende til at sykepleierne var komfortable og trygge med hensyn til å tilrettelegge for FPDR. For å øke sykepleieres trygghet for å ta beslutninger om tilstedeværelse i slike situasjoner, mener vi derfor at det er viktig med tiltak som settes inn i forkant av disse situasjonene.

Vi mener det bør iverksettes rutiner for opplæring av de ansatte. Denne opplæringen bør innebære simuleringstrening, der sykepleierne får erfare hvordan et teamarbeid fungerer. En slik opplæring kan skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid på arbeidsplassen. Ved hjelp av god kommunikasjon og samarbeid mener vi at teamet har gode forutsetninger for å foreta en informert beslutning basert på kunnskap og erfaring. Samtidig mener vi at gode og

veletablerte retningslinjer kan bidra til å veilede personalet i beslutninger som tjener både barnet, pårørende og det behandlende teamet.

5.2.3 Betydningen av debriefing

I studien til Crowley et al. (2015, s. 36) ga en sykepleier uttrykk for at det hadde vært fint å samle teamet i etterkant av gjenopplivningsforsøk, for å snakke om det som hadde hendt. En slik samtale kalles debriefing (Malt, 2019a). Studien viste at sykepleiere som tvilte på egen presentasjon i etterkant av gjenopplivningen, opplevde en sterk følelse av angst og fikk lavere selvtillit i eget arbeid (Crowley et al., 2015, s. 36). På bakgrunn av dette ønsker vi å diskutere hvordan debriefing kan bidra til at sykepleier opplever større fordeler med FPDR, som igjen kan styrke deres beslutningstaking.

Tre av artiklene vi har analysert peker på at kunnskap og erfaring har innvirkning på sykepleierens selvtillit og beslutning om å tilrettelegge for FPDR. (Ferrara et al., 2016; Gutysz-Wojnicka et al., 2018; McLean et al., 2016). Ved hjelp av en debriefing får sykepleierne og resten av teamet muligheten til å lære hva som var bra, hva som kunne blitt gjort annerledes og snakke om eventuelle usikkerheter eller vanskelige følelser. Det å gå tilbake til situasjonen, slik som under en debrief, er ifølge Kristoffersen (2016, s. 172-173) vesentlig for å lære av den. Ved å muntlig eller skriftlig gjennomgå erfaringen, kan en bli bevisst på ting som påvirket handlingsforløpet. På denne måten kan en lettere bli bevisst sine egne handlinger, væremåte, følelser og reaksjoner.

Lav bemanning eller tidspress kan føre til at teamet ikke får muligheten til å gjennomføre en debrief i etterkant av et gjenopplivningsforsøk. En sykepleier fortalte om en opplevelse der hun, i etterkant av et mislykket gjenopplivningsforsøk, ble nødt til å umiddelbart returnere til de andre arbeidsoppgavene på avdelingen (Crowley et al., 2015, s. 37). Slike tilfeller mener vi tydeliggjør viktigheten av gode tiltak for å ivareta de ansatte i etterkant av en gjenopplivning. Dersom sykepleiere ikke får bearbeidet slike hendelser, kan dette tenkes å påvirke både sykepleiers selvtillit og læring. Dette kan igjen tenkes å påvirke sykepleiers beslutning om å tilrettelegge for familietilstedeværelse ved en senere anledning. Vi mener gode rutiner for debriefing i etterkant av gjenopplivning av barn kan bidra til å styrke læring og bearbeidelse i etterkant av en slik situasjon. Videre kan dette tenkes å påvirke sykepleiers trygghet med hensyn til å tilrettelegge for pårørendes tilstedeværelse.

6.0 Anvendelse i praksis

Som sykepleier har en som oppgave å ivareta både pasient og pårørende. I situasjoner der et barn kommer inn med hjertestans, vil dette innebære å tilrettelegge for familiens tilstedeværelse under gjenopplivningen. Familien har en lovfestet rett til å være til stede. I tillegg har tilstedeværelse vist å ha en positiv effekt på familiens håndtering av hendelsen i ettertid. Det bør derfor i hvert tilfelle tilstrebes at foreldrene til barnet skal få tilbud om å være til stede under gjenopplivningen. I noen tilfeller kan det likevel, av hensyn til barnet, være utilrådelig å ha foreldrene til stede på behandlingsrommet. Artikkene viser at disse avgjørelsene i noen tilfeller blir tatt uten at barnets beste er avgjørende i vurderingen. Manglende kunnskap om retningslinjer, manglende selvtillit og lite erfaring kan i noen tilfeller bidra til at sykepleiere tar avgjørelser på feil grunnlag. Våre resultater tyder på at kunnskap og erfaring er en avgjørende faktor for sykepleieres trygghet til å ta gode beslutninger.

Klare retningslinjer for familietilstedeværelse kan bidra til å veilede personalet både når det kommer til rollefordeling og beslutninger som skal tas. Vi mener videre at gode rutiner for debriefing er viktig for å sikre at personalet blir ivaretatt og lærer av hendelser.

Familiesentrert omsorg som arbeidsmetode på akuttmottak kan bedre kommunikasjonen og samarbeid med pårørende. Bruk av simulering og opplæring av ulike verktøy for observasjon, kommunikasjon, og samarbeidskompetanse kan bidra til å styrke det tverrprofesjonelle samarbeidet. Ut ifra våre resultater har vi formulert forslag som kan bidra til å styrke sykepleiers beslutninger om å tilrettelegge for familietilstedeværelse under gjenopplivning av barn på akuttmottak.

Forslagene er som følger:

- Vi foreslår at familiesentrert omsorg tas i bruk som arbeidsmetode på akuttmottak. Denne arbeidsmetoden bør innarbeides i avdelingens rutiner og retningslinjer for mottak av barn. Hensikten er å sikre god kommunikasjon mellom foreldrene og helsepersonell.

Kandidatnummer: 5233 & 5316

- Vi anbefaler at det utarbeides klare retningslinjer for familietilstedeværelse under gjenopplivning på akuttmottak. Hensikten er å skape en klar rollefordeling med hensyn til familietilstedeværelse i det tverrprofesjonelle samarbeidet.
- Vi foreslår at avdelingen setter opp egne opplæringsdager for de ansatte. På opplæringsdagene bør personalet få opplæring i verktøy de kan ta i bruk for å bedre kommunikasjon og samhandling i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Disse dagene bør også bestå av simuleringstrening, der sykepleierne får trene seg på teamarbeid, beslutningstaking og kommunikasjon.
- Vi foreslår at det utarbeides gode rutiner for debriefing i etterkant av gjenopplivning av barn på akuttmottak. Hensikten er å lære av erfaringer og bearbeide hendelsen i etterkant av en gjenopplivning.

Litteratur

- Aase, I. (2018). Pasientsikkerhet. I S. H. Almås, F. Vasset & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS): for bachelorstudenter i helse- og sosialfag* (s. 61-72). Fagbokforlaget.
- Aase, I. & Hansen, B. S. (2018). Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg., s. 210-224). Universitetsforlaget.
- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring* (2.utg.). Bokforlaget.
- Crowley, L., Gallagher, P. & Price, J. (2015) To stay or not to stay: children's nurses experiences of parental presence during resuscitation. *Nursing Children and Young People*, 27(3), 34–38. <https://doi.org/10.7748/ncyp.27.3.34.e557>
- Dalland, O. (2018) *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E. Maino, J., Keefe, M. & Thee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, 16(6), 107-109. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(87\)80069-0](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(87)80069-0)
- Ferrara, G., Ramponi, D. & Cline, T. W. (2016). Evaluation of physicians' and nurses' knowledge, attitudes, and compliance with family presence during resuscitation in an emergency department setting after an educational intervention. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(1), 32–42. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000086>
- Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ

- forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 129- 140). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141- 152). Studentlitteratur.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Dyk, D., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Wojtaszek, M. & Albarran, J. (2018). Family presence during resuscitation – The experiences and views of Polish nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 46, 44–50.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.02.002>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., s. 139- 192). Gyldendal akademisk.
- Lowry, E. (2012). “It's Just What We Do”: A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 38(4), 329–334. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.12.016>
- Malt, U. (2019a, 14. oktober). *Debriefing*. Store norske leksikon. <https://snl.no/debriefing>
- Malt, U. (2019b, 20. mai). *Sjelesorg*. Store norske leksikon. <https://snl.no/sjelesorg>
- Malt, U. (2019c, 20. mai). *Sjelesørger*. Store norske leksikon. <https://snl.no/sjelesørger>
- McLean, J., Gill, F. J. & Shields, L. (2016). Family presence during resuscitation in a

paediatric hospital: health professionals' confidence and perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1045- 1052. <https://doi.org/10.1111/jocn.13176>

Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Voorde, P. V. de, Druwé, P., Blom, M., Perkins, G. D., Lulic, I., Djakow, J., Raffay, V., Lilja, G., & Bossaert, L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 161, 408- 432.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Svartdal, F. (2019). *Bekreftelsestendens*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/bekreftelsestendens>

Vasset, F. (2018). Pasientforløp. I S. H. Almås, F. Vasset & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS): for bachelorstudenter i helse- og sosialfag* (s. 25-38). Fagbokforlaget.

Vasset, F. & Almås, S. H. (2018). Innledning. I S. H. Almås, F. Vasset & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS): for bachelorstudenter i helse- og sosialfag* (s. 15-22). Fagbokforlaget

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
15.03.22	Cinahl	(Family OR Family attitudes OR family centered care) AND (Hospitals, pediatric OR Intensive care units, pediatric OR pediatric care nursing OR pediatric nursing OR pediatric care) AND (Trauma centers OR Emergency patients OR Trauma nursing OR Emergency service) AND (resuscitation OR resuscitation orders OR resuscitation, cardiopulmonary)	År: 2012-2022 Peer reviewed Engelsk-språklig	4	1	1	1
16.03.22	Oria	Family AND resuscitation AND pediatri* AND emergency OR trauma	År: 2012-2022 Peer reviewed Engelskspråklig	13143	10	2	1
01.04.22	British nursing index	nurs* AND (CPR OR resuscitation) AND (CPR AND family presence OR family) AND pediatric	År: 2012-2022 Peer reviewed Engelskspråklig	13070	6	5	3

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Artikkel 1	
Forfatter(e)	Crowley, L., Gallagher, P. & Price, J.
Årstall	2015
Tidsskrift	Nursing Children and Young People
Land	Storbritannia
Artikkeltittel	To stay or not to stay: children's nurses' experiences of parental presence during resuscitation
Hensikten med studien	Undersøke barnesykepleiere i Storbritannia sitt synspunkt rundt tilstedeværelse av foreldre under gjenopplivning.
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. Semi- strukturerte intervjuer. Dataen ble sammenlignet for å finne temaer som gikk igjen i sykepleiernes erfaringer.
Utvalg	Ni barnesykepleiere som hadde jobbet på akuttmottaket i over et år var med i studien.
Resultater	Sykepleierne anerkjente viktigheten av å ha foreldrene til stede. Likevel uttrykte fler av deltakerne at det var en mangel på veiledning og klare retningslinjer når det kom til håndteringen av foreldrenes tilstedeværelse under gjenopplivning av deres barn. Dette førte til en usikkerhet for sykepleiere, både i forkant og etter gjenopplivningen. Avgjørelsen om tilstedeværelse måtte vurderes i hvert enkelte tilfelle, noe som førte til at deltakerne tidvis stod i vanskelige vurderinger, i forsøk på å finne balansen mellom foreldrenes rettigheter og beskyttelse av foreldrene. Manglende rutiner for debriefing, førte dessuten til at flere av sykepleierne følte på en profesjonell og personlig fortvilelse i etterkant av gjenopplivningen.

Kandidatnummer: 5233 & 5316

	Deltakerne fortalte også om opplevelser av press når foreldre til stede, og at ivaretagelsen av foreldrene ofte kom i andre rekke, ettersom personalet var opptatt med behandlingen av barnet.
--	--

Artikkel 2	
Forfatter(e)	McLean, J., Gill, F. J. & Shields, L.
Årstall	2016
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Land	Australia
Artikkeltittel	Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: health professionals' confidence and perceptions.
Hensikten med studien	Undersøke sykepleiere og legers oppfatninger og selvtillit ved å legge til rette for tilstedeværelse av familie under gjenopplivning av barn.
Perspektiv	Sykepleier/lege
Metode og analyse	Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittstudie. Svarene ble brukt til å sammenligne leger og sykepleiere, samt de som jobbet med intensivbehandling og ikke.
Utvalg	123 tilfeldig utvalgte leger og sykepleier ansatt ved pediatriiske sykehus i Australia deltok i studien.
Resultater	Blant de som jobbet med intensivbehandling hadde 94.1% erfaring med HRL, hvorav 85.3% prosent hadde tilbudt familien å være til stede. Blant de som ikke jobbet med intensivbehandling hadde 75.3% erfaring med HRL, hvorav 38.8% hadde tilbudt familien å være til stede. Personale som hadde erfaring med gjenopplivning av barn og tilrettelegging for tilstedeværelse av pårørende viste seg å ha mer selvtillit, oppfattet flere fordeler og mindre risiko enn de uten erfaring.

Kandidatnummer: 5233 & 5316

Artikkel 3	
Forfatter(e)	Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Dyk, D., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Wojtaszek, M., & Albarran, J.
Årstell	2018
Tidsskrift	Intensive & Critical Care Nursing
Land	Polen
Artikkeltittel	Family presence during resuscitation: the experiences and views of Polish nurses
Hensikten med studien	Kartlegge polske sykepleiere sine erfaringer med familietilstedeværelse under gjenopplivning
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittstudie utført ved hjelp av et spørreskjema bestående av 240 spørsmål. Tre hovedkategorier ble identifisert i analyseprosessen.
Utvalg	240 polske sykepleiere som var til stede ved "Polish Association of Anaesthesia and Intensive Care Nurses conference" deltok i studien.
Resultater	54% av sykepleierne som jobbet på akuttmottak hadde erfaring med FPDR, hvorav 10% av disse hadde hatt positive erfaring med familietilstedeværelse. Studien viste at disse sykepleierne var mer positive til praksisen. Sykepleierne hadde et relativt nøytralt syn på fordelene ved FPDR. Likevel hadde kun 6% av invitert pårørende til å være til stede under gjenopplivning tidligere. Studien viste at tidligere positive erfaringer med tilstedeværelse av pårørende under gjenopplivning påvirket sykepleiere sine holdninger til denne praksisen.

Artikkel 4	
Forfatter(e)	Lowry, E.
Årstell	2012
Tidsskrift	Journal of emergency nursing
Land	USA

Kandidatnummer: 5233 & 5316

Artikkeltittel	“It's Just What We Do”: A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol
Hensikten med studien	Beskrive fordeler og risikofaktorer ved tilstedeværelse av pårørende, med utgangspunkt i synspunktene til sykepleiere som har jobbet på akuttmottak med godt etablerte rutiner på dette feltet.
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. Studien ble gjennomført ved hjelp av personlige intervjuer. Ulike kategorier og trender i svarene ble identifisert basert på deltakernes bruk av lignende ord.
Utvalg	14 sykepleiere ansatt ved akuttmottaket, som hadde erfaring med familietilstedeværelse
Resultater	Sykepleierne beskrev flere fordeler ved familietilstedeværelse, blant annet at det var viktig for familien å se på prosessen, og at de fungerte som en ressurs for teamet. Sykepleierne beskrev at de var i stand til å gi god omsorg til foreldrene, og var fornøyde med retningslinjene for tilstedeværelse. Ingen av sykepleierne hadde opplevd at faktisk skade hadde skjedd som følge av at pårørende var til stede. Likevel uttrykte sykepleierne at det kunne være krevende å være vitne til pårørende sine reaksjoner, og at familietilstedeværelse førte til en økt redsel for å gjøre feil. Sykepleierne uttrykte videre at det hadde oppstått hendelser der de ikke hadde noen tilgjengelig for å ivareta pårørende.

Artikkel 5	
Forfatter(e)	Ferrara, G., Ramponi, D. & Cline, T. W.
Årstall	2016
Tidsskrift	Advanced emergency nursing journal
Land	USA

Kandidatnummer: 5233 & 5316

Artikkeltittel	Evaluation of physicians' and nurses' knowledge, attitudes, and compliance with family presence during resuscitation in an emergency department setting after an educational intervention
Hensikten med studien	Evaluere sykepleiere og leger sin kunnskap om- og etterlevelse av sykehuset sine skriftlige retningslinjer for FPDR.
Perspektiv	Sykepleier/lege
Metode og analyse	Kvantitativ tilnærming. Det ble utført et seks måneders langt kvasiexperiment, der halvparten av deltakerne gjennom en pedagogisk intervensjon/kurs som foregikk over en periode på to måneder. Data ble samlet inn ved hjelp av direkte observasjon to måneder i forkant og etterkant, samt spørreskjema i etterkant. Alle hendelser med gjenopplivning ble i tillegg loggført i de to månedene før- og etter intervensjonen. Resultatene som kom frem i studien ble siden kategorisert ut ifra profesjon og hvorvidt de hadde gjennomgått undervisningsopplegget.
Utvalg	30 leger og 65 sykepleiere ansatt ved et akuttmottak i Pennsylvania.
Resultater	94.7% av helsepersonell mente at familien skulle få muligheten til å være til stede under gjenopplivning. 69.4% av de som hadde gjennomgått undervisning var klar over retningslinjene rundt familie tilstedeværelse. Blant de som ikke mottok undervisning var kun 21% klar over disse. To måneder før gjennomføring av kurset var det 10 familier som ikke ble ikke spurt om de ønsket å være til stede under gjenopplivningen. I perioden etter kurset ble ingen familier ekskludert. Studien viste at få helsepersonell var klar over retningslinjene som fantes for familietilstedeværelse under gjenopplivning. Videre viste studien at kursdeltakelsen økte etterlevelsen av retningslinjene.