

BPA BAC-1-2024-VÅR

Bacheloroppgave

Ivaretagelse av førstehjelpere på stedet etter en prehospital hjertestans



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i paramedisin

Stavanger, 23.05.2024

Kandidatnummer: 9518 og 9520

SAMMENDRAG

Bakgrunn: På verdensbasis blir millioner av familier hvert år berørt av akutt hjertestans utenfor sykehus. Dette kan medføre alvorlige psykologiske og psykososiale konsekvenser for alle berørte parter. Pårørende og bystanders fremhever viktigheten av prehospitalt personell og deres påvirkning på opplevelsen av situasjonen. Dette har fått begrenset oppmerksomhet i den prehospitale tjenesten. Et besøk av Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter Helse Vest (RAKOS), belyste et behov for bedre oppfølging av førstehjelpere. I en spesifikk hendelse hvor helsepersonell ikke tok seg tid til å forklare situasjonen, medførte dette til en unødvendig skyldfølelse hos førstehjelperen.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan pårørende og bystanders opplever en prehospital hjertestans. Vi ønsker å undersøke om en defuse med pårørende og bystanders etter hendelsen kan bidra til å minimere de psykiske plagene som kan oppstå.

Metode: I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. Etter å ha gjennomført et systematisk søk i forskningsdatabasen Medline, inkluderte vi fire forskningsartikler som møtte våre spesifikke inklusjonskriterier. Videre brukte vi sjekklister for å vurdere kvaliteten på disse. Blant de inkluderte artiklene er to kvalitative, mens de to resterende er systematiske oversikter.

Resultat: Defusing etter en prehospital hjertestans stimulerer til refleksjon og har en positiv innvirkning på hvordan pårørende og bystanders håndterer de følelsesmessige utfordringene etter hendelsen. Samtidig bidrar det til å øke bevisstheten og kunnskapen rundt livreddende førstehjelp. Pårørende og bystanders trenger informasjon, støtte og en defuse, men det blir uttrykt at det er en barriere å selv be om hjelp.

Konklusjon: Selv om tilbudet om defuse er enkelt og kostnadseffektivt, må man nøye vurdere de logistiske utfordringene, spesielt med tanke på ambulansetjenestens akuttberedskap. Det eksisterer få studier som ser på bruken av defuse med førstehjelpere. Det er derfor ikke tilstrekkelig grunnlag for å si at denne metoden kan forebygge psykiske plager. Likevel understreker artiklene hvor betydningsfull implementering av defusing kan være.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	5
1.1 Hensikt	5
1.2 Avgrensning og problemstilling	6
1.3 Begrepsavklaring	6
2. TEORI	7
2.1 Prehospital hjertestans	7
2.1.1 Juridiske rammer	8
2.2 Psykiske plager i ettertid	9
2.3 Debrief	9
2.3.1. Defuse	9
3. METODE	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Søkestrategi	12
3.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.3 Valg av artikler	14
3.4 Kvalitetsvurdering	15
4. RESULTATER	15
4.1 Reaksjoner ved prehospital hjertestans	17
4.2 Manglende kommunikasjon	18
4.3 Barriere å ta initiativ	19
4.4 Hva har førstehjelperne behov for?	20
4.4.1 Oversikt over behov	21
4.5 Opplevelser rundt defuse	21
5. DISKUSJON	23
5.1 Anledning til defuse	23
5.1.1 Tid og ressurser	23
5.1.2 Kompetanse og opplæring	24
5.2 Hva bør tas opp under en defuse?	25
5.2.1 Forskjell i behov for ulike grupper	25
5.2.2 Ethiske vurderinger	26
5.3 Kan defuse ha en positiv påvirkning på førstehjelpenes inntrykk?	27
5.3.1 Manglende empirisk støtte	28
5.3.2 Sorgprosessen etter dødsfall	28
5.4 Metodediskusjon	28
5.4.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie	29
5.4.2 Litteratursøkets svakheter	30
6. KONKLUSJON	30
REFERANSER	32

VEDLEGG

Vedlegg 1: Ustrukturerte søk

Vedlegg 2: Strukturert søk

Vedlegg 3: Skjerm bilde av tiltakskort fra Bliksund Helse Stavanger

Vedlegg 4: Skjerm bilde av tiltakskort fra Bliksund Helse Bergen

Vedlegg 5: Skjerm bilde av tiltakskort fra Bliksund Oslo Universitetssykehus HF

Vedlegg 6: Skjerm bilde av Ambulansekoordinering i Akuttmedisinsk avdeling
Helse Bergen

Antall ord (8000 +/-10%): 8410

1. INNLEDNING

På verdensbasis blir millioner av familier hvert år berørt av akutt hjertestans. Dette kan medføre betydelige psykiske plager uavhengig av om pasienten overlever (Douma et al., 2023). I den prehospitaltjenesten har vi erfart et mindre fokus på ivaretagelse av pårørende og bystanders i slike situasjoner. Per dags dato varierer retningslinjer mellom ulike helseforetak. Selv om noen prosedyrer nevner at pårørende skal bli tilstrekkelig ivaretatt før ambulansen forlater stedet, gitt at beredskapen tillater det (Vedlegg 3,4,5), mangler det imidlertid konkrete og utfyllende anbefalinger i retningslinjene om hvem som skal ivaretas, hva som skal gjøres, hvem som har ansvaret og hvordan dette kan gjøres i praksis (Vedlegg 3,4,5).

Under studiet har vi hatt besøk av Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter Helse Vest (RAKOS), som har startet et prosjekt for oppfølging av førstehjelpere og tilbyr støttesamtaler for de involverte etter en prehospital hjertestans (Helse Stavanger, 2024). De delte flere erfaringer fra disse samtalene, inkludert en historie om en førstehjelper som var vitne til en hjertestans og utførte hjerte- og lungeredning (HLR) på stedet. Personen beskrev at han følte ribbeinet knekke under ham, noe han ikke hadde forventet. Dessverre overlevde ikke pasienten, og personen som utførte HLR følte lenge på skyldfølelse, da han trodde han var årsaken til pasientens død. Ingen hadde fortalt denne mannen at ribbeina kan knekke under HLR, og fordi helsepersonell ikke tok seg tid til å forklare dette, gikk han i lengre tid og følte på en skyldfølelse som kunne vært unngått eller minimert.

Defuse er et kjent begrep i helsetjenesten og benyttes ofte internt blant helsepersonell (Oslo Universitetssykehus, u.å.a). Vi har derimot observert at denne metoden er mindre kjent prehospitalt mellom paramedisinere og førstehjelpere. Dette ønsker vi å utforske nærmere i denne oppgaven. Vårt fokus vil rettes mot paramedisinerens rolle for å knytte den tettere til bachelorutdanningen. I denne sammenhengen benytter vi derfor begrepet “paramedisiner”, men skiller ikke mellom rollen som ambulanspersonell og paramedisiner.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan pårørende og bystanders opplever en prehospital hjertestans, og hva paramedisinere kan gjøre for å ivareta deres behov. Vi vil finne ut hva som bør inkluderes i en defuse etter en slik hendelse, med mål om å bidra til å minimere de psykiske plagene som kan oppstå i etterkant. Vi håper denne oppgaven kan øke

oppmerksomheten rundt den mentale helsen til pårørende og bystanders. Vi ønsker også å utvide forståelsen av hvordan økt kompetanse og trygghet i krevende situasjoner kan bidra til å minimere og potensielt forhindre alvorlige psykiske plager for de berørte i etterkant.

1.2 Avgrensing og problemstilling

På bakgrunn av tema og hensikt har vi valgt følgende problemstilling til oppgaven:

Hvilke inntrykk sitter førstehjelpere igjen med etter en prehospital hjertestans og hva bør paramedisinere ta opp under en defuse?

Vi har valgt å fokusere på hva en paramedisiner kan gjøre for førstehjelpere på stedet etter møte med en prehospital hjertestans, og hvilken innvirkning en defuse kan ha i ettertid. Vi velger å avgrense oppgaven til å fokusere på kommunikasjon umiddelbart etter hendelsen, og ekskludere forskning på kommunikasjon og ivaretagelse etter vi har forlatt stedet. Dette er fordi vi som prehospitalt personell ikke har ansvar for behandling og omsorg i det videre forløpet, og har derfor ikke direkte kontakt med pasienter og førstehjelpere i etterkant. En defuse umiddelbart etter hendelsen er derfor et tidspunkt hvor paramedisinere kan utgjøre en forskjell.

1.3 Begrepsavklaring

Paramedisiner: Er en beskyttet tittel som gis til helsepersonell som har fullført en treårig bachelorutdanning i paramedisin (Hem & Harberg, 2023).

Prehospital tjeneste: Er den delen av spesialisthelsetjenesten som håndterer pasienter utenfor sykehus (Helsedirektoratet, 2021a).

Førstehjelper: Mennesker som er i umiddelbar nærhet til en akutt syk eller skadet person og gir omsorg og livreddende medisinske hjelpetiltak (Nordseth & Opdahl, 2023).

Pårørende: “Person som tilhører noens nærmeste familie eller på annen måte står denne nær” (Det norske akademis ordbok, u.å).

Bystander: “A person who is standing near and watching something that is happening but is not taking part in it” (Cambridge Dictionary, u.å). I de inkluderte artiklene beskriver

forfatterne *bystander* som en fremmed person som ikke har noen personlig tilknytning til pasienten. Personen har enten deltatt aktivt i gjenopplivningsforsøket eller observert hendelsen (Satchell et al., 2023; Douma et al., 2023; Møller et al., 2014; Mathiesen et al., 2016). I denne oppgaven vil vi kun referere til bystanders som personer som har deltatt aktivt i hendelsen og som ikke er pårørende.

Lekfolk: Personer som er uten utdanning i et fag (Bokmålsordboka, u.å.). I denne sammenheng blir lekfolk brukt om personer uten helseutdannelse som har utført HLR.

2. TEORI

I denne delen av oppgaven vil vi beskrive relevant teori som kan hjelpe oss å belyse vår problemstilling. Her vil vi ta for oss prehospital hjertestans, psykiske plager i etterkant av dette og defuse som et kommunikasjonsverktøy.

2.1 Prehospital hjertestans

Prehospital hjertestans er en alvorlig tilstand med lav overlevelsesrate. 70-80 prosent av alle som får uventet hjertestans dør (Norskluftambulans, 2021). I Norge rammes rundt 3000 mennesker hvert år av plutselig og uventet hjertestans utenfor sykehus. Cirka to av tre tilfeller skjer i eget hjem (Helsenorge, 2024). Pårørende er av den grunn ofte de første som møter pasienten og blir dermed ofte de første som utfører livreddende tiltak. Ved lengre utrykningstid kan førstehjelperen risikere å måtte utføre livreddende førstehjelp over lengre tid, før profesjonelt personell ankommer stedet og tar over. Utrykningstid varierer i forhold til hvor i landet man befinner seg. I tettbebygde områder er det ofte flere ressurser tilgjengelig, mens i distriktene jobber ambulanspersonell oftere alene og det kan ta lengre tid før det kommer bistand fra andre ressurser. Ifølge Folkehelseinstituttet (2021) bør ambulansen i befolkningstette områder være på stedet innen 12 minutter i 90% av tilfellene. I mer avsidesliggende områder bør ambulansen være fremme innen 25 minutt i 90% av tilfellene (Folkehelseinstituttet, 2021).

Ved forekomst av hjertestans er det behov for flere ressurser for å sikre en adekvat behandling av pasienten. Når det er mistanke om hjertestans, blir flere ressurser umiddelbart mobilisert fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) (Vedlegg 6). Dersom pasienten får hjertestans mens ambulansen allerede er på stedet, vil ambulanspersonellet

kontakte AMK og rapportere om hjertestans, hvorefter ytterligere ressurser vil bli sendt til stedet (Vedlegg 6). I tillegg til ambulanser kan andre ressurser som legevakt, luftambulans, brannvesen og frivillige organisasjoner også bli varslet. Dette resulterer ofte i at det er flere ressurser til stede som kan utføre livreddende førstehjelp i samsvar med gjeldende prosedyrer. Det videre pasientforløpet vil avhenge av pasientens tilstand. Ved gjenopprettet egensirkulasjon, “return of spontaneous circulation” (ROSC), eller ved pågående HLR vil pasienten bli transport videre til sykehus. Blir det besluttet å avslutte HLR og pasienten blir bekreftet død på stedet, må man følge retningslinjer i gjeldende helseforetak i henhold til dette (Norsk recuseringsråd, 2021).

Det er avgjørende for pasientens utfall at man kommer raskt i gang med HLR (Wissenberg et al., 2013; Lerner et al., 2012). Overlevelse etter en prehospital hjertestans avhenger ofte av handlingene til førstehjelperen. Ifølge Helsedirektoratet (2018) blir hjerte- og lungeredning startet av tilstedeværende før ambulansen ankommer i 83,2% av tilfellene av hjertestans utenfor sykehus. Studier viser en klar sammenheng mellom aktiv deltakelse i gjenopplivningsforsøk og psykiske plager i etterkant av en prehospital hjertestans. Det er derfor ikke uvanlig at førstehjelpere kan oppleve psykiske plager etter en slik hendelse (Lerner et al., 2012; Sasson et al., 2013).

2.1.1 Juridiske rammer

Som paramedisiner skal man kunne sikre faglig forsvarlig behandling av pasienter med akutte og kroniske medisinske og psykiske tilstander. Man skal også kunne videreutvikle egen kunnskap og kompetanse, samt holde seg faglig oppdatert og utføre forsvarlig paramedisinsk praksis i henhold til forsknings- og erfaringsbasert kunnskap (Utdanning, 2024). I tillegg er man som paramedisiner underlagt akuttmedisinforskriften som sier at ambulansetjenesten har ansvar for å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, samt transportere pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til egnet behandlingssted (Akuttmedisinforskriften, 2015, §10). Etter at pasienten er levert eller blir på stedet, har ikke ambulansetjenesten noen roller i videre oppfølging av pasient eller pårørende (Akuttmedisinforskriften, 2015, §10).

2.2 Psykiske plager i ettertid

Psykisk helse blir ofte kategorisert i to hovedområder: psykiske lidelser og psykiske plager. Psykiske lidelser omfatter flere ulike diagnoser og benyttes vanligvis når belastningen er stor, langvarig og resulterer i nedsatt funksjonsnivå i dagliglivet. Eksempler på slike lidelser inkluderer angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). På den andre siden beskriver begrepet psykiske plager vanlige variasjoner i atferd og følelser, ofte knyttet til ulike hendelser og erfaringer. Dette kan omfatte følelser av uro, engstelse og nedstemthet (Bang m.fl., 2018). Sorg er en helt normal reaksjon etter dødsfall og regnes derfor ikke som en psykisk lidelse (Helsenorge, 2023). Flere pårørende går gjennom en sorgprosess etter å ha mistet en av sine nærmeste. Denne sorgprosessen krever en annen type støtte enn det som kan tilbys av en paramedisiner på prehospitalt nivå (Shear, 2012).

I en sveitsisk studie viser det seg at flere pårørende som har vært vitne til en prehospitall hjertestans rapporterer om symptomer på depresjon og angst. 90 dager etter hjertestansen blir det rapportert at 30% av de aktuelle pårørende har utviklet ulike symptomer på angst eller depresjon. 6% av disse rapporterte om symptomer på begge lidelsene. 15% hadde behov for og fikk profesjonell hjelp, og 21% fikk utskrevet resept på psykofarmaka i løpet av denne 90 dagers perioden (Metzger et al., 2019).

2.3 Debrief

Debrief er et kommunikasjonsverktøy som blir benyttet i den prehospitall tjenesten (Helse Bergen HF, 2020). Hensikten med en debrief, der hendelsen blir gjennomgått og følelser blir bearbeidet, er å skape et miljø der alle involverte kan håndtere hendelsen og eventuelle følger som medfører. Målet med slike samtaler er å forebygge og minimere utvikling av negative, psykologiske senfølger (Malt, 2019).

2.3.1. Defuse

Defuse, ofte omtalt som uformell debrief, er det mest grunnleggende nivået av debriefing. Selv om defuse er på det enkleste nivået, har denne metoden likevel både faglig og emosjonell målsetting (Skogland & Halvorsen, 2022). En defuse bør gjennomføres så raskt som mulig og skjer ofte umiddelbart eller kort tid etter en hendelse, helst innen åtte timer (Magyar & Theophilos, 2010). Dette er en kort samtale som vanligvis varer mellom 2-30 minutter, og opptil 90 minutter (Walker et al., 2020). Hensikten med denne formen for

støttesamtale er å minimere reaksjoner etter en hendelse, samtidig utvikle et sosialt nettverk som er med på å normalisere situasjonen og gjenopprette følelsen av kontroll (Bråten & Falkum, 2019, s.159-161). Det er også i slike hendelser man har mulighet til å vurdere behovet for videre oppfølging og eliminere behov for videre støttesamtaler (Magyar & Theophilos, 2010; Bråten & Falkum, 2019, s.159-161).

En studie som fokuserte på debrief etter et gjenopplivingsforsøk, anerkjente at det var avgjørende at samtalen skjer i et støttende miljø, som er trygt og tilbaketrukket hvor man ikke blir forstyrret (Walker et al., 2020). Hvilke reaksjoner den enkelte vil sitte igjen med er individuelt og avhenger av flere faktorer, som for eksempel hendelsens omfang, konteksten rundt og personlige forhold vedkommende har (Universitetet i Bergen, 2023). Defuse som støttesamtale kan hjelpe den involverte å skru av den beredskapen som kroppen opprettholder i frykt for at krisen skal skje igjen. Det forventes at de opplevde reaksjonene vil avta etter en defuse der beredskapen er redusert (Bråten & Falkum, 2019, s.159-161). Det er også vanlig å ikke oppleve noen reaksjoner umiddelbart etter en hendelse. I slike tilfeller kan informasjonen som deles under en defuse bli tolket og oppfattet annerledes (Universitetet i Bergen, 2023). I slike situasjoner kan det være hensiktsmessig å følge opp de involverte for videre vurdering og bearbeiding av situasjonen (Bråten & Falkum, 2019, s.159-161).

Defuse som metode er godt egnet som psykologisk førstehjelp for involverte som er rammet av en alvorlig hendelse. Tiltakene bygger på noen felles prinsipper som skal bidra til “å sikre trygghet og fremme trygghetsfølelse, å skape ro, redusere stress, å fremme opplevelsen av mestring, å fremme tilhørighet, å tilby sosial støtte, å formidle håp” (Oslo Universitetssykehus, u.å).

Det eksisterer få studier og retningslinjer for defusing med pårørende og bystanders, men det er opprettet prosedyrer for defuse til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser (Oslo Universitetssykehus, u.å). Ifølge Bråten og Falkum (2019) er det første som gjøres etter en traumatisk hendelse å opprette kontakt med de involverte på en måte som ikke oppleves som påtrengende. For å sikre trygghet er det viktig å tilby sosial støtte ved å skape en følelse av ro i situasjonen (Oslo Universitetssykehus, u.å). Når det gjennomføres en defuse følges det angitte prinsipper som sier at: Gjennomføring av oppfølging må skje så raskt som mulig etter hendelsen. Det er viktig å stille åpne spørsmål for å gi hver enkelt muligheten til å dele sin versjon av hendelsen. Det er viktig å være åpen for ulike perspektiver samtidig som det vises

toleranse for eventuell motstridende informasjon. Under slike støttesamtaler er det viktig å huske på at det ikke skal avgrenses, trekkes konklusjoner eller belære deltakerne (Bråten & Falkum, 2019, s.159-161).

3. METODE

I metodekapittelet vil vi vise hvordan vi har brukt litteraturstudie som metode for å finne frem til relevante vitenskapelige artikler rettet mot valgt problemstilling. Vi vil i tillegg forsikre oss om at metoden er holdbar og kan etterprøves av andre for å sikre at funnene og konklusjonen er gyldig (Dalland, 2020,s.53). Oppgaven er bygget på retningslinjer for oppgaveskriving for bachelor paramedisin (Harbin, 2020). Først presenteres litteraturstudie som forskningsmetoden. Deretter beskrives hvordan søkeprosessen er gjennomført sammen med en redegjørelse for hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble benyttet for utvelgelse av relevante artikler. Til slutt presenteres metodene for kvalitetsvurdering av innholdet i oppgaven.

3.1 Litteraturstudie som metode

For å besvare denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en gjennomgang av tilgjengelig litteratur på et spesifikt tema, og har som formål å tolke og oppsummere den relevante informasjonen (Aveyard, 2019, s.4). Ved å bruke denne metoden får vi en bred oversikt over den tilgjengelige litteraturen for å besvare problemstillingen vår. Vi har brukt bøkene *Doing a literature review in health and social care* av Helen Aveyard (2019), *Jobb kunnskapsbasert!* av Nortvedt et al., (2021) og *Metode og oppgaveskriving* av Olav Dalland (2020), som veiledning. Ut fra disse har vi hentet relevante tabeller og informasjon om oppgaveskriving, samt brukt bøkene som hjelpemiddel for hvordan oppgaven kan struktureres.

På grunn av begrensninger i tilgjengelig teori og forskning på temaet, valgte vi å utarbeide resultatkapittelet i oppgaven med en tilnærming som ikke hadde forhåndsdefinerte kriterier for informasjonsinnhenting. Denne tilnærmingen gjorde at vi opparbeidet oss ny innsikt underveis og oppdaget ny teori direkte fra artiklene, uten å bli begrenset av tidligere ideer eller teorier (Armat et al., 2018; Hsieh & Shannon, 2005). Ved å følge denne tilnærmingen identifiserte vi fem temaer som alle er relevante og gjennomgående i artiklene.

3.2 Søkestrategi

Vi hadde lite erfaring med litteraturstudie fra tidligere og har derfor under denne søkeprosessen fått søkehjelp av en bibliotekar ved Universitetet i Stavanger. Vi benyttet PICO-skjema, som vist i tabell 1, i starten av søkeprosessen for å formulere søkeordene, slik at litteratursøket ble strukturert og avgrenset (Nortvedt et al., 2021). PICO er et verktøy for å dele opp spørsmål på en strukturert og hensiktsmessig måte, slik at det klargjøres til litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2021a). Punktet *Comparison* i PICO-skjemaet brukes dersom det skal sammenliknes to typer tiltak (Nortvedt et al, 2021). Vi har valgt å fokusere på opplevelser og påvirkning av et spesifikt tiltak og har derfor ikke benyttet oss av dette punktet i oppgaven.

Vi benyttet MeSH i Medline for å finne synonymer til søkeordene. Dette ga oss grunnlag for videre søk i ulike forskningsdatabaser. Først gjorde vi flere usystematiske søk i ulike forskningsdatabaser som Medline, Pubmed og Cinahl. Vi var forberedt på at det eksisterte lite forskning på dette området og startet derfor søkeprosessen bredt for å få en oversikt over tilgjengelig og aktuell litteratur. Videre benyttet vi Medline til å gjennomføre et systematisk søk da dette var den forskningsdatabasen som inneholdt mest relevant litteratur til vår problemstilling. Søkelogg ligger som vedlegg 1 og 2. Til slutt innsnevret vi søket ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å få de mest relevante artiklene.

Tabell 1: PICO-skjema

P – Population	I – Intervention	C - Comparison	O – Outcome
Førstehjelpere	Aktivt deltatt i gjenopplivning på en prehospital hjertestans		Hva bør paramedisinere gjøre for å minimere psykiske plager for førstehjelpere i etterkant
Family, relatives, spouse, family members, partner, loved one, bystanders, witness	Out-of-hospital- cardiac-arrest, OHCA, resuscitation, cardio- Pulmonary resuscitation, CPR		Communication, debrief, debriefing, critical incident stress debriefing

3.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene vi har valgt til denne oppgaven har gjennomgått en fagfellevurdering, som innebærer at artiklene er vurdert og godkjent av to til tre anonyme eksperter innenfor fagfeltet (Utdanningsforskning, 2016). Artiklene skal ta for seg hendelser som har skjedd prehospitalt. Det skal være snakk om en traumatisk hendelse, i dette tilfellet i form av en hjertestans, der pårørende og/eller bystanders har utført livreddende førstehjelp. Artiklene som er inkludert skal ta utgangspunkt i pårørendes og bystanders behov etter en prehospital hjertestans. Det skal være fokus på kommunikasjon eller debrief mellom helsepersonell og førstehjelpere på stedet, og hvordan det har blitt opplevd. Artiklene skal være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, for å sikre en nødvendig forståelse av innholdet.

I denne oppgaven har vi valgt å ekskludere artikler utgitt før 2014. Dette for å finne de mest relevante artiklene basert på den nyeste utviklingen innen den prehospital helsetjenesten. Vi har også ekskludert artikler som omhandler senreaksjoner hos pårørende og bystanders, da fokuset vårt er på kommunikasjon og ivaretagelse av disse gruppene på stedet. Artikler som omhandler ivaretagelse av pårørende og bystanders inhospitalt og av annet helsepersonell er også ekskludert, ettersom vi ønsker å konsentrere oss om vår rolle som paramedisinere prehospitalt i ivaretagelsen av pårørende og bystanders.

For å tydeliggjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene i denne oppgaven har vi ført dem inn i tabell 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artiklene skal omhandle en prehospital traumatisk hendelse i form av hjertestans.	Artikler skal ikke omhandle senreaksjoner hos pårørende og bystanders lengre tid etter at hendelsen fant sted.
Artiklene skal ta utgangspunkt i behov og fokusere videre på kommunikasjon med pårørende og bystanders på stedet.	Artiklene skal ikke omhandle ivaretagelse av pårørende og bystanders inhospitalt.

Artiklene skal være skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk.	Artiklene skal ikke være utgitt før 2014.
Artiklene skal være fagfellevurdert.	

3.3 Valg av artikler

I starten av søkeprosessen benyttet vi PICO-skjemaet. De første søkene var rettet mot artikler som undersøkte oppfølgingen av førstehjelpere etter deltakelse i en prehospital hjertestans. Etter flere usystematiske søk, ble det klart at det var begrenset forskning på dette området. Vi testet derfor ut flere søkeord og identifiserte til slutt åtte potensielt relevante artikler. Videre gjennomførte vi et systematisk søk i Medline for å identifisere mest mulig relevant litteratur på området.

I begynnelsen av den systematiske søkeprosessen, rettet vi søket mot førstehjelperes erfaringer med kommunikasjon etter en prehospital hjertestans. Vi benyttet oss av søkeordene ((Communication) OR (Debrief)) AND ((OHCA)) AND ((Relatives) OR (Bystanders)). Dette søket ga oss 134 treff. Etter å ha gjennomgått titlene, fant vi kun åtte artikler som virket relevante. Basert på deres abstrakter, identifiserte vi fire artikler som vi ønsket å lese i fulltekst. Blant disse fire artiklene fant vi kun to av dem relevante i forhold til vår problemstilling. Vi så oss derfor nødt til å utvide søket ved å inkludere førstehjelperes generelle erfaringer knyttet til en prehospital hjertestans, i tillegg til prehospitale akutsituasjoner. Vi supplerte derfor med søkeordene ((Experience) OR (Family centered care)) AND ((Emergency Ambulance Services)), noe som resulterte i 75 + 15 treff. Vi identifiserte ytterligere seks artikler som vi ønsket å gjennomgå i fulltekst. Vi brukte sjekklister fra Helsebiblioteket (2021b) for å kritisk vurdere hver artikkel, og endte til slutt opp med fire artikler som vi har inkludert i oppgaven.

En av de inkluderte artiklene er en systematic review, den andre er en scoping review. Dette er systematiske oversikter der målet er å oppsummere og kartlegge allerede tilgjengelig forskning på et tema (Aveyard, 2019, s.49; Helsebiblioteket, 2022). Vi har valgt å inkludere disse systematiske oversiktene da de oppsummerer allerede eksisterende forskning, og siden de baserer seg på flere eksisterende artikler, har slike oversikter en høyere reliabilitet enn

enkeltstudier (Aveyard, 2019, s.49). De to resterende artiklene baserer seg på kvalitative metoder, som tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s.54). Begge de kvalitative artiklene er inkludert i artikkelen som utgjør en scoping review.

3.4 Kvalitetsvurdering

For å sikre reliabilitet, validitet og identifisere eventuelle svakheter ved artiklene har vi vurdert hver enkelt artikkel ut fra spesifikke krav. Vi har brukt sjekklister som er inspirert av *Critical Appraisal Skills Programme* for å evaluere artiklene. Ulike forskningsmetoder har forskjellige sjekklister som er utarbeidet som et verktøy for kritisk vurdering av forskningslitteratur. Sjekklistene er hentet fra Helsebiblioteket.no (2021b). Ett av inklusjonskriteriene for valg av artikler var at de skulle være fagfellevurdert. Dette for å opprettholde standarden og sikre at innholdet er relevant, av god kvalitet og at informasjonen som formidles gjennom artiklene er troverdig.

I denne oppgaven har vi inkludert artikler som er godkjent eller som ikke har hatt behov for godkjenning i henhold til etiske retningslinjer. Alle de fire artiklene har fokus på anonymitet blant de involverte i studien. Hensikten med anonymitet er at de involverte ikke blir utsatt for kritikk, fare eller andre typer belastninger som en konsekvens av å være deltaker i forskning (Schmid, 2023).

4. RESULTATER

I denne delen av oppgaven vil vi fremlegge funnene fra hver enkelt artikkel på en strukturert måte uten å vurdere eller tolke innholdet. Artiklene vi har valgt å ta utgangspunkt i utforsker hvordan konseptet defuse kan være med å påvirke førstehjelperens opplevelse og deres reaksjoner i ettertid, samt hvilke behov de kan sitte igjen med etter en prehospital hjertestans. For å vurdere de ulike elementene i hver artikkel og deres relevans i forhold til valgt problemstilling, har vi samlet dem i litteraturmatrisen som vist under i tabell 3. Videre har vi kategorisert resultatkapittelet inn i ulike temaer. Dette er basert på relevante temaer for vår problemstilling, som er gjennomgående i det inkluderte datamaterialet: 1) reaksjoner etter en prehospital hjertestans, 2) manglende kommunikasjon, 3) barriere å ta initiativ 4) hvilke behov førstehjelpere kan ha og 5) opplevelser rundt defuse.

Tabell 3: Litteratormatrise

Tittel	Family & bystander experiences of emergency ambulance services care: a scoping review
Forfatter	Satchell et al., (2023)
Hensikt	Hensikten med denne studien var å samle og avdekke all publisert forskning som beskriver hvordan pårørende og bystanders opplever ambulansetjenesten.
Metode og analyse	En samlet oversikt over all fagfelleverdert forskning som omhandler temaet. Scoping review av til sammen 72 utvalgte artikler.
Hovedfunn og resultat	Dette krever mer forskning, men ved å rette mer fokus mot ivaretagelse av pårørende/bystanders, kan paramedisinere påvirke opplevelsen de sitter igjen med etter en akutt situasjon.
Tittel	Debriefing bystanders of out-of-hospital cardiac arrest is valuable
Forfatter	Møller et al., (2014)
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske konseptet debrief med bystanders etter deltakelse i en prehospital hjertestans.
Metode og analyse	Kvalitativ analyse basert på debrief over telefon med aktuelle bystanders, samt intervju i ettertid med de involverte om erfaringer og tanker rundt debrief.
Hovedfunn og resultat	Debrief med deltakere i en prehospital hjertestans stimulerer til positiv refleksjon rundt hendelsen og gjør vedkommende bedre egnet til å håndtere følelser og reaksjoner i ettertid. Ikke minst bidrar det til økt selvtillit og trygghet til å utføre HLR i fremtiden.
Tittel	Reactions and coping strategies in lay rescuers who have provided CPR to out-of-hospital cardiac arrest victims: a qualitative study
Forfatter	Mathiesen et al., (2016)
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske reaksjoner og mestringsstrategier hos lekfolk som har utført hjerte- og lungeredning prehospitalt.

Metode og analyse	Kvalitativ studie med intervju av 20 lekfolk som har utført HLR. Basert på en semistrukturert intervjuguide som fokuserer på erfaringer etter utført HLR.
Hovedfunn og resultat	Lekfolk følte seg sterkt påvirket av å utføre HLR. Ved ukjent eller dødelig utfall var skyldfølelse vanlig. Håndtering av disse følelsene var spesielt utfordrende, og det var behov for anerkjennelse av deres innsats. Kommunikasjon med familie og venner, søken etter informasjon om pasientens utfall og positive tilbakemeldinger var viktige mestringsstrategier.
Tittel	What are the care needs of families experiencing sudden cardiac arrest? A survivor- and family-performed systematic review, qualitative meta-synthesis, and clinical practice recommendation
Forfatter	Douma et al., (2023)
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive pårørendes erfaringer og behov etter å ha opplevd akutt hjertestans i nær familie. Samt lage en oversikt over behandlingsforslag.
Metode og analyse	En systematisk analyse og metasyntese som inkluderte 39 artikler, hvor samtlige var kvalitative.
Hovedfunn og resultat	Pårørendes erfaringer etter hjertestans er ofte kaotiske, stressende og komplekse, med psykiske plager som kan vare lenge. For å forbedre omsorgen, må man anerkjenne alvoret i situasjonen og reagere raskt. Det er også viktig å forbedre informasjonsdelingen, kommunikasjonen, tilgjengelighet av støtte og empati, samt tilby meningsfull psykologisk oppfølging i etterkant.

4.1 Reaksjoner ved prehospital hjertestans

Tre av artiklene gir innsikt i hvordan pårørende og bystandere opplever møte med hjertestans og deres følelser i denne perioden. Artikkelen av Mathiesen et al., (2016) beskriver hvordan deltakerne oppfatter prehospital hjertestanshendelser som sjokkerende og skremmende, med vedvarende reaksjoner som varte fra dager til måneder. De følte seg alene om opplevelsen og

var i tillegg bekymret for pasientens utfall på sykehuset. Flere av lekfolkene inkludert i studien knyttet også deres egen innsats under gjenopplivningsforsøket direkte til pasientens utfall. De følte at pasientens utfall var påvirket av deres handlinger under gjenopplivningen. Dette resulterte enten i en følelse av lettelse om pasienten hadde gode nevrologiske utfall, eller en følelse av skyld dersom utfallet var negativt. Denne artikkelen konkluderer med at hendelser som involverer dødsfall, og mangel på debrief i etterkant, er uavhengige faktorer som bidrar til negative opplevelser knyttet til en prehospital hjertestans.

Deltakerne i Møller et al. (2014) rapporterer om store forskjeller mellom hva de forventet i møte med en prehospital hjertestans, og den faktiske opplevelsen. Flere legger vekt på at de basale førstehjelpskursene er for overfladiske og de mangler forberedelse på hvordan en slik hendelse faktisk er og hva man kan forvente.

Satchel et al., (2023) viser i sin studie at pårørende og bystanders opplever kaos og forvirring under slike hendelser, med panikk som påvirker deres evne til å utføre førstehjelp. Mangel på kunnskap og ferdigheter fører til en følelse av hjelpeløshet. Pårørende og bystanders uttrykker ekstreme svingninger mellom håp og håpløshet, kaos og ro under nødsituasjoner. Håpløsheten økte når pasienten ikke responderte på førstehjelp, og dette førte for noen til forvirring og skyldfølelse dersom pasienten døde.

4.2 Manglende kommunikasjon

Dårlig kommunikasjon mellom ambulanspersonell og pårørende eller bystanders er et gjennomgående problem som fremkommer i alle de fire artiklene. I Satchell et al., (2023) ble kommunikasjon fremhevet av pårørende og bystanders som en avgjørende faktor i den samlede opplevelsen med ambulanspersonell. Den vanligste klagen når det gjelder kommunikasjon var mangel på informasjon. Pårørende kritiserer spesielt den dårlige kommunikasjonen fra ambulanspersonell, spesielt når flere personer var til stede under hendelsen. En av deltakerne uttrykte det slik: "I think there were seven persons in our house, but no one told me exactly what they were doing to our child."

Deltakerne i Satchell et al., (2023) reflekterer over den manglende psykologiske og praktiske støtten etter at ambulanspersonellet hadde forlatt stedet. Bystanders og pårørende måtte vende seg til venner og familie for støtte. Selv om støtte fra nære relasjoner er en viktig faktor

i den psykologiske helbredelsen, ønsket likevel flere av deltakerne å snakke med ambulanspersonell om hendelsen.

Et sentralt funn i Mathiesen et al., (2016) var at pårørende følte seg utelatt og uønsket på stedet. Ingen av lekfolkene ble tilbudt noen formell oppfølging i etterkant av hendelsen, verken av ambulanspersonellet eller andre.

4.3 Barriere å ta initiativ

Møller et al., (2014), Satchell et al., (2023) og Douma et al., (2023) diskuterer barrierer pårørende møter når de ønsker å ta kontakt med ambulanspersonell etter en prehospital hjertestans. I artikkelen av Møller et al., (2014) uttrykker deltakerne at det å selv be om hjelp er en barriere. Det var helt nødvendig for dem at det var de som ble kontaktet, og ikke selv måtte kontakte nødtelefonoperatør for en debrief.

I Satchell et al., (2023) blir det rapportert at det var helt avgjørende at ambulanspersonell tok initiativ for å kontakte pårørende eller bystanders i etterkant av en prehospital hjertestans. Når et dødsfall inntreffer husker pårørende og bystanders både den støttende samtalen som viser empati og omsorg, men også den samtalen som manglet både forståelse og motivasjon (Satchell et al., 2023). Studien påpeker også at pårørende og bystanders ønsket muligheten til å være til stede under gjenopplivningsforsøket, men en vanlig barriere var å spørre ambulanspersonellet om de kunne bli eller måtte forlate rommet. Pårørende som ble værende i rommet var bekymret for å være i veien og fryktet i tillegg hva de kunne se. De pårørende som ikke var til stede under gjenopplivningsforsøket satt ofte igjen med ubesvarte spørsmål. En deltaker i Satchell et al., (2023) uttrykte det slik: "Suddenly he passed away. But what happened in the last 30 min? Even today, we don't know exactly. That is still a gap in my memory that I need to fill in."

Douma et al., (2023) nevner at når sorgen og påvirkningen øker hos pårørende, kan de trenge mer oppmerksomhet og hjelp fra ambulanspersonell. Pårørende vet ikke alltid hvordan de skal uttrykke sine psykologiske behov når det ikke kan sammenlignes med pasientens behov. Flere pårørende tar derfor ikke kontakt med ambulanspersonell, selv om de har behov for det (Douma et al., 2023).

4.4 Hva har førstehjelperne behov for?

I studien av Møller et al., (2014) blir det konkludert med at det var seks hovedpunkter som deltakerne hadde behov for å ta opp under en debrief: 1) vanskeligheten med å identifisere en hjertestans, 2) den emosjonelle og følelsesmessige opplevelsen av en prehospitalt hjertestans, 3) hvordan man best mulig kan samarbeide med ambulanspersonell, 4) pasientforløp, 5) hvordan man håndterer opplevelsen og erfaringer man sitter igjen med og 6) refleksjon over hendelsen og forløpet.

I studien utviklet av Douma et al., (2023) kommer det fram at pårørende har behov for informasjon. Under en akuttsituasjon er dette informasjonsbehovet både omfattende og langvarig. Deres behov fokuserer på praktiske, forklarende og eksistensielle utfordringer. Videre i denne studien beskriver pårørende at de har et ønske om å skape en oversikt og en forståelse av situasjonen. De har et behov for å vite hva som skjedde, hvem som utførte førstehjelp, hva som ble gjort, samt hva som skjer videre. Mange uttrykker også et ønske om å vite at pasienten ikke led og at alt som kunne bli gjort, ble gjort. Videre i studien til Douma et al., (2023) legger pårørende fram viktigheten av hvor verdifullt det var for dem å ha noen som kunne svare på eventuelle spørsmål de måtte sitte inne med. I slutten av en slik hendelse ønsker pårørende en debrief som kan hjelpe å forstå situasjonen og samtidig starte en helbredelsesprosess.

For de involverte i en prehospital hjertestans er måten informasjonen blir delt på en vesentlig faktor i hvordan budskapet blir mottatt (Satchell et al., 2023). Pårørende foretrekker et enkelt språk, med ærlig og realistisk informasjon, samt skriftlig informasjon for å støtte opp under den muntlige informasjonen. I Satchell et al., (2023) uttrykker pårørende en følelse av å bli ekskludert i situasjoner der helsepersonell har en overdreven bruk av medisinsk fagspråk. Videre i denne studien blir det uttrykt et ønske og et behov for å vite pasientens utfall. For de involverte som ikke var pårørende kunne ikke ambulanspersonell gi ut denne informasjonen uten samtykke fra pasienten på grunn av loven om taushetsplikt. Derimot uttrykte pårørende og bystanders en form for lettelse uansett utfall når de fikk beskjed om at de hadde utført og gitt riktig førstehjelp, som igjen gjorde at de ga pasienten et best mulig utgangspunkt for overlevelse (Satchell et al., 2023). Videre viser denne studien til at etter et prehospitalt dødsfall satte pårørende stor pris på at ambulanspersonell tok seg tid til å bli igjen på stedet for å kunne bidra som psykologisk støtte. Hjelpsomme handlinger inkluderte å varsle øvrige

familiemedlemmer, bli hos pårørende til noen kom til stedet og kunne ta seg av dem, bidra med stell av avdøde, og ikke minst ta seg tid til å snakke med pårørende og svare på eventuelle spørsmål de måtte ha.

4.4.1 Oversikt over behov

Oversikten under viser gjennomgående temaer som blir fremhevet som viktige av pårørende og bystanders i samtlige artikler. Dette er en oversikt over områder hvor paramedisinere potensielt kan ivareta behovene til de berørte ved å gjennomføre en defuse på stedet.

- **Helsepersonell initierer:** Å spørre om hjelp er en barriere og det blir uttrykt et behov for at ambulanspersonell tar kontakt og initierer til defuse.
- **Tilnærming:** En nysgjerrig tilnærming med fokus på lytting og omsorg. Et enkelt språk uten overdreven bruk av medisinske faguttrykk.
- **Praktiske behov:** Det blir verdsatt når ambulanspersonell blir på stedet som mental støtte, varsler øvrig familie og bistår i stell av avdøde.
- **Informasjonsbehov om hendelsen:** Et ønske om tilbakemelding om egen prestasjon, et ønske om å vite årsak, tiltak og videre forløp. Informasjon om at alt ble forsøkt for å redde pasienten, og få vite at pasienten ikke led under gjenopplivningsforsøket.
- **Bekreftelsesbehov:** Behov for bekreftelse og tilbakemeldinger på kvaliteten av utført HLR. Samt bekreftelse på at det ikke var noe som kunne blitt gjort for å endre utfallet.

4.5 Opplevelser rundt defuse

I artikkelen skrevet av Mathiesen et al., (2016) blir det vist til at debriefing kan ha en positiv effekt på evnen til å håndtere emosjonelle reaksjoner etter deltakelse i et gjenopplivningsforsøk. Artikkelen belyser at flere lekfolk uttrykte stor bekymring for pasientene da de var på sykehus, og hadde vanskeligheter med å finne ro før de visste om pasienten overlevde. Samtidig indikerer artikkelen at debrief kan være verdifullt og stimulere til positive reaksjoner selv uten å få informasjon om pasientens utfall (Mathiesen et al., 2016). Videre i Mathiesen et al., (2016) blir det lagt frem at ingen av lekfolkene hadde blitt

tilbudt oppfølging i etterkant av hendelsen, bortsett fra to personer som ble kontaktet av ambulanspersonell kort tid etterpå. Artikkelen har identifisert kommunikasjon med familie og venner til å være en viktig mestringsstrategi for å prosessere hendelser som involverer en prehospital hjertestans.

I artikkelen av Satchell et al., (2023) blir det fremlagt at kommunikasjon med ambulanspersonell var viktig i den totale opplevelsen til pårørende og bystanders. I tilfeller der ambulanspersonell formidlet informasjon på en effektiv måte, følte pårørende og bystanders seg informert og inkludert. I tilfeller hvor kommunikasjonen ikke var tilstrekkelig, følte imidlertid pårørende og bystanders seg forvirret og isolert (Satchell et al., 2023). Flere pårørende og bystanders i studien uttrykte at debrief med ambulanspersonell etter hendelser hvor et dødsfall inntreffer, var viktig for å få bekreftelse at deres handlinger var nyttige. Rollen som paramedisiner ender ikke når det blir konstatert dødsfall (Satchell et al., 2023). Pårørende og bystanders har uttrykt et signifikant psykisk behov i denne tiden. Pårørende satte pris på tid og omsorg gitt til dem av ambulanspersonell etter endt gjenopplivning. Satchell et al., (2023) påpeker at ved å ta inn elementer av pasient- og familierettet omsorg i ambulansetjenesten, kan ambulanspersonell ha en stor påvirkning på den totale opplevelsen til pårørende og bystanders.

Studien utarbeidet av Møller et al., (2014) viser til korttidseffekter av en gjennomført debrief. Bystanders forteller at det å snakke med ambulanspersonell skaper et trygt nettverk, der man ved å snakke med kyndig personell oppnår en form for lettelse av å få vite at man ikke har gjort noe feil og at det ikke var mer man kunne gjort for pasienten. Dette kan føre til mindre skyldfølelse som igjen skaper en indre ro. Videre tar studien for seg de opplevde effektene av debrief to måneder etter hendelsen. Bystanders legger frem de emosjonelle fordelene de har opplevd med en debrief. De forteller at debrief har stimulert til refleksjon, og har påvirket evnen til å håndtere situasjonen og følelsene på en positiv måte. Dette ga dem tillit til egne ferdigheter og muligheten til forbedring ved å kunne stille spørsmål. Flere opplevde at de tok med seg ny kunnskap videre og gjorde dem mer motiverte til å initiere HLR i fremtiden om nødvendig. Deltakerne i Møller et al., (2014) legger vekt på at debrifing mellom ambulanspersonell og bystanders under prehospital hjertestans, har bidratt til å håndtere de involvertes følelsesmessige reaksjoner og fremmet en bedre forståelse av situasjonen. Ifølge studiens funn, har debrief i etterkant av en prehospital hjertestans oppmuntret til refleksjon og

bidratt til å håndtere følelser og tanker på en konstruktiv måte. Samlet sett hevder Møller et al., (2014) at debrief etter en prehospital hjertestans har potensialet til å øke oppmerksomheten rundt resuscitering blant bystanders.

5. DISKUSJON

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere funnene som ble gjort i resultatkapittelet. Først vil vi diskutere når det er anledning til en defuse, med tanke på tid, ressurser, kompetanse og opplæring. Deretter vil vi diskutere hva man som paramedisiner bør ta opp under en defuse. Videre vil vi gjøre oss opp noen tanker om det å gjennomføre en defuse kan ha en positiv innvirkning på reaksjoner i ettertid. Til slutt vil vi foreta en metodediskusjon hvor vi vurderer styrker og svakheter ved den anvendte metoden, samt identifisere svakheter ved litteratursøket.

5.1 Anledning til defuse

Som vist i resultatene kan førstehjelpere ofte føle seg utenfor og isolert når det er mangel på informasjon og oppfølging. Oppfølgingsmuligheter for førstehjelpere er ulike mellom prehospitale og inhospitale tjenester. Den prehospitale tjenesten reguleres blant annet av akuttmedisinforskriften (2015), som gjør at ambulansetjenesten ikke har noen rolle i videre oppfølging av pasienter eller pårørende. I den prehospitale tjenesten er man kun sammen med pasient, pårørende og bystanders over en kort periode, som gjør at det ikke alltid er anledning til å kunne gjennomføre en defuse etter en prehospital hjertestans. Derfor vil ikke debrief- og oppfølgingsplaner som brukes inhospitalt være like effektive og aktuelle i prehospitale situasjoner.

5.1.1 Tid og ressurser

Den prehospitale tjenesten kjennetegnes blant annet av tidskrisiske forhold, tverrfaglig samarbeid og en mangel på den infrastrukturen som blant annet eksisterer inhospitalt (Aase, 2022, s.294). Ambulansetjenesten er en organisert del av det akuttmedisinske miljøet i helseforetakene. I tettbebygde områder opplever ambulansetjenesten kapasitetsproblemer, som resulterer i utfordringer med å sikre tilfredsstillende beredskap. I distriktene fører lange transporttider til mangel på tilgjengelige ambulanser. Dette fører igjen til redusert beredskap i området (NOU, 2015, s.142). Det vil av den grunn ikke alltid være anledning til å kunne gjennomføre en defuse med førstehjelpere. Imidlertid, etter en prehospital hjertestans, vil det

vanligvis være flere ressurser til stede (Vedlegg 6), hvor gjerne en av ressursene kan bli igjen for å ivareta pårørende og tilskuere. Tidsmessig vil da en defuse kunne bli gjennomført i etterkant av hendelsen før paramedisinerene forlater stedet. Denne defusen trenger nødvendigvis ikke å være lang, men kan bidra til å oppsummere hendelsen og berolige både pårørende og bystanders (Douma et al., 2023).

5.1.2 Kompetanse og opplæring

Som paramedisiner jobber man som nevnt i teorikapittelet, under juridiske rammer. Man jobber ut fra retningslinjer og prosedyreverk for hvert enkelt helseforetak. Vi har utført en sammenligning av retningslinjer fra Helse Stavanger, Helse Oslo og Helse Bergen. I hvert av disse helseforetakene blir det påpekt at ambulanspersonell skal sørge for tilstrekkelig ivaretagelse av pårørende. Ved en grundigere gjennomgang i Bliksund GRID, finner vi lite informasjon om ivaretagelse av førstehjelpere etter en prehospital hjertestans og vi har heller ikke lyktes i å finne ytterligere informasjon eller anbefalinger angående dette (Vedlegg 3,4,5).

Flere studier indikerer også at paramedisinere ikke føler seg tilstrekkelig forberedt til å håndtere dødsfall prehospitalt (Anderson et al., 2019; Risson et al., 2023). Paramedisinere opplever begrenset formell opplæring og føler seg uforberedt til å håndtere situasjoner hvor gjenopplivning mislykkes. Dette gjelder spesielt ved kommunikasjon med pårørende, overlevering av dårlige nyheter og håndtering av dødsfall. De uttrykker et behov for ytterligere opplæring og veiledning om hvordan man formidler dødsbudskap og kommuniserer effektivt med de etterlatte (Anderson et al., 2019). Mangel på erfaring medfører at flere distanserer seg selv fra situasjonen og prøver å unngå å ta kontakt med førstehjelperne (Anderson et al., 2019; Risson et al., 2023). Kommunikasjon med førstehjelpere etter en emosjonelt krevende hendelse kan betraktes som en ubehagelig situasjon, og det kan oppleves som vanskelig å skulle ta initiativ til den samtalen (Falk, 2016, s.26). Det kan være en fristende strategi å forsøke å distansere seg fra hendelsen, men dette tiltaket viser seg å være lite effektivt (Bråten & Falkum, 2019, s.160). Dersom paramedisinere ikke føler seg komfortable med å utføre en defuse, reduseres sannsynligheten for at det blir gjennomført (Møller et al., 2014; Satchell et al., 2023).

Som nevnt har hjertestans lav overlevelsesrate. Inhospitalt anbefales det å bruke sosialarbeidere eller rådgivere med trening i sorg og tap til å delta i ivaretagelsen og samtalen

med pårørende (Peng et al., 2024). Prehospitalt er det som regel ikke tilgjengelig personell med spesialisert opplæring for å gjennomføre slike støttesamtaler (Risson et al., 2023), og derfor faller ansvaret ofte på paramedisinere. En fordel med defusing er dens enkle og strukturerte tilnærming til samtaler etter hendelsen (Bråten & Falkum, 2019, s.19), noe som ofte benyttes internt av helsepersonell etter krevende situasjoner. Til tross for følelsen av manglende kompetanse om håndtering av dødsfall, kan paramedisinere ofte være blant de mest egnede til å gjennomføre en støttesamtale på stedet. I motsetning til sosialarbeider og rådgivere inospitalt, har prehospitalt personell førstehåndskunnskap om hendelsesforløpet og kan derfor gi den mest nøyaktige informasjonen.

5.2 Hva bør tas opp under en defuse?

I *Oversikt over behov* i resultatkapittelet, blir det tatt opp gjennomgående temaer som blir fremhevet som viktig av pårørende og bystanders i samtlige artikler. Dette er punkter som pårørende og bystanders både har uttrykt mangler rundt eller en positiv virkning av. Resultatene viser til at dette er områder hvor paramedisinere kan utgjøre størst påvirkning.

5.2.1 Forskjell i behov for ulike grupper

Resultatene fra studien antyder at deltakere med helseutdannelse generelt virker mindre påvirket etter å ha opplevd en prehospital hjertestans sammenlignet med lekfolk. Det blir videre i resultatene vist til at helseutdannede i større grad opplevde en følelse av stolthet etter å ha utført HLR, selv om pasienten ikke overlevde (Mathiesen et al., 2016). Gjennom utdannelsen har de mer avansert og grundig opplæring i hvordan håndtere pasienter med hjertestans. Helseutdannede er derfor generelt bedre mentalt forberedt på å utføre HLR sammenlignet med lekfolk (Mathiesen et al., 2016). Lekfolk derimot, uttrykker en betydelig forskjell mellom deres forventninger til en prehospital hjertestans og deres faktiske erfaring. Selv om mange av dem hadde gjennomført grunnleggende førstehjelpskurs, var de ikke tilstrekkelig forberedt på den følelsesmessige belastningen og den stressende atmosfæren de trengte å overkomme for å klare å utføre førstehjelp (Møller et al., 2014). Artikkene viser til at ulike førstehjelpere har ulike reaksjoner og behov etter en prehospital hjertestans, avhengig av tidligere erfaringer og relasjon til pasienten. Dette gjør at ulike grupper viser forskjellige behov i en defuse.

Artiklene påpeker også at pårørende og bystanders får vesentlig ulik oppfølging (Mathiesen et al., 2016; Satchell et al., 2023). Bystanders har vanligvis mindre sannsynlighet for å motta oppfølging eller informasjon etter en prehospital hjertestans, og oppfølging rettes som regel mot pasient og pårørende. Dette skyldes hovedsakelig personvern og taushetsplikt (Satchell et al., 2023). Resultatene viser til at både pårørende og bystanders uttrykker et ønske om å få vite utfallet til pasienten og få mer informasjon om hendelsesforløpet. Mathiesen et al., (2016) påpeker også viktigheten av å fokusere mer på bystanders behov etter en prehospital hjertestans. Lovverket gjør det imidlertid utfordrende å tilby bystanders den informasjon de uttrykker et behov for.

5.2.2 Etiske vurderinger

I noen tilfeller er det ikke gunstig for førstehjelperne å vite paramedisinerens vurdering. Det fremkommer i samtlige artikler at førstehjelpere har behov for en bekreftelse på at de ikke har gjort noe feil som kan ha ført til et dårlig utfall. I situasjoner der det åpenbart har blitt gjort feil og førstehjelpen ikke var tilstrekkelig, står man som paramedisiner overfor en utfordrende etisk vurdering. Resultatene viser at førstehjelperne ønsker konkrete og ærlige tilbakemeldinger, men det påpekes også at utfallet til pasienten ofte blir sammenlignet med deres egen presentasjon. Dette betyr at ved dårlige utfall kan førstehjelperne føle skyld, spesielt hvis førstehjelpen de ga ikke var adekvat eller tilstrekkelig. For å unngå å fordele skyld, samtidig som man adresserer utført førstehjelp, kan det, dersom mulig, oppmuntres til deltakelse i nytt førstehjelpskurs. Flere førstehjelpere har uttrykt at de basale førstehjelpskursene var utilstrekkelige, og ikke samsvarte med den faktiske opplevelsen (Møller et al., 2014). Derfor kan det være hensiktsmessig for førstehjelperne å gjennomføre et nytt kurs etter hendelsen for å forbedre sine ferdigheter og kompetanse for fremtiden. Kravet til taushetsplikten kan også føre til etiske utfordringer. Pårørende og bystanders har som sagt ulike forutsetninger i forhold til hva paramedisinere kan gi ut av informasjon. Paramedisinere er gjennom Helsepersonelloven (1999) underlagt § 21 Hovedregel om taushetsplikt. Denne loven sier: "Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell." Resultatene fra samtlige artikler understreker at både pårørende og bystanders har behov for å vite hvordan det gikk med pasienten. Å være i uvitenheten er knyttet til økt stress og større risiko for å utvikle angst og depresjon senere (Satchell et al., 2023). På grunn av taushetsplikten blir bystanders ofte etterlatt i uvitenhet da paramedisinere ikke kan gi ut helseopplysninger om pasienten. Når

ambulansen forlater stedet, står derfor bystanders ofte igjen alene med flere ubesvarte spørsmål. Det kan derfor være avgjørende at førstehjelpere selv tar ansvar for å formidle sin opplevelse av situasjonen (Bråten & Falkum, 2019, s.159). Dette skaper imidlertid en utfordring da resultatene viser at det å ta initiativ selv utgjør en barrierer for både pårørende og bystanders.

5.3 Kan defuse ha en positiv påvirkning på førstehjelpenes inntrykk?

Resultatkapittelet indikerer at debrief kan ha en positiv innvirkning på håndteringen av emosjonelle reaksjoner etter deltakelse i gjenopplivingsforsøket (Mathiesen et al., 2016). Debrief fremmer refleksjon og har vist seg å påvirke deltakernes evne til å håndtere situasjonen og følelsene på en konstruktiv måte (Møller et al., 2014). I disse situasjonene har debrief vanligvis funnet sted noen dager etter den prehospitale hjertestansen. Møller et al., (2014) konkluderer med at en debrief 2-4 dager etter hendelsen var passende, da dette ga tid til å samle tankene.

Til forskjell fra debrief, foregår en defuse umiddelbart etter hendelsen. Ingen av artiklene adresserer det optimale tidspunktet for å gjennomføre en samtale etter en prehospital hjertestans. Resultatene indikerer et ønske fra førstehjelperne om å kunne ha en samtale med paramedisiner i etterkant av hendelsen, og at deltakerne satte pris på når ambulanspersonell ble værende på stedet for å besvare spørsmål (Satchell et al., 2023). Som nevnt tar ingen av artiklene for seg en defuse umiddelbart etter hendelsen. Rammene for prehospitalt personell forblir de samme med mindre myndighetene gjør om lovverket og retningslinjene. Mer forskning vil kunne gi økt kunnskap om de emosjonelle og psykiske ettervirkningene for pårørende og bystanders og hvordan paramedisinere kan minimere disse i etterkant. Når det er mest hensiktsmessig å gjennomføre en slik støttesamtale, må også forskes videre på i fremtiden.

5.3.1 Manglende empirisk støtte

Forskning har vist noen umiddelbare og/eller langsiktige virkninger av debrief generelt, men det viser seg å ha manglende empirisk støtte (Sivertsen, 2016, s.4-6). Til tross for at debriefing i utgangspunktet kan virke positivt, er strukturen, hensikten og virkningsmåten i ulik grad identifisert (Sivertsen, 2016, s.4-6). Etter en gjennomgang av 15 randomiserte kontrollstudier, ble det konkludert med at det ikke er tilstrekkelig bevis for å hevde at

debriefing er effektivt for å forebygge eller redusere PTSD-symptomer (Sivertsen, 2016, s.4-6). Ved en debrief blir spesifikke hendelsesaspekter tatt opp, noe som kan tvinge førstehjelperen til å gjenoppleve hendelsen. Dersom dette da gjør at debrief kan ha en negativ effekt for de som gjennomgår det, bør det ikke gjennomføres.

Den nåværende forskningen på debrief og defuse som metode er utilstrekkelig. Det finnes derfor ikke tilstrekkelig evidens til å hevde at denne metoden kan forebygge psykiske plager, i noen tilfeller kan den til og med forverre situasjonen (Sivertsen, 2016, s.4-6). Likevel er det ikke tilstrekkelig empirisk grunnlag for å fastslå at en debrief kan ha negative effekter. Flere studier peker på at alvorlighetsgraden av den traumatiske opplevelsen kan forklare de negative effektene som har blitt rapportert etter gjennomført debrief (Sivertsen, 2016, s.4-6).

5.3.2 Sorgprosessen etter dødsfall

Ikke alle prehospitalt hjertestanser ender godt. Møller et al., (2014) har valgt å ekskludere pårørende i sin studie på bakgrunn av hypotesen om at pårørende sliter med sorg og mer alvorlig sjokk, og kan derfor ha behov for en annen type hjelp enn det nødtelefonoperatør kanne tilby. Det å miste en av sine nærmeste kan være en av de mest smertefulle opplevelsene i livet. Sorg er en vond men naturlig prosess etter et dødsfall (Hansen et al., 2020). Sorg er en følelse som håndteres og oppleves forskjellig fra person til person, og dette er noe som tar tid å bearbeide (Helsenorge, 2023). Paramedisinere har derfor begrensede muligheter til å hjelpe pårørende med å håndtere de psykiske utfordringene ved å miste en av sine nærmeste. Denne sorgprosessen krever en annen type behandling enn det paramedisinere kan tilby på et prehospitalt nivå (Shear, 2012).

5.4 Metodediskusjon

Vi har i denne oppgaven brukt litteraturstudie som metode. Denne metoden gir oss muligheten til å innhente informasjon som allerede er forsket på. Videre i dette kapittelet skal vi ta for oss styrker og svakheter med akkurat denne metoden, samt legge frem svakheter ved litteratursøket. Vårt ønske gjennom denne oppgaven er å belyse den manglende oppmerksomheten rundt denne problemstillingen, og behovet førstehjelperne har etter møte med en prehospital hjertestans. Vi håper dette kan skape en interesse blant lesere for å kunne forske videre på dette i fremtiden.

5.4.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie

En styrke ved å benytte litteraturstudie som metode er at den gir en oversikt og oppsummering av tilgjengelig informasjon om et tema på relativt kort tid. En svakhet er at metoden ikke er like omfattende som for eksempel en systematisk oversikt, som grundig samler og analyserer all tilgjengelig forskning om et tema. I denne oppgaven blir begrensningen av kun fire inkluderte artikler en svakhet, og et større antall artikler ville kunne styrket reliabiliteten. Tidsbegrensningen på oppgaven begrenset derimot vår kapasitet til å inkludere flere artikler, da vi ønsket å nøye vurdere kvaliteten og diskutere relevansen til hver artikkel. Ved å tidlig etablere klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, kunne vi systematisk ekskludere artikler basert på innholdet. I tillegg valgte vi å begrense vår litteraturgjennomgang til publikasjoner fra de siste ti årene for å sikre faglig aktualitet. Dette valget resulterte imidlertid i ekskludering av eldre, men potensielt relevant forskning før 2014 som vi ikke har utforsket.

Vi observerte tidlig i prosessen at det er begrenset forskning på temaet vi utforsker. Vi har derfor ikke klart å finne artikler som svarer spesifikt på vår problemstilling, og vi har sett oss nødt til å hente informasjon fra flere artikler. En styrke ved denne tilnærmingen er at den gir en oversikt over felles temaer i flere studier og gir mulighet for å trekke ut relevant informasjon for å belyse vår problemstilling.

Inkludering av artikler fra ulike nasjonaliteter kan potensielt føre til nasjonale forskjeller som begrenser relevansen av funnene for norske forhold. Imidlertid har vi kun inkludert artikler med europeisk eller nordisk bakgrunn, som igjen kan gjøre at resultatene kan relateres til de norske forholdene. Til slutt kan personlige forutsetninger og perspektiver om temaet ha påvirket hvordan vi har valgt ut artikler og tolket dem. Subjektive elementer, som besøket av RAKOS og deres opplevelse med førstehjelperen, kan derfor ha påvirket oppgavens funn og konklusjon.

5.4.2 Litteratursøkets svakheter

I søkeprosessen ble det som nevnt tydelig at det eksisterte lite forskning på det aktuelle området. Det har gjort søkeprosessen mer omfattende og vanskelig enn vi hadde håpet på. Vi har i tillegg manglende eller begrensede erfaringer med akademiske oppgaver fra tidligere, noe som kan ha påvirket omfanget av søkene våre. Vi har derimot fått verdifull veiledning og søkehjelp fra bibliotekarene ved Universitetet i Stavanger, som har bidratt til en bedre

forståelse av søkeprosessen. Til tross for dette, kan det likevel være at vi ikke har funnet alle relevante studier.

For fremtidig forskning, foreslår vi å rette mer fokus mot debrief og/eller defuse som metode, samt utforske deres potensielle virkning grundigere. Vi anbefaler også å utvide søket for å inkludere virkningen av debrief/defuse generelt etter traumatiske hendelser og ikke begrense søket til kun prehospitale hjertestanser. Gitt den begrensede tilgjengeligheten av forskning på dette området, oppfordrer vi også til å utforske studier som omhandler debrief/defuse i en inhospital kontekst.

6. KONKLUSJON

Etter en prehospital hjertestans sitter førstehjelpere igjen med flere ulike inntrykk. Samlet sett viser artiklene at en gjennomgående utfordring er mangel på informasjon og manglende støtte fra paramedisinere, noe som kan forsterke de følelsesmessige belastningene. Usikkerhet rundt utfallet er forbundet med økt stress og økt risiko for angst og depresjon. På grunn av taushetsplikten blir bystanders ofte stående med ubesvarte spørsmål og det er derfor viktig at førstehjelperen selv tar ansvar for å dele sine erfaringer. Det kan imidlertid være vanskelig, da førstehjelpere ofte opplever det som en barriere å søke hjelp selv.

Den prehospitale tjenesten opererer under tidskritiske forhold, noe som begrenser muligheten for å kunne gjennomføre en defuse. Paramedisinere mangler ofte formell opplæring og føler seg uforbredt til å håndtere pårørende og bystanders etter en prehospital hjertestans. Til tross for følelsen av manglende kompetanse, kan paramedisinere være best egnet til å gjennomføre defusing sammen med førstehjelperne, da de har førstehåndskunnskap om hendelsesforløpet og kan gi nøyaktig og konkret informasjon.

Det eksisterer få studier som ser på bruken av defuse mellom førstehjelpere og paramedisinere. Det er derfor ikke tilstrekkelig grunnlag for å si at denne metoden kan forebygge psykiske plager. Likevel understreker artiklene hvor betydningsfull implementering av defusing kan være. Tilbud om defuse til førstehjelpere i etterkant av hendelser er et enkelt lavkostnads tilbud, som potensielt kan bidra til å minimere psykiske plager i etterkant, og samtidig øke bevisstheten og kompetansen rundt det å utføre livreddende førstehjelp. Det er imidlertid viktig å tenke over de logistiske utfordringene dette kan medføre for en akuttberedskap som ambulansetjenesten.

REFERANSER

- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.
- Akuttmedisinforskriften. (2015). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (FOR-2025-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231/§10>
- Anderson N, Slark J, Gott M. (2019). How are Ambulance Personnel Prepared and Supported to Withhold or Terminate Resuscitation and Manage Patient Death in the Field? A Scoping Review. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2019;16:1-11. doi:[10.33151/ajp.16.697](https://doi.org/10.33151/ajp.16.697)
- Armat, M., Assarroudi, A., Rad, M., Sharifi, H., & Heydari, A. (2018). Inductive and Deductive: Ambiguous Labels in Qualitative Content Analysis. *The Qualitative Report*, 23(1), 219-221. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.2872>
- Aveyard, H., (2019). *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide* (4.utg). Open University Press.
- Bang, L., Furu. K., Handal, M., Torgersen, L., Støle, S.H., Suren, P., Odsbu, I., Hartz, I. (2018). Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=#om-psykiske-plager-og-lidelser>
- Bokmålsordboka. (u.å). Lekfolk. I *Ordbøkene*. Hentet 12.april 2024 fra <https://ordbokene.no/bm/118854>
- Bråten, O, A & Falkum, A. (2019). *Håndbok i konflikthåndtering i helse- og sosialsektoren - forebygging av trakassering, trusler og vold*. Cappelen damm akademisk.
- Cambridge Dictionary. (u.å.). Bystander. I *Cambridge University Press & Assessment*. Hentet 7.mai fra <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/bystander>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7 utg). Gyldendal.
- Det norske akademis ordbok (u.å). Pårørende. I *Det norske akademis ordbok*. Hentet 7.mai 2024 fra <https://naob.no/ordbok/p%C3%A5r%C3%B8rende>
- Douma, J.M., Picard, T.C, Su, L.K, Myhre, C., Smith, E.K., Montgomery, L.C. (2023). *Meeting family care needs during resuscitative procedures and cardiac arrest in the emergency department*. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 46(1). <https://doi.org/10.29173/cjen228>

- Falk, B., (2016). Å være der du er (2.utg.) Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2023). Responstider for ambulanser og pasientutfall. Hentet 17.april 2024 fra <https://www.fhi.no/publ/2023/responstider-for-ambulanser-og-pasientutfall/>
- Hansen J. Ø, Brandser, T, A, Thimm, J, C. (2020). Behandling av komplisert sorg. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57 (1). s. 18-27.
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2020/01/behandling-av-komplisert-sorg>.
- Harbin, E. (2020). Retningslinjer for oppgaveskriving. *Universitetet i Stavanger*.
- Helse Bergen HF. (2020). *Gjennomføring av tverrfaglig debrief*. Metodebok. Hentet 15.mai 2024 fra <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=EiDQTdQg>
- Helsebiblioteket. (2021a). Kunnskapsbasert praksis. PICO.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#spørsmålsformulering-21-pico>
- Helsebiblioteket. (2021b). *Kunnskapsbasert praksis: Sjekklistene*. Folkehelseinstituttet. Hentet 17.april 2024 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4-kritisk-vurdering-41-sjekklistene>
- Helsebiblioteket. (2022) *Systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. Hentet 17.april 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.2-systematisk-oversikt>
- Helsedirektoratet. (2018). *Hjerte-lunge-redning startet av tilstedeværende*. Hentet 17.april 2024 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/hjerte-lunge-redning-startet-av-tilstedev%C3%A6rende>
- Helsedirektoratet. (2021a). Prehospitale akuttjenester. Hentet 15.april 2024 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/akuttbehandling-og-oppfolging-etter-rusmiddeloverdose/aktiviteter-og-tiltak-fra-tjenesteytere/prehospitale-akuttjenester>
- Helsenorge. (2024). *Hjertestans*. Oslo Universitetssykehus HF. Hentet 15.mai 2024 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjertestans/>
- Helsenorge. (2023). Sorgreaksjoner når noen dør. Hentet 8. mai 2023 fra
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/dodsfall-sorg-og-sorgreaksjoner>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-07-64). Lovdata. <https://lovdata.no/pro//lov/1999-07-02-64>
- Helse Stavanger. (2024). *Oppfølging av førstehjelpere*. Stavanger universitetssjukehus. <https://www.helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/rakos/prosjekter/oppfolging-forstehjelpere>
- Hem, E. & Harberg, E. (2023). Paramedisiner. *Store medisinske leksikon*. Hentet 19. mai 2024 fra <https://sml.snl.no/paramedisiner>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Lerner, E. B., Rea, T. D., Bobrow, B. J., Acker, J. E., 3rd, Berg, R. A., Brooks, S. C., Cone, D. C., Gay, M., Gent, L. M., Mears, G., Nadkarni, V. M., O'Connor, R. E., Potts, J., Sayre, M. R., Swor, R. A., Travers, A. H., American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, & Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation (2012). Emergency medical service dispatch cardiopulmonary resuscitation prearrival instructions to improve survival from out-of-hospital cardiac arrest: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125(4), 648–655. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31823ee5fc>
- Malt, U., (2019). *Debriefing*. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 17. april 2024 fra <https://sml.snl.no/debriefing>
- 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*, 6(5), e010671. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010671>
- Magyar, J., & Theophilos, T. (2010). Review article: debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 22(6), 499–506. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2010.01345.x>
- Metzger, K., Gamp, M., Tondorf, T., Hochstrasser, S., Becker, C., Luescher, T., Rasiyah, R., Boerlin, A., Tisljar, K., Emsden, C., Sutter, R., Schaefer, R., Meinlschmidt, G., Marsch, S., & Hunziker, S. (2019). Depression and anxiety in relatives of out-of-hospital cardiac arrest patients: Results of a prospective observational study. *Journal of critical care*, 51, 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.026>

- Møller, T. P., Hansen, C. M., Fjordholt, M., Pedersen, B. D., Østergaard, D., & Lippert, F. K. (2014). Debriefing bystanders of out-of-hospital cardiac arrest is valuable. *Resuscitation*, 85(11), 1504–1511.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.08.006>
- Nordseth, T. & Opdahl, H. (2023). Førstehjelp. *Store medisinske leksikon*. Hentet 7. mai 2024 fra <https://sml.snl.no/f%C3%B8rstehjelp>
- Nordtvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Gundersen, W. M. (2021). *Jobb Kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen damm akademisk
- Norskluftambulanse. (2021). *Flere kan overleve hjertestans*. Norsk Luftambulanse Stiftelsen. Hentet 7.mai 2024 fra <https://norskluftambulanse.no/nyheter/flere-kan-overleve-hjertestans/>
- Norsk resuscitasjonsråd (NRR). (2021) *Avansert hjerte-lungeredning (AHLR) til voksne pasienter*.
https://nrr.org/images/nedlasting/pdf/NRR_Guidelines_2021_Avansert_HLR_til_voksne.pdf
- NOU 2015: 17: (2015). *Først og fremst: Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Norges offentlige utredninger.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>
- Oslo Universitetssykehus HF. (u.å.). *Psykososial støtte til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser*. eHåndbok. Hentet 13.mai 2024 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/10958>
- Peng, Y., Wu, H., Zhang, M., & Huang, P. (2024). Family members' experiences of bereavement in the emergency department: A meta-synthesis of qualitative studies. *Death Studies*, 1–12. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/07481187.2024.2324907>
- Risson, H., Beovich, B., & Bowles, K. A. (2023). Paramedic interactions with significant others during and after resuscitation and death of a patient. *Australasian emergency care*, 26(2), 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.08.007>
- Sasson, C., Haukoos, J. S., Bond, C., Rabe, M., Colbert, S. H., King, R., Sayre, M., & Heisler, M. (2013). Barriers and facilitators to learning and performing cardiopulmonary resuscitation in neighborhoods with low bystander cardiopulmonary resuscitation prevalence and high rates of cardiac arrest in Columbus, OH. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 6(5), 550–558.
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.000097>

- Satchell, E., Carey, M., Dicker, B. *et al.* Family & bystander experiences of emergency ambulance services care: a scoping review. *BMC Emerg Med* 23, 68 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00829-3>
- Schmid, E. (2023). Anonymisering av kvalitative data: utfordringer og eksempler fra skole- og utdanningsforskiften. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 107 (3) 250-269. <https://doi.org/10.18261/npt.107.3.6>
- Shear M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 119–128. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Sivertsen, E. (2016). Er debriefing bortkastet tid? En studie av emosjonell ventilering og og læring i et brannvesen (Masteroppgave). Norges Arktiske Universitet. <https://munin.uit.no>
- Skogland, J.T.J. & Halvorsen, S.H. (2022). Gevinsten av systematisk debriefing [Masteroppgave]. Høgskulen på Vestlandet.
- Universitetet i Bergen. (2023). *Reaksjoner*. Hentet 13. mai. 2024 fra <https://www.uib.no/kriser>
- Utdanning. (2024). *Paramedisin - Bachelor*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Hentet 17.april 2024 fra https://utdanning.no/utdanning/uit.no/paramedisin_-_bachelor
- Utdanningsforskning. (2016). *Hva er en fagfelleverdert artikkel?*. Hentet 3.april 2024 fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel>
- Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and experimental emergency medicine*, 7(4), 259–266. <https://doi.org/10.15441/ceem.19.086>
- Wissenberg, M., Lippert, F. K., Folke, F., Weeke, P., Hansen, C. M., Christensen, E. F., Jans, H., Hansen, P. A., Lang-Jensen, T., Olesen, J. B., Lindhardsen, J., Fosbol, E. L., Nielsen, S. L., Gislason, G. H., Kober, L., & Torp-Pedersen, C. (2013). Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 310(13), 1377–1384. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.278483>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Ustrukturerte søk

Søkedato	Database	Søkeord/ ordkombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler
02/02/24	PubMed	prehospital cardiac arrest + experience + family	Publisert innenfor 10 år	12	2	Caring for the invisible and forgotten: a qualitative document analysis and experience-based co-design project to improve the care of families experiencing out-of-hospital cardiac arrest
06/02/24	Cinahl	OHCA + CPR + Family	Publisert innenfor 10 år Peer review	44	3	Do dispatcher instructions facilitate bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation and improve outcomes in patients with out-of-hospital cardiac arrest? A comparison of family and non-family bystanders.
20/02/24	PubMed	traumatic experience + OHCA + witness	Publisert innenfor 10 år	7	1	One out of three bystanders of out-of-hospital cardiac arrests shows signs of pathological psychological processing weeks after the incident - results from structured telephone interviews
27/02/24	Medline	ptsd + OHCA + bystanders	Publisert innenfor 10 år Fagfelleurdert	9	2	Prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder in relatives of out-of-hospital cardiac arrest patients
29/02/24	Cinahl	cardiac arrest + psychological effects/impact + family	Publisert innenfor 10 år	52	3	Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. The Needs of Families During Cardiac Arrest Care: A Survivor- and Family-led Scoping Review Protocol.

06/03/24	Medline	Relatives/Family + OHCA + communication	Publisert innenfor 10 år Fagfellevurdert	31	5	Depression and anxiety in relatives of out-of-hospital cardiac arrest patients: Results of a prospective observational study Partnering with survivors & families to determine research priorities for adult out-of-hospital cardiac arrest: A James Lind Alliance Priority Setting Partnership
08/03/24	PubMed	Debrief + OHCA	Publisert innenfor 10 år	8	1	Debriefing bystanders of out-of-hospital cardiac arrest is valuable

Vedlegg 2: Strukturert søk

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S19	S3 AND S7 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	15
S18	S4 AND S7 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	3
S17	S4 AND S7 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	307
S16	S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	70,551

S15	emergency medical services or ems	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	70,470
S14	emergency ambulance service	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	188
S13	S1 AND S5 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	75
S12	S1 AND S7 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	160
S11	S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,087,804
S10	family centered care	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	2,522
S9	experience	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,086,103
S8	S1 AND S4 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	134
S7	S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	2,861,533

S6	bystanders or witness	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	26,904
S5	relatives or family or partner or loved one or next of kin or spouse or significant others	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	2,837,954
S4	S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	437,094
S3	debriefing or debrief or critical incident stress debriefing	Limiters - Publication Date: 20140101-20241231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	4,644
S2	communication	Limiters - Publication Date: 20140101-20241231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	433,453
S1	ohca or out of hospital cardiac arrest or prehospital cardiac arrest	Limiters - Publication Date: 20140101-20241231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	7,486

Vedlegg 3: Skjerm bilde av tiltakskort fra Bliksund Helse Stavanger

Tiltaksbok Ambulanse Tiltaksbok Ambulanse / Pasienten er død #1035

TiltaksbokPasienten er død #1035 PDF

Tiltakskort Grunnlagsinformasjon Informasjon om kortet Vedlegg Logg

- Hvis det er skjellig grunn til mistenke om **unaturlig dødsfall, se eget tiltakskort.**
- Dokumenter ett minutt asystoli på EKG. EKG skrives ut og legges ved som dokumentasjon i ambulansejournal.
- Etablert kontakt med AMK og lege på lydlogget samband.
- Når lege kommer til stedet skal denne informeres om forløp og forelegges utskrift av EKG.
- Ferdig utfylt ambulansejournal overleveres lege. Sikre å få arkivert original journal.
- Ivareta verdighet i situasjonen og psykisk omsorg for eventuelle pårørende.
- Om nødvendig vær behjelpelig med å kontakte familie og begravesbyrå.
- Hvis det er beredskapsmessig forsvarlig bør personellet (i samråd med AMK) normalt bli på stedet hos de pårørende til annen hjelp / støtte er fremme.
- Hvis avdøde befinner seg på offentlig sted eller er på fremmed sted skal AMK kontaktes for varsling av politi for videre håndtering av situasjonen.
- Hvis situasjonen av allmenne hensyn tilsier at den avdøde ikke bør bli liggende på åstedet, skal personellet være behjelpelige med transport ihht. avtale med lege, politi eller pårørende.
- Hvis den avdøde overlates til politiet, skal navn til ansvarshavende polititjenestemann noteres i ambulansejournalen, ev i AMIS.
- Merking av mors bør skje med anten tålapp, eller anna synleg merking i Morspose eller på laken slik at det tydleg framgår identitet på vedkomene. Avklar med ansvarlege lokalt.
- Utsteinskjema skal fylles ut etter avsluttet oppdrag

Dødsfall hos barn

Normalt skal avdøde barn transporteres i ambulansen til sykehus for videre oppfølging. Pårørende bør stimuleres til å bli med til sykehus. Se tiltakskort **unaturlig dødsfall - barn.**

Lukk

Vedlegg 4: Skjerm bilde av tiltakskort fra Bliksund Helse Bergen

Pasienten er død #1035 PDF

Tiltakskort Grunnlagsinformasjon Informasjon om kortet Vedlegg Logg

- Hvis det er skjellig grunn til mistenke om **unaturlig dødsfall, se eget tiltakskort.**
- Dokumenter ett minutt asystoli på EKG. EKG skrives ut og legges ved som dokumentasjon i ambulansejournal.
- Etablert kontakt med AMK og lege på lydlogget samband.
- Når lege kommer til stedet skal denne informeres om forløp og forelegges utskrift av EKG.
- Ferdig utfylt ambulansejournal overleveres lege. Sikre å få arkivert original journal.
- Ivareta verdighet i situasjonen og psykisk omsorg for eventuelle pårørende.
- Om nødvendig vær behjelpelig med å kontakte familie og begravesbyrå.
- Hvis det er beredskapsmessig forsvarlig bør personellet (i samråd med AMK) normalt bli på stedet hos de pårørende til annen hjelp / støtte er fremme.
- Hvis avdøde befinner seg på offentlig sted eller er på fremmed sted skal AMK kontaktes for varsling av politi for videre håndtering av situasjonen.
- Hvis situasjonen av allmenne hensyn tilsier at den avdøde ikke bør bli liggende på åstedet, skal personellet være behjelpelige med transport ihht. avtale med lege, politi eller pårørende.
- Hvis den avdøde overlates til politiet, skal navn til ansvarshavende polititjenestemann noteres i ambulansejournalen, ev i AMIS.
- Merking av mors bør skje med anten tålapp, eller anna synleg merking i Morspose eller på laken slik at det tydleg framgår identitet på vedkomene. Avklar med ansvarlege lokalt.
- Utsteinskjema skal fylles ut etter avsluttet oppdrag

Dødsfall hos barn

Normalt skal avdøde barn transporteres i ambulansen til sykehus for videre oppfølging. Pårørende bør stimuleres til å bli med til sykehus. Se tiltakskort **unaturlig dødsfall - barn.**

Vedlegg 5: Skjerm bilde av tiltakskort fra Bliksund Oslo Universitetssykehus HF

Tiltaksbok Ambulanse / 12 HLR

#2229 - Avslutning av HLR / Dødsfall

Avslutning av HLR på Voksen pasient

Det opp til den enkelte utøver på bakgrunn av faglig og etisk refleksjon, utdanning, realkompetanse og sunn fornuft å vurdere omfanget av HLR. Ved hjerrestans hos barn skal det konsulteres lege før man avslutter HLR.

Fremgangsmåte

1) Avslutte HLR

HLR kan avsluttes dersom det er utført HLR i 30 minutter og pasienten har vedvarende asystole og primær hypotermi/ intoksikasjon kan utelukkes.

2) Fortsett A-HLR

Så lenge pasienten har VF/VT.

Så lenge pasienten er hypoterm når det er sannsynlig at pasienten har en primær hypotermi.

Så lenge det er etisk/ medisinsk forsvarlig.

Til pasienten viser sikre tegn til liv.

Avslutning av HLR / Død pasient

EKG skrives ut hvis mulig.

Ambulansejournal fylles ut.

AMK kontaktes via telefon for varsling av lege som kan fylle ut dødsmelding dersom lege ikke er varslet.

Dersom pasienten befinner seg på offentlig sted eller ikke er hos familie/ kjente skal AMK kontaktes for varsling av politi med anmodning om assistanse for varsling av nærmeste pårørende og for rekvirering av transport.

Dersom situasjonen av allmenne hensyn tilsier at den døde ikke bør bli liggende på stedet skal ambulansepersonellet være behjelpelige med transport. Dette avtales nærmere med lege, politi eller pårørende.

Hvis lege kommer til stedet skal denne informeres om hendelsesforløp og kliniske funn, forelegges utskrift av EKG dersom dette er tatt og overleveres ferdig utfylt ambulansejournal.

Ambulansepersonellet skal vise omsorg for eventuelle vitner og pårørende og kan være behjelpelige med å

kontakt familie og- eller begravellesbyrå når pårørende ber om dette.

Dersom det er beredskapsmessig forsvarlig bør personellet være hos de pårørende til annen hjelp/ støtte

ankommer, dette må avtales med AMK. Annen hjelp og støtte kan være lege, kriseteam, begravellesbyrå eller

familie/ venner.

Overlates den døde til politiet, skal navnet til ansvarshavende politipersonell dokumenteres i

ambulansejournalen.

Ved funn av død person (lik) plikter politiet å underrette eller besørge underretning til de pårørende("Alminnelig


tenesteinstruks for politiet" §10.6 (politiinstruksen)). Navnet til politipersonellet som overtar ansvaret med å

varsle pårørende om dødsfallet skal dokumenteres i pasientjournalen.

Sykehuset har varslingsplikt til pårørende når pasienter dør i ambulansen på veg til sykehuset.

Dersom det er mistanke om at dette ikke er et naturlig dødsfall, skal prosedyre "Mistanke om unaturlig

Vedlegg 6: Skjerm bilde av Ambulansekoordinering i Akuttmedisinsk avdeling Helse Bergen

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Ambulansekoordinering i Akuttmedisinsk avdeling - Helse Bergen	
Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative støttefunksjoner	Gyldig fra/til: 03.08.2022/03.08.2024	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kirurgisk serviceklinikk/Akuttmedisinsk avdeling (AMA)	Versjon: 3.01	
Godkjenner: Pedersen, Anne Karoline Tysøy	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Øyvind, Østerås	Dok.id: D43948	

Generelt

AMK/koordinator har styringsmyndighet over alle ambulanser på vakt. På åsted / skadested er det LA/IL-helse som styrer lokale ressurser.

Endring i oppsatt ressursplan meldes koordinator I. Dersom ikke annet er spesifisert spesielt (debrief o.a.) skal alle behov for å ta en ambulanse ut av operativ drift meldes koordinator I, også kortere driftsavbrudd. Alle tekniske problemer med bilpark skal og meldes bilansvarlig på SMS (24/7).

Reservebil – se egen instruks.

Alle oppdrag skal utføres i henhold til hastegrad gitt av medisinsk indeks. Oppdrag fordeles mest mulig jevnt mellom bemanningsmessig likestilte ambulanser.

Koordinator skal tilstrebe å fordele oppdragsmengden mest mulig jevnt på enhetene i stasjoner med flere biler. Dette kan overprøves ved ulike vakttider (eks.en dagbil og en døgnbil), og ved kompetanseforskjell på enhetene, og spesielt når lege ikke rykker ut, dersom det er åpenbart at aktuelt oppdrag krever høyere kompetanse. Oppdrag der det er sannsynlig at medikamenter vil bli brukt/vurdert tildeles ambulanse med Trinn 2 kompetanse.

Koordinator skal til enhver tid ha oversikt over ambulanser på utrykning.

Koordinator skal til enhver tid ha en plan for beredskap til å håndtere nye røde responser uten unødig tidstap.

Det skal som hovedregel bare benyttes én ambulanse per pasient dersom spesielle forhold ikke tilsier annet (eksempelvis utrykning til utrygge situasjoner/rus eller belastede adresser, hjertestans, trafikkulykker).