

Intensivsykepleiernes erfaringer i møte med pårørende som har utført hjerte- lungeredning

En kvalitativ studie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Madeleine Rui Gidskehaug og

Marie K. S. Jansen

Veileder: Førsteamanuensis Dagrunn Nåden Dyrstad

Dato: 11.05.22

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE,

Spesialisering i:

Intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2022

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Madeleine Rui Gidskehaug og Marie K. S. Jansen

VEILEDER: Førsteamanuensis Dagrunn Nåden Dyrstad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE

Norsk tittel: Intensivsykepleiers erfaring i møte med pårørende som har utført hjertelungeredning. En kvalitativ studie.

Engelsk tittel: The intensive care nurses experience in the encounter of the relatives who performed cardiopulmonary resuscitation to their close family member. A qualitative study.

EMNEORD/STIKKORD:

Hjertestans utenfor sykehus, hjerte- lungeredning, pårørende, psykiske belastninger, ivaretagelse, intensivsykepleiers ansvar, debriefing.

ANTALL ORD: 19 025

STAVANGER 11.05.2022

Forord

Denne studien er gjennomført ved Universitetet i Stavanger i forbindelse med mastergrad i spesialsykepleie, spesialisering innen intensivsykepleie. Gjennom studien har vi tilegnet oss ny kunnskap innen fremgangsmåten av ny forskning. Det har vært en utfordrende prosess, spesielt med Covid-19 som har bydd på uforutsigbarhet og restriksjoner som har påvirket arbeidet med denne studien. Det har likevel vært en lærerik og nyttig prosess for oss i det vi går inn i vår nye tilværelse som intensivsykepleiere. Videre skal vi holde oss oppdatert på nyere forskning.

Vi ønsker å rette en stor takk til de aktuelle sykehusavdelingene med deres ledere som hjalp oss å utføre intervjuene, og finne informanter til tross for Covid-19 og bemanningsutfordringer. Takk til informantene som var positive og engasjerte, som vil bli våre kollegaer innen kort tid. Stor takk til de som jobber ved RAKOS, Conrad Bjørshol og Anna Marie Øvstebø, som hjalp oss i gang med oppgaven og kom med viktige innspill både før og underveis i masterarbeidet. Vi vil også takke fakultetets lærere som har undervist oss, og våre medstudenter som har bidratt til økt trivsel og verdifull refleksjon under studiet.

Stor takk til Dagrunn Nåden Dyrstad for god veiledning gjennom hele prosjektet. Din dype kunnskap og interesse for faget, har gitt oss engasjement og inspirasjon til å gjennomføre et stykke arbeid vi selv er veldig fornøyd med. Takk for dine oppmuntrende tilbakemeldinger, tålmodighet og din tilgjengelighet, spesielt under den krevende analyseprosessen.

Til slutt ønsker vi å takke familie og venner som har vært støttende og tålmodige under skriveprosessen.

Stavanger Mai 2022

Madeleine Rui Gidskehaug og Marie Jansen

Sammendrag

Bakgrunn for studien: Det blir på verdensbasis satt i gang store kampanjer for å bidra til økt utførelse av hjerte- lungeredning (HLR). Forskning viser dog at det kan oppleves traumatiserende for de som bidrar med HLR i en hjertestanssituasjon, og at vedkommende føler seg overlatt til seg selv med spørsmål, bekymringer og skyldfølelse i etterkant av hendelsen. I nesten to tredjedeler av bevitnede hjertestans utenfor sykehus, blir HLR startet av pårørende.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien var å undersøke tilbudet pårørende får ved spesialavdelinger på sykehuset, samt hvilke erfaringer intensivsykepleiere opplever ved ivaretagelse av pårørende som har utført HLR. Problemstillingen var: «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleier i møte med pårørende som har utført hjerte-lungeredning hvor pasienten blir innlagt på sykehus?*»

Metode: I denne studien er det brukt kvalitativ metode med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Det ble utført et strategisk utvalg, hvor totalt tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført. Intervjuene ble transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Analysen avdekket ett tema: Intensivsykepleiernes behov for å hjelpe, redsel for å feile. Dette dreide seg om at intensivsykepleierne møtte sårbare pårørende som var i sjokk etter at de hadde utført HLR på en nærstående person. De forsøkte å ivareta pårørende ved å lytte, støtte dem og sørge for samtaler med en prest. Flere faktorer som mangel på retningslinjer, lav bemanning og tidsklemme førte til utrygge overganger mellom spesialavdelinger til sengepost eller hjemmet.

Konklusjon: Funnene avdekket mangel på retningslinjer som eksempelvis en debriefsamtale med pårørende, og videre oppfølging i etterkant av en HLR-situasjon. Det kan være avgjørende at det er helsevesenet som tar kontakt med pårørende og ikke at pårørende selv må ta kontakt for samtale, slik standarden er i dag.

Nøkkelord: Hjertestans utenfor sykehus, hjerte- lungeredning, pårørende, psykiske belastninger, ivaretagelse, intensivsykepleiers ansvar, debriefing.

Abstract

Introduction: Major campaigns are being launched worldwide to help increase the performance of cardiopulmonary resuscitation (CPR). Research reveals that performing CPR in a cardiac arrest situation can be a traumatizing experience. The concerned individuals who contributed CPR are often left to themselves with questions, worries, and doubts as to the impact of the incident. In almost two-thirds of witnessed cardiac arrests outside hospitals, relatives start CPR.

Purpose: The purpose of the study was to examine the offer relatives receive at the hospital at special wards, as well as what experiences intensive care nurses experience in caring for relatives who have performed CPR. The research question was: «*What experiences does the intensive care nurse have in meeting relatives who have performed cardiopulmonary resuscitation where the patient is admitted to hospital?* »

Method: This study had a qualitative and inductive design, using semi-structured focus group interviews. A strategic selection was made, who led to a total of three focus group interviews. The interviews were transcribed and analyzed using qualitative content analysis.

Result: The analysis of the interviews resulted in one theme: Intensive care unit nurses' desire to help the relatives of the patients, but are afraid of failing. This arose from the intensive care unit nurses' experience of meeting vulnerable relatives who suffered from shock after performing cardiopulmonary resuscitation on a close relative. The intensive care unit nurses tried to take care of these concerned relatives by providing good conversations and giving emotional support, among others. The analysis also showed that several factors, such as lack of guidelines, shortage of staffing, and time constraints, led to unsafe transitions between special wards to other wards in the hospital or at home.

Conclusion: Our findings revealed a lack of guidelines, such as a debrief conversation and further follow-up following the CPR situation of relatives. It can be crucial that it is the health service that contacts the relatives and not that relatives has to be the one contacting for a debrief, as of today's standard.

Keywords: Out-of-hospital cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, next of kin, family, psychological effect, the intensive care nurses responsibilities, debriefing.

Ordforklaringer

- AMK - Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral.
- Debrief - Samtale om et hendesesforløp.
- Euforisk - Opprømt, en løftet sinnsstemning.
- Flashback – gjenopplevelse av minner, tanker, bilder, lyder, lukter eller kroppslige fornemmelser fra en spesifikk hendelse.
- HLR - Hjerte- lungeredning.
- Intubasjon – plastrør som legges ned i halsen på en person.
- Lekfolk - Ufaglærte personer.
- NSD - Norsk senter for forskningsdata.
- NSFLIS - Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere.
- OAS - Opplevelse av sammenheng.
- Prehospitalt - Akuttmedisinske tiltak som settes i gang før pasienten kommer til sykehus.
- PTSD - Post traumatisk stressyndrom.
- PVO – Personvernombudet.
- RAKOS - Regionalt Akuttmedisinsk Kompetansesenter i Helse Vest.
- REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.
- Thoraxdren – plastrør som legges inn i brystkassen for å fjerne luft eller væske fra lungesekken.
- Trakeostomi – plastrør fra luftrøret og ut på halsen på en person.
- Vegetabilsk tilstand – en tilstand hos en pasient med alvorlig hjerneskade.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	iii
Sammendrag.....	iv
Abstract.....	v
Ordforklaringer.....	vi
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Studiens relevans og hensikt.....	2
2.0 Tidligere forskning.....	3
2.1 Litteratursøk	3
2.2 Reaksjoner blant lekfolk som har utført hjerte-lungeredning.....	4
2.3 Mestringsstrategier etter utført hjerte- lungeredning.....	5
2.4 Videreutvikling av hjerte- lungeredningskurs	6
3.0 Teoretisk rammeverk.....	8
3.1 Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere.....	8
3.2 Teori om stress	9
3.3 Mestring av psykisk stress	11
3.4 Krise- og sorgreaksjoner.....	13
4.0 Metodologi.....	15
4.1 Design og metode	15
4.1.1 Forforståelse.....	16
4.1.2 Fokusgruppeintervju	16
4.1.3 Intervjuguide	17
4.1.4 Utvalg.....	18
4.1.5 Innsamling av data	19
4.1.6 Reliabilitet og validitet.....	20
4.2 Forskningsetiske overveielser.....	22
4.2.1 Nødvendige tillatelser	22
4.2.2 Frivillig deltakelse, informert samtykke og konfidensialitet	23
4.3 Analyse	23
5.0 Presentasjon av funn.....	27
5.1 Intensivsykepleierens behov for å hjelpe, men redsel for å feile.....	27
5.1.1 Sårbare pårørende	28
5.1.2 Ivaretagelse av pårørende	30
5.1.3 Utrygge overganger	34
6.0 Diskusjon.....	38
6.1 Drøfting av funn	38

6.1.1 Intensivsykepleierne opplevde sårbare pårørende	38
6.1.2 Intensivsykepleiernes ivaretagelse av pårørende	41
6.1.3 Mangel på retningslinjer	44
6.2 Drøfting av metode	46
7.0 Konklusjon.....	48
7.1 Implikasjoner for praksis	49
7.2 Implikasjoner for videre forskning	50
Litteraturliste.....	51
Vedlegg 1 PICO	55
Vedlegg 2 Intervjuguide.....	56
Vedlegg 3 Informasjonsskriv til avdeling.....	58
Vedlegg 4 Informasjonsskriv deltaker	60
Vedlegg 5 Samtykkeskjema	62
Vedlegg 6 Skjema for bakgrunnsinformasjon.....	63
Vedlegg 7 Godkjenning fra personvernombudet	64

1.0 Innledning

I 2019 ble det rapportert om 3715 hjertestans utenfor sykehus til det norske hjertestansregisteret (Tjelmeland et al., 2020). Omtrent 75-80% av alle hjertestanssituasjoner utenfor sykehus skjer i hjemmet, og nesten to tredjedeler av disse er bevitnet hjertestans av nær familie, heretter kalt pårørende (Liu & Clark, 2009). Det skjer ofte plutselig og uventet, og flere av disse pårørende utfører hjerte- lungeredning (HLR) på sine nærmeste for at de skal overleve.

I Norge er alle juridisk lovpålagt til å hjelpe etter beste evne der personer står i fare for å miste livet. Unnlater en seg dette kan en risikere bot eller fengsel på inntil 6 måneder (straffeloven, 2005, § 287). Hovedfokuset og bekymringen i en HLR-situasjon er pasienten. Det eksisterer sparsomme data om ettervirkningene personer som er ufaglærte helsepersonell (lekfolk) og pårørende kan ha etter deltakelse i en HLR situasjon.

Personer som utfører HLR har vist seg å kunne få redusert arbeidskapasitet, vekttap, flashbacks, mareritt, søvnvansker og angst i etterkant av en slik opplevelse (Mathiesen, Bjørshol, Braut & Søreide, 2016). Det kan se ut som at det kan være gunstig å gi disse personene en samtale eller debrief i etterkant (Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). Det har tidligere ikke eksistert noe tilgjengelig tilbud for å kunne snakke om og bearbeide en slik hendelse. I juni 2020 startet Regionalt Akuttmedisinsk Kompetansesenter i Helse Vest (RAKOS) et prosjekt som nå tilbyr samtaler til personer som har utført livreddende førstehjelp eller HLR. Dette er foreløpig et prøveprosjekt som er tiltenkt gjennomført i løpet av tre år (Helse Stavanger, 2016).

I intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse står det blant annet at intensivsykepleieren har en helsefremmende og forebyggende funksjon. Dette innebærer at det skal anvendes observasjon og vurdering for identifisering av forhøyet risiko for helsesvikt og sykdom på et tidlig stadium, og iverksette forebyggende tiltak (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS), 2017, s.2).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som kommende intensivsykepleiere med bakgrunn fra kardiologisk overvåkningspost, har det vært en påkjenning å delta i en HLR-situasjon på jobb. Likevel er man trent og forberedt på en slik situasjon. Etterkant av en hjertestanssituasjon blir man som intensivsykepleier ofte ivaretatt i form av en debrief sammen med kollegaer som deltok i hendelsen. Personer som utfører HLR utenfor sykehus, blir sjelden invitert til å delta på debrief og blir stort sett overlatt til seg selv. Dette har medført undring over hvordan en slik situasjon kjennes ut for pårørende som har utført HLR utenfor sykehus. Forskning viser at disse personene i verste fall kan utvikle posttraumatisk stressyndrom (PTSD) i etterkant av en slik hendelse (Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). Som intensivsykepleier kommer man stort sett bare i kontakt med pårørende som kommer inn til sykehuset med hjertestanspasienten. De oppleves ofte stresset og påvirket av situasjonen, og det avdekkes et stort behov for samtale i etterkant (Mausz et al., 2018, Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). Av erfaring blir dette tatt opp på legevisitt, men ingen videre tiltak blir iverksatt. Det er viktig for oss som intensivsykepleiere å ha et tilbud å henvise disse pårørende til, for å forebygge psykiske plager i etterkant av hendelsen.

1.2 Studiens relevans og hensikt

Denne studien er relevant da den kan ha innvirkning på kunnskapsutvikling, og nåværende praksis ved ivaretagelse av pårørende som har utført HLR. Tidligere studier har vist økt forekomst av psykiske plager i etterkant av at lekfolk har utført livreddende førstehjelp (Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). I dag finnes det kun et midlertidig tilbud i Rogaland (RAKOS), som tilbyr samtaler til personer i etterkant av en slik hendelse. Det er også ønskelig at RAKOS prosjektet kan få økt oppmerksomhet, og muligens videreføres til fler byer og sykehus i Norge.

Hensikten med studien var å undersøke tilbudet pårørende mottar i dag på sykehuset ved spesialavdelinger, samt hvilke erfaringer intensivsykepleiere opplever ved ivaretagelse av pårørende som har utført HLR.

Med utgangspunkt i dette framsettes følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleier i møte med pårørende som har utført hjertelungeredning hvor pasienten blir innlagt på sykehus?

2.0 Tidligere forskning

Det finnes sparsomt med forskning angående ivaretagelse av pårørende etter at de har deltatt i en HLR situasjon, spesielt fra et sykepleiersperspektiv. Dette viser til et behov for denne studien. I underkapitlene vil søkeprosessen belyses, samt tidligere forskning som kan relateres til denne studien.

2.1 Litteratursøk

Det er gjort litteratursøk i søkemotorer som CINAHL og PubMed. Etter gjennomgang med bibliotekar for å finne de mest relevante søkeordene, endte søket med følgende: ("lay rescuer*" or "non professional*" or bystander or "lay person" or layperson) AND (CPR or "Cardiopulmonary resuscitation") AND (emotions or feelings or experience). Ønsket var å finne oppdatert forskning som ikke var eldre enn 10 år og som var dansk-, engelsk-, norsk- eller svenskspråklige. Søket i CINAHL resulterte i 67 treff og i PubMed 118 treff. Etter dette ble alle overskrifter gjennomgått. Artikler som ikke var relevant for problemstillingen, ble ekskludert. I etterkant ble sammendrag lest og enda flere artikler ble ekskludert på grunn av manglende relevans. De resterende artiklene ble lest i fulltekst for å avgjøre om de var relevante. Det ble i tillegg utført søk med følgende søkeord: ("lay rescuer*" or "non professional*" or bystander or "lay person" or layperson) AND (CPR or "Cardiopulmonary resuscitation") AND ("Critical Care Nursing" or CCN or "intensive care unit nurse" or "ICU nurse" or nurse). Dette resulterte i 27 artikler. Kun to av disse ble inkludert på grunn av relevans til denne studien. Ingen av artiklene omhandlet intensivsykepleier eller sykepleiers funksjon i håndtering av pårørende og/eller lekfolk som hadde utført HLR. Dette viser at det er behov for økt forskning omkring temaet. Artiklene som ble inkludert så likevel ut til å kunne ha overføringsverdi til denne studien.

Våren 2022 ble det på nytt utført søk på forskning. Det ble også sendt en forespørsel om tips til forskning til de som arbeider ved RAKOS. Av disse tok vi i bruk en, da de andre allerede var inkludert.

Til slutt stod det igjen 9 vitenskapelige artikler som ble regnet som relevante til denne studien. Vi gikk også gjennom referanselistene til de inkluderte artiklene for å undersøke om det fantes

ytterligere forskning som kunne benyttes i denne studien, men uten resultat. Artiklene som ble funnet vil bli presentert under etter følgende temaer; reaksjoner blant lekfolk som har utført hjerte-lungeredning, mestringsstrategier etter utført hjerte- lungeredning, og videreutvikling av kurs i hjerte- lungeredning.

2.2 Reaksjoner blant lekfolk som har utført hjerte-lungeredning

Til dags dato finnes det ingen anbefalinger eller rutiner for å ivareta lekfolk etter å ha vært involvert i en HLR situasjon, noe som for mange kan være traumatiserende. Det tilbys heller ikke helsestøtte til lekfolk etter en slik hendelse, noe som skaper en potensiell risiko for psykiske plager hos disse hjelperne (Snobelen, Pellegrino, Nevils & Dainty, 2018). Tidligere studier har vist at lekfolk som har utført HLR, kan få en rekke følelsesmessige og psykologiske belastninger i etterkant av hendelsen. Dette kan innebære urovekkende tilbakeblikk, søvnevansker, mareritt, utmattelse, konsentrasjonsvansker og sosial tilbaketrukkethet (Mausz et al., 2019, Mathiesen et al., 2016). Det var ofte mange ubesvarte spørsmål og tvil som dukket opp etter en slik hendelse (Mausz et al., 2019). Det ble også rapportert om skyldfølelse og selvkritikk der de satte spørsmål om de kunne ha gjort noe annerledes for at vedkommende skulle fått et bedre utfall. De største bekymringene dreide seg om deres handlinger hadde ført til alvorlig skade, «vegetabilsk» tilstand eller død (Mausz et al., 2019, Mathiesen et al., 2016). Metzger et al. (2019) fant at disse utfallene kunne være faktorer som kunne føre til angst og depresjon blant lekfolk. Til kontrast fant Chen et al. (2020) at lekfolk i Asia som hadde utført HLR opplevde en mental styrke, en følelse av mer ansvar og økt tillit enn før. De var også villige til å bistå i liknende situasjoner i fremtiden. Noen rapporterte dog psykologisk stress i etterkant av hendelsen, for eksempel «flashbacks», angst, frykt for smittsomme sykdommer og søksmål. En svakhet i denne studien er at alle hjertestans-ofrene overlevde etter hendelsen og dette var kjent for redningsmennene før intervjuet.

Zijlstra, Beesems, Haan og Koster (2015) fant lite psykiske plager og ingen PTSD blant lekfolk som hadde utført HLR i sin studie. Informantene som var inkludert i denne studien var dog personer som var med i en frivillig organisasjon der de ble oppringt eller fikk tekstmelding dersom de var i nærheten av området hjertestansen fant sted. Flere av disse var i tillegg

helsearbeidere. De kunne da ha en fordel med å være delvis forberedt på å utføre HLR, samt være bedre rustet til å håndtere en slik situasjon på bakgrunn av deres utdanning. Zijlstra et al. (2015) påpekte selv at det kunne tenkes at lekfolk som ikke var en del av et organisert system og var mer uforberedt på å trå inn i en HLR-situasjon, kunne føre til økt stress i etterkant av hendelsen. Metzger et al. (2019) fant en sammenheng mellom pårørende som bevitnet eller hadde utført HLR som ikke var fornøyd med informasjonen de fikk på sykehuset, hadde større sannsynlighet for å bli deprimerte i etterkant av hendelsen.

2.3 Mestringsstrategier etter utført hjerte-lungeredning

Mathiesen et al. (2016) og Møller et al. (2014) fant at frivillige lekfolk som tidligere hadde utført HLR ønsket å bli kontaktet av helsepersonell for samtale i etterkant av hendelsen. Noen rapporterte at det til og med var avgjørende, og at det å be om hjelp var en barriere. De satte også pris på å få et telefonnummer til helsetjeneste som de kunne kontakte dersom de hadde behov for ytterligere avklaring eller spørsmål (Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). Helsepersonell som kontaktet disse personene burde med fordel ha empatiske og kommunikative ferdigheter, spesielt med tanke på å identifisere personer med ytterligere behov for hjelp fra allmennlege eller psykolog (Møller et al., 2014). Ved å betrakte overlevelse som målet, står lekfolk i fare for å feile. Dette fordi det forekommer faktorer utenfor deres kontroll som er avgjørende for utfallet, for eksempel sjokkbar eller ikke-sjokkbar hjerterytme, responstid, bevitnet eller ubevitnet hjerrestans og alder (Mathiesen et al., 2016). Debriefing kan stimulere refleksjon og være verdifull, selv uten å involvere informasjon om pasientutfallet (Mausz et al., 2019, Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014).

Snobelen et al. lagde i 2018 en støttemodell for lekfolk med 3 ulike faser. Tanken bak denne støttemodellen var å kunne gi et rammeverk for å gi tekniske tilbakemeldinger og støtte ved sorg og tap. Dette kunne bidra til mindre tvil over sine egne handlinger etter å ha forsøkt å redde et liv. Modellen ble også brukt for å fange opp de personene som muligens måtte trenge profesjonell hjelp. Snobelen et al. (2018) mente at det kunne være en fordel å organisere lekfolkenes handlinger i en strukturert tidslinje for å fokusere på den positive responsen. Det å påpeke hvordan lekfolkene hadde økt sjansen for overlevelse hos hjeretstanspasienten, kunne

utgjøre en stor forskjell i lekfolkenes ettervirkninger av å ha utført HLR. Metzger et al. (2019) fant at mer strukturert kommunikasjon kunne øke tilfredsheten med informasjon, noe som så ut til å redusere pårørendes psykiske belastninger. Det å utføre HLR krever mot til å konfrontere døden. Mathiesen, Birkenes, Lund, Ushakova, Søreide & Bjørshol (2018) mente av den grunn at det var viktig for publikum å motta støtte fra en profesjonell kommunikasjonsentral (AMK) inntil ambulansen ankommer. Mathiesen et al. (2018) fant at dersom vaktpersonell i AMK sentralen tok en teamlederrolle, kunne denne strategien føre til økt følelse av trygghet og delt ansvar for hjertestansofferet blant de som utførte HLR.

2.4 Videreutvikling av hjerte- lungeredningskurs

Intensivsykepleiere gir direkte pasientbehandling til utallige personer som har opplevd hjertestans før sykehusinnleggelse. De gir også pasient- og familieopplæring om hendelsen og dens årsaker, og tilbyr støttende råd for fremtidige helsebehov som kan inkludere HLR-instruksjoner (Lui & Clark, 2009). Lui og Clark (2009) fant at helsepersonell likevel sjeldent informerte eller henviste til HLR kurs og opplæring. Dette til tross for at HLR trening kan føre til økt selvkontroll og forberede pårørende psykisk.

Til tross for gode intensjoner risikerer kampanjer på sosiale medier, og andre korte HLR instruksjonsteknikker risiko for å forenkle prosedyren. Dette kan medføre at lekfolk ikke er forberedt på de mange utfordringene både under og etter en HLR situasjon. Det å utføre HLR er blitt betegnet som å ta moralsk ansvar for et annet menneskes liv, og det blir ofte konseptualisert som et livreddende inngrep (Mathiesen et al., 2016). Dessverre har lekfolk vist tendens til å knytte utfallet til offeret med kvaliteten på HLR de utførte, og føle seg ansvarlige hvis offeret til slutt døde (Mausz et al., 2019). Lui og Clark (2009) fant også at en barriere lekfolk og pårørende hadde for å utføre HLR, blant annet dreide seg om frykt for å gjøre skade på personen med hjertestans ved å utføre uadekvat HLR. Mathiesen et al. (2018) fant at ved hjertestans utenfor sykehus, forventet publikum at koordinatoren i AMK skulle gi telefoninstruksjoner om HLR, men at det var deres eget ansvar å ta avgjørelsen om å starte HLR eller ikke. Dette kunne for mange virke skremmende. Mathiesen et al. (2018) foreslo derfor å øke den offentlige bevisstheten om teamlederrollen til den spesialtrente i AMK, ved identifisering av hjertestansen og igangsetting av HLR. Disse aspektene bør også vektlegges i HLR-opplæring og offentlige informasjonskampanjer, da dette kan bidra til økt velvilje til å ringe AMK og igangsette HLR

blant lekfolk.

Lui og Clark (2009) fant at tidsklemme og finansiering kunne være en barriere for personer mot å delta på HLR kurs. En god løsning kunne være video undervisning om HLR. Dette kunne være effektivt for dem der tid eller penger setter begrensninger. HLR trening har også vist seg å redusere stress for pårørende til personer med økt risiko for plutselig, uventet hjertestans. Lui og Clark (2009) poengterte at det bør bli mer fokus blant intensivsykepleiere å styrke selvtillit til pasienters familiemedlemmer for å lære disse ferdighetene.

Et annet viktig aspekt var at ved debriefing kunne det kommet frem viktig kunnskap som kunne være med på å engasjere personer til å utføre gjenopplivning generelt. Det var funnet avvik mellom hva en forventet etter gjennomgått HLR-kurs, og hvordan en reell HLR situasjon faktisk var. Det å snakke om hva en kan forvente ved en gjenopplivning kunne bidra til en videreutvikling av eksisterende HLR-kurs (Møller et al., 2014, Chen et al., 2020). Mausz et al (2019) mente at på sikt kan det være en viktig implikasjon for HLR-trening å fokusere på å gi støtte og debriefing etter en plutselig hjertestans utenfor sykehus.

3.0 Teoretisk rammeverk

En fellesnevner for kvalitative forskningsmetoder er at det blir gjort systematisk fortolkning av empiriske data med teoretiske perspektiver som støtter dem. Det vil si at den teoretiske referanserammen gir støtte for tolkninger og bidrar til å sette funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017, s. 35-36). Siden denne studien handler om intensivsykepleieres erfaringer i håndtering av pårørende som har utført HLR, vil det først gjøres rede for intensivsykepleiers funksjons- og ansvarsbeskrivelse (NFLIS, 2017). Det vil være nødvendig å se nærmere på teori om stress og mestring for å kunne forstå hva pårørende går gjennom, og hvordan man kan hjelpe dem å mestre situasjonen de står i. For å svare på dette er det blitt brukt teorier om stress og mestring fra teoretikerene Lazarus, Folkman (1984) og Antonovsky (2012 og 1996). Det er også valgt å beskrive krise- og sorgreaksjoner, da det på lik linje med stress og mestring er nyttig for intensivsykepleieren å kunne forstå og hjelpe pårørende som har utført HLR som havner i en krise- eller sorgprosess.

3.1 Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere

Intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområde er først og fremst å yte hjelp til de mest kritisk syke pasientene. Intensivsykepleieren har i følge Norsk sykepleieforbund landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017) sin ansvarsbeskrivelse, både en helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, samt en lindrende og palliativ funksjon. Pårørende vil ofte være mye på besøk, og intensivsykepleieren vil også ha ansvar for å ivareta disse i deres krisesituasjon. I dette kapittelet vil det være mest fokus på den helsefremmede og forebyggende funksjonen, samt den lindrende funksjon til intensivsykepleieren. Disse funksjonene går mest på intensivpasienten, men vi ønsker å inkludere noen punkter som også kan overføres til pårørende. En kan tenke at pårørende og pasient betraktes som «ett».

Den helsefremmede og forebyggende funksjon beskriver at «*intensivsykepleieren skal tilrettelegge for helsefremmede omgivelser, og fremme velvære, håp og livsmot hos pasienten*» (NSFLIS, 2017, s. 2). Ved å se på det fra pårørendes perspektiv, vil det si å skape velvære, håp og mot hos pårørende. Disse pårørende er ofte i en krise, og må bli godt ivaretatt på avdelingene på sykehuset. Den lindrende funksjonen har som mål å begrense de belastningene som pasienten (og pårørende) kan oppleve ved en akutt sykdom eller hendelse. Smerter og ubehag lindres, og målet er å skape

en rolig atmosfære på pasientrommet. Intensivsykepleieren har også som oppgave å ta bort stressorer som pasienten (og pårørende) måtte ha, ved å bruke forskjellige metoder for å håndtere disse. Informasjon nevnes som et av tiltakene for å redusere stressreaksjonene. Det kan bidra til å fremme forutsigbarhet og kontroll over situasjonen pasienter (og pårørende) er i. Videre står det i NSFLIS (2017) om viktigheten av erfaring for å kunne ivareta disse pasientene (og pårørende) i en krise. Først når en har fått denne kunnskapen, vil en kunne bruke den for videre lindring og behandling (NSFLIS, 2017, Stubberud, 2020).

I NSFLIS (2017) står det videre om ivaretagelse av pårørende;

- *tilrettelegge for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø og begrense belastninger pårørende vil kunne oppleve i forbindelse med intensivbehandling*
- *anerkjenne pårørende som ressurser for pasienten og veilede og støtte dem så de kan ta del i omsorgen for pasienten*
- *anerkjenne og ivareta pårørendes behov for omsorg i en situasjon med akutt, kritisk sykdom* (NSFLIS, 2017, s. 3).

Pårørende vil ha behov for støtte for å mestre den situasjonen de befinner seg i. Noen pårørende kan derfor synes det kan være godt å kunne bidra og ta del i omsorgen til pasienten (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleiere kan vise støtte ved å være åpen, medfølelse og vise interesse, slik at pårørende opplever at deres behov blir imøtekommet (Stubberud, 2020, s. 122-123). Det å være pårørende til en akutt og kritisk pasient, kan være svært overveldende og skremmende. Det er derfor viktig at intensivsykepleieren informerer pårørende på forhånd hva de vil komme til å se, da den kritisk syke ofte har endret utseende som blant annet ødemer og blod i ansikt og/eller på kropp. I tillegg vil pasienten være tilkoblet medisinsk teknisk utstyr som kan være overveldende for en pårørende å se på. God informasjon og rolig behandlingsmiljø kan da være med på å bidra til mindre stress, angst og belastninger blant pårørende i krise (Stubberud, 2020, s. 129).

3.2 Teori om stress

Stress er kroppens reaksjoner på biologiske, psykologiske og/eller sosiale belastninger (Lazarus og Folkman, 1984). Det vil si at stress kan være av fysisk eller psykisk karakter. Cullberg (1999, s. 49) påpeker at stress er den fysiologiske siden som utspiller seg hos et menneske som er i en krise. Lazarus og Folkman (1984, s. 19) definerer stress som:

«Stress er den tilstanden som oppstår når samspillet mellom individet og omgivelsene leder til å oppleve en uoverensstemmelse- reell eller ikke- mellom kravene i situasjonen og individets resurser».

Antonovsky (2012, s. 50) definerer stress som krav som stilles der det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons. Det skapes spenningstilstand som enten løses eller utvikler seg til stress. Katastrofestress oppleves mer uforutsigbar og det kan bli vanskelig for personen å ha en opplevelse av sammenheng (OAS), noe som står sentralt i Antonovskys (1996, 2012) teori om den salutogene modell. Antonovsky (2012, s. 51) påpeker at det ikke er selve hendelsen, men følgene av hendelsen som er viktig med tanke på stressutvikling. Spenning skapes ofte i kjølevannet av hendelsen, og det kan være vanskelig å si om den vil ha negative eller positive utfall.

Antonovsky (2012, s.38) mener at forholdet mellom forståelse, håndterbarhet og mening er avgjørende for mestring av stress (Antonovsky, 2012, s. 28-39). Ved høy forståelse venter man en stimuli i fremtiden som er forutsigbar, som kan ses i sammenheng og forklares. Ved høy håndterbarhet har man tilstrekkelig med ressurser til å håndtere den stimuli en blir utsatt for. Man er da i stand til å håndtere den motstanden en står i, og bearbeide sorgen og gå videre. Ved å oppnå meningsfullhet må en finne en mening i det en blir utsatt for. Dette kan utføres ved å bruke krefter og engasjement til å ta utfordringen og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom det. Forholdet mellom disse komponentene vil ha betydning for en persons evne til å mestre stress (Antonovsky, 1996, Antonovsky, 2012, s. 40-44). Dette er noe likt med hva Håkonsen (2014, s.238) hevder kan bidra til mestring. Han mener at forutsigbarhet, kontroll av varighet, kognitive evalueringer og sosial støtte, er faktorer som kan være med å bidra til å påvirke opplevelsen av stress.

Mennesker takler stress forskjellig, noen takler det bedre enn andre. Negativt stress beskrives som noe ubehagelig som påvirker og tærer på de psykososiale reservekreftene. Dette kan over lengre tid medføre fysiologiske og psykologiske stressreaksjoner (Håkonsen, 2014 s. 235). Antonovsky (2012, s. 161) mener at stress som ikke håndteres på en adekvat måte kan bli sykdomsfremkallende, men han understreker at ikke alt stress er negativt. Salutogenese åpner nemlig opp for rehabilitering av stressfaktorer. Man kan dermed forhindre at den får skadelige følger og heller virker helsebringende (Antonovsky, 2012, s.157). De ulike fysiologiske reaksjonene ser vi når vi skal lære å håndtere stress. Det å bli utsatt for moderat stress er vanlig, og kan bidra til å mestre stress i senere anledning. Likevel kan stress over lengre tid påvirke hjernen negativt, som kan utvikle seg til å påvirke vår evne til å fungere adekvat i hverdagen.

Det kan gå utover konsentrasjon og hukommelse, og kan påvirke vår evne til å planlegge- og gjennomføre oppgaver. Dette kan betegnes som kronisk stress, og det er denne som er negativ. Denne type stress vil kunne oppstå der personen gjentatte ganger vil møte stressfaktorer som blir belastende, og som da vil oppleves uovervinnelige (Håkonsen, 2014, s. 236). Stress kan aktivere følelsesmessige reaksjoner, spesielt i forhold til sykdom, der pasienten og pårørende kan svinge mellom følelser av både angst, sinne, depresjon, apati og aggresjon. Slike reaksjoner på stress kan være normale for mange mennesker, men kan likevel utvikle seg til varige psykiske problemer (Håkonsen, 2014, s. 236).

Håkonsen (2014) mener at det vil sees en økt aktivering i kroppen ved stress. Pasienter og pårørende vil ha en svært høy følelsesmessig aktivering ved ulykker, dødsfall i nær familie eller alvorlig sykdom. Denne belastningen er større enn andre. De vil da ha problemer med å kunne tenke logisk, og ta i mot informasjon. Informasjon pårørende mottar vil derfor sjeldent bli husket i en slik situasjon (Håkonsen, 2014 s. 237).

3.3 Mestring av psykisk stress

Mestring defineres som vellykket, men krevende håndtering av stressopplevelser. Lazarus og Folkman (1984, s. 141) definerer mestring slik:

«Et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene».

Ved å gjennomgå stressreaksjoner vil man enten oppleve å utvikle fysiologiske og/eller psykologiske belastninger, eller oppleve mestring som følge av at stressituasjonen blir håndtert (Lazarus og Folkman, 1984). Antonovsky (2012, s.147) hevder at ved å strukturere oppfatningen av hva en stressfaktor er, rent følelsesmessig og kognitivt, og deretter akseptere at man må håndtere den, bidrar til mestring. Menneskers atferd avhenger av den innstillingen man har til verden. Når stimuli oppleves som forståelig, håndterbart og meningsfylt, gir dette bedre grunnlag for å håndtere stress enn hvis verden oppfattes slitsom, kaotisk eller overveldende. Mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet. Dette kan bidra til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon (Håkonsen, 2014, s. 259). Når en opplever stress, iverksettes det forsvarsmekanismer og mestringsmekanismer. Dette handler om å redusere

opplevelsen av psykisk stress, der målet er å få kontroll over situasjonen. Opplevelsen av stress er svært individuell, og opplevelsen av å mestre en stressituasjon vil derfor være svært forskjellig fra person til person.

Lazarus og Folkman (1984) har skrevet en teori om problem- og følelsesfokusede mestringsstrategier. Denne teorien beskriver generelle mestringsstrategier i dagliglivet, og skiller mellom problemfokusede og følelsesfokusede mestringsstrategier. Ved å bruke problemfokusede mestringsstrategier, vil en redusere opplevelsen av stress ved å identifisere stressoren og deretter finne løsninger for å fjerne den. En vil her søke etter informasjon og eventuelt støtte som kan bidra til å finne en konkret løsning på problemet. Evnen til å mestre en slik situasjon vil øke desto mer erfaring du får. En kan forholde seg ulikt til situasjonen, ved å enten eliminere den, ønske om å endre situasjonen, eller å forholde seg til slik situasjonen er her og nå (Håkonsen, 2014 s. 260). Tidligere erfaringer kan bidra til å mestre stress (Antonovsky, 2012, s.157).

Følelsesmessig fokusede mestringsstrategier blir brukt der en ikke klarer å fjerne stressoren, men at en finner en løsning på å akseptere og leve med den. En vil her finne strategier for å holde kontroll på følelsene som kan bidra til å mestre situasjonen (Lazarus og Folkman, 1984 s. 304-306, Håkonsen, 2014 s. 259). Begge disse to former for mestringsstrategier blir brukt for å takle de hverdagslige påkjenningene og stressorer som livet har. Noen ganger kan en takle det å forholde seg til et direkte problem, som for eksempel kommunikasjonsproblemer i et parforhold. Dette problemet er noe man kan gjøre noe med. Et problem eller stressopplevelse en ikke kan gjøre noe med er for eksempel når en person har blitt alvorlig syk, eller akutt død eller krise i nær familie. Her kan man ta i bruk emosjonell fokusede strategier som kan bidra til mindre ubehag. Ved opplevelsen av høy stressfaktor er følelsesmessig fokusede mestringsstrategier mer nyttige, da det er en situasjon man ikke kan gjøre noe med. Følelsesfokusede mestringsstrategier vil ikke endre den vanskelige situasjonen eller stressopplevelsen, men vil kunne bidra til å akseptere den. Hvis det er en opplevelse eller hendelse som er mulig å gjøre noe med, er problemfokusede mestringsstrategier mest nyttige (Håkonsen, 2014, s. 259-261).

Antonovsky (2012, s. 136) mener at når man som helsepersonell gir informasjon som endrer personens tilværelse, er det ikke selve informasjonen som er skadelig, men ringvirkningene av informasjonen vi gir. Personen kan få en midlertidig skade, fordi vedkommende ikke klarer å finne en mening i hendelsen som er gjennomgått. En måte Antonovsky (2012, s.136) mener at dette kan unngås på, er å forme møtene på en måte slik at en unngår skade. Informasjonen man gir bør gi en opplevelse av sammenheng, belastningsbalanse og medbestemmelse for den man

snakker med. Det er da viktig å gi god informasjon, slik at informasjonsmottakeren kan ha mulighet til å føle en form for kontroll av situasjonen.

3.4 Krise- og sorgreaksjoner

Intensivsykepleie til pårørende innebærer blant annet ivaretagelse av pårørende og deres behov for omsorg i akutt, kritisk sykdom og ved død (NSFLIS, 2017, s.3). Intensivsykepleier kan møte pårørende som er i en krise- og/eller sorgreaksjon, spesielt hvis pasientutfallet er død.

Cullberg (1999, s.45) beskriver det å havne i en psykisk krise som en nedsatt evne til å mestre en gitt situasjon, på tross av tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmåter. Dette kan føre til trussel av individets livsmål, fysisk eksistens, sosiale identitet og trygghet. Håkonsen (2014, s. 155) beskriver en traumatisk krise som er noe som utløses av ytre påvirkninger som ulykke eller alvorlig sykdom. Cullberg (1999) mener faktorer som kan utløse en traumatisk krise kan dreie seg om tap (trussel om tap), krenkelse (trussel om krenkelse) eller ved å gjennomleve katastrofer eller skrekkopplevelser. For personer som har utført HLR på en av sine nærmeste er det med stor sannsynlighet at de kan føle på trussel av tap, krenkelse og skrekkopplevelse.

Cullberg (1999, s. 48) beskriver de ulike prosessene som skjer i et naturlig kriseforløp som sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. De samme fasene beskrives av Helsedirektoratet (2021) angående sorgforløpet. I akutfasen er det som oftest sjokkfasen som opptrer. I noen tilfeller kan man bli apatisk og ser uberørt ut, mens kaoset herjer på innsiden. Andre kan reagere litt mer voldsomt, som å skrike eller storme omkring. Etter timer eller dager går den kaotiske sjokkfasen over til reaksjonsfasen, der en får tid til å reflektere over smerten situasjonen har ført til. Personen kan i denne fasen gjennomgå kroppslige reaksjoner, søvnforstyrrelser og appetittforstyrrelser. Hukommelsestap, angst og depresjon kan også fremstå i denne fasen (Cullberg, 1999, Helsedirektoratet, 2021). Stegvis skjer likevel en bearbeidingsfase, der en kan legge bort smerten i lengre eller kortere perioder. Ved nyorienteringsfasen er smerten etter den tapte eller den krenkende opplevelsen borte eller helt under kontroll. Noen sorger tar aldri helt slutt og forsoningsarbeidet kan bli vanskelig. Dette gjelder særlig hos foreldre som sørger over sine døde barn (Helsedirektoratet, 2021, Håkonsen, 2014, s. 257). Det er individuelt hvordan de ulike fasene oppleves, det er også vanlig å gå frem og tilbake mellom dem (Helsedirektoratet, 2021).

Behandling av mennesker i krise, mener Cullberg (1999, s.52) burde bestå av kriseintervensjoner, der personens opplevelse av smerte også burde berøre den som snakker eller lytter til dem. Håkonsen (2014, s. 258) påpeker viktigheten av å lytte og å være sammen med dem som har opplevd krise. Det må i større grad legges fokus på å lytte og forsøke å forstå hva krisen innebærer hos dette mennesket (Cullberg, 1999). Hvordan den akutte fasen blir håndtert kan være avgjørende for hvordan krisen blir gjennomarbeidet. Personen kan se tilbake på hendelsen med frykt eller en følelse av forsoning. Kriseintervensjoner består ikke av en spesifikk behandling, men den skal ha til hensikt å gjøre det lettere for vedkommende å leve videre. En skal gå igang med oppbyggingsprosess for å styrke jeget, og der tapet eller trusselen fra omverdenen ikke er så dominerende. Dette er viktig for bearbeidingsfasen. Det å legge frem et realistisk håp mener Cullberg (1999) er en av de viktigste egenskapene til den som lytter, da vedkommende i krisen kan føle på lite eller ingen håp for fremtiden.

Et godt nettverk som kan hjelpe den kriserammede med det praktiske bør tilstrebes (Helsedirektoratet, 2021, Cullberg, 1999). Noen behøver støtte for å kunne motta hjelp. Slektninger trenger også noen ganger hjelp før de tør å stille opp, for de er redde for å trenge seg på (Cullberg, 1999). Helsedirektoratet (2021) kommer med et viktig utsagn:

«En som sørger orker sjeldent å be andre om hjelp, selv om vedkommende trenger det.»

Mennesker i krise trenger ofte tid til å finne ord for det de har opplevd, og finne konkrete meninger med det som har skjedd. De vil derfor trenge noen å støtte seg til og dele tankene sine med. Den som er i krise eller sørger kan avvise hjelp, en må derfor gjerne tilby hjelp gjentatte ganger over tid. Raushet, tålmodighet og tilstedeværelse er viktig ovenfor den sørgende og/eller den kriserammede (Helsedirektoratet, 2021. Håkonsen, 2014, s. 258).

4.0 Metodologi

I dette kapittelet blir studiens design og metode presentert. Dette vil beskrives nærmere i underkapitlene.

4.1 Design og metode

Problemstilling har vært avgjørende for valg av design og metode. Siden denne studien dreier seg om erfaringene intensivsykepleiere har med pårørende som har utført HLR, har det vært en fordel å gjennomføre innsamling og analyse av det kvalitative materialet som er narrativ og subjektiv for å få svar på problemstillingen (Polit & Beck, 2020, s. 10). Studien har derfor et kvalitativt design med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer som metode. Det konstruktivistiske paradigme, også kjent som det naturalistiske paradigmet, bygger på menneskets iboende kompleksitet. Dette er assosiert med kvalitativ forskning, der målet er å forstå enkeltindividets konstruksjon av virkeligheten i dens kontekst (Polit & Beck, 2020, s.1011, s.781). Konstruktivismen vil i denne studien ligge til grunn som det vitenskapsteoretiske fundamentet. Det vil være mange ulike tolkninger av virkeligheten som eksisterer i menneskers sinn, det finnes derfor ingen prosess som kan fastslå den endelige sannhet eller falskhet av konstruksjonene. Det antas, i det konstruktivistiske paradigmet, at kunnskapen er maksimal når avstanden mellom forsker og deltaker er minimal, som ved et kvalitativt intervju (Polit & Beck, 2020, s. 9).

Kvalitativ forskningsmetode er egnet for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Kvalitativ metode kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017). Denne forskningsmetoden kan i tillegg bidra til å få vite mer om intensivsykepleierens erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger ovenfor pårørende som har utført HLR (Malterud, 2017). Polit & Beck (2020) beskriver kvalitativ forskning som et fremvoksende design som tar form mens studien pågår og ny kunnskap innhentes. Et fremvoksende design er en refleksjon av forskernes ønske om å få ny kunnskap basert på deltakernes relasjoner og synspunkter, som i utgangspunktet er ukjente (Polit & Beck, 2020, s. 471). Siden det finnes lite forskning på oppfølging til pårørende som har utført HLR, har det vært viktig i denne studien å utforske hva intensivsykepleiere gjør for ivaretagelse av disse pårørende. De er ofte en av de første som tar seg av pårørende etter en slik hendelse.

4.1.1 Forforståelse

De erfaringene vi har med oss inn i denne studien kan bevisst eller ubevisst gi oss et tolkningsgrunnlag (Gadamar, 2004). Måten vi samler, leser eller tolker data på blir påvirket av vår forforståelse. I beste fall styrker det prosjektet, men det kan også være med på å begrense det (Malterud, 2017, s. 44). Vår forforståelse har bakgrunn i at begge er sykepleiere som tidligere har erfaring med hjertestanspasienter, der pårørende og andre lekfolk er de som har utført HLR prehospitalt. Våre erfaringer er at det ikke finnes en strukturert fremgangsmåte for samtaler med disse personene. Dette bekrefter også RAKOS som har forsket endel på oppfølgingen til lekfolk som har utført eller vært vitne til HLR. Det kan også være utfordrende for uerfarne intensivsykepleiere å vite hvordan man best mulig bør gå frem i samtale med pårørende som har erfart en slik traumatiserende opplevelse. Med den bakgrunnen og forforståelsen vi har, utgjør det motivet for å skrive om temaet.

4.1.2 Fokusgruppeintervju

Intervju er den mest anvendte metoden innenfor kvalitativ forskning. Fordelen med intervju er at vi her vil få innblikk i andre menneskers opplevelser, erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2018, s. 90). Fokusgruppeintervju er å samle inn kvalitative data fra gruppesamtaler. Fokusgruppene består vanligvis av 5-10 deltakere som snakker sammen og diskuterer i en time til halvannen. Polit og Beck (2020, s.515) påpeker at personene som skal intervjues bør være relativt homogene for å fremme en behagelig gruppedynamikk. Man føler seg vanligvis tryggere og klarer å uttrykke sine synspunkter dersom de andre i fokusgruppen har en lignende bakgrunn som en selv. Av den grunn var det ønskelig å skaffe informanter fra samme avdeling i hvert av fokusgruppeintervjuene til denne studien.

Fokusgruppeintervju er kjent for sin “ikke-styrende” intervjustil, der samhandlingen mellom deltakere står sentralt (Thagaard, 2018). Diskusjonen skal være åpen, for å tilrettelegge til kritisk refleksjon der informantene åpent kan dele gode og dårlige erfaringer. Her kan spontane og emosjonelle synspunkter komme frem som kan være med å bidra til et godt resultat (Malterud, 2012, s. 18-20).

4.1.3 Intervjuguide

Polit og Beck (2020, s.515) mener nøkkelen for å oppnå en effektiv fokusgruppesesjon er å bruke en intervjuguide med en serie spørsmål for å veilede den som intervjuer. Det ble av den grunn laget en intervjuguide i forkant av fokusgruppeintervjuene, med spørsmål som skulle dekket i løpet av hvert intervju. Denne ble laget i nøye sammenheng med studiens problemstilling. Intervjuguiden (vedlegg 2) ble laget i samarbeid med veileder og ansatte ved RAKOS, da de hadde verdifull erfaring rundt temaet. Intervjuguiden ble også presentert på masterseminar for medstudenter hvor det ble forespurt tilbakemeldinger og forslag på intervjuguiden. Dette bidro til nøye vurdering av hvilke spørsmål som skulle tas med i intervjuguiden. Malterud (2012, s.32) påpeker at problemstillingen kan spisses ytterligere jo mer man tilegner seg aktuell empirisk og teoretisk litteratur på feltet. Det ble derfor diskutert mellom forfatterene hvorvidt det var utsagn under intervjuene en burde ha undersøkt nærmere. Det gav oss mulighet til å forbedre intervjuguiden for hvert gjennomførte intervju. De aktuelle temaene i intervjuguiden ble til slutt: Erfaring intensivsykepleiere har med pårørende som har utført hjerte- lungeredning, rutiner eller retningslinjer ved respektive avdeling av pårørende som har utført hjerte- lungeredning, opplevelser/reaksjoner som kom frem fra pårørende, og forslag til fremtidige tiltak for ivaretagelse av disse pårørende.

Det kan være en fordel å ikke ha for mye struktur på intervjuet i en eksplorerende studie. En vanlig nybegynnerfeil kan være å ha alt for omfattende intervjuguide slik at det blir lagt for mye forhåndsregler i det som blir sagt under intervjuet. Intensjonen med en intervjuguide var å bruke den som en huskeliste og et virkemiddel til å skjerpe forskningsfokus og styrke mulighetene til å utfordre forforståelsen i møte med andre menneskers erfaring (Malterud, 2012, s.33). Det var planlagt på forhånd å ha en fleksibel holdning til intervjuguiden, slik at man kunne forfølge uventede spor og etterspør respons. På grunn av forfatterens uerfarenhet i å intervjuer, ble det valgt et fåtall åpne spørsmål for å være sikre på å dekke de viktigste temaene. Malterud (2012, s.72) påpeker at det er viktigere å lære av prosessen underveis og være fleksibel til å justere kursen i intervjuene enn å gjøre det likt hver gang. Selv om intervjuguiden ser relativt kortfattet ut ligger det mye arbeid bak utviklingen av den, dessuten var det viktig å være tilstrekkelig forberedt slik at man ikke kaster bort andre menneskers tid og innsats ved å delta i studien (Malterud, 2012, s.33).

Ved å bruke intervjuguiden ble det tenkt at moderatorens oppgave var å oppmuntre informantene

til å snakke fritt om alle spørsmålene i guiden og fortelle historier med egne ord. Denne teknikken sikrer at en innhenter all den informasjon som kreves, samt å gi informanten friheten til å gi så mange illustrasjoner og forklaringer de ønsker (Malterud, 2012, s.34). Det var tenkt å benytte utforskende spørsmål for å belyse mer detaljert informasjon, som for eksempel «Hva skjedde så?» eller «Når det skjedde, hva følte du da?» (Polit & Beck, 2020, s. 514). Intervjuguiden ble også testet ut i et pilot intervju på medstudenter for å optimalisere intervju spørsmål og moderator fikk øvet seg på sin nye rolle. Dette forberedte oss på å være mer avslappet i intervjuet, søke og gå i dybden på uforutsette svar. Etter pilot intervjuet ble det oppdaget at man hadde bedre tid enn først antatt og viktigheten av å ta pauser for å sikre seg at alle informantene fikk fortelle om sin erfaring.

4.1.4 Utvalg

Det ble besluttet å ha tre fokusgruppeintervjuer, da det var ønskelig å intervju tre spesialavdelinger som kunne representere intensivsykepleierenes erfaringer med pårørende i ulike faser. For å gjøre fokusgruppene homogene, valgte vi informanter fra samme avdeling i hvert av intervjuene. Det var ønskelig å skaffe et strategisk utvalg av informanter til fokusgruppeintervjuene. Strategisk utvalg vil si å inkludere informanter som best mulig kan belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s.58). Inklusjonskriteriene som ble satt for denne studiens informanter var; arbeidserfaring mer enn 5 år, hatt samtale med pårørende eller andre lekfolk som har utført HLR og utdannet sykepleier, med eller uten spesialutdannelse. Høsten 2021 ble studien godkjent av Personalvernombudet (PVO), som var nødvendig for å kunne gjennomføre intervjuene (vedlegg 7). Det ble deretter sendt mail med informasjonsskriv (vedlegg 3) til tre spesialavdelinger der avdelingsleder ble forespurt om å finne informanter til oss på bakgrunn av våre inklusjonskriterier. De utvalgte informantene fikk så invitasjon til å delta i studien. Vi fikk til sammen 10 informanter, hvor 7 av dem var intensivsykepleiere, en operasjonssykepleier, en akuttsykepleier og en sykepleier med spesialutdanning fra utlandet. Tre av informantene var menn. Siden denne masteroppgaven har et intensivsykepleie fokus, vil informantene bli benevnet som intensivsykepleiere. Informanten med minst erfaring hadde mellom 5-10 års erfaring, mens den med lengst erfaring hadde over 25 år i feltet. Vi så på dette som et variert og representativt utvalg med tanke på inklusjonskriteriene og mangfoldet ved avdelingene.

4.1.5 Innsamling av data

Fokusgruppene ble gjennomført i eget rom ved de tre avdelingene. For å unngå nervøsitert ble det tilbudt kaffe og twist, før de ble invitert til å gi en kort presentasjon av seg selv med navn, utdanning og arbeidserfaring. Dette skal i følge Polit & Beck (2020, s. 520-521) være viktige momenter for å tilstrebe best mulig miljø for å foreta et fokusgruppeintervju (Malterud, 2012, s. 71). Deltakerne var godt informert om intervjuets formål og mening, og det ble utdelt informasjonsskriv (Vedlegg 4) til hver deltaker i forkant av intervjuet.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, dette gjorde det lettere å fokusere på selve intervjuet. Intervjuene ble lyttet på og transkribert før neste intervju tok sted. Ved å gjøre dette kunne det avdekkes om det var temaer eller områder under intervjuet som det hadde vært ønskelig å avdekke mer informasjon om. Dette bidro til å kunne utforme best mulig spørsmål for å gå i dybden av det vi ønsket å utforske. Som moderator var det viktig å beholde tålmodigheten under intervjuet når informantene avsporet. Det er imidlertid ofte ny kunnskap å hente i disse avsporingene. Det var også viktig å få informantene til å føle seg komfortabel og skape trygge rammer før vi spurte om sensitive spørsmål i intervjuet (Malterud, 2017, s. 134-137, Polit & Beck, 2020, s. 520, Thagaard, 2011, s. 90-91).

Moderator presenterte emnene som skulle diskuteres, og la til rette for ordveksling med åpen atmosfære og velvillighet. Det ble lagt vekt på å få frem informantenes ulike synspunkter og erfaring av å håndtere pårørende som hadde utført HLR (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 179). Intervjuguiden ble fulgt for å sikre at alle emnene ble besvart underveis (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 162). Rollene som moderator og sekretær var definert og øvd på i forkant i form av et pilot intervju. Sekretær var stille under intervjuet og noterte. Moderator snakket minst mulig og stilte spørsmål fra intervjuguiden, samt ved uklarheter eller der det var ønskelig å få litt mer utdyping under intervjuet. Spørsmålene ble stilt likt ved de ulike avdelingene. Tiden som var satt av til intervjuet var en time, men reell tid var 40 til 50 minutter. Ved siste del av intervjuet opplyste moderator at intervjuet snart var ferdig, for å ikke la informantene bekymre seg for at intervjuet skulle overstige avsatt tid. Alle informantene virket avslappet og hadde tilsynelatende god kjemi seg i mellom. De fikk anledning til å si sin mening og erfaring innen alle spørsmålene. Bekreftende kommunikasjon under intervjuet, verbalt og non-verbalt, med nikk og smil, ble observert underveis. Avslutningsvis ble det spurt om sekretær hadde noe uavklart å ta opp og om informantene hadde noe de ønsket å tilføye. Ved særlig ett av intervjuene kom det frem verdifulle tanker og refleksjoner informantene hadde etter å ha svart på spørsmålene underveis.

Intervjuene ble skrevet på bokmål for å unngå at dialekten kunne føre til gjenkjenning av informantene. Bekreftende eller tenkende ord som lydene, «mm» eller «eeh», ble ikke tatt med da det ville ha liten betydning for meningsinnholdet. Noen steder i lydopptaket var det vanskelig å høre hva som ble sagt, og ble derfor avspilt gjentatte ganger. Der ingen av forfatterne klarte å tyde hva som ble sagt, ble det notert «xxx». Dette forekom svært sjeldent, og vil trolig ikke ha noen betydning for meningsinnholdet.

4.1.6 Reliabilitet og validitet

Begrepene som reliabilitet og validitet ligger til grunn for begrepet troverdighet (Malterud, 2011). Reliabilitet vedrører dataens pålitelighet. Påliteligheten kan styrkes ved at forskeren gjør rede for hvordan data utvikles. Med dette menes det at man som forsker skiller mellom informasjon som er innhentet i datainnsamlingen, og subjektive vurderinger av informasjonen (Maltetud, 2011, s. 194). Spørsmålet om resultatet kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkter danner bilde om studiens troverdighet (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 276). I metodekapitlet i denne studien har det vært viktig å reflektere over metodiske beslutninger og kontekst, slik at det kan bidra til synliggjøring av utformingen på forskningsprosjektet. Redgjørelsen for dette har til hensikt å gjøre forskningsprosessen transparent, noe som gir grunnlag for leseren og selv vurdere kvaliteten av prosjektet (Thagaard, 2018, s. 200). For å gjøre forskningsprosessen transparent har det vært viktig å presentere analysearbeidet i denne studien steg for steg, som presenteres i kapittel 4.3. Pålitelighet baseres også på at leseren får vite hvilken relasjon forskeren har til deltakerne, og hvilken betydning erfaringer i felten har for de dataene forskeren får (Malterud, 2011, s. 194). Dette beskrives nærmere i kapittel 6.2. Forforsåelsen forskerne har før studien begynte er derfor presentert i kapittel 4.1.1. Det er utført et strategisk utvalg av informanter. Dette vil være med på å styrke påliteligheten til studien med tanke på økt informasjonsstyrke. Under intervjuene har det vært fokus på å gi plass til fortellinger med god bredde, for å oppnå rikt mangfold av fenomenet vi ønsket å studere (Malterud, 2012, s. 89). Det kan tenkes at det er noe lettere for informantene å åpne seg og dele mer, når det er færre personer til stede som man i tillegg kjenner.

Med begrepet validitet menes gyldigheten av de tolkningene undersøkelsen fører til. Forskerens egne tolkninger bør kritisk gjennomgås. Det har vært viktig ved utarbeiding av denne studien å ikke ta forhastede konklusjoner og heller lytte nøye, være åpen og følsom for de mange nyansene av intervjupersonenes fortellinger (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 268). Tidligere forskning støttet

flere av funnene i denne studien, noe som øker validiteten. Polit og Beck (2020, s.55) påpeker viktigheten av at funnene skal gjenspeile nøyaktig intervjuobjektene erfaringer og synspunkter i stedet for forskeres oppfatning. Det er derfor i arbeidet med denne studien lagt stor vekt på å oppnå dette i analysearbeidet og presentasjon av funn. Malterud (2012, s. 125) mener at man skal ivareta meningsinnholdet i det som blir sagt, men det kan redigeres lett for at ikke muntligheter skal overdøve budskapet. Det er derfor lagt vekt på å ta med sitater i presentasjon av resultatene i denne studien.

Graneheim & Lundman (2004) skriver at troverdighet i forskning handler om at man viser tillit til hvor god datainnsamlingen og analyseprosessen er. Det var derfor viktig for oss å presentere god informasjon om valg av metode, kontekst, deltakere og datainnsamling. Redegjørelse av studiens kontekst har vært viktig for å få leseren til å ha det samme grunnlaget som forfatterne av denne studien hadde for å tolke funnene. Lundman og Graneheim (2012) hevder at teksten får mening gjennom den som leser det og dermed kan tolkes på ulike måter, forståelsen er avhengig av subjektiv fortolkning. God redgjørelse av analysearbeidet kan øke troverdigheten (Graneheim og Lundman, 2004). Man kan da se at forfatterne har brukt mye tid og refleksjon for å komme frem til det temaet og kategoriene som er dannet. Graneheim og Lundman (2004) påpeker at troverdighet i en studie kan etableres ved å velge adekvate meningsenheter til analysen. For store meningsenheter kan bli vanskelige å håndtere da de kan inneholde en variasjon av meninger. For korte meningsenheter kan derimot resultere i fragmentering. I begge disse tilfellene kan en risikere at verdifulle funn går tapt under prosessen med kondensering og abstrasjon. Noen av meningsenhetene i analyseprosessen i denne studien ble derfor delt opp for å få frem de ulike funnene hver for seg slik at de ikke skulle tapt eller overdøve hverandre. Vår veileder var også enig i de meningsenhetene som ble lagt frem. Analysen er i tillegg blitt presentert og diskutert med medstudenter og andre veiledere på masterseminar for å få innspill og tilbakemeldinger til forbedring av den. Troverdighet inkluderer også spørsmålet om overførbarhet (Graneheim og Lundman, 2004). Forfatterne kan gi antydning til overførbarhet men det er leserens avgjørelse om funnene er overførbare til en annen kontekst. For å lette overførbarheten er det verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kontekst og kultur, informasjon om informantene, datainnsamlingene og analyseprosessen. Overførbarhet vil øke dersom funnene presenteres på en måte som lar leseren se etter alternative tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004).

4.2 Forskningsetiske overveielser

Før den empiriske delen av studien starter er det viktig å være innforstått med hvilke etiske utfordringer det vil innebære. Helsevitenskapelig forskning er regulert av flere norske lover og forskrifter som man må ta hensyn til. Man skal overholde taushetsplikten ovenfor informantene, og de skal anonymiseres ved eventuell publisering av forskningen (Helseforskningsloven, 2018, § 7). Frivillig samtykke ble innhentet av alle deltakerne og de kunne på et hvert tidspunkt velge å trekke seg fra studien (Helseforskningsloven, 2018, § 13). Forskningen skal være etisk forsvarlig (Helseforskningsloven, 2018, § 5).

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003) nevner 4 etiske prinsipper som er viktig vedrørende sykepleieforskning: Autonomi; å gjøre godt, ikke gjøre skade og rettferdighetsprinsippet. Disse prinsippene har vært viktige å ha i tankene da forberedelsene til denne studien ble gjort, samt i analysearbeidet og ved presentasjon av funn.

Før datainnsamlingen til denne studien forberedte forfatterne seg i den grad en kan før et intervju. Faglitteratur ble lest, og intervjuguide ble dannet i samarbeid med veileder og tilbakemeldinger fra medstudenter under masterseminar. Det ble også utført pilotintervju i forkant. Alle disse forberedelsene bidro til økt mulighet for å finne verdifull kunnskap og respekt overfor informantenes tid. Sekretær og moderator sa minst mulig under intervjuene slik at det var mindre fare for å bli farget av forfatterens forforståelse. På denne måten kan en produsere ny innsiktsfull kunnskap om informantenes erfaringer (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 113).

4.2.1 Nødvendige tillatelser

Studien har blitt søkt til Personvernombudet, forskningsavdelingen ved det aktuelle universitetssykehuset (PVO). PVO i eProtokoll ble godkjent med id 2698, høsten 2021 (vedlegg 7). Før oppstart av intervjuer ble det sendt ut henvendelse til klinikkssjef i de aktuelle avdelingene som gav godkjenning til å finne informanter ved de respektive avdelingene. Personopplysningene til studiens informanter ble aidentifisert, og kan ikke spores tilbake til dem. Siden studien ikke skulle håndtere pasientopplysninger var det av den grunn ikke nødvendig å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

4.2.2 Frivillig deltakelse, informert samtykke og konfidensialitet

Datainnsamlingen kan ofte ha en personlig karakter i kvalitative studier, det er derfor en forutsetning med gjensidig tillit og respekt mellom forsker og deltaker (Malterud, 2017, s. 211). Denne tilliten må forvaltes tilfredstillende videre. Det som blir sagt skal ikke misbrukes, det skal håndteres på en måte som best mulig samsvarer med hvordan det var ment (Maltetud, 2017, s. 112). Malterud (2017, s. 214) påpeker viktigheten av at deltakerene skal kjenne prosjektet godt nok til å ta stilling til om de ønsker å delta. De skal ha mulighet til å takke nei til å delta uten å komme i en ubehagelig situasjon. Det ble derfor bedt om at avdelingsleder samlet informanter på vegne av forfatterne. De fikk tilsendt informasjonsskriv i forkant, slik at de kunne vurdere om de ønsket å bidra eller ikke. Det kan tenkes at det ville være lettere for informantene som ikke ønsket å delta å avslå forespørselen fra avdelingsleder som ikke hadde noe med studien å gjøre. På intervjudagen ble alle informantene informert om hva studien handlet om og at samtalen ville bli tatt opp på lydbånd (vedlegg 4). De ble også informert om at alle opplysningene deres ville bli behandlet uten navn og dokumentert som for eksempel «A1 og B2», uten risiko for gjenkjenning. Etter å ha fått informasjon om forfatternes taushetsplikt og håndtering av data, ble samtykkeskjema signert av hver informant (vedlegg 5). De fikk informasjon om mulighet til å trekke seg når som helst, både i informasjonsskrivet og muntlig i forkant av intervjuet. Materialet har kun vært tilgjengelig for veileder og forfatterne, og har vært lagret på en kryptert minnepenn. Dette materialet vil bli slettet etter at prosjektet står ferdig mai 2022.

4.3 Analyse

Til denne studien er det blitt brukt kvalitativ innholdsanalyse med en induktiv tilnærming. Som grunnlag for analyseprosessen har det blitt brukt Graneheim og Lundman (2004) sin artikkel om kvalitativ innholdsanalyse og troverdighet, Lindgren, Lundman og Graneheim (2020) sin artikkel om abstraksjon og tolkning under kvalitativ innholdsanalyseprosesser, samt Graneheim og Lundman (2012) sitt bokkapittel "kvalitativ innholdsanalyse". Fokuset for en kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere forskjeller og likheter i tekstlig innhold (Lundman og Graneheim, 2012, s.198-199).

Det første steget i analyseprosessen var å transkribere intervjuene og gjøre en gjennomlesning. Det transkriberte materialet ble lest gjennom gjentatte ganger av begge forfatterne for å få en

helhet i tekstmaterialet. Deretter ble det tatt ut meningsenheter som var relevante i forhold til problemstilling. Noen av meningsenhetene ble delt opp slik at de ikke skulle bli for lange og vanskelige å håndtere (Granheim & Lundman, 2004). Det var likevel viktig at de ikke ble for korte, slik at viktig budskap gikk tapt. Meningsenhetene ble så satt inn i skjema slik at det gjorde kondenseringen enklere. De viktigste delene av meningsenhetene ble deretter kondensert. Kondensering viser til en prosess som forkorter samtidig som kjernen bevares (Granheim & Lundman, 2004). For å redusere teksten uten å redusere kvaliteten ble for eksempel adjektiv som «bra» eller «redd» ikke tatt bort ved kondensering. Verdifulle beskrivelser ble ikke redusert for å få frem budskapet i meningsenhetene.

Analyseprosessen var krevende og det ble gjort store endringer etter hvert møte med veileder. Meningsenhetene som var kondensert og kodet ble satt i ulike kategorier. Denne sorteringen ble nærmest fullstendig endret både etter første, andre og tredje møte med veileder i forbindelse med analysen. Lindgren, Lundman & Graneheim (2020) beskriver viktige betraktninger i arbeidet med kategorier og tema. Kategoriene skal svare på problemstillingen, men en skal ikke unnlate beskrivende ord. For eksempel «pårørendes følelser» som er en ganske overfladisk beskrivelse og heller burde bli kalt for «pårørendes ubehagelige følelser». En annen sak som Lindgren, Lundman og Graneheim (2020) påpeker er der kategoriene blir et sammendrag av subkategoriene, er det utført for lite abstraksjon og tolkning, noe som viser at analysearbeidet ikke enda er ferdig. Nettopp dette var noe av det vi opplevde å gjøre ved de første utkastene av analysen vår. For å bedre dette og være sikre på at teksten var analysert nok, ble alle de «gamle» kategorier tatt bort for å unngå distraksjon og muligheten til å tenke i nye baner. Koder og subkategorier stod igjen, og de ble gjennomgått enda en gang for å forsøke å finne ut hva som passet sammen. Likheter og ulikheter i teksten ble sett på for å sortere det best mulig. En kategori består av flere koder og underkategorier som har lignende innhold (Lundman & Graneheim, 2012, s.191).

Kategoriene ble laget når kodene og subkategoriene så ut til å dreie seg om det samme. Disse ble så delt inn i tre «emner» som var tiltenkt at skulle danne tema. Senere ble de slått sammen, og de tre emnene ble til tre kategorier etter at analysen hadde blitt bearbeidet ytterligere. Det var viktig at studiens problemstilling ble svart på under utarbeiding av kategoriene. Studiens problemstilling ble hyppig gjentatt, for å forsikre oss om at kodene var relevante og passende for abstraksjon og tolkning av manifest innhold for å skape kategorier og deretter tema (Lindgren, Lundman & Graneheim, 2020). Graneheim & Lundman (2004) skriver at en kategori svarer på

spørsmålet «hva?», mens tema svarer på «hvordan?». Det å lage tema er en måte å koble de underliggende betydningene sammen i kategorier. Tema er en «rød tråd» av underliggende betydning i meningsenheter og kondensert meningsenheter, på et fortolkende nivå. Det kan være et uttrykk for det latente innholdet i teksten (Granheim & Lundman, 2004). Dette ble viktig å ta i betraktning under utformingen av tema i denne studiens analyse. Etter omtrent 5 ukers intenst arbeid med analysen stod det igjen ett tema som er kommet frem som den underliggende meningen med det som ble formidlet under intervjuene; «Intensivsykepleiernes behov for å hjelpe, redsel for å feile».

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen fra meningebærende enheter til tema

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori	Kategori	Tema
Første jeg kommer på er en som, en mann da. Han var egentlig euforisk eller litt langt oppe liksom. Han var med kona si inn og det hadde jo gått fint. (B3)	Mann var med kona si inn [hjertestans]. Han var euforisk eller litt langt oppe liksom	Mann var med kona inn [hjertestans]. Euforisk.	Sårbare pårørende	Intensivsykepleiernes behov for å hjelpe, redsel for å feile
De [pårørende] er ofte ikke så mottagelige for informasjon, for de er gjerne i sjokktilstand. (A1)	Ikke mottakelige for informasjon, de er i sjokktilstand	Ikke mottakelig for informasjon, sjokktilstand		
Det er de praktiske tingene de [pårørende] klarer å «lande på». Det er kanskje så uvirkelig det som har skjedd, så er det noe så konkret som du klarer å fokusere på da, som hvor er bilen.. (A1)	De praktiske tingene. Det er så uvirkelig det som har skjedd, så er det noe så konkret en fokuserer på da, som hvor er bilen..	Uvirkelig det som er skjedd. Fokuserer på det praktiske	Ivaretagelse av pårørende	

<p>Jeg er veldig påpasselig på hva jeg sier, jeg støtter de [pårørende] veldig. «Dere har gjort det viktigste og det var å starte [HLR] og ringe». (C3)</p>	<p>Jeg er påpasselig på hva jeg sier, støtter de veldig.</p>	<p>Støtter dem på at de har startet [HLR] og ringt.</p>		
---	--	---	--	--

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil resultatet fra den kvalitative innholdsanalysen bli presentert. Ett tema trådte frem under analyseprosessen; «Intensivsykepleiernes behov for å hjelpe, redsel for å feile». Følgende kategorier blir presentert som underkapitler; «Sårbare pårørende», «Ivaretakelse av pårørende» og «Utrygge overganger», se tabell 2.

Tabell 2. Inndeling av tema og kategorier.

Tema	Intensivsykepleiernes behov for å hjelpe, redsel for å feile		
Kategori	Sårbare pårørende	Ivaretakelse av pårørende	Utrygge overganger

5.1 Intensivsykepleiernes behov for å hjelpe, redsel for å feile

Funnene fra de tre spesialavdelingene var nokså samsvarende på tross av antakelsen om at det kunne bli ganske ulikt. Dette med tanke på at pårørende kan være på svært ulike stadier på de ulike avdelingene. Alle informantene ønsket og forsøkte å hjelpe pårørende i den grad de kunne, men på grunn av blant annet mangel på rutine og standardisert opplegg, skapte det utfordringer med nettopp dette. I kategorien «sårbare pårørende» beskriver informantene pårørendes sinnstilstand når de kom inn på sykehuset, tvil på om de har utført adekvat HLR, pårørende som satte seg selv til side, og ukjente reaksjoner når de kommer hjem. Kategorien «ivaretakelse av pårørende» dreier seg om ivaretakelse i form av samtale med pårørende og igangsatt oppfølging. Den siste kategorien «utrygge overganger» omhandlet der de kan stå i fare for å feile ved at det ikke finnes noen retningslinjer, samt utfordringene i forhold til tidsklemme, og utfordringene informantene har i samtale med pårørende.

5.1.1 Sårbare pårørende

Funnene viste at pårørende kunne være i en sårbar situasjon etter å ha utført HLR på en av sine nærmeste. Informantene beskrev pårørendes reaksjoner i etterkant av å ha utført HLR, der flere av informantene fortalte om pårørende som virket stresset. En av informantene fortalte om en pårørende, ektemann, som hadde fremstått som euforisk etter å ha gjenopplivet sin kone. Andre pårørende opplevdes å være hysteriske. Det kom spesielt frem at dette ofte kunne gjelde de pårørende der det var utført HLR på egne barn. Andre pårørende kunne derimot fremstå helt apatiske da de ankom sykehuset etter en slik hendelse. Flere av informantene fortalte om at pårørende tilsynelatende så ut til å være i sjokk, noe som gjorde informasjonsflyten vanskelig. Pårørende i sjokktilstand opplevdes som mindre mottakelige for informasjon, spesielt på et tidlig tidspunkt i sjokkfasen. To informanter uttalte:

«Pårørende er ofte ikke så mottakelige for informasjon, for de er gjerne i sjokktilstand.»

(Informant A1).

«Av og til hvis vi spør om det som har skjedd, det er ikke i fokus nå, de er i sjokk. Jeg husker de siste [pårørende] jeg hadde. De var ikke på nett i det hele tatt, på akkurat det. Nå gikk det jo ikke bra heller.»

(Informant C3).

Disse utsagnene ble støttet av flere informanter. Det kom frem at en dypere samtale om pårørendes følelser og situasjonen de hadde stått i, var noe som burde bli tatt tak i når de var kommet over det største sjokket. De første samtale dreide seg oftest om informasjon om pasientens tilstand og videre plan. Pårørende var ofte redde for om pasienten kom til å overleve, da vedkommendes helsetilstand fremdeles var ustabil.

Videre fortalte informantene da pasienten var over den akutte fasen, begynte pårørende å vise bekymring for pasientens fremtid. Dette dreide seg blant annet om at de var redde for at pasienten kunne få en ny hjertestans. En hjertestanspasient skal angivelig ha fortalt en av informantene våre at pårørende kviet seg for å få vedkommende hjem igjen, da de var redde for at de skulle oppleve en ny hjertestans. En pårørende skal ha fortalt at de opplevde at de tidvis våknet om natten for å lytte til om partneren pustet, i bekymring for at de skulle slutte å puste i løpet av natten.

Pårørende som har utført HLR på en av sine nærmeste har vært gjennom en tøff situasjon som de mest sannsynligvis ikke har stått i før. Deres nærmeste har stått i fare for å miste livet og de ble selv nødt til å handle for å berge vedkommende. Det som kom frem av informantene og deres erfaring i møte med disse pårørende, var først og fremst at de var redde for hvordan det kom til å gå med pasienten. De var også bekymret og redde for at den livreddende førstehjelpen de hadde utført ikke var bra nok. Utsagn fra to informanter:

«Jeg tror det ligger mye i tankegangen, mye tvil på om de [pårørende] har gjort riktig.»

(Informant B2).

«Når de dør så tenker de [pårørende] ofte på om de har gjort noe feil...»

(Informant B1).

En av informantene påpekte vanskeligheten med å få en hjertestanspasient ned på gulvet, og at pårørende da kan sitte igjen med en følelse av at de ikke gjorde nok hvis de opplevde vanskeligheter med dette. En annen informant fortalte om en pasient som hadde fått store skader i brystkassen etter å ha blitt resuscitert hjemme av pårørende. Pasienten lå blant annet med thoraxdren, noe pårørende var informert om var på grunn av kompresjonene som nærmest hadde knust brystkassen. Informanten hadde selv ikke deltatt da legen informerte pårørende, men kunne tenke seg at dette var noe de kanskje tenkte på i etterkant og kunne føle skyld ovenfor. Mange kan gjerne føle et ansvar på at HLR er noe en bør kunne etter å ha gjennomgått kurs, men når de står i situasjonen kan de føle de ikke har den kontrollen de kanskje burde, hevdet en av informanene.

Det kom frem at pårørende var mest fokusert på pasientens tilstand, behandling og parametre under sykehusinnleggelsen. Det var sjelden pårørende selv tok initiativ til å ha en samtale om det de hadde vært gjennom og hvordan de hadde det. Noen hadde også behov for å trekke seg tilbake, mens andre snakket lettere om det som hadde skjedd. Behovene hos pårørende opplevdes som veldig individuelle. To informanter uttalte:

«Jeg husker jeg en gang spurte «søkte du hjelp?» «Å nei det jeg har ikke tenkt på». Så de går liksom og grubler med det helt alene og føler hovedansvar for det som skjedde, men tenker ikke på at de også kan søke hjelp.»

(Informant B2).

«Det vanskeligste er de [pårørende] som er litt sånn stille, som ikke kommer med det sånn spontant. Altså da skal man jo ikke presse de heller, så da får en liksom ikke gjort så mye der og da.»

(Informant B3).

Det ble reflektert over at pårørende kan tenke at de ikke var hovedpersonen, og at følelsene deres er uviktige i en slik situasjon der deres nærmeste nettopp hadde eller enda stod i fare for å miste livet. En informant sa at det derfor kan være viktig å stille spørsmål om hvordan det går med pårørende, for å få de til å åpne seg om det de har vært gjennom. En informant fortalte om en situasjon der en sønn hadde startet HLR på sin far, og da ambulansen kom ble det mislykket intubasjon og etablert trakeostomi på stedet. Pårørende opplevde dette traumatisk og kompenserte med å være veldig fokusert på parametre og medikamentdoseringer. Han snakket ikke om hvordan situasjonen hadde vært hjemme. Flere av informantene reflekterte også over alle de ulike reaksjonene pårørende kunne få etter at de kom hjem, men som de aldri får vite. Utsagn fra informant:

« ... det er hjemmet deres, de [pårørende] har jo bare kastet på seg noen tøfler og så går de til sykehuset, og så kommer de hjem til et åsted. Der ligger det jo i-gel og you name it. Det ligger jo slengt, og da må de faktisk begynne å vaske huset...»

(Informant C4).

En av informantene fortalte at pårørende kan oppleve å få situasjonen i revy når de for eksempel kommer hjem for å rydde huset, eller ved utskrivelse når pasienten kommer hjem og skal passes på videre. Pårørende handler raskt bare fordi de vet at det må gjøres, men så kan de sitte igjen med vonde minner i etterkant. For eksempel nevnte en informant at det å utføre kompresjoner og kjenne at det knaser, kan oppleves traumatisk.

5.1.2 Ivaretagelse av pårørende

I funnene kom det frem at det å ivareta pårørende var noe som var helt essensielt, spesielt i sjokkfasen. Det å lytte og støtte pårørende, vise med kroppspråk og interesse at en er der for de, og at de blir sett. De husker gjerne ikke detaljer, men hvordan de ble møtt av intensivsykepleierne var noe pårørende kunne sitte igjen med og huske i ettertid. Det ble også sett på som viktig å la pårørende få rom til å snakke og spørre, der intensivsykepleierens rolle ble å lytte og støtte dem.

Flere informanter påpekte at store deler av jobben er å lytte.

Det ble nevnt av informanter på tvers av avdelingene at pårørende ofte var opptatt av det praktiske, at de måtte ha noe konkret som de kunne fokusere på. Hendelsen de hadde vært igjennom kunne ha vært så uvirkelig at de kun klarte å fokusere på konkrete ting. En informant uttalte:

«De [pårørende] er ofte opptatt av praktiske ting; Altså bilen, hvor er den parkert, jeg kom bare i tøflene, hvor skal jeg bo?»

(Informant C4).

Funnene viste at det var stort fokus på pårørende, og at det stort sett var en sykepleier som tok seg av dem når de kom inn sammen med pasienten. Ved den ene avdelingen kom det frem at det ofte var den intensivsykepleieren som hadde ansvar i avdelingen som fikk ansvaret for pårørende, mens de andre tok seg av pasienten. Ved en annen avdeling kom det derimot frem at det ofte var en uerfaren sykepleier som ble satt til å ta vare på pårørende, da de trengte de erfarne intensivsykepleierne hos pasienten. En informant nevnte at det som ble sett på som viktig var å lese situasjonen og se hvor i krisen pårørende var. Det ble konstantert at dette dog kunne være utfordrende for en sykepleier som var ganske ny i sin rolle som sykepleier.

Videre ble det lagt stor vekt på å trygge pårørende med at de hadde gjort alt de kunne i HLR situasjonen. En av informantene fortalte at de gikk gjennom hendelsesforløpet, ga tilbakemelding på at de gjorde alt rett, og at de hadde gjort en god jobb. Samtlige av informantene påpekte videre at det var viktig å fortelle og bekrefte for pårørende at de gjorde en god jobb med brystkompresjonene uansett utfall. Flere informanter nevnte at pårørende i etterkant var takknemlige for tilbakemeldingene de fikk. En informant uttalte:

«Det hjelper ekstremt å bekrefte at de [pårørende] har gjort en god jobb, og da får vi ofte høre takknemlighet som «takk for at du sier det, det var godt å høre.»

(Informant B2).

Funnene viser at pårørende kan være bekymret for at den hjerte- lungeredningen de ga ikke var tilstrekkelig. Informantene har videre påpekt viktigheten av å trygge pårørende med at de gjorde alt de kunne. En informant utdypte:

«Jeg er veldig påpasselig på hva jeg sier, jeg støtter de [pårørende] veldig. Dere har gjort det viktigste og det var å starte [HLR] og ringe.»

(Informant C3).

En annen informant fortalte om en hendelse som understøtter viktigheten av å gi pårørende bekreftelse. Historien dreide seg om en kone som hadde utført HLR på sin ektemann. Ambulanshelikopteret hadde gitt tilbakemeldinger til konen om at hun hadde gjort alt rett. Det hadde vært veldig viktig for henne å høre, og hun klamret seg til de positive tilbakemeldingene. I ettertid hadde hun likevel stort behov for å snakke om hendelsen og følelsene hennes rundt det.

Funnene viste at samtlige av informantene henviste til presten på sykehuset som et tiltak for å ivareta pårørende. Tilbudet om prest var noe flere skrøt av, spesielt fordi de hadde erfaring med at de var en god støtte og samtalepartner for pårørende. En av informantene påpekte at det var viktig å formidle at presten ikke alltid er prest, men en samtalepartner. Pårørende kunne ofte takke nei til tilbud om prest på grunn av for eksempel religion. Pårørende kunne også få en negativ reaksjon da de fikk tilbud om prest, og kunne tenke at «nå dør han». Videre fortalte en informant at presten ofte fulgte med videre hvis pasienten ble overflyttet til en annen avdeling, for eksempel fra akuttmottak til intensivavdeling. Da har de allerede fått en relasjon til hverandre som kunne virke betryggende for pårørende i en akuttsituasjon. Det ble også henvist til prest dersom intensivsykepleierne selv ikke hadde anledning til å ta seg av pårørende. Informantene påpekte at dette er et fint tiltak for å vise at pårørende ikke står alene med tanker og følelser de måtte bære på i etterkant av hendelsen. Prestetjenesten er døgnbemannet, så det spilte ingen rolle når på døgnet behovet skulle melde seg.

Videre fortalte flere av informantene om tilbudet som RAKOS har, et lavterskeltilbud til lekfolk og/eller pårørende som har utført HLR. Rutinemessig får personer som har ringt 113 i en hjertestans situasjon, en sms fra akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) med tilbud om oppfølgingssamtale i etterkant hos RAKOS. På sykehuset finnes det også små visittkort med kontaktinformasjon til RAKOS som deles ut av sykepleierne til pårørende. Flere av informantene nevnte at pårørende ofte var i sjokktilstand og at det kunne være vanskelig å snakke med dem tidlig i forløpet. De hevdet at pårørende også kunne oppleve at det dukket opp flere spørsmål i ettertid. Det kunne være lettere med samtale når de hadde fått det litt på avstand og da ta kontakt med RAKOS for samtale. Informanten som tidligere fortalte om ektemannen som opplevdes euforisk etter å ha gjenopplivet sin kone, ble informert av samme informant om RAKOS tilbudet. Det takket han ja til, noe hans datter også støttet. En annen informant påpekte at det bør henvises

oftere til RAKOS, da de selv ikke hadde mulighet eller noen rutine for oppfølging av pårørende i ettertid på deres avdeling. De nevnte også at det kan være en fordel å la pårørende snakke med noen som har erfaring med denne type samtale. En informant uttalte:

«Men det er det som er bra med dette som har kommet nå [RAKOS]. Du sender dette kortet med pårørende hjem, så når de er klare for det, kan de ringe og snakke med noen som har erfaring med det.»

(Informant C3).

Det kom frem i intervjuene at kun en av spesialavdelingene tilbydde etterlattesamtale. Dette er en telefonsamtale, hvor intensivsykepleieren som har hatt hovedansvar for pasienten, ringer pårørende for å høre hvordan det går med dem etter at pasienten har gått bort. Denne samtalen skjer som regel 2 til 3 uker etter hendelsen der sjokket kan ha roet seg. Det ble nevnt at dette tilbudet ble tatt imot svært individuelt, der noen var veldig takknemlige, mens andre takket fint nei. En informant nevnte at de snakket som regel om hvordan det gikk med dem, hva som skjedde hjemme, og hva de hadde tenkt på i ettertid av hjemkomst. Noen pårørende kunne snakke veldig lenge og hadde stort behov for samtale, mens andre fortsatt var i sjokk og ikke hadde tatt innover seg hva som hadde skjedd. Noen pårørende var mer kortfattet og lurte mest på obduksjon og praktiske ting. Det ble nevnt av informanter fra de to andre spesialavdelingene som ikke praktiserte etterlattesamtaler, at dette var noe som burde vært praktisert på alle avdelinger.

En informant nevnte at det å begynne med små samtaler kunne være bra i starten. Vedkommende hevdet at det ofte kunne være en brobygger for å snakke om hva som hadde skjedd hjemme, at muligens HLR situasjonen da kunne komme frem. To av informantene nevnte at ambulansen og ambulanshelikopteret (NLA) hadde ved noen anledninger kommet for å snakke med pårørende etter at de var kommet inn på sykehuset. Ambulansepersonell har sett og observert pårørende i situasjonen, og kunne gi direkte tilbakemeldinger på at de hadde gjort alt de kunne. Det ga dem også muligheten til å forklare mer i detalj om hva som skjedde, med for eksempel tidsintervaller, «dere ringte på dette klokkeslettet og vi kom på stedet dette klokkeslettet». Det viste seg at pårørende var svært takknemlig for dette i ettertid.

I samtale med pårørende la flere av informantene vekt på å la pårørende snakke seg gjennom situasjonen og følelsene rundt den. I gjennomgangen var det viktig å legge hovedvekt på det pårørende gjorde som var bra i situasjonen. Det opplevdes for en av informantene at det kunne

hjelpe pårørende med å bearbeide egne tanker og inntrykk etter hendelsen. Informantene startet gjerne med et åpent spørsmål som, «kan du fortelle hva som skjedde?». Det kom også frem at det var viktig å la dem få vite at de har muligheten til å snakke med en intensivsykepleier eller andre helsarbeidere. En informant uttalte:

«Når jeg har hatt samtale med pasienten, så har jeg alltid sagt at kanskje de som var rundt deg da du hadde hjertestans, de kan kjenne på ting. Da kan de kontakte oss eller hvis det er noe så kan de komme hit og snakke med oss.»

(Informant C2).

Det kommer også frem at i noen tilfeller der pårørende har utført HLR hjemme på en av sine nærmeste, blir de ivaretatt hjemme av både ambulansen og/eller kommunen. Det er først når de kommer inn på sykehus at de blir ivaretatt av intensivsykepleierne.

5.1.3 Utrygge overganger

Samtlige av informantene fortalte at det i dag ikke finnes noen standardisert oppfølging av pårørende som har utført HLR ved noen av spesialavdelingene. På to av de tre spesialavdelingene finnes det heller ingen oppfølging av etterlatte. Det ble også hentydet at det ble litt opp til hver enkelt intensivsykepleier hva som ble gjort i forhold til oppfølging av pårørende. Dette kunne variere ut fra hvilken erfaring hver enkelt intensivsykepleier hadde. Informantene mente at det kunne kjennes frustrerende for pårørende dersom alle intensivsykepleierne på hvert skift spurte hvordan det gikk med dem og at de måtte gjenta den traumatiske opplevelsen flere ganger. Noen ganger kunne det være enklere for pårørende å åpne seg for en intensivsykepleier de følte seg fortrolig med, da kunne det være lettere å snakke om situasjonen. Informantene savnet et system for dokumentasjon av pårørendesamtale, om det var utført og hva som var blitt sagt eller informert om. En informant fortalte at vedkommende gjerne kunne ha vært flinkere til å ta pårørende til side for å snakke med dem om hva de har vært gjennom. En annen sa at de kunne vært flinkere til å henvise pårørende til RAKOS eller fastlege.

En informant poengterte at det hadde vært ideelt med en felles standard som gikk igjen på hele sykehuset, når det kommer til hvordan en skal gå frem i samtale med pårørende som har utført HLR. En annen informant fortalte at i dagens praksis kan det være litt tilfeldig og veldig personavhengig hva som skjer i møte med pårørende, og at et standardisert opplegg hadde vært å

foretrekke. Det kom også frem andre synspunkter om at det kan være en utfordring med et standardisert opplegg, da behovene til pårørende kunne være veldig individuelle. Flere fortalte at det likevel var en del usikkerhet i en slik samtale, spesielt tidlig i arbeidslivet når man har mindre erfaring. En informant fortalte at han kunne kjenne en klump i magen før han gikk inn til pårørende, fordi han ikke visste om de ville være sinte, hysteriske, lei seg eller helt stille. Videre fortalte samme informant at det stort sett gikk bedre etter å ha «lest» situasjonen, men at man alltid følte seg litt spent de første minuttene. Dette kom gjerne med økt erfaring i slike situasjoner. En annen informant fortalte om en situasjon der vedkommende var nyutdannet og uerfaren der han ikke klarte å svare på alle spørsmålene en far hadde da barnet hans ble akutt innlagt. Etter en stund kom presten og svarte på alle spørsmålene med en setning, som var svar på alle spørsmålene faren hadde der og da. Informanten reflekterte i etterkant over hvorfor han ikke bare hadde sagt det presten sa, men konkluderte med at dette var noe som kom med erfaring. Informanten ønsket at han hadde hatt litt mer kunnskap om hvordan man som nyutdannet sykepleier kunne trygge pårørende.

En annen utfordring informantene snakket om var den såkalte «tidsklemmen». En informant nevnte at de ikke fikk nok tid til pårørende fordi de hadde flere pasienter de måtte behandle samtidig. En annen informant sa at lite bemanning gjorde at en ikke alltid hadde muligheten til å sette seg ned og bruke tid på å snakke med pårørende. Dette var noe som gjorde at informantene følte på dårlig samvittighet og utilstrekkelighet i ettertid. Noen dager kunne det være travelt hos pasienten med både røntgen og andre prosedyrer, pårørende ble da nedprioritert. Utsagn fra en informant:

«Man føler ofte følelsen av utilstrekkelighet, for de pårørende som sitter på det rommet [et adskilt rom], at du føler at de ikke blir godt nok ivaretatt. Men det er jo pasienten som må prioriteres, så da får de komme i andre rekke.»

(Informant A2).

Noen av informantene påpekte at det kom an på hvilket tidspunkt på døgnet pasienten og pårørende kom inn på sykehuset, om hvor mye kapasitet det var til å ta en samtale med pårørende. Spesielt helg var sårbart, da bemanning var lavere enn ellers. Flere av informantene uttrykte ønske om mer tid til rådighet. Noen pårørende kunne bruke lang tid og hadde stort behov for å snakke. Dette kunne være krevende i en travelt hverdag. Samtlige av informantene oppgav at de henviste til prestesamtale, noe som var spesielt bra når de selv hadde det travelt i pasientrelatert arbeid. En informant uttrykte ønske om muligheten til å delta på prestesamtalen, men opplevde ikke at det

var tid til det. En informant sa at de kunne vært flinkere til å henvise pårørende til noen å snakke med. En annen informant påpekte at visittkortene til RAKOS druknet i alt mulig annet, da dette prosjektet startet opp midt under covid-19 pandemien. Dette gjorde det vanskelig å ha fokus på det og holde tilbudet vedlike midt oppi alle andre utfordringer som de stod i da.

Funnene viste at det var flere utfordringer knyttet til det å ha samtale med pårørende på sykehuset. En informant nevnte at det å ta med seg pårørende på pårønderommet kunne være vanskelig da de helst ville være sammen med pasienten på pasientrommet. Videre ble det sagt at de syntes det var for tidlig med informasjon helt i starten. Var pasienten nedkjølt, tok det ofte 48 timer før pasienten ble vekket. Pårørende hadde da ofte enda et håp, og ønsket derfor ikke å ta den samtalen før pasienten ble vekket. Det ble også påpekt at da intensivsykepleiere og leger kom inn med hvite klær for å snakke med pårørende, forventet de å få informasjon om pasienten. De var ikke fokusert på seg selv og sine følelser rundt HLR situasjonen de hadde stått i. En informant fortalte at det kanskje var for tidlig for pårørende å ta den samtalen i starten av pasientens innleggelse, men hvis det ble utsatt risikerte man at pasienten ble utskrevet eller overflyttet til en annen avdeling før de rakk å gjennomføre samtalen. En annen utfordring var å få pårørende på enmanshånd. En informant fortalte at hun hadde snakket med pårørende, men da med pasienten til stedet. Det ble da reflektert over om pårørende kunne holde tilbake følelsene sine og ikke klarte å slippe dem løs for å unngå å belaste pasienten med slik informasjon. Hvis det var flermannsrom og pårørende kviet seg for å forlate pasienten, kunne det være en utfordring å snakke om personlige ting når det var andre ukjente tilstedet i rommet.

Videre ble det påpekt at det var lite fokus på selve HLR situasjonen, og at det sjeldent ble tatt opp i samtale med pårørende, med mindre pårørende tok det opp selv. Både legen og pårørende hadde mer fokus på pasienten og videre behandling. En av informantene fortalte om en pårørende som selv var sykepleier, som utførte HLR på sin samboer. I samtale med intensivsykepleier var det ingen fokus på selve HLR situasjonen, fordi pårørende var mer stresset og opptatt av hvordan det gikk med pasienten. Det ble også nevnt av en informant at intensivsykepleierne var redde for å ha for mye fokus på HLR situasjonen, da de var redde pårørende skulle tro de hadde gjort noe feil. En informant uttalte:

«Så er det slik hvis man legger veldig mye fokus på HLR situasjonen, så kan de kanskje kjenne på; er det slik at jeg ikke gjorde riktig?»

(Informant C1).

Det ble nevnt av flere informanter at hvis ikke pårørende tok opp hvordan HLR situasjonen var hjemme, så tok sjeldent intensivsykepleierene opp teamet på sykehuset. Det er mer fokus på hva som skjedde videre med pasienten. To informanter uttalte følgende:

«En får det litt mer sånn i rapporten at pårørende har startet HLR, men så blir det veldig lite fokus på det.»

(Informant C1).

«... men vi snakket aldri om HLR biten, og hun nevnte det heller ikke på en måte spesifikt.»

(Informant A2).

Det ble konstantert at det ikke var noen rutiner for hvordan en startet å snakke om HLR situasjonen. Noen nevnte at de kunne vært flinkere til å bringe HLR situasjonen på banen. En annen refleksjon som informantene hadde, var at det kunne være utfordrende for pårørende å selv ta kontakt med noen for å snakke om det de har vært igjennom i etterkant. Uttalelse fra informant:

«Jeg tror når du skal ta kontakt med noen selv, når du skal snakke om hva du har gjort selv, dine indre følelser, da tror jeg det sitter ganske langt inne altså.»

(Informant C4).

Det ble videre reflektert over at noen kanskje ikke tok kontakt for å bearbeide det de har vært igjennom fordi terskelen for å være den som tar kontakt blir for stor. De kan da risikere å sitte igjen med ubehagelige tanker og følelser ovenfor situasjonen de har vært utsatt for. I de tilfellene pasienten dør tidlig i forløpet, enten prehospitalt eller i akuttmottak, får de i tillegg mindre samtaler med helsepersonell ved sykehuset i forhold til de pårørende kommer tilbake daglig for å besøke sin nærstående.

6.0 Diskusjon

I det følgende vil temaet fra studien bli drøftet opp mot teori og tidligere forskning for å svare på problemstillingen: *Hvilke erfaringer har intensivsykepleier i møte med pårørende som har utført hjerte-lungeredning hvor pasienten blir innlagt på sykehus?* Videre vil metoden som er brukt, bli drøftet.

6.1 Drøfting av funn

Hensikten med denne studien var å undersøke intensivsykepleiers erfaring med pårørende som har utført HLR på en nærstående. Funnene viste at det er et behov for å hjelpe, men at intensivsykepleierne var redde for å feile. Pårørende opplevdes som sårbare etter hendelsen de hadde gjennomgått. Intensivsykepleierne ønsket å ivareta pårørende, men støtte på en rekke utfordringer da det var mangel på rutiner og retningslinjer for ivaretagelse av denne gruppen pårørende. Drøfting av funn er derfor delt inn i tre kategorier som blir beskrevet under.

6.1.1 Intensivsykepleierne opplevde sårbare pårørende

Funnene viste at pårørende opplevdes sårbare, og at det ble uttrykt med en rekke sinnstilstander som kan assosieres med en person som er i en form for krise. Håkonsen (2014, s.155) mener at tap eller trussel om tap, som for eksempel ved en nærstående død, kan føre til en traumatisk krise. Cullberg (1999, s.45) beskriver det å havne i en psykisk krise som en nedsatt evne til å mestre en gitt situasjon. Snobelen et al. (2018) bekrefter også at det å bli utsatt for å måtte utføre HLR plutselig og uventet, for mange er traumatiserende. Flere studier har også gjort funn av en rekke sinnstilstander i etterkant av å ha utført HLR (Metzger et al., 2019, Mathiesen et al., 2016). Zijlstra et al. (2015) fant i motsetning til dette at det var lite forekomst av psykiske plager blant deres informanter, i etterkant av å ha utført HLR utenfor sykehus. Det var flere av informantene i denne studien som dog hadde en helsefaglig bakgrunn, og alle hadde meldt seg som frivillige til å motta SMS dersom de befant seg i et område det pågikk en hjertestans. En kan da anta at disse hadde litt bedre forutsetninger, og var litt mer forberedt enn tilfeldige lekfolk og pårørende som hadde utført HLR. Mathiesen et al. (2016) fant at helsearbeidere oftere var fornøyd etter en HLR situasjon, uansett utfall. Til kontrast fant de flere psykologiske plager hos lekredderne uten helsefaglig bakgrunn.

Det ble trukket frem i funnene at det ofte viste seg at pårørende ikke opplevdes mottakelige for informasjon i sjokkfasen. Informantene sa det viktigste ofte bare er å lytte og vise tilstedeværelse. Håkonsen (2014, s. 258) sier også at det å være til stede for og å lytte, ofte er den beste medisinen for å hjelpe et menneske i krise. I NSFLIS (2017) står det at pårørende vil være i en konstant angst så lenge pasientens tilstand er uavklart, og at dette kan utvikle seg til PTSD. Seaman et al. (2017) påpekte at pårørende i en intensivavdeling var mer utsatt for å utvikle angst og store stressbelastninger, og hadde derfor behov for psykisk støtte. For at pårørende skal kunne være godt informerte, var det viktig å hjelpe de med å forstå diagnosen, prognosen og behandlingsalternativer som er til det beste for pasienten. Mangel på slik forståelse og støtte kunne være kilde til stress og frustrasjon. Håkonsen (2014 s. 237) beskriver at store påkjenninger, som for pårørende som har utført HLR, kan føre til høy stressaktivering. Høy stressaktivering kan igjen føre til problemer med å tenke logisk og vansker med å motta informasjon. Håkonsen (2014) støtter funnene i denne studien og påpeker at pårørende sjelden vil huske informasjonen som er gitt i en situasjon med høy stressaktivering. Cullberg (1999) og Helsedirektoratet (2021) bekrefter også at i første fase, sjokkfasen, vil kaoset herje på innsiden, og videre inn i reaksjonsfasen, vil personen blant annet oppleve hukommelsestap og andre kroppslige reaksjoner. I NSFLIS (2017) står det også om viktigheten av å gjenta informasjon flere ganger. Lazarus og Folkman (1984) skriver at ved en akutt hendelse, som man ikke kan gjøre noe med, kan følelsmessig fokusert mestring tas i bruk for å håndtere en slik brutal hendelse eller situasjon. Opplevelsen vil ikke gå bort, men kan bidra til å kunne akseptere den og skape mindre ubehag.

Det kom tydelig frem i funnene at informantene opplevde pårørende som bekymret og tvilende på om de hadde utført adekvat HLR. Det kunne tenkes at de følte skyld dersom de hadde påført pasienten skader under resusciteringen eller ved død. Det samme fant Mausz et al. (2019) og Mathiesen et al. (2016), der det ble rapportert om skyldfølelse og selvkritikk, spesielt hvor det oppstod alvorlig skade, «vegetabilsk» tilstand eller død etter resuscitering. Til kontrast fant Chen et al. (2020) at lekfolk i Asia som hadde utført HLR opplevde en mental styrke, en følelse av økt ansvar og tillit i etterkant av HLR situasjonen. En svakhet i denne studien er at alle hjertestansofrene overlevde etter hendelsen og dette var kjent for redningsmennene før intervjuet. Det kan tenke seg at dersom utfallet var ukjent for redningsmennene, eller der utfallet var død, at funnene ville blitt annerledes. Det er også til ettertanke at det kun er 10-20% av alle personer som mottar HLR ved hjertestans som overlever (Tjelmeland et al., 2020). Chen et al. (2020) fant til tross for mental styrke, hadde flere av informantene likevel kortvarige psykiske plager i etterkant av hendelsen. Noe som indikerte at det likevel fantes et behov for oppfølging fra

spesialisthelsetjenesten etter å ha utført HLR.

Det kom også frem i funnene at pårørende hadde fortalt om uventede utfordringer når hjertestanssituasjonen fant sted. Flere andre studier har lignende funn, der lekfolk ikke var forberedt på utfordringene som møtte dem både under og etter HLR situasjonen (Mausz et al., 2018, Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). Mausz et al. (2018) fant at flere lekfolk var usikre på om hjertestans offeret hadde fått tilbake sirkulasjon og stoppet HLR flere ganger, da de var redde for å skade vedkommende. I ettertid undret de seg om det hadde ført til dårligere behandling, og om det hadde blitt et annet utfall dersom de hadde gitt HLR kontinuerlig frem til ambulansen ankom. I en avisartikkel til Pileberg (2017) ble det intervjuet en førstehjelper som fortalte at hun følte seg lettet over å ha utført HLR, men var usikker på om hun hadde gjort en god nok jobb. Informanten i avisartikkelen (Pileberg, 2017) beskrev; «*Når vi har mange spørsmål, prøver hjernen vår å finne svar. Tankene kan rive oss i stykker innenfra*». Dette er en viktig faktor som kan føre til at lekfolk og pårørende kan risikere å få store psykiske plager i etterkant av å ha utført HLR.

I funnene ble det videre påpekt at dersom utfallet var død, kunne pårørende som hadde utført HLR tenke at det var de som gjorde noe feil under resusciteringen. Mausz et al. (2019) fant at lekfolk noen ganger knyttet utfallet til hjertestansofferet med kvaliteten på HLR de utførte, og følte seg ansvarlige hvis offeret til slutt døde. Mathiesen et al. (2016) fant dog at de lekredderne som hadde en helsefaglig bakgrunn ofte var fornøyde med den innsatsen de hadde gjort under HLR. De uten helsefaglig bakgrunn var derimot mer usikre over egne prestasjoner. Mausz et al. (2018) fant at det var mange misoppfatninger rundt HLR, som gjorde at det ofte var forventninger om at vedkommende ville overleve dersom en utførte riktig HLR. Dette førte til at flere lekreddere følte seg ansvarlige dersom personen de hadde utført HLR på, døde. Det kan av den grunn være av betydning å informere pårørende om at det er årsaken til hjertestansen er grunnen til at de ikke overlever, og ikke kvaliteten på kompresjonene.

Det kom frem fra informantene i studien at pårørende ofte var veldig fokusert på pasienten, og at det var sjelden de tok initiativ til å ha en samtale om det de hadde vært gjennom. En informant fortalte om en pårørende som tilsynelatende kompenserte med å unnlate seg å snakke om situasjonen og følelsene sine, og heller spurte om det medisinske utstyret rundt pasienten. Antonovsky (2012) påpeker opplevelsen av forutsigbarhet og kontroll som stressdempende. Det kan tenkes at vedkommende som spør om for eksempel medisinsk utstyr, febrilsk prøver å ta kontroll over situasjonen for å dempe stress.

Informantene i studien reflekterte også over reaksjoner pårørende kunne få når de kom hjem og ikke hadde noe tilknytning til sykehuset mer. Det kunne tenkes at mange pårørende ville få en reaksjon når de kom tilbake til stedet hvor HLR situasjonen fant sted, eller hvis de husket at det knaste under brystkompresjonene. Cullberg (1999, s. 51) mener at ved stor belastning etter en ulykke, kan man i noen tilfeller risikere å utvikle PTSD eller angstnevrose. Flere studier viser også til funn av en rekke psykiske belastninger etter å ha utført HLR, som søvnløshet, «flashbacks», angst og i verste fall PTSD (Mathiesen et al., 2016, Metzger et al., 2019).

Flere av informanene i denne studien oppga at de hadde sendt med visittkortene om RAKOS til pårørende, slik at de kunne kontakte noen i etterkant hvis de ønsket å snakke om det de hadde vært gjennom. Mausz et al. (2018) fant i deres studie at lekreddere som mottok kontaktinformasjon til et kriseteam, ofte oppsøkte andre former for støtte i etterkant av hendelsen, som venner, fastlege eller psykologhjelp via jobben. Pileberg (2017) siteter en lekredder i en avisartikkel: «*Du prøver å redde eit liv. Lite veit du om at ditt eige liv kan gå i stykker etterpå*». Lekredderne var redde for om de minuttene eller sekundene de brukte før de begynte med HLR skulle være årsaken til at personen eventuelt ikke overlevde. Videre skriver Pileberg (2017) at det ble spurt om de kunne få vite hvordan det gikk med personen de hadde forsøkt å gjenopplive, men det kunne ikke helsepersonellet informere om på grunn av taushetsplikten. Denne usikre informasjonen ble starten på timer, uker måneder og år med grubling, anger, sorg og skyldfølelse. Overlevde han? Hadde hun gjort alt rett? Disse tankene førte videre til PTSD hos denne lekredderen. Mathiesen et al (2016) hevdet at alle som har utført førstehjelp, bør kunne få vite hvordan det går med pasienten. Ikke navn og personalia, men utfallet, om pasienten overlevde eller ikke, da det viste seg å være viktig for lekredderne.

6.1.2 Intensivsykepleiernes ivaretagelse av pårørende

Funnene viste at store deler av jobben til intensivsykepleieren var å lytte. Riktig kroppspråk og omtanke var essensielt i møte med pårørende. Møller et al. (2014) påpekte at helsepersonell som ivaretar pårørende eller lekfolk burde ha empatiske og kommunikative ferdigheter. Håkonsen (2014) og Cullberg (1999) hevder i likhet med denne studiens funn at det største fokuset bør være å lytte til den kriserammede. Det er også viktig å forsøke å forstå hva de går gjennom, og gi dem et realistisk håp. Cullberg (1999) påpeker at hvordan den akutte fasen blir håndtert, kan være avgjørende for hvordan krisen blir gjennomarbeidet. I NSFLIS (2017) står det beskrevet

intensivsykepleiers lindrende og behandlende funksjonen, som påpeker viktigheten av å hjelpe pårørende ut av stress, smerter og ubehag. For å oppnå dette bør en som intensivsykepleier gi god informasjon og fremme forutsigbarhet (Stubberud, 2020, s. 129). Det å være åpen, interessert og medfølende, kan også bidra til at pårørende i krise kan føle seg ivaretatt, som igjen kan bidra til mindre stress og angst (NSFLIS, 2017).

Videre viste funnene at det var stor forskjell i erfaring for hvem som tok seg av pårørende ved ankomst til de forskjellige avdelingene. På den ene avdelingen var det ansvarshavende med god erfaring, men på en av de andre avdelingene kom det fram at det kunne være en nyutdannet. I intensivsykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse beskrives viktigheten med erfaring for å ivareta disse pårørende. Har du fått denne kunnskapen, vil en kunne bruke den igjen til lindring og behandling. Det bør derfor være en med erfaring som tar seg av pårørende i en krisesituasjon (NSFLIS, 2017).

Når den akutte fasen for pårørende begynte å gå over, opplevde intensivsykepleierne at pårørende viste bekymring og engstelse for at det kunne oppstå en ny hjertestans når pasienten var kommet hjem igjen. Liu og Clark (2009) fant at pårørende til hjertestansoverlevende hadde større interesse av å friske opp HLR-kurs. Etter gjennomgått kurs kunne pårørende få en sterkere følelse av kontroll. Ved økt kontroll viste det seg at pårørende følte seg mindre engstelige og mindre deprimerte. Liu & Clark (2009) fant at en årsak til at mange ikke tok HLR-kurs var mangel på henvisning fra leger og sykepleiere. I intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse står det blant annet at intensivsykepleieren har en helsefremmende og forebyggende funksjon. Intensivsykepleier har ansvar for å identifisere og iverksette forebyggende tiltak (NFLIS, 2017, s.2). Av den grunn burde det muligens bli økt fokus på helseforetakene med å henwise pårørende til HLR-kurs, eller i det minste snakke med dem om det. Dette gjelder ikke bare pårørende til hjertestanspasienter, men de med økt risiko for hjertestans, for eksempel andre kardiologiske pasienter.

Intensivsykepleierne i denne studien henviste ofte pårørende til en samtalepartner. Det kunne være en prest, men også en kollega med mer erfaring. Stubberud (2020) beskriver at pårørende ofte kan ha stort behov for å prate, noe som kan oppleves som utfordrende for intensivsykepleieren. Det å henwise til andre ressurspersoner som prest eller psykolog kan da være et alternativ. Lavterskeltilbudet til RAKOS, ble også lagt frem som et av tiltakene for å ivareta pårørende. De tilbyr samtale i etterkant av utført HLR. De ulike avdelingene hadde små

visittkort som intensivsykepleierne kunne dele ut til pårørende som kom inn med pasienten. Det ble påpekt at dette tilbudet burde blitt brukt oftere. Med tanke på at pårørende ofte er i sjokktilstand og er lite mottagelige for informasjon og samtale, kunne visittkortene fra RAKOS bidra til at pårørende hadde noen å kontakte da de var kommet hjem og situasjonen hadde roet seg. Helsedirektoratet (2021) og Cullberg (1999) påpeker videre viktigheten av å ha et godt nettverk som kan hjelpe de kriserammede. Det kan ofte være en påkjenning i sjokkfasen å motta hjelp, Helsedirektoratet (2021) og Cullberg (1999) påpeker derfor viktigheten av å tilby hjelp flere ganger. Helsedirektoratet (2021) nevner videre at den som sørger, orker sjeldent å be om hjelp. Det er derfor viktig å ha et slikt tilbud som RAKOS, der pårørende kan motta hjelp og få den tiden de trenger. Tålmodighet og tilstedeværelse er viktige faktorer, som kan være utfordrende for intensivsykepleier. Hos RAKOS er dette deres jobb, der de vil kunne lytte og gi den støtten, tryggheten og tiden de trenger. Håkonsen (2014, s. 259) mener også at det kan være viktig å ikke ta en slik samtale for tidlig i forløpet, da mye kan misforstås. Informasjonen må også gjentas flere ganger, da konsentrasjonen og hukommelsen er svekket. Bruk av informasjonsbrosjyrer kan da være et godt alternativ (Stubberud, 2020). Pr i dag finnes det ingen informasjonsbrosjyre annet enn visittkortene til RAKOS.

Funnene viste at det å begynne med små samtaler kunne bli en brobygger for videre samtale om hva som hadde skjedd. Antonovsky (2012, s. 160) påpeker at hvis en lar følelsene komme opp og frem, heller enn å undertrykke dem, gjør at en lettere kan håndtere problemer og følelsesreguleringen. En vil også unngå at spenning omdannes til stress som igjen kan føre til sykdom. Det kom tydelig frem i funnene at intensivsykepleierne la stor vekt på å trygge pårørende med at de hadde gjort alt de kunne i HLR situasjonen. Det var stort fokus på å gi positive tilbakemeldinger, uansett utfall. Møller et al. (2014) fant at lekfolk som hadde utført HLR følte en lettelse når de fikk vite at de ikke hadde gjort noe feil. De opplevde også en følelse av indre fred og trygghet ved å få muligheten til å adressere den potensielle følelsen av skyld. Antonovsky (2012, s.156) mener at informasjonsutveksling og justering av den pågående kursen er viktig for mestringsprosessen. Noen kan ha lettere for å søke informasjon og klare å vurdere nytten av den, mens andre er mer tilbøyelig til å overse signaler om at den kursen som man har valgt ikke er den beste. Det at intensivsykepleierne i denne studien fokuserte på oppmuntrende og positive tilbakemeldinger i etterkant av en HLR-situasjon, kan sette pårørende i riktig kurs mot mestring versus følelse av skyld.

Det ble også nevnt i funnene at det å snakke med ambulanspersonellet som var til stede under

hendelsen var en god ressurs, da de kunne forklare hendelsen for pårørende mer i detalj. Dette var ikke et fast tilbud, men noe som skjedde sporadisk på ambulanseteamets eget initiativ. Møller et al. (2014) nevnte i sin studie, et forslag om at lekreddere burde motta debriefing fra helsepersonell i AMK, da de var tilstede via telefon under hendelsen. Antonovsky (2012, s.139) mener at sosial støtte har en direkte sykdomsforebyggende effekt. Dette kommer også frem i studien til Mathiesen et al. (2018), at det var viktig for publikum å være sikret støtte fra en profesjonell i AMK sentralen inntil ambulansen ankommer. Ved at personen i AMK tok rollen som «teamleder» kunne det føre til at den som utførte HLR, kunne få økt følelse av trygghet og delt ansvarsfølelse for hjertestansofferet (Mathiesen et al., 2018). Cullberg (1999, s. 47) påpeker at reaksjoner etter katastrofer eller sjokkopplevelser, kan oppleves mildere hvis det er et fellesskap, og ikke står med det alene.

Flere av informantene sa at de henviste til blant annet RAKOS for en debrief der pårørende hadde deltatt i en HLR situasjon. Intensivsykepleierne tok dog sjeldent en debriefing med pårørende selv. Møller et al. (2014) fant at fordelene lekfolk opplevde med å få debriefing etter å ha utført HLR, blant annet dreide seg om en følelsesmessig lettelse når de fikk snakke med noen etter hendelsen. Lekfolkene fikk også følelsen av å ha et sikkerhetsnett ved at de hadde et telefonnummer de kunne kontakte. Det var også viktig for dem at de fikk debriefing av helsepersonell, som kunne relatere seg til situasjonen og kunne svare de på spesifikke HLR spørsmål. Mathiesen et al. (2016) fant at lekreddere ofte snakket om HLR situasjonen med venner og familie. Noen snakket også med profesjonelle, men disse savnet oppfølging fra helsepersonell. Antonovsky (2012, s.150) mener at problemene må forsøkes å plasseres i sammenheng og må kunne forklares for å løse opp stress. Ved en debrief får en gjerne oppklart endel spørsmål i etterkant av hendelsen, og hvilke reaksjoner og utfall som er normalt. Det kan dermed tenkes at pårørende på den måten mottar de verktøyene vedkommende trenger for å oppnå en opplevelse av sammenheng av situasjonen.

6.1.3 Mangel på retningslinjer

I dag finnes ingen standardiserte tiltak for ivaretagelse av pårørende som har utført HLR på de tre spesialavdelingene som ble studert. Kun en av de tre spesialavdelingene praktiserte oppfølging av etterlatte. Dette er faktorer som kan føre til utrygge overganger når pårørende og eventuelt pasienten reiser hjem fra sykehuset, og kontakten deres med helsepersonell blir brutt. Det burde derfor fokuseres mer på samtale med pårørende før denne overgangen, eller sørge for

å henvise til noen de kan snakke med når de er klare for det. I funnene ble det nevnt at dette med pårørendesamtale kunne være en utfordring, da behovet for samtale kunne være veldig individuelt. Det kom også frem at det varierte i erfaring, og hva som ble sagt kunne være avhengig av hvem som hadde disse samtale. I intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsbeskrivelse (NSFLIS, 2017), beskrives viktigheten med erfaring for å ivareta disse pårørende. Ved erfaring vil en kunne stå sterkere i samtale med pårørende som står i en krisesituasjon (Stubberud, 2020). Hvordan den akutte fasen blir håndtert, kan være avgjørende for hvordan krisen hos pårørende blir bearbeidet. Personen det gjelder kan se tilbake på hendelsen med frykt eller en følelse av forsoning (Cullberg, 1999, s. 53).

Det kom tydelig frem at «tidsklemme» skapte utfordringer med å kunne ivareta pårørende på en tilstrekkelig ønsket måte. Det ble nevnt at en ofte kunne ha ansvar for flere pasienter samtidig, der undersøkelser og prosedyrer ofte måtte komme i første rekke. Lav bemanning var en annen utfordring, spesielt i helg og natt var det mindre kapasitet til å ivareta pårørende. Dette førte ofte til dårlig samvittighet hos intensivsykepleierne. Seaman et al. (2017) påpeker viktigheten av å ta seg god tid i samtale med pårørende. Dette kan være utfordrende, fordi det vil ta lang tid å ta en beslutning i forhold til pasientens verdier og velvære. Det står skrevet i NSFLIS (2017) om viktigheten av å sette seg ned og bruke god tid i samtale med pårørende, samt bruke et språk som de forstår. Det er også viktig å informere pårørende om for eksempel hvordan pasienten vil se ut og ulike medisinsk teknisk utstyr som er koblet til pasienten. Dette kan bidra til mindre stress og frustrasjon, da det kan være overveldende for pårørende å se sine nærmeste slik (Stubberud, 2020, s.129). Seaman et al. (2017) påpeker at det er viktig å skape et godt forhold til pårørende for at de skal kunne ta riktige avgjørelser uten å forhaste seg. Ved for mye stress og angst kan viktige avgjørelser bli tatt for tidlig, som kan føre til mye anger og sorg for pårørende etter pasientens død. Det er derfor viktig å bli veiledet og støttet av helsepersonell for at riktige beslutninger tas. Dette kan dog bli vanskelig å gjennomføre på grunn av tidsklemmen intensivsykepleierne i studien erfarte.

Det viste seg at informantene sjeldent brakte opp HLR situasjonen som et tema da de snakket med pårørende. Årsaken til dette er noe uklar, men det ble nevnt at det ikke kom opp naturlig i samtalen eller at pårørende selv ikke tok initiativ. Det var heller ikke rutine for at intensivsykepleierne skulle ta opp temaet. Dette viser mangel på retningslinjer når det kommer til debriefing. Møller et al. (2014) og Snobelen et al. (2018) fant at debriefing i etterkant av HLR kunne være en måte å fange opp de som de som muligens hadde behov for mer oppfølging, og eventuelt profesjonell hjelp.

Forskning viser også at debriefing kunne stimulere til refleksjon og mindre tvil over egne handlinger (Snobelen, 2018, Mausz et al., 2019, Mathiesen et al., 2016, Møller et al., 2014). Mer strukturert kommunikasjon kan føre til mer tilfreds kommunikasjon som kan bidra til mindre psykiske belastninger (Metzger et al., 2019). I NSFLIS (2017) står det at som intensivsykepleier må man tilrettelegge for at pårørende får et familiesentrert behandlingsmiljø, og redusere de belastningene pårørende kan få ved et intensivopphold. Dette kan i denne forbindelse antyde at det burde bli mer fokus på debriefing for pårørende. Debriefing kan muligens føre til at pårørende oppnår en opplevelse av sammenheng, noe som står sentralt i Antonovskys (1996, 2012) teori om den salutogene modell om å håndtere stress.

I funnene kom det frem at det kunne være en utfordring for pårørende å måtte ta kontakt med noen på egenhånd for å snakke om hva de hadde vært gjennom. Pårørende kunne gjerne ta med seg visittkortet om RAKOS, men viste ingen åpenbar interesse av å ta kontakt med ansatte i dette prosjektet. Håkonsen (2014) påpeker at en som er i krise eller sørger kan avvise hjelp, en må derfor gjerne tilby hjelp gjentatte ganger over tid (Helsedirektoratet, 2021. Håkonsen, 2014, s. 258). Mathiesen et al. (2016) og Møller et al. (2014) fant at flere lekreddere ønsket å bli kontaktet i etterkant av en HLR situasjon, og for noen var dette til og med avgjørende. Cullberg (1999, s. 47) mener at det kan føles krenkende for en person å være avhengig av andre for å komme seg gjennom en krise. Helsedirektoratet (2021) påpeker at en som sørger kan ha vansker med å be andre om hjelp. De pårørende som har deltatt i en HLR situasjon der utfallet har endt i død, kan være spesielt utsatt. Stress som ikke blir håndtert på en adekvat måte kan bli sykdomsfremkallende (Antonovsky, 2012, s. 161). Det kan derfor for noen pårørende være avgjørende at helsepersonell kontakter dem for en debrief i etterkant av hendelsen, for å forhindre varige psykiske belastninger.

6.2 Drøfting av metode

Forfatterne i denne studien ønsket å vite mer om erfaringer intensivsykepleierne hadde i møte med pårørende som har utført HLR. Kvalitativ metode ble derfor foretrukket.

I starten av denne studien ble muligheten for individuelle intervjuer vurdert, men forkastet til fordel for fokusgruppeintervjuer. Noen av årsakene til at fokusgruppeintervju ble valgt var at det var mindre ressurskrevende, da færre intervjuer kreves ved denne metoden (Malterud, 2017, s. 140). Når man intervjuer i en gruppe samlet kan det utvikles ny kunnskap ved diskusjon og samtale sammen, noe som potensielt kan føre frem til dypere meninger (Polit & Beck, 2020, s.

515, Thagaard, 2019, s. 92). Ulempene ved bruk av denne intervjueteknikken kan være at enkelte synspunkter og opplysninger kan holdes utenfor (Malterud 2017, s. 70, Polit & Beck, 2020, s. 515). Materialet til fokusgruppen kan også bli ensidig hvis en person dominerer og en er veldig sjenert. En vil da få mer ensidige svar. I denne studien virket informantene avslappet og fortrolige til hverandre, noe som kan ha bidratt til at dette i større grad har blitt unngått.

Det var ønskelig med 5-10 deltakere i fokusgruppeintervjuene slik Thagaard (2018, s. 90) anbefaler. Til denne studien ble det dessverre bare 3-4 informanter på hvert av fokusgruppeintervjuene. Covid-19 pandemi og generell sykdom blant ansatte førte til en presset situasjon på sykehuset i den tiden studien ble utført. Det ble dermed besluttet å godta gruppeintervju med tre til fire deltakere for å få gjennomført studien. Til å begynne med hadde studien som inklusjonskriterie for informanter å være utdannet intensivsykepleiere, men dette ble også gått bort fra. Det ble da godtatt bachelor i sykepleie eller andre spesialutdannelse innenfor sykepleien for å få nok informanter.

Et lavere antall deltakere kan likevel være gunstig med tanke på at alle informantene fikk delt sin erfaring rundt hvert av spørsmålene underveis. Det kan være en fordel som uerfaren forsker å ikke få for mye data slik at materialet ble uoversiktlig og analysen overfladisk (Malterud, 2017, s. 63, Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 148). I løpet av intervjuene ble det delt mye like meninger og erfaringer på tvers av de tre spesialavdelingene, noe som kan tyde på at antall deltakere var gunstig med tanke på studiens informasjonsstyrke (Thagaard, 2018, s. 59).

Denne studien er utført i forfatterens egen institusjon, noe som kan både betraktes som en fordel, men kan også føre med seg ulemper. Fordelen er at det kan ha gjort informasjon lettere tilgjengelig, større åpenhet og tillit hos informantene enn hos utenforstående (Jacobsen, 2015, s. 22). Det kan også ha gjort det lettere når man skulle gå frem for å finne informasjon, fordi man visste hvilket «språk» som benyttes i organisasjonen og kjennskap til organisasjonens historie. Ulempen er at man kan ha forutinntatte holdninger, og en kan unnlate seg å se enkelte sider ved organisasjonen. Det kan være utfordrende å holde den nødvendige avstanden til det man skal studere. Det kan også gjøre det vanskelig å holde seg selv nøytral, eller at man «legger bånd på seg», som kan føre til sensur av kritiske synspunkter (Jacobsen, 2015, s. 23). Dette er tatt i betraktning når denne studien har blitt utført.

7.0 Konklusjon

I denne studien var det ønskelig å se nærmere på intensivsykepleiernes erfaring i møte med pårørende som har utført HLR. Hensikten med studien var å finne ut hva som blir gjort av oppfølging til pårørende, og hvilke utfordringer intensivsykepleiere opplever med ivaretagelsen av dem i dag. Funnene viser at intensivsykepleierne opplevde pårørende som sårbare. Pårørende var ofte i sjokk og kunne ha skyldfølelse i etterkant. Tidligere forskning har liknende funn. Intensivsykepleierne forsøkte å ivareta pårørende ved å snakke med dem selv og/eller henviste dem videre til RAKOS eller prest. Utfordringene intensivsykepleierne opplevde med å ha samtale med pårørende var blant annet at pårørende ikke alltid følte seg klare for å ha en samtale om det de hadde vært gjennom, da fokuset var rettet mot pasienten. Tidspress kom også frem som en utfordring for å ha en samtale med pårørende. Hvis de ventet for lenge kunne pasienten ha flyttet til en annen avdeling, og kontakten med pårørende ble dermed brutt. Det ble påpekt at det ikke fantes noen rutine for å ha en debriefing med pårørende i etterkant av en HLR situasjon. HLR situasjonen kom som regel heller ikke opp i samtale med intensivsykepleierne dersom pårørende ikke tok det opp selv. Tidligere studier viser derimot at det å ta opp HLR situasjonen og å gå gjennom den på en strukturert måte, kunne være helsefremmende for de som hadde vært i situasjonen. Dette illustrerer mangel på retningslinjer. Intensivsykepleiere står i en unik posisjon til å ivareta pårørende ved å ta en debrief av hendelsesforløpet, likevel ble dette ofte ikke gjort. En av årsakene var at intensivsykepleierne var redde for å gjøre vondt verre ved å ta opp HLR situasjonen, spesielt der pasientutfallet var død. Det ble også konseptualisert av informantene i denne studien at det kunne være en terskel for pårørende å være den som tok kontakt for å snakke med noen i etterkant av en HLR situasjon. Dette er noe som støttes av både teori og tidligere forskning. Helhetlig og oppsummert, kom det frem i studien at intensivsykepleierne ønsket å hjelpe, men var redde for å feile. For at intensivsykepleier kan bidra til trygge overganger for pårørende som har utført HLR, kan det virke som at en rutine for debriefing kan være et verdifullt og forebyggende tiltak. Det å tilby at noen i helsevesenet tar kontakt med pårørende noen uker etter hendelsen, kan også være et tiltak av betydning for det langsiktige, psykologiske utfallet.

7.1 Implikasjoner for praksis

I denne studien kom informantene med flere forslag til forbedring og tiltak for å ivareta pårørende som har utført HLR. Det er derfor satt opp implikasjoner for praksis i dette kapitlet.

Det kom tydelig frem i studien at det savnes noen konkrete retningslinjer for hvordan intensivsykepleier bedre kan ivareta pårørende som har utført HLR. Som intensivsykepleiere skal vi forebygge helseskade, og det å utføre HLR har vist seg å kunne medføre en rekke psykiske belastninger i etterkant. Det kan være nyttig for intensivsykepleierne å være klar over dette, og at det burde utarbeides prosedyre for å støtte pårørende. Det kom frem som et ønske fra en informant om en fast pårørendekontakt som ble tildelt denne rollen i den daglige arbeidsfordelingen. Dette var i følge informanten utprøvd ved et annet universitetssykehus i landet som viste seg å være vellykket.

Det ble også lagt frem forslag angående dokumentasjon. Det kan for eksempel være nyttig å dokumentere at en har hatt en samtale med pårørende om HLR situasjonen. På den måten kan en enklere se at informasjonen er gitt, og man unngår at mange ulike intensivsykepleiere gjentar spørsmålene på nytt. Dette kan da sikre at dersom det ikke er utført, kan det minne oss på at det må gjøres.

Flere av informantene var glade for tilbudet, RAKOS, som de fleste hadde allerede henvist pårørende til. Likevel ble det påpekt at en kunne henvist oftere. I dag finnes det små visittkort med kort informasjon og kontaktinformasjon. En av informantene foreslo at det i fremtiden kunne ha blitt utarbeidet et lite hefte med litt mer utfyllende informasjon som kan deles ut til disse pårørende. Det kan være til hjelp både for de som mottar dem og for de som deler dem ut.

Det kom også frem fra et par av informantene at det kunne være en barriere for pårørende å ta kontakt med noen for å snakke. De foreslo derfor at RAKOS eller andre helsearbeidere tok kontakt med dem. Muligens kunne et tilbud lignende etterlattsamtalene vært et alternativ for oppfølging. I etterlattsamtalene var det intensivsykepleierne som kontaktet de etterlatte. En annen mulighet hadde vært at en kunne henvist til RAKOS og bedt de ta kontakt, dersom man får et informert samtykke til fra vedkommende på forhånd.

7.2 Implikajsoner for videre forskning

Det er utført lite forskning på psykiske belastninger hos pårørende og lekfolk som har utført HLR med dødelig utfall. Tidligere studier viser at det er flertall av de som mottar debrief der hjertestansofferet har overlevd. Dette er overraskende, da det bare er 10-20% av alle hjertestansofre som overlever. Dette hentyder et behov for videre forskning hvor man implementerer lekreddere/pårørende som har utført HLR der det har vært et dødelig utfall. Funnene i denne studien antyder at de som har utført HLR med dødelig utfall kan føle mer skyld. En ny studie direkte på denne gruppen kan derfor ha stor betydning.

Det er også utført svært få studier om pårørende som har utført HLR. Det kan være av betydning å undersøke hvilken oppfølging pårørende fikk eller fikk tilbud om ved sykehus, informasjonen de fikk og hva de eventuelt savnet.

En studie eller fagprosedyre på debriefing av lekfolk og/eller pårørende kan også ha betydning for videre praksis. Flere av informantene i denne studien savnet retningslinjer for nettopp dette. Da kan en unngå at ivaretagelsen av pårørende vil avhenge av hvilken intensivsykepleier man kommer i kontakt med.

Litteraturliste

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Antonovsky, A. (2012). (1. utg.) *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

Chen H. H., Chiang W.C., Hsieh M.J., Lee C.H., Yuan Z.F., Lin H.Y., Chew L.F., Huang E.P., Yang C.W., Liao S.C., Lin C.W., Lee M.N. & Ma M.H. Experiences and Psychological Influences in Lay Rescuers Performing Bystander Cardiopulmonary Resuscitation: A Qualitative Study. *J Acute Med*. 2020 Dec 1;10(4):138-148. Doi: [10.6705/j.jacme.202012_10\(4\).0002](https://doi.org/10.6705/j.jacme.202012_10(4).0002)

Gadamer, H. G. (2004). *Truth and method*. 2nd rev.ed. London: Continuum.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hentet fra: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515?casa_token=cBWphDVvK6cAAAAA:YTYGCwppfwsIdQOMQfG2JY1av75soXiAfKMMAX4L1Sc5-LJLdEaDUJFp7xguT9mn5x5nMGN

Helsedirektoratet. (2021). *Psykisk helse. Dødsfall – sorg og sorgreaksjoner*. Hentet 21. Mars 2022 fra: [Dødsfall – sorg, sorgreaksjoner og bearbeiding - helsenorge.no](https://helsenorge.no/dodsfall-sorg-sorgreaksjoner-og-bearbeiding)

Helseforskningsloven. (2018). *Forsvarlighet* (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helseforskningsloven. (2018). *Hovedregel om samtykke* (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helseforskningsloven. (2018). *Søknad om forhåndsgodkjenning* (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helseforskningsloven. (2018). *Taushetsplikt* (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helse Stavanger (2016, 21. desember). Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest (RAKOS). Hentet fra: <https://helsestavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regionaltakuttmedisinsk-kompetansesenter-i-helse-vest-rakos>

Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, D. I. (2015). *Forforsåelse, beskrivelse og forklaringer* (2. Utg.). Høyskoleforlaget.

Kvåle, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3. Utg.) . Gyldendal akademisk.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer PublishingCompany, New York.

Lindgren, B., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal Of Nursing Studies*, 103632. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Liu, H. & Clark, A. (2009). Cardiopulmonary resuscitation training for family members. *Dimensions of Critical Care Nursing (DCCN)*. 2009; 28(4): 156-163. Doi: [10.1097/DCC.0b013e3181a473ae](https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181a473ae)

Lundman, B. & Granheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Gränskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget AS.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg.). Universitetsforlaget AS.

Mathiesen, W. T., Birkenes, T. S., Lund, H., Ushakova, A., Søreide, E., Bjørshol, C. A. (2018). Public knowledge and expectations about dispatcher assistance in out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Advanced Nursing*. 2019; 75(4): 783-792. Doi: [10.1111/jan.13886](https://doi.org/10.1111/jan.13886)

Mathiesen, W. T., Bjørshol, C. A., Braut, G. S. & Søreide, E. (2016). Reactions and coping strategies in lay rescuers who have provided CPR to out-of-hospital cardiac arrest victims: a

qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(5). doi: [10.1136/bmjopen-2015-010671](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010671)

Mausz, J., Snobelen, P. & Tavares, W. (2019). "Please. Don't. Die.": A Grounded Theory Study of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation. *Circulation: Cardiovascular Quality & Outcomes*, Feb2018; 11(2). Doi: [10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004035](https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004035)

Metzger, K., Gamp, M., Tondorf, T., Hochstrasser, S., Becker, C., Luescher, T., Rasiah, R., Boerlin, A., Tisljar, K., Emsden, C., Sutter, R., Schaefert, R., MeinIschidt, G., Marsch, S. & Hunziker, S. (2019). Depression and anxiety in relatives of out-of-hospital cardiac arrest patients: Result of a prospective observational study. *Journal of critical care*. Jun2019; 51(57-63). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.026>

Møller, T. P., Hansen, C. M., Fjordholt, M., Pedersen, B. D., Ostergaard, D., Lippert, F. K. & Østergaard, D. (2014). Debriefing bystanders of out-of-hospital cardiac arrest is valuable. *Resuscitation*, Nov 2014; 85(11). Doi: [10.1016/j.resuscitation.2014.08.006](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.08.006)

Norsk sykepleierforbund landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>

Polit, D. & Beck, C. (2020). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. London: Lippinott, Williams & Wilkins.

Seaman, J. B., Arnold, R. M., Scheunemann, L. P. & White, D. B. (2017). An integrated framework for effective and efficient communication with families in the adult intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society*. Feb 2018; 14(6). <https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.201612-965OI>

Snobelen, P. J., Pellegrino, J. L., Nevils, G. S. & Dainty, K. N. (2018). Helping those who help. The lay responder post-arrest support model. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. Sep 2018; 11(9). DOI: [10.1161/CIRCOUTCOMES.118.004702](https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.004702)

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28/§287>

Stubberud, D. G. & Gulbrandsen, T. (Red.). (2020). *Intensivsykepleie* (4. Utg). Cappelen Damm Akademisk.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*, 23(70), 8-10.

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5.utg) Fagbokforlaget.

Tjelmeland, I., Kramer Johansen, J., Nilsen, J. E., Andersson, L. J., Bratland, S., Hafstad, A. K., Haug, B., Jortveit, J., Langørgen, J., Larsen, A. I., Lindner, T., Olasveengen, T., Andersen, T. & Skogvoll, E. (2020). Norsk hjertestansregister. Et register over personer i Norge som er forsøkt gjenopplivet. Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak.

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-02/A%CC%8Ar rapport%202019%20Norsk%20hjertestansregister.pdf>

Zijlstra, J. A., Beesems, S. A., De Haan, R. J. & Koster, R.W. (2015). Psychological impact on dispatched local lay rescuers performing bystander cardiopulmonary resuscitation.

Resuscitation. Jul 2015; 92(115-21). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.04.028>

Vedlegg 1 PICO

Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Lekmann/pårørende/personer som har utført HLR prehospitalt Intensivsykepleier	Mestringsstrategier Samtaler Informasjon		Økt mestring mindre psykiske plager Forslag til tiltak- rutine for samtaler

Søkeord:

("lay rescuer*" or "non professional*" or bystander or "lay person" or layperson) AND (CPR or "Cardiopulmonary resuscitation") AND (emotions or feelings or experience)

("lay rescuer*" or "non professional*" or bystander or "lay person" or layperson) AND (CPR or "Cardiopulmonary resuscitation") AND ("Critical Care Nursing" or CCN or "intensive careunit nurse" or "ICU nurse" or nurse) = 44 resultater, engelsk, dansk, norsk eller svenskspråklige, ikke eldre enn 10 år. peer reviewd = 27

Vedlegg 2 Intervjuguide

Tema	Spørsmål	Hva ønsker jeg svar på?
<p>Erfaringer med pårørende som har utført hjerte-lungeredning</p>	<p>Hvilke erfaringer har dere med pårørende som har utført hjerte-lungeredning?</p> <p>Har dere noen rutiner eller retningslinjer på avdelingen deres på ivaretagelse av pårørende/lekfolk etter de har deltatt i en førstehjelpssituasjon/HLR?</p> <p>Hva gjorde dere som intensivsykepleiere som oppfølging foren HLR-hjelper?</p> <p>Når tenker dere at det er hensiktsmessig å ta en samtale med hjelperen i etterkant av hendelsen?</p> <p>Hvilke opplevelser/reaksjoner kom fram fra HLR-hjelperen?</p> <p>Hva var vanskelig/utfordrende for dere i denne situasjonen?</p>	<p>Prosedyre? Noe alle på avd. Følger? Egen sykepleir som tar seg av pårørende?</p> <p>Henvise til RAKOS?</p> <p>Samtale alene, med lege? Eget rom eller på pasientrommet?</p> <p>(Rett etter, noen dager, evt bare henvise til RAKOS?)</p> <p>Påkjenning psykisk? Opplevde de symptomer på stress, håpløshet eventuelt PTSD?</p>

	<p>Var det noe dere ikke fikk gjort noe med i enslik situasjon?</p>	<p>Nok tid til å ta av seg hjelperen? Bearbeiding?</p>
<p>Endring i praksis</p>	<p>Hva skulle dere ønske at dere kunne gjort for å hjelpe HLR-hjelperen i en vanskelig situasjon?</p> <p>Har dere hørt om RAKOS? Har du evt henvist til de?</p> <p>Forslag til fremtidige tiltak for å ivareta disse pårørende?</p>	<p>Henvist RAKOS? Etterlattsamtale ved eventuell mors?</p> <p>Undervisning og veiledning?</p>

Vedlegg 3 Informasjonsskriv til avdeling

Henvendelse om utvelgelse av informanter til fokusgruppeintervju i masterprosjekt: Intensivsykepleiers erfaringer i møte med personer som har utført livreddende førstehjelp.

Bakgrunn og hensikt

Vi, Marie Jansen og Madeleine Rui Gidskehaug er mastergradsstudenter i spesialisering i intensivsykepleie, det helsevitenskapelige fakultet, ved Universitetet i Stavanger. Vår veilederi dette prosjektet er førsteamanuensis Dagrunn Nåden Dyrstad. Til vår masteroppgave ønsker vi å gjøre fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere ved spesialavdelingen deres.

Mange hjertestanspasienter som blir innlagt på sykehus har fått utført hjerte- lungeredning (HLR) av en pårørende. Vi ønsker å gjøre en studie der vi ser nærmere på hvilke erfaringer intensivsykepleier har i møte med pårørende som har utført HLR på sine nærmeste.

Metoden vi vil ta i bruk er fokusgruppeintervju med semistrukturert og temabasert intervjuguide. Det er ønskelig med 5-10 deltakere i hver fokusgruppe. Kriteriene for utvelgelse er at de er intensivsykepleiere, har minimum 5 års erfaring og har hatt samtale med pårørende og andre lekfolk som har utført HLR. Intervjuet vil skje på et eget rom ved sykehuset. Avsatt tid er estimert til ca. 60 minutter. Det vil bli benyttet båndopptaker under intervjuet. Deltakerne vil bli sikret anonymitet og data vil bli oppbevart etter gjeldende regler, samt slettes etter endt studie. Vi håper du har muligheten til å ta deg tid til å finne deltakere til vår studie.

Godkjenning

Dette prosjektet er godkjent av Personvernombudet ved Stavanger Universitetssykehus.

Med vennlig hilsen Marie Jansen & Madeleine Rui Gidskehaug

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål angående dette masterprosjektet kan du ta kontakt med:

Marie K. S. Jansen

Mobilnummer: 41618993

Mail: marie.kristine.sigbjornsen.jansen@sus.no

Madeleine Rui Gidskehaug

Mobilnummer: 48266497

Mail: madeleine.rui.gidskehaug@sus.no

Vedlegg 4 Informasjonsskriv deltaker

Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt: Intensivsykepleiers erfaringer i møte med personer som har utført livreddende førstehjelp

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg som er intensivsykepleier ved spesialavdeling og som har hatt samtale med pårørende som har utført hjerte- lungeredning (HLR). Studien er godkjent i ledelsen og du er valgt ut av din avdelingsleder som aktuell deltaker.

Vi er to sykepleiere, Marie Jansen og Madeleine Rui Gidskehaug som skal gjennomføre en datainnsamling som del av vår masteroppgave innen spesialisering i intensivsykepleie ved Universitetet i Stavanger. Vår veileder i dette prosjektet er førsteamanuensis Dagrund Nåden Dyrstad.

Hva innebærer studien?

Vi ønsker å intervju deg i en fokusgruppe angående dine erfaringer knyttet til samtaler med pårørende som har utført HLR. Denne studien vil ikke ha noen direkte fordeler eller ulemper for deg. Din deltakelse kan være et viktig bidrag til muligens å bedre kunne ivareta lekfolk/pårørende som har utført HLR.

Selve intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Fokusgruppeintervjuet vil finne sted på din arbeidsplass i arbeidstiden og sammen med noen av dine kolleger. Intervjuet har avsatt tid estimert 60 minutter og vil være en form for samtale der vi stiller spørsmål om dine erfaringer med ovennevnte. Du kan selvsagt avslutte intervjuet tidligere om du ønsker.

Frivillig deltakelse og mulighet til å trekke samtykke

Det er frivillig å delta i dette prosjektet. Om du ønsker å delta i denne studien behøver vi en underskrift av deg på et separat samtykkeskjema som du får av oss. Alle opplysninger du gir i intervjuet om deg er taushetsbelagt og vil bli behandlet konfidensielt. Du vil forbli anonym og det vil kun være prosjektinnehavere som har tilgang på båndopptak. Du kan når som helst trekke

ditt samtykke og du behøver ikke oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å trekke deg fra prosjektet har du krav på at alle innsamlede opplysninger blir slettet, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Hva skjer med informasjon om deg?

All informasjon som blir registrert om deg skal utelukkende brukes til masterprosjektet som er beskrevet ovenfor. Du har rett på innsyn i opplysninger som er registrert på deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene. Alle opplysninger vil bli holdt anonymt, det vil si, uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Etter at masterprosjektet er fullført, senest sommer 2022, vil alle opplysninger bli slettet. Ved publikasjon vil det ikke være mulig å identifisere deg.

Godkjenning

Dette prosjektet er godkjent av Personvernombudet og Norsk senter for forskningsdata.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål angående dette masterprosjektet kan du ta kontakt med:

Marie K. S. Jansen

Mobilnummer: 41618993

Mail: marie.kristine.sigbjornsen.jansen@sus.no

Madeleine Rui Gidskehaug

Mobilnummer: 48266497

Mail: madeleine.rui.gidskehaug@sus.no

Personvernombudet ved Stavanger Universitetssjukehus

Telefonnummer: 51512929

Mail: personvernombudet@sus.no

Vedlegg 5 Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i masterprosjekt

Jeg har lest og forstått skriftlig samt muntlig informasjon som er blitt gitt angående dette masterprosjektet og er villig til å delta. Jeg samtykker til at mine personlige opplysninger kan anvendes som beskrevet frem til prosjektslutt mai 2022.

Jeg er villig til å delta i prosjektet.

Signert av deltaker / Sted og dato

Deltakers navn i blokkbokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om masterprosjektet.

Signatur / Rolle i prosjektet / Sted og dato

Vedlegg 6 Skjema for bakgrunnsinformasjon

I forkant av intervjuet ønsker vi at du fyller ut dette skjemaet for enkel bakgrunnsinformasjon.

Aldersgruppe:

20-29 år

30-39 år

40-49 år

50-59 år

60-70 år

Kryss av for høyeste fullførte utdanning:

Universitet/høyskole u/master

Universitet/høyskole med master

Universitet/høyskole >5 år

Kryss av for hvor lang arbeidserfaring du har:

< 4 år

5-10 år

10-15 år

15-20 år

20-25 år

>25 år

Vedlegg 7 Godkjennelse fra personvernombudet

Vedrørende "2698 - Intensivsykepleiers erfaringer i møte med personer som har utført livreddende førstehjelp "

Hei,

Dette er en skriftliggjøring av tilbakemelding til prosjektet når det gjelder ivaretagelse av personvernet, hvorpå vurderingen ble gjort før prosjektet fikk oppstarts godkjenning.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvernlovgivningen. Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkssjef/ene før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 20.05.2022 og sluttmelding skal sendes til PVO.

9. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet..

10. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 20.05.2022.

11. PVO kontaktinformasjon skal ligge i samtykket: personvernombudet@sus.no

12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger SUS og UiS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med hilsen

Ina Trane

Jurist for personvernombudet