



## **'Til ungdommen'**

Akuttmedisinske tiltak ved pågående livstruende vold

## **'For the youth'**

Emergency medical measures in the event of ongoing life-threatening violence

Kandidatnummer: 140

VID vitenskapelige høyskole

Campus Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2019

Antall ord: 9327

Dato: 01.04.2022

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** I etterkant av terroraksjonene i Regjeringskvartalet og på Utøya 22. juli 2011 ble det laget en felles prosedyre for alle nødetater om hvilke tiltak som skal iverksettes ved pågående livstruende vold (PLIVO). Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva som er aktuelle akuttmedisinske tiltak under slike utrykninger, og følgende problemstilling er gjeldende for oppgaven; Hvordan identifisere, prioritere og gjennomføre akuttmedisinske tiltak ved pågående livstruende vold?

**Metode:** For å finne svar på oppgavens problemstilling er litteratursøk brukt som metode. Det ble funnet 4 artikler som belyser ulike deler av problemstillingen.

**Resultat og konklusjon:** Ut i fra resultater fra litteratursøk og relevant teori kan det konkluderes med at riktig akuttmedisinsk tilnærming ved pågående, livstruende vold er å nøytralisere gjerningsperson(er), minimere risikomomenter og behandle livstruende blødninger. Sykepleier skal også sikre frie luftveier. Deretter skal man evakuere pasientene til evakueringspunktet, før man behandler penetrerende skader, hypovolemisk sjokk, forebygger hypotermi og stabiliserer kritiske brudd.

## **Abstract**

**Background and purpose:** Following the terrorist attacks in the Government Quarter and on Utøya on 22 July 2011, a common procedure was drawn up for all emergency services regarding the measures to be implemented in the event of ongoing life-threatening violence (PLIVO). The purpose of this thesis is to investigate what are relevant emergency medical measures during such emergencies, and the following issue is relevant to the thesis; How to identify, prioritize and implement emergency medical measures in the event of ongoing life-threatening violence?

**Method:** To find answers to the issue of the thesis, literature search is used as a method. 4 articles were found that shed light on different parts of the issue.

**Results and conclusion:** Based on results from the literature search and relevant theory, it can be concluded that the correct emergency medical approach for ongoing, life-threatening violence is to neutralize the perpetrator (s), minimize risk factors and treat life-threatening bleeding. The nurse must also ensure free airways. Patients should then be evacuated to the evacuation point, before treating penetrating injuries, hypovolemic shock, preventing hypothermia and stabilizing critical fractures.

## ***Til Ungdommen***

*«Kringsatt av fiender, gå  
inn i din tid!  
Under en blodig storm –  
vi dig til strid!  
Kanskje du spør i angst,  
udekket, åpen:  
hva skal jeg kjempe med,  
hva er mitt våpen?»*

*Her er ditt vern mot vold,  
her er ditt sverd:  
troen på livet vårt,  
menneskets verd.  
For all vår fremtids skyld,  
søk det og dyrk det,  
dø om du må – men:  
øk det og styrk det!*

*Da synker våpnene  
maktesløs ned!  
Skaper vi menneskeverd,  
skaper vi fred.  
Den som med høire arm  
bærer en byrde,  
dyr og umistelig,  
kan ikke myrde.*

*Dette er løftet vårt  
fra bror til bror:  
vi vil bli gode mot  
menneskenes jord.  
Vi vil ta vare på  
skjønnheten, varmen –  
som om vi bar et barn  
varsomt på armen»*

(Nordahl Grieg, 1936)

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Oppgavens hensikt og problemstilling .....	1
1.2	Begrepsavklaring .....	2
1.2.1	Akuttmedisinske tiltak.....	2
1.2.2	Psykososial støtte .....	2
1.2.3	Pågående livstruende vold - PLIVO .....	3
1.3	Avgrensning og sykepleiefaglig funksjon i prehospitalt arbeid.....	3
2	Metode.....	4
2.1	Vitenskapsteori.....	4
2.2	Metode .....	5
2.3	Litteratursøk .....	5
2.4	Kildekritikk .....	6
2.5	Etiske overveielser .....	7
3	Teoretisk referanseramme.....	8
3.1	Sikkerhet, risiko og rolleforståelse ved PLIVO .....	8
3.2	Triagering og prioritering.....	9
3.3	Akuttmedisinske tiltak ved skuddskader og knivstikk .....	11
3.3.1	Førstehjelp ved livstruende blødninger og stabilisering av luftveier.....	12
3.3.2	Førstehjelp ved penetrerende skader i thorax .....	12
3.3.3	Førstehjelp ved hypovolemisk sjokk .....	13
3.3.4	Forebygging av hypotermi og stabilisering av store brudd.....	13
3.4	Psykososial støtte ved PLIVO .....	14
3.4.1	Sjokk og dissosiasjon .....	14
3.4.2	Psykososiale intervensjoner .....	15

3.5	Travelbee's sykepleieteori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter .....	15
4	Resultat.....	17
4.1	Artikkel 1: <i>Pre-hospital management of mass casualty civilian shootings: a systematic literature review</i> (Turner, C., Lockey, D. & Rehn, M., 2016) .....	17
4.2	Artikkel 2: <i>The HOPE-model for disaster nursing: A systematic literature review</i> (Hugelius, K. & Adolfsson, A., 2019).....	18
4.3	Artikkel 3: <i>Nursing ethics and disaster triage: applying utilitarian ethical theory</i> (Wanger, J. & Dahnke, M., 2015) .....	20
4.4	Artikkel 4: <i>Who Can I Trust? Extended Fear During and After the Utøya Terrorist Attack</i> (Filkkuková, P., Hafstad, G. & Jensen, T., 2016) .....	21
5	Drøfting .....	23
5.1	Livreddende helsehjelp – for enhver pris? .....	23
5.2	Å se døden i hvitøyet .....	25
5.3	Triage til besvær? .....	27
5.4	Valgets kvaler i Alvorets time .....	29
6	Konklusjon .....	31
	Litteraturliste.....	32
	Vedlegg.....	36





# 1 Innledning

Under minnekonserten i Oslo domkirke 30. juli 2011 ble det gjenfortalt en historie om en gruppe ungdommer som svømte for livet vekk fra Utøya under terrorangrepene 22. juli. Mens de lå på svøm, begynte en av dem å synge noen strofer fra Nordahl Grieg sin mektige sang 'Til Ungdommen'. I håp om å samle krefter til å nå land og å overdøve skuddene. En historie om å flykte for livet i den dypeste nød. Historien er ikke min å fortelle, men ansvaret er mitt å agere. I de etiske retningslinjene for sykepleiere, fremkommer det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019).

Foruten om det etiske grunnlaget, er sykepleieres plikt til å hjelpe også forankret i lovverket: «Helsepersonell skal straks gi den hjelpen de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig» (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Som sykepleier har man derfor et ansvar for å agere når et medmenneske trenger livreddende helsehjelp.

## 1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling

I kjølvannet av terroraksjonene 22. juli 2011 er det utarbeidet en egen prosedyre for samhandling og strategi for nødetatene i møte med pågående, livstruende vold (PLIVO) (Bjelland & Nakstad, 2021, s. 195). Hensikten med denne oppgaven er å få et innblikk i hva som er helsepersonellens rolle i slike situasjoner, og det er begrenset til aktuelle tiltak under og umiddelbart etter hendelsen. Hovedfokus vil være på innsatspersonell som jobber direkte med de skadde, med formål om å undersøke hva som passelig tilnærming for å behandle kritiske skader og for å imøtekomme psykososiale behov.

Helsedirektoratet utga i 2016 veilederen «Mestring, samholdighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer». Veilederen har tydeliggjort det akuttmedisinske helsepersonell sitt ansvar når det gjelder den psykososiale oppfølgingen av de skadde; «Nødvendig psykososial støtte må alltid inngå i akuttmedisinske tjenester som en del av forsvarlig tjenesteutøvelse» (Helsedirektoratet, 2016, s. 20). Med akuttmedisinsk

helsehjelp og psykososial støtte som utgangspunkt, er det ønskelig å undersøke hva som er forsvarlig tjenesteutøvelse ved bruk av følgende problemstilling: **Hvordan identifisere, prioritere og gjennomføre akuttmedisinske tiltak ved pågående livstruende vold?**

## **1.2 Begrepsavklaring**

I oppgavens problemstilling og tematikk er det enkelte begreper som med fordel kan defineres ytterligere; akuttmedisinske tiltak, psykososial støtte og pågående livstruende vold (PLIVO).

### **1.2.1 Akuttmedisinske tiltak**

Akuttmedisin er i lovverket definert som «medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse» (Akuttmedisinforskriften, 2015, § 3). Begrepet 'akuttmedisinske tiltak' blir derfor brukt for tiltak som iverksettes for å ivareta liv og helse.

### **1.2.2 Psykososial støtte**

Begrepet 'psykososial støtte' tar utgangspunkt i begrepet 'psykososial', som er en fellesbetegnelse på «forhold som omhandler psykologiske forhold av sosial betydning, og sosiale forhold av psykologisk betydning» (Helsedirektoratet, 2016, s. 14). Videre er psykososiale tiltak definert som «målrettede tiltak som settes inn etter potensielt traumatiserende hendelser for å bistå enkeltpersoner og/eller grupper, eller der lokalsamfunnet er berørt» (Helsedirektoratet, 2016, s. 14). Med bakgrunn i dette, blir begrepet 'psykososial støtte' brukt om psykososiale tiltak gitt etter potensielt traumatiserende hendelser for å bistå enkeltpersoner/grupper med behov av psykologisk og sosial art.

### **1.2.3 Pågående livstruende vold - PLIVO**

Begrepet 'pågående livstruende vold', - PLIVO,- er av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet (HDIR) og Politidirektoratet (PDIR) definert på følgende måte:

En PLIVO - aksjon defineres som en pågående situasjon hvor en eller flere gjerningspersoner utøver livstruende vold med våpen / farlige gjenstander mot flere uskyldige personer, og hvor politiet skal gå i direkte innsats for å nøytralisere gjerningspersonen(e) for å redde liv og begrense skade. Brann og helse skal aktivt bistå med livreddende tiltak. (DSB mfl., 2015, s. 4)

Begrepene «krise», «katastrofe», «(PLIVO)-hendelse» og lignende vil bli brukt om hverandre for å skape liv i oppgaven. Det er likevel overnevnte definisjon som i all hovedsak er gjeldende, med mindre annet er presisert.

## **1.3 Avgrensning og sykepleiefaglig funksjon i prehospitalt arbeid**

Denne oppgaven er primært rettet mot sykepleierfunksjonen i ambulansetjenesten. Begreper som 'sykepleier', 'innsatspersonell', 'ambulansesarbeidere', 'helsepersonell' og 'helsearbeidere' brukes om hverandre i oppgaven, men det er overnevnte faggruppe det refereres til med mindre annet er presisert. Den akuttmedisinske behandlingen som er fremmet i oppgaven tar utgangspunkt i traumatiske skader etter skyting og knivstikk, hvor indremedisinske sykdommer derfor er utelatt. Grunnet oppgavens begrensninger er også pediatrik akuttmedisin utelatt. Oppgaven vil videre ha sitt primære søkelys på individrettet behandling og relasjon mellom pasient og sykepleier. Strukturelle og organisatoriske momenter vil bli redegjort for der det er aktuelt for å kunne besvare oppgavens problemstilling.

## 2 Metode

Forskningsmetoden som er brukt i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode der man søker relevant litteratur for å besvare en satt problemstilling (Thidemann, 2019, s. 82). Man utkrystalliserer relevante søkeord og bruke disse til å finne artikler som man kritisk vurderer (Thidemann, 2019, s. 85 & 91). For å vurdere artiklene er det tatt utgangspunkt i sjekklister for kvalitativ metode og oversiktsartikkel, hentet fra boken «Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok» (Nortvedt et al., 2012, s. 90 & 148). Ved hjelp av disse blir blant annet artiklenes validitet og reliabilitet vurdert. Validitet sier noe om artiklenes gyldighet for det man ønsker å undersøke, men reliabilitet sier noe om påliteligheten av resultatene som er fremstilt (Dalland, 2017, s. 40).

Artiklene kan ha kvalitativ eller kvantitativ metode som utgangspunkt. 'Kvalitativ metode' betyr at man ønsker å tilegne seg dybdekunnskap om menneskelige egenskaper og dynamiske prosesser som samhandling og utvikling (Thidemann, 2019, s. 76). Ved 'kvantitativ metode' ønsker man å innhente bredde, - og faktakunnskap ved hjelp av målbare enheter. Resultatet regnes ut ved bruk av tall og statistiske beregninger, og presenteres ofte ved hjelp av tabeller (Thidemann, 2019, s. 75-76).

### 2.1 Vitenskapsteori

Det vitenskapsteoretiske rammeverket for å besvare oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskap (Thidemann, 2019, s. 61). Den naturvitenskapelige kunnskapen beskriver kroppens fysiologi og patologi, og er avgjørende for å forstå hvilken patologisk påvirkning skader fra livstruende voldshendelser har på menneskekroppen (Dalland, 2017, s. 39). Den samfunnsvitenskapelige kunnskapen har en pedagogisk og psykologisk forankring, og handler om hvordan ulike forhold påvirker utfordringer, muligheter og begrensninger hos et menneske (Thidemann, 2019, s. 61). Fra et sykepleiefaglig perspektiv kan kunnskapen være relevant for å forstå ulike prinsipper ved PLIVO, med formål om å forstå hvordan sykepleier skal tilnærme seg pasienter som har behov for psykososial støtte. Den humanvitenskapelige kunnskapen har

fokus på menneskets egne erfaringer og opplevelser (Thidemann, 2019, s. 61). PLIVO-prosedyren i sin helhet er laget på bakgrunn av erfaringer og opplevelser ved terrorhandlingene 22. juli, og har derfor en humanvitenskapelig forankring.

## 2.2 Metode

For å finne relevante søkeord til de ulike forskningsspørsmålene ble det satt opp et PICO-skjema (Thidemann, 2019, s. 84). Dette er et skjema som konkretiserer hvilke pasientgruppe, tiltak, alternativer og resultater man ønsker å undersøke (Thidemann, 2019, s. 84). Deretter ble det satt inklusjons, - og eksklusjonskriterier som har som formål å konkretisere og avgrense litteratursøket (Thidemann, 2019, s. 83). Det ble besluttet at engelsk, - og norskspråklige fag, - og forskningsartikler skulle inkluderes, og at de aktuelle databasene å søke i var CINAHL, PsychInfo, Cochraine, Svemed+, Idunn, Medline og Pubmed. Alle artikler som ble skrevet etter 2008 er inkludert i søket, med forbehold om at de er fagfellevurdert.

## 2.3 Litteratursøk

Det ble først gjort et innledende søk i flere databaser, uten at det ble gjort funn som kunne besvare oppgavens problemstilling tilfredsstillende. Derfor ble det besluttet å systematisere søket ytterligere ved hjelp av krystalliserte søkeord med utgangspunkt i PICO-skjemaet. Først ble det gjort et søk på CINAHL med søkeordene «advanced trauma life support» AND «thorax and lungs». Dette søket gav 38 treff, men ingen av overskriftene synes å passe oppgavens problemstilling. Deretter ble det søkt på «prehospital or paramedic or ambulance» AND «advanced trauma life support» AND «thoracic». Dette søket gav ingen treff.

Det ble søkt videre i databasen med ulike søkeord, men funnene var primært knyttet til opplæring i traumebehandling, og ikke om feltarbeid. Derfor ble det søkt videre i Pubmed, med ulike kombinasjoner av søkeordene «advanced trauma life support care», «shooting», «first aid» og «thoracic injury». Ingen av disse søkene gav funn, men med søket «active shooter» AND «paramedic» ble det gjort to funn. Etter bruk av sjekklister ble disse

ekskludert. Deretter ble det gjort videre søk med kombinasjoner av søkeordene «nurse», «triage» og «disaster OR chrisis». Her ble det gjort 55 treff, så det ble besluttet å utkrystallisere søket ytterligere med søkeordene «nursing» AND «disaster triage». Søket gav ett funn (artikkel 3) av 16 treff. Dette funnet satt søkelys på hvordan sykepleier kan prioritere mellom ulike akuttmedisinske problemstillinger, og ble derfor inkludert.

Videre ble det søkt i PubMed med kombinasjoner av søkeordene «active shooter», «psychological first aid», «distress response to chrisis», «peritraumatic distress» & «terror». Ingen av disse søkene gav resultater som virket å være relevante for oppgavens problemstilling. Det ble videre søkt med søkeordene «mass violence» AND «psychological first aid». Her ble det gjort funn av én artikkel, men denne ble ekskludert etter bruk av sjekklister. Deretter ble det besluttet å søke med overnevnte søkeord direkte i relevante tidsskrift som var godkjent som fagfellevurderte og pålitelige tidsskrift av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (Kanalregisteret, 2021). I tidsskriftet “Critical Care” ble det gjort ett funn (artikkel 1,) og i “International Emergency Nursing” ble det gjort ett funn (artikkel 2). Artikkel 4 ble funnet ved å søke direkte på Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) (u.a) sin nettside med oversikt over relevant forskning, hvor det var linket til tidsskriftet «Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy».

## 2.4 Kildekritikk

Denne oppgaven tar utgangspunkt i PLIVO-prosedyren. Undertegnede har vært i kontakt med Politidirektoratet for tilgang til nyeste versjon av prosedyren. Det ble tilbakemeldt at prosedyren var unnlatt offentlighet, og det var derfor ikke mulig å få den tilsendt (se vedlegg). Det ble videre informert om at den første versjonen av prosedyren ikke er unnlatt offentlighet og skal ligge tilgjengelig på nett. Undertegnede fant denne prosedyren på Eidsvoll kommune sine nettsider, og det er denne som danner grunnlaget for oppgaven. Man kan stille seg kritisk til oppgavens validitet og reliabilitet (Dalland, 2017, s. 40), da det er tatt utgangspunkt i en versjon av en prosedyre som ikke lenger er virksom. Likevel ble læringsutbyttet vurdert som så stort at det ble valgt å benytte den tilgjengelige versjonen for å forstå prinsippene bak en PLIVO-aksjon.

Resten av den teoretiske referanserammen er stort sett bygget på primærlitteratur med utgangspunkt i prehospitalt arbeid (Manchester Triage Group, 2015; National Association of Emergency Medical Technicians [NAEMT], 2020) og akuttmedisinsk sykepleie på bachelornivå (Haugen, 2014). Innenfor sykepleieteori er det brukt både primær, - og sekundærkilder (oversatt litteratur), og dette er et bevisst valg for å øke egen kunnskapsforståelse.

Alle funnene presentert i oppgavens resultatdel er engelskspråklige artikler, noe som kan føre til at egen forståelse av innholdet kan være annerledes enn det opprinnelige budskapet. Noen er skrevet utenfor Norden, hvor de ulike nødetatene er strukturert og oppbygget annerledes enn i Norge. Dette gjør at man igjen kan stille seg kritisk til graden av validitet og overførbarhet til de norske nødetatenes struktur.

## **2.5 Ethiske overveielser**

Oppgaven er lagt opp og sitert etter VID's etiske retningslinjer for oppgaveskriving (VID, 2020). Temaet for oppgaven tar utgangspunkt i en terrorhandling som har satt dype spor i oss som nasjon og enkeltmennesker. Skildringer fra oppgavens introduksjon er hentet fra en åpen plattform på internett (Youtube, u.å) og er i tillegg anonymisert i selve videoen. Vedlegg som viser tilbakemelding fra saksbehandler i Politidirektoratet, er også anonymisert. Undertegnede anser derfor personvernet som ivaretatt i alle deler av oppgaven.

## 3 Teoretisk referanseramme

PLIVO er en nasjonal prosedyre som er utarbeidet av Direktoratet for sikkerhet og beredskap, Helsedirektoratet og Politidirektoratet. Hensikten med prosedyren er å ha en felles handlingsplan for alle nødetater når det er en pågående livstruende voldsepisode mot flere personer (DSB mfl., 2015, s. 4). Bakgrunnen for prosedyren er lærdommen fra terrorhandlingene på Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli, samt flere skoleskytinger i naboland i tiden etterpå. Prosedyren sier noe om helseetatens (heretter helse) handlingsplikt før og etter politiet har ankommet stedet. Oppgavens teoridel vil gi en innføring i hvilke forhåndsregler sykepleier i ambulansetjenesten må ta under en PLIVO-aksjon. Videre blir det gitt en innføring i akuttmedisinske tiltak og psykososial støtte.

### 3.1 Sikkerhet, risiko og rolleforståelse ved PLIVO

Ved pågående livstruende vold blir det aktuelle området for hendelsen delt inn i ulike soner. Denne inndeling av soner har som hensikt å bevare sikkerheten til innsatspersonell og sivile. 'HOT-zone' er området som er forbundet med høyest risiko. Dette er områder hvor det er bekreftet eller høy sannsynlighet for at gjerningsperson(ene) befinner seg. Det er vanligvis kun politi ikledd beskyttelsesutstyr og våpen som oppholder seg i denne sonen under en aksjon (DSB mfl., 2015, s. 9). 'WARM-zone' er et område hvor det ikke pågår livstruende vold, men som likevel ikke er finsøkt av politiet. Dette er basen for brann, - og helsepersonells innsats etter avklaring fra politiets innsatsleder. Arbeid i denne sonen forbeholder som hovedregel sikring av politiet mellom HOT-zone og WARM-zone (DSB mfl., 2015, s. 9).

'COLD-zone' er sonen hvor ingen sikkerhetstiltak er nødvendig, og trusselen ses på som minimal. Her kan innsatspersonell fra brann og helse bevege seg fritt uten videre sikring fra politiet. Alle pasientene kan evakueres fra hot, - og warm-zone til et evakueringspunkt (EP) i cold-zone hvor den største delen av akuttmedisinsk behandling foregår (DSB mfl., 2015, s. 9 & 3). Berørte som ikke har behov for akuttmedisinsk behandling samles på en felles samleplass/evakuert-mottak (Helsedirektoratet, 2020a, s. 24).



Dersom brann og helse er første etat på stedet, tilgis de myndighet til å nøytralisere gjerningspersonen(e);

Ved en PLIVO-aksjon kan det i situasjoner hvor politiet ennå ikke er ankommet, være aktuelt for innsatspersonell fra brann og helse å vurdere tiltak for å nøytralisere én eller flere gjerningspersoner for å hindre ytterligere vold/skader på publikum og muliggjøre evakuering og behandling av skadde [...] Det kan i nødvendig utstrekning brukes makt, men ikke utover det som er forsvarlig og forholdsmessig ut fra situasjonen. (DSB mfl., 2015, s.17-18)

## 3.2 Triagering og prioritering

Når gjerningsmann er nøytralisert, kan det være flere pasienter som trenger medisinsk behandling samtidig. Triage er et system som er laget for å styre pasientflyten i situasjoner der pasienters behov overstyrer kapasiteten til helsepersonellet (Manchester Triage Group, 2015, s. 14). Man bruker da en triagemetode for å gi pasienten en diagnose eller prioritet/hastegrad (Manchester Triage Group, 2015, s. 16). For å kunne prioritere mellom de ulike pasientene, gis de ulike hastegrader ut fra tegn og symptomer som kalles for diskriminatorer (Manchester Triage Group, 2015, s. 17). De kan være både generelle og spesifikke, men fellesnevneren er at alle diskriminatorer tar utgangspunkt i ABCDE-prinsippet (airways, breathing, circulation, disability & expose) (Manchester Triage Group, 2015, s. 17). Dette er en «internasjonal huskeregel for å vurdere luftveier, respirasjon, sirkulasjon, nevrologisk status og temperatur» (Haugen, 2014, s. 34).

I tillegg til vanlig triagering, er det i PLIVO-proseduren forventet at helsepersonell også kan utføre masseskadetriagering (Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin [NAKOS], 2019, s. 7). En masseskadehendelse er en hendelse der det er bekreftet omfattende antall skadde (Bjelland & Nakstad, 2021, s. 190), og krever en spesiell måte å triagere på; masseskadetriage. Ved masseskadetriage benyttes hastegradene rød (akutt), gul (haster), grønn (vanlig), grå(avvente) og sort (livløs) (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9). Det spesielle med masseskadetriagering er hastegraden grå. Dette er situasjoner der luftveier, respirasjon eller sirkulasjon er truet (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9), og hvor man på triage-

tidspunktet ikke har ressurser til å kunne opprettholde liv. I slike tilfeller bør pasientene så langt det er mulig ha innsatspersonell hos seg for palliativ behandling), og omtriageres til rød når man har flere ressurser tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9-10).

For å finne ut hvem som har behov for akuttmedisinsk hjelp, kan sykepleier bruke enkle kommandoer som «Alle som klarer å gå, skal gå bort til flytebrygga». Dette kalles grovtriage, og er en effektiv måte å identifisere hvem som ikke er ved bevissthet, hvem som er skadet og hvem som klarer å gå selv (Helsedirektoratet, 2020b, s. 8). Som et grunnlag for masseskadetriage brukes den konsekvens-etiske teorien om utilitarisme, og kan i prehospitalet setting forstås slik: «De som har størst sjanse for å ha mest nytte av de tilgjengelige ressursene får tilgang på ressursene først» (NAKOS, 2019, s. 80).

### 3.3 Akuttmedisinske tiltak ved skuddskader og knivstikk

Når man skal ta en primærundersøkelse av pasienten kan man ta utgangspunkt i et prinsipp kalt MARCH. MARCH tar utgangspunkt i de samme vitale vurderingene som ABCDE-prinsippet, men det er spisset inn mot akuttmedisinske tiltak i møte med traumatiske skader (NAEMT, 2020, s. 63). Hver enkelt bokstav i MARCH står for et akuttmedisinsk tiltak med utgangspunkt i vitale funksjoner; Massive bleeding (massiv blødning), airway (luftveier), respirations (respirasjon), circulation (sirkulasjon) & head/hypothermia (hode/hypotermi):

Forkortelse	Original benevnelse	Norsk oversettelse	Akuttmedisinsk tiltak
M	'Massive bleeding'	Massiv blødning	Behandle livstruende blødninger
A	'Airway'	Luftveier	Sikre luftveier
R	'Respirations'	Respirasjon	Behandle penetrerende skader i thorax
C	'Circulation'	Sirkulasjon	Behandle hypovolemisk sjokk
H	'Head/hypothermia'	Hode/hypotermi	Beskytte pasienten mot hypotermi og stabilisere kritiske brudd

(NAEMT, 2020, s. 63).

### **3.3.1 Førstehjelp ved livstruende blødninger og stabilisering av luftveier**

Dersom pasienten har en massiv arteriell blødning kan pasienten miste livet innen få minutter, og stansing av slike blødninger er derfor det første tiltaket man iverksetter (NAEMT, 2020, s. 63). En arteriell blødning kjennetegnes ved at fargen på blodet er lyserødt, samt at blødningen kommer støtvis (Haugen, 2014, s. 209). Ved massive blødninger i ekstremitetene er ofte turniké (omsnøring) nødvendig for å stoppe blødningen (Haugen, 2014, s. 209). Et turniké kan legges på overarm og lår, og har som funksjon å komprimere blodårene slik at blodet ikke passerer videre. Det er viktig å plassere turnikéet proksimalt (mot sentrum) for blødningen, ellers har ikke turnikéet noe effekt. Ved tilfredsstillende effekt skal ikke pulsen distalt (vekk fra sentrum) for turnikéet være følbart (NAEMT s, 2020, s. 71). Behandling med turniké er svært smertefullt, og derfor bør pasienten også bli behandlet med analgetika (smertestillende medikamenter) (Haugen, 2014, s. 209 & NAEMT, 2020, s. 72).

Ved PLIVO er bruk av turniké anbefalt som et taktisk verktøy for å kunne evakuere pasienter fra WARM-zone til COLD-zone, og plasseres da i armhule eller lysk (Lund-Kordahl & Jørgensen, 2019). Dette gjøres for å forsikre seg om at alle eventuelle blødninger i det aktuelle området blir stoppet, og ikke bare de man ser ved første øyekast. Etter å ha behandlet eventuelle livstruende blødninger skal man sjekke at pasientens luftveier er åpne og at ventilasjonen er uhindret (NAEMT, 2020, s. 63). Pasienten legges i stabilt sideleie for beskyttelse mot luftveisobstruksjon ved at oppkast, slim, blod eller lignende blir aspirert til lungene. Dersom pasienter har blod eller slim i munnen bør man snu pasientens hode til side og rense munnen. Sekundært kan man bruke sug (Haugen, 2014, s. 35).

### **3.3.2 Førstehjelp ved penetrerende skader i thorax**

Når luftveiene er sikret skal man behandle eventuelle penetrerende skader i thorax (NAEMT, 2020, s. 63). Ordet 'penetrerende traume' betyr at det er en traumatisk skade som går gjennom brystveggen (Haugen, 2014, s. 158). Dersom det er et fremmedlegeme i thorax må man la fremmedlegemet bli værende i såret, da fremmedlegemet kan tette igjen for en større blødning som må håndteres kirurgisk (NAEMT, 2020, s. 63). Akuttmedisinske tiltak i

slike situasjoner er derfor å overvåke vitalia så langt det lar seg gjøre, samt å bandasjere rundt og/eller over såret for å støtte opp om fremmedlegemet (Haugen, 2014, s. 158).

Dersom man skulle høre surklelyder som går i ett med pasientens respirasjon («sucking chest wound»), kan det tyde på at det er passasje mellom pleurahulen og luften i atmosfæren. Dette kalles for pneumothorax, og er en livstruende tilstand. Symptomer på pneumothorax er blant annet dempet respirasjonslyd på den skadde siden, cyanose, redusert thoraxbevegelse og dyspné (Haugen, 2014, s. 162). Livreddende tiltak ved denne tilstanden er å berolige pasienten slik at respirasjonsfrekvensen holdes innenfor normalverdi, samt å frakte pasienten til sykehus med hevet overkropp (Haugen, 2014, s. 162).

I noen tilfeller kan vevet i brystveggen legge en ventil som gjør at luft passerer inn, men ikke ut. En slik tilstand kalles trykkpneumothorax (Haugen, 2014, s. 158), og akuttmedisinske tiltak ved denne tilstanden er thorakocentese (Haugen, 2014, s. 164). Dette er en prosedyre som avlaster overtrykket i pleurahulen ved at man stikker en grov venekanyle direkte inn i pleurahulen over «tredje costa i midtklavikulærlinjen, eller i femte intercostalrom i fremre aksillærlinje» (Haugen, 2014, s. 164). Dette gjøres for at det ikke skal utvikles ny trykkpneumothorax (NAEMT, 2011, referert i Haugen, 2014, s. 164).

### **3.3.3 Førstehjelp ved hypovolemisk sjokk**

Det fjerde steget i MARCH-prinsippet er å vurdere om pasienten er i ferd med å utvikle sjokk, herunder hypovolemisk sjokk. Et hypovolemisk sjokk utvikles dersom pasienten mister blodvolum, og kan være et resultat av større blødninger (Haugen, 2014, s. 69). Kjølighet, kald og blek hud med samtidig rask puls og pust er begynnende symptomer på en sjokktilstand (Haugen, 2014, s. 69). Dersom sjokket utvikler seg, vil ikke pulsen i radialis være følbart. Da skal man gi Ringer-acetat intravenøst i bolusdoser på 250 ml frem til pulsen blir følbart igjen (Haugen, 2014, s. 81).

### **3.3.4 Forebygging av hypotermi og stabilisering av store brudd**

Det siste punktet i MARCH-prinsippet handler om forebygging av hypotermi, her under aksidentell hypotermi. Aksidentell hypotermi er definert som «redusert kroppstemperatur

som følge av ikke-tilsiktet kuldepåvirkning, sykdom eller skade», og kan forekomme dersom pasienter befinner seg i kjølige omgivelser over lengre tid (Haugen, 2014, s. 275). I en akutt situasjon kan dette forebygges ved å legge pasienten på et isolerende underlag og å dekke til pasientens hode med en lue. Man kan også bytte eventuelle våte klær med tørre klær, samt å pakke pasienten inn i tepper og eventuelt bobleplast eller annet isolerende ytterlag (Haugen, 2014, s. 279). Til slutt bør man forsøke å spjelke ekstremiteter med store skader og pågående blødninger (Haugen, 2014, s. 211). Spjelking innebærer å immobilisere den aktuelle ekstremiteten for å redusere blødningen ved hjelp av eget utstyr som er designet for å holde ekstremiteten stabil (Haugen, 2014, s. 211).

## **3.4 Psykososial støtte ved PLIVO**

Som nevnt i oppgavens introduksjon, er psykososial støtte en del av den forsvarlige tjenesteutøvelsen til de akuttmedisinske tjenestene. Derfor blir det her gitt en kort innføring i psykologiske reaksjoner man kan forvente å se hos pasienter utsatt for PLIVO, samt hvilke psykososiale intervensjoner som er aktuelle for denne pasientgruppen.

### **3.4.1 Sjokk og dissosiasjon**

De psykologiske reaksjonene som pasientene kan oppleve ved traumatiske hendelser er blant annet sjokk (Helsedirektoratet, 2016). Pasientene kan ha vanskeligheter med å ta imot enkle beskjeder fra hjelpepersonell, samt å bevege seg mot sikrere steder (Baker & Cormier, 2015, s. 40; Helsedirektoratet, 2016). Slike belastende hendelser kan fremme følelse av hjelpeløshet og skyld for å ikke hjelpe menneskene rundt seg, mens andre igjen kan oppleve dødsangst (Baker & Cormier, 2015, s. 40). Noen kan også ha vanskeligheter for å kommunisere med andre grunnet dissosiasjon (Baker & Cormier, 2015, s. 40). Dissosiasjon betyr direkte oversatt «å koble fra eller skille elementer som hører sammen» (Holbæk, 2020). Når en opplevelse blir for overveldende, kan man reagere ved at man ikke tenker på det som skjer eller kjenner på følelsene relatert til hendelsen. Dissosiasjon blir dermed sett på som en ubevisst evne til å distansere seg fra svært belastende og traumatiserende hendelser (Holbæk, 2020). En sjelden gang kan man også utvikle psykose (Legevakthåndboken, 2021).

### **3.4.2 Psykososiale intervensjoner**

I møte med pasienter utsatt for kriser eller katastrofer, anses fysisk og psykisk tilstedeværelse og omsorg fra helsepersonell som avgjørende (Helsedirektoratet, 2016). Psykologisk førstehjelp er en evidensbasert intervensjon som har som mål å redusere angstreaksjoner, samt å skape håp, trygghet og stabilitet til de utsatte (Baker & Cormier, 2015, s. 56; Brymer et. al., 2006, s. 6; Helsedirektoratet, 2016; Hobfoll et al., 2007, s. 221). Det handler om å gi omsorg og vise forståelse ovenfor pasienten, samt at man ikke skal gi løfter man ikke kan holde (Dyregrov et al., 2018). I tillegg er pasientene i behov for praktisk hjelp og informasjon om situasjonen og vanlige psykiske reaksjoner etter et traume (psykoedukasjon) (Dyregrov et al., 2018; Hobfoll et al., 2007, s. 221). Det kan være utfordrende å vite hva man skal si, men da er det viktig å huske på at «den beste omsorgen består ikke av mange ord. Det trengs et medmenneske som er villig til å være tilstede og gi hele sin oppmerksomhet til den som er rammet» (Dyregrov et al., 2018).

## **3.5 Travelbee's sykepleieteori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter**

Det å være et tilstedeværende menneske var en verdi sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee verdsatte høyt. Hun satt søkelys på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og så på det mellommenneskelige aspektet som en styrke i behandlingen (Travelbee, 2001, s. 29).

Teorien tar utgangspunkt i humanvitenskapelig kunnskap. Hun tok fokuset vekk fra makten, og definerte sykepleie på følgende måte: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29).

Travelbee's teori fremlegger også ulike faser for å oppnå et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient, hvor det settes søkelys på det innledende møtet, empati, sympati og forståelse (Travelbee, 2001, s. 29). Hun mente også at sykepleiere bør se på sykdom og lidelse som en menneskelig opplevelse, og ikke bare en patologisk påvirkning på kroppen (Travelbee, 1996, s. 85).

Hun påpekte frykt som en lidelse i seg selv (Travelbee, 1996, s. 85), og så på det som sykepleierens oppgave å være en håpsbærer (Travelbee, 1996, s. 82). Teorien beskriver håpløshet som en menneskelig erfaring, og at sykepleiere bør kunne hjelpe pasienten med å finne håp uavhengig av medisinsk tilstand (Travelbee, 1996, s. 82). Grunnlaget for dette er at håp i seg selv kan dempe stressnivået som blir aktivert ved sykdom og lidelse, og at håp derfor er en positiv verdi uavhengig av prognose (Travelbee, 1996, s. 77). Travelbee beskrev videre hvordan håp kan bidra til å øke velvære til den uhelbredelige syke pasienten alene ved å dempe stress. Håp har derfor en påvirkning på lidelse som en opplevelse, men ikke på utfallet av skaden eller sykdommen (Travelbee, 1996, s. 77). Teorien kan i denne sammenhengen gi en pekepinn på viktige prinsipper for hvordan sykepleier kan gi psykososial støtte til skadde etter livstruende vold.



## 4 Resultat

Etter et systematisk litteratursøk ble det funnet fire artikler som satte søkelys på ulike elementer av oppgavens problemstilling.

### 4.1 **Artikkel 1:** *Pre-hospital management of mass casualty civilian shootings: a systematic literature review* (Turner, C., Lockey, D. & Rehn, M., 2016)

Artikkelen er en oversiktsartikkel skrevet i England. Bakgrunnen for studien var at man så en økning av masseskadehendelser, hvor det pågikk aktiv skyting av sivile mennesker. Målet med studien var å finne oppdatert litteratur på hvordan man best håndterer lignende hendelser i en prehospital setting. Metoden som er brukt i studien er systematisk litteratursøk, hvor det ble søkt etter artikler fra år 1980 til 2016. Av 494 treff ble 47 inkludert i studien. I funnene er 17 skyteepisoder (totalt 1649 skadde) fra USA, Norge (skyting på Utøya), Frankrike, Storbritannia og Kenya beskrevet. Funnene fra litteratursøket er sammenfattet og presentert gjennom akronymet **THREAT** (norsk oversettelse: trussel):

‘Threat suppression’ (minimere risikonivået); Det anbefales å minimere risikonivået til ambulansearbeidere ved å bruke et eget Tactical Emergency Medical Support-team (TEMS-team). Teamet består av innsatspersonell fra akuttmedisinsk avdeling med relevant utstyr, kompetanse og opplæring i risikofylte oppdrag, og som derfor har mulighet til å arbeide i hot, - og warm-zone under en masseskadehendelse (Turner et al., 2016, s. 3). En annen måte å gjøre dette på, er ved at politiet sikrer aktuelle korridorer som kan brukes til evakuering før resten av bygget sikres (Turner et al., 2016, s. 3). ‘Haemorrhage control’ (blødningskontroll); Når risikoen tillater det, anbefales ambulansepersonell å prioritere behandling av livstruende blødninger. Man bør tilstrebe å opprettholde et systolisk blodtrykk på over 60 mm Hg, og viktige intervensjoner for dette er bruk av turniké, administrering av traneksamsyre (medikament med blødningshemmende effekt) og forebygging av hypotermi (Felleskatalogen, 2022 & Turner et al., 2016, s. 8).

'Rapid extrication' (frigjøring); Dersom pasienter sitter fast eller har vanskeligheter med å flytte seg av andre årsaker, må disse evakueres i samarbeid med andre nødetater (Turner et al., 2016, s. 8). Deretter skal resten av pasientene evakueres til evakueringspunkt i cold-zone (Turner et al., 2016, s. 8). 'Assess patient' (undersøkelse); Pasientene skal triageres og videre akuttmedisinske tiltak skal utføres. Det gis ikke spesifikke føringer for triagering og prioritering av akuttmedisinske tiltak, da aktuelle triagemetoder for masseskytinger ikke er evidensbasert (Turner et al., 2016, s. 8). 'Transportation' (transport); Avslutningsvis skal pasientene transporteres til sykehus, legevakt eller aktuell samlingsplass (Turner et al., 2016, s. 3).

I artikkelens diskusjonsdel påpeker forfatterne viktigheten av nøye risikovurdering ved pågående skyting (Turner et al., 2016, s. 9). Manglende sikring av stedet fører til forsinkelser i den medisinske behandlingen, da innrykk til usikre soner er utrygt for innsatspersonell uten tilrettelagt opplæring (Turner et al., 2016, s. 9). Det konkluderes med at tverrfaglig, - og tverretatlig opplæring og trening i hendelser med masseskyting er avgjørende for en suksessfull respons (Turner et al., 2016, s. 10).

Artikkelen er hentet fra tidsskriftet «Critical Care», og er fagfellevurdert (Turner et al., s. 9). En svakhet ved studien, er at det ikke fantes relevante sjekklister for forskningslitteratur som forskerne kunne bruke (Turner et al., 2016, s. 9). En annen svakhet er at det kun er brukt engelskspråklige artikler, som gjør at kvalitetssikret, relevant forskning kan være utelatt (Turner et al., 2016, s. 9). I tillegg søkte de etter artikler som var utgitt i 1980 eller senere, noe som kan øke sjansen for å inkludere funn som ikke er oppdatert med nyeste forskning på området. En styrke ved forskningsmetoden er at den kan samle sammen og presisere kunnskap hentet fra flere ulike kilder. Dette gir leser en god oversikt i tematikken presentert i forskningen.

## **4.2 Artikkel 2: *The HOPE-model for disaster nursing: A systematic literature review* (Hugelius, K. & Adolfsson, A., 2019)**

Dette er en oversiktsartikkel fra Sverige som tar utgangspunkt i fagfelleverdert forskning, for å finne svar på hva som er viktige elementer for en sykepleier i møte med masseskadehendelser/katastrofer. Forfatterne har brukt Medline, CINAHL og PsychINFO som primære databaser, hvor 15 artikler ble inkludert i en kvalitativ litteraturstudie (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 2). Funnene fra artiklene ble analysert og presentert i følgende modell; «HOPE: **H**olistic health assessment and promotion, **O**rganization and management of immediate response, **P**rofessional adaption & endurance and recovery» (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7).

Av modellens første del fremkommer det at sykepleieren bør ha en holistisk (helhetlig) tilnærming til pasientene. Sykepleier skal triagere og vurdere pasientenes somatiske og psykososiale behov (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Tiltakene som iverksettes skal være livreddende, betryggende og fremme en følelse av å bli tatt vare på (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Videre skal sykepleieren kunne planlegge og organisere den akuttmedisinske intervensjonen, ut i fra prinsippet om utilitarisme (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Sykepleieren må samarbeide med representanter fra andre etater, samt kunne veilede eventuelle frivillige i deres rolle i møte med pasientene (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Dernest skal sykepleieren kunne tilpasse seg profesjonelt til den aktuelle situasjonen (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Det innebærer å tilpasse vanlige prosedyrer og oppgaver til høyrisikofylte og katastrofale omgivelser. Dette krever kunnskap, evner og personlig styrke (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Sykepleier skal være fleksibel og kunne improvisere (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Siste del av modellen handler om at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å akseptere situasjonen, samt å tåle den psykiske smerten situasjonen fører med seg (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7).

I artikkelens diskusjonsdel fremmes HOPE-modellen som en passende tilnæringsmetode for alle sykepleiere som skal jobbe med katastroferammede. Akronymet «HOPE» (norsk oversettelse: håp) som modellen er bygget på, er også fremmet som en avgjørende verdi sykepleiere må ta meg seg i denne type arbeid (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 8).

Artikkelen er hentet fra tidsskriftet «International Emergency Nursing». Styrker ved forskningen er at alle funn er basert på fagfelleverdert forskning, samt den er gjennomført i Sverige. Dette gjør det lett å overføre kunnskapen til norske forhold og struktur. En svakhet

ved studiet er at generaliserbarheten ved kvalitativ litteraturstudie kan være noe begrenset (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 8).

### **4.3 Artikkel 3: *Nursing ethics and disaster triage: applying utilitarian ethical theory* (Wanger, J. & Dahnke, M., 2015)**

I denne artikkelen belyser forfatterne fra USA hvordan utilitarismen som teori skaper et etisk grunnlag for prioritering ved masseskadetriagering. Artikkelen setter søkelys på hvordan triagering i en masseskadehendelse byr på store etiske utfordringer for sykepleiere, da føringene for en masseskadetriage ofte strider mot de normale prinsippene for triagering. De normale prinsippene for triagering innebærer blant annet at man unngår unødvendig skade og lidelser, fremmer velvære og behandler alle pasienter like (Wagner & Dahnke, 2015, s. 3). Det innebærer også at man respekterer pasientenes autonomi og rett til å ta beslutninger knyttet til egen behandling (Wagner & Dahnke, 2015, s. 3).

Grunnet begrenset tilgang på ressurser, er ikke dette førende ved en masseskadehendelse. Det er nemlig utilitarismen som er det førende prinsippet ved masseskadetriagering; at flest mulig skal få best mulig behandling ut ifra de til enhver tid tilgjengelige ressurser (Wagner & Dahnke, 2015, s. 4). Ved normale omstendigheter vil en pasient med behov for hjerte- og lungeredning bli prioritert over alt annet, samt at alle tilgjengelige ressurser ville bli brukt til dette. Ved masseskadehendelser vil ikke dette bli en prioritert, og behandlingen ville være begrenset til smertelindring, - selv om denne behandlingen i seg selv ville ha fremskyndet døden (Wagner & Dahnke, 2015, s. 4). Grunnlaget for dette er at pasienter som trenger omfattende behandling og store ressurser for å overleve vil måtte vike dersom flere andre pasienter har større sjanse for å overleve ved mindre bruk av ressurser. Selv om utilitarismen kan være et hjelpemiddel til å forstå viktigheten av massetriagering, belyser Wanger og Dahnke viktigheten av konkrete triage-metoder i situasjoner der masseskadetriagering viser seg nødvendig (Wagner & Dahnke, 2015, s. 6).

Artikkelen er en fagartikkel, og er ikke basert på forskning. Dette svekker i utgangspunktet artikkelens reliabilitet, men artikkelen er hentet fra "Journal of Emergency Nursing" som er et dobbelblindet, fagfellevurdert tidsskrift (Direktoratet for høyere utdanning og

kompetanse [HKDIR], 2021). Artikkelen er også brukt som referanse i NAKOS sin rapport “Masseskadetriage”, som igjen danner grunnlaget for den nasjonale veilederen for masseskadetriage (NAKOS, 2019, s. 112 & HDIR, 2020, s. 5). Dette styrker artikkelens reliabilitet. Artikkelens relevans til oppgaven ligger i at den fremmer de etiske utfordringene sykepleiere står ovenfor ved masseskadetriagering.

#### **4.4 Artikkel 4: *Who Can I Trust? Extended Fear During and After the Utøya Terrorist Attack* (Filkuková, P., Hafstad, G. & Jensen, T., 2016)**

Forskerne ønsket ved denne norske studien å undersøke opplevelsen av frykt hos ungdommer og unge voksne som befant seg på Utøya 22. juli 2011. De ønsket å finne ut om det kun var gjerningspersonen som fremmet en fryktreaksjon hos ofrene, eller om det var andre personer eller objekter som gjorde dette. Fenomenet de ønsket å undersøke kalte de for «utvidet frykt». Målet med studien var å undersøke hvem og hva som utløste frykt hos ofrene, for deretter å se om det var en sammenheng mellom grad av utvidet frykt og senere utvikling av plagsomme symptomer knyttet til minnet (posttraumatisk stress).

325 overlevende i alderen 13-26 år ble intervjuet av helsepersonell i eget hjem (eller andre passende lokaler) ved bruk av semi-strukturerte, kvalitative intervjuer presentert med en fortolkende beskrivelse (Filkuková et al., 2016, s. 514). Etter intervjuet fikk de utdelt et spørreskjema for å måle grad av angst, depresjon og andre symptomer på posttraumatisk stress. 54 % av de intervjuete opplevde utvidet frykt under og umiddelbart etter hendelsen (Filkuková et al., s. 512). Frykten var stort sett knyttet til mennesker som hadde en hjelpefunksjon, - herunder politi, helsepersonell og frivillige. Noen opplevde utvidet frykt for innsatspersonell i noen sekunder til en time etter hendelsen, mens andre opplevde utvidet frykt i timer og dager etter hendelsen på samleplass og sykehus. Noen av ofrene mistenkte også at leger og sykepleiere (på sykehus) var allierte av gjerningspersonen (Filkuková et al., 2016, s. 517).

Forskerne drøfter flere faktorer rundt terrorangrepet på Utøya som kan ha utløst utvidet frykt hos ofrene. Grunnet bombing av Regjeringskvartalet tidligere den dagen, trodde noen av deltakerne at dette var en serie av flere terrorangrep. Dette, - samt det faktum at gjerningspersonen var ikledd politiuniform, - kan være med å forklare forekomsten av utvidet frykt (Filkková et al., 2016, s. 517). Likevel er det ikke sjeldent at gjerningspersoner først oppfattes som ufarlig, men som viser seg å være farlig (Filkková et al., 2016, s. 517). Videre påpekes kontakt med familie og venner som et viktig tiltak for å fremme en følelse av trygghet for de som opplever utvidet frykt (Filkková et al., 2016, s. 512). Det konkluderes med at tidlig oppdagelse av utvidet frykt kan bidra til å identifisere ofre som senere kan oppleve økt posttraumatisk symptomtrykk. I tillegg kan utvidet frykt som fenomen hjelpe politi og helsepersonell til å forstå det som kan oppfattes som irrasjonelle reaksjoner hos ofrene i møte med hjelpepersonell (Filkková et al., 2016, s. 512).

Artikkelen er publisert i tidsskriftet «*Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*». En styrke med studien er at det er intervjuet et høyt antall overlevende fra samme terrorangrep, noe som vil styrke gyldigheten på resultatene. En svakhet med metoden er at funnene baserer seg på en sjelden situasjon der gjerningsperson kler seg ut som politi, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere til situasjoner hvor dette ikke forekommer. Likevel er ikke målet med kvalitativ metode å generalisere, men å gi et grunnlag for å forstå lignende grupper eller sammenhenger (Nortvedt et al., 2012, s. 91). Dette gir denne studien et godt grunnlag for. Studien er relevant for oppgavens problemstilling, da den gir en god innføring i hvilke emosjonelle og psykiske reaksjoner innsatspersonell bør være forberedt på når man skal hjelpe utsatte for PLIVO.

## 5 Drøfting

I oppgavens drøftingsdel vil elementer fra øvrige deler av oppgaven diskuteres for å besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan identifisere, prioritere og gjennomføre akuttmedisinske tiltak ved pågående livstruende vold?* Det første delkapittelet i drøftingsdelen tar for seg risikoforståelse og prinsipper for førstehjelp ved PLIVO, mens det andre delkapittelet belyser ulike psykososiale behov og hvordan sykepleier kan møte disse. Dernest settes det søkelys på hvordan sykepleier skal prioritere når det er flere pasienter med ulike hjelpebehov samtidig, før det avslutningsvis drøftes rundt problemstillingen i sin helhet.

### 5.1 Livreddende helsehjelp – for enhver pris?

For å kunne identifisere pasienter med behov for akuttmedisinsk hjelp ved pågående skyting anbefales det først å iverksette risikobegrensede tiltak (Turner et al., 2016, s. 3). Ifølge PLIVO-prosedyren skal ambulansepersonell nøytralisere gjerningspersonen dersom de ankommer stedet før politiet gjør det (DSB mfl., 2015, S.17-18). Dette står i motsetning til funnene til Turner et al. (2016, s. 3) som anbefaler at kun et spesialopplært TEMS-team skal kunne bevege seg inn i hot, - og warm-zone under pågående skyting. Heller ikke her er det fremmet anbefalinger om at helsepersonell skal nøytralisere gjerningspersonen(e), men i motsetning til dette diskuteres det problematikken rundt manglende sikring av stedet. Det påpekes at innrykk til usikre soner er utrygt for helsepersonell uten spesiell opplæring, og at et TEMS-team med relevant opplæring og beskyttelsesutstyr derfor er de eneste som kan nærme seg pasienter dersom det fortsatt pågår aktiv skyting (Turner et al., 2016, s. 9-10). Videre påpekes det viktigheten av at det er politiet som skal sikre eventuelle korridorer og andre veier for evakuering før helsepersonell går inn for å iverksette akuttmedisinske tiltak (Turner et al., 2016, s. 3).

På en annen side henviser Helsepersonelloven til plikten helsepersonell har om å «straks gi den hjelpen de evner når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig» (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Slik hjelp kan i følgende kontekst handle om livreddende tiltak for mennesker som allerede er beskyttet, men kan også tolkes til å handle om å

forebygge videre skade på andre mennesker. Det er rimelig å tenke at hjelp til å nøytralisere gjerningsperson(er) er påtrengende nødvendig ved pågående skyting, noe som også er påpekt i PLIVO-prosedyren (DSB mfl., 2015, s. 17-18). En viktig detalj i dette er at helsepersonell skal gi den hjelpen de selv evner. Det kan derfor ikke forventes at helsepersonell uten spesiell opplæring, skal kunne nøytralisere gjerningspersonen(e). Oppsummert kan det tolkes slik at helsepersonell kan nøytralisere gjerningspersoner før politiet ankommer dersom de har spesiell opplæring og beskyttelsesutstyr, - gjerne gjennom et eget TEMS-team, - med formål om å avverge videre skade samt å kunne iverksette livreddende førstehjelp. I situasjoner der politiet ankommer stedet før helsepersonell anbefales det at politi sikrer korridorer og/eller andre ruter for evakuering, slik at helsepersonell kan iverksette livreddende tiltak før hele området er sikret.

Når situasjonen tilsier at helsepersonell kan starte livreddende tiltak, anbefaler Turner et al. (2016, s. 8) at man behandler livstruende blødninger. Dette samstemmer også med NAEMT (2020, s. 63) sine anbefalinger for prioritering. Begge kildene anbefaler videre at turniké brukes som primær behandling av blødninger. I tillegg anbefaler Lund-Kordahl og Jørgensen (2019) turniké som et taktisk verktøy for å evakuere pasientene til cold-zone, spesifikt ved PLIVO. Turner et al. (2016) anbefaler videre å administrere traneksamsyre (s. 8), samt å forebygge hypotermi som tiltak for å behandle livstruende blødninger. Dette er et tiltak som også er anbefalt av NAEMT, men i motsetning til Turner et al. anbefaler NAEMT (2020) dette som et av de siste akuttmedisinske tiltakene man bør foreta seg (s. 63). Når pasienter med livstruende blødninger er behandlet med turniké, anbefaler Turner et al. (2016) at de blir evakuert til evakueringspunkt (EP) i cold-zone (s. 8). Det legges ikke noen videre føringer av Turner et al. om hvilke spesifikke akuttmedisinske tiltak som bør iverksettes ved EP, men dette er fremmet av NAEMT (2020) via MARCH-prinsippet (s. 63). Turner et al. sine anbefalinger er tilpasset en situasjon der skyting fortsatt pågår, noe som ikke er spesifisert ved MARCH-prinsippet.

Oppsummert anbefaler Turner et al. at man først skal sikre området, før man behandler livstruende blødninger på stedet. Deretter skal man evakuere pasientene til cold-zone, før man foretar videre triagering, behandling og transport til sykehus. I følge MARCH-prinsippet skal man først stanse livstruende blødninger, sikre frie luftveier og deretter behandle



penetrerende skader i thorax. Videre skal man behandle hypovolemisk sjokk, forebygge hypotermi og stabilisere kritiske brudd (NAEMT, 2020, s. 63). Ut i fra resultater fra litteratursøket og relevant teori kan det derfor konkluderes med at riktig akuttmedisinsk tilnærming ved pågående, livstruende vold er å nøytralisere gjerningsperson(er), minimere risikomomenter og behandle livstruende blødninger. Man skal også sikre frie luftveier. Deretter skal man evakuere pasientene til evakueringspunktet, før man behandler penetrerende skader, hypovolemisk sjokk, forebygger hypotermi og stabiliserer kritiske brudd (Lund-Kordahl & Jørgensen, 2019, NAEMT, 2020, s. 63; Turner et al., 2016, s. 3-9).

## 5.2 Å se døden i hvitøyet

Like viktig som somatisk førstehjelp, er den psykososiale støtten innsatspersonell gir til ofre for traumatiske hendelser (Helsedirektoratet, 2016, s. 20). Ifølge Baker og Cormier (2015, s. 40) kan noen pasienter få sjokk eller dissosiere. Ved pågående livstruende vold, kan dette føre til store problemer med å komme seg i sikkerhet. Grunnen til det, er at mange av dem ikke vil være i stand til å ta imot beskjeder om hvor de skal dra og hvorfor (Baker & Cormier, 2015, s. 40; Helsedirektoratet, 2016). Hugelius og Adolfsson (2019) påpeker at sykepleier skal iverksette betryggende tiltak som skal fremme en følelse av å bli tatt vare på (s. 7). Pasientene bør få hjelp til å akseptere situasjonen, samt å tåle den psykiske smerten (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Det kan tenkes at dette kan hjelpe pasienter som opplever dissosiative symptomer, da dissosiasjon er en måte å distansere seg fra den traumatiske hendelsen på (Holbæk, 2020). Det kan derfor tolkes slik at pasienter som får hjelp til å akseptere situasjonen og å tåle den psykiske smerten, også vil oppleve mindre grad av dissosiasjon. Når de opplever mindre grad av dissosiasjon, vil de også i større grad være i stand til å ta imot beskjeder, og eventuelt kunne evakuere seg selv.

En slik forståelse kan også ses i sammenheng med Travelbee's sykepleieteori om mellommenneskelige aspekter. Det påpekes at sykepleieren skal kunne hjelpe andre mennesker med å finne mening i erfaringene ulike typer lidelser vil føre med seg, hvor frykt blir sett på som en lidelse i seg selv (Travelbee, 1996, s.85; Travelbee, 2001, s. 29). Det er ikke uvanlig for denne type pasienter å oppleve dødsfrykt (Baker & Cormier, 2015, s. 4), og lidelsestrykket kan derfor antas å være svært stort.

Travelbee fremmer håp som en viktig verdi uavhengig av om pasienten er fysisk uskadd, eller om pasienten har minimale sjanser til å overleve (Travelbee, 1996, s. 82). I likhet med Travelbee, fremmer også Hugelius og Adolfsson (2019) håp som en viktig verdi å ha i møte med katastroferammede (s. 8). Det går også igjen i prinsippene for psykologisk førstehjelp (Helsedirektoratet, 2016; Baker & Cormier, 2015, s. 56; Brymer et. al., 2006, s. 6; Hobfoll et al., 2007, s. 221). Selv med et overbevisende belegg om at håp er en viktig verdi å ha med seg, er det likevel lite konkretisert hvordan dette gjøres i praksis ved pågående livstruende vold.

Filkuková et al. (2016) viser til utvidet frykt som et viktig fenomen helsearbeidere må være seg bevisst (s. 512). Funn fra deres studie viser at ungdommene på Utøya viste utvidet frykt ovenfor innsatspersonell (helse og politi) som hjalp dem på Utøya, samt sykepleiere og leger som jobbet på sykehuset (Filkuková et al., 2016, s. 517). Utvidet frykt gjør derfor at tiltak som er ment å virke beroligende, kan ha motsatt effekt. Eksempelvis er et viktig akuttmedisinsk tiltak ved pneumothorax å berolige pasienten for å kunne senke respirasjonsfrekvensen (Haugen, 2014, s. 162). Dersom pasienten opplever utvidet frykt ovenfor sykepleier, er det en mulighet for at pasienten begynner å hyperventilere som en reaksjon på frykten. En slik reaksjon vil derfor kunne forverre pasientens pneumothorax ytterligere. Noen kan også gjemme seg for sykepleieren grunnet frykt, som kan føre til at de ikke får helsehjelp som kan være avgjørende for deres overlevelse.

Kompleksiteten i utvidet frykt som fenomen, kan føre med seg en rekke utfordringer i samspillet mellom sykepleier og pasient. Travelbee (2001) tydeliggjør viktigheten av det innledede møtet, samt at relasjonen videre bør bære preg av empati, sympati og forståelse (s. 29). Utvidet frykt kan gjøre at det innledende møtet mellom sykepleier og pasient blir preget av skepsis og tilbakeholdenhet, heller enn tillit og fortrolighet. I en tidskritisk situasjon som ved pågående livstruende vold, kan man anta at pasientens tillit til helsepersonell er avgjørende for at pasienten tørr å ta imot helsehjelp.

Så hvordan kan sykepleier skape tillit til pasienter som opplever utvidet frykt? Filkuková et al. (2016, s. 512) påpeker at kontakt med familie og venner kan fremme en trygghetsfølelse for pasienter som opplever utvidet frykt. En mulighet er at sykepleier bidrar med å opprette telefonisk kontakt mellom pasient og pasientens nærmeste. Dette kan gi pasienten et signal

om at sykepleieren vil han/henne vel, og at alt som skjer er på pasientens premisser. En fallgrube her, er at de pårørende i andre enden av linjen også blir redd, noe som kan forverre fryktresponsen til pasienten. En forutsetning for å lykkes, må i så fall være at sykepleier gir informasjon og psykoedukasjon om forventede reaksjoner til pårørende først, som igjen formidler passende informasjon videre til pasienten. Man kan likevel stille seg kritisk til om dette i det hele tatt er praktisk gjennomførbart ved PLIVO grunnet det alvorlige risikobildet. Da volden er pågående vil sikkerhet vil bli prioritert høyt, og trolig høyere enn pasientenes dialog med familie. I tillegg til den praktiske gjennomførbarheten, kan man også stille seg kritisk til oppgavefordelingen. Mulig det ville vært etisk uforsvarlig for sykepleier å overføre en arbeidsoppgave som strengt tatt hører innunder sykepleiers ansvar, over til pårørende.

### **5.3 Triage til besvær?**

Ved pågående livstruende vold kan pasientenes behov være mange og ulike, og det kan være snakk om flere pasienter på en gang. For å kunne identifisere og prioritere akuttmedisinske problemstillinger anbefaler Wanger og Dahnke (2015, s. 4) utilitarismen som etisk utgangspunkt. Med en slik forståelse er det enkelte pasienter som må vike til fordel for andre. Dette kan medføre etiske utfordringer for sykepleieren (Wanger & Dahnke, 2015, s. 3). Lik behandling, pasientautonomi og velvære er viktige prinsipper for enhver pasientbehandling når det ikke er snakk om masseskadehendelser, og det kan være utfordrende for sykepleiere å snu seg mot disse verdiene. Det samme gjelder sykepleiernes etiske retningslinjer, som sier at sykepleie skal bygge på respekt for hvert enkelt menneskes liv og iboende verdighet (NSF, 2019).

Ved masseskadetriage vil pasientene som krever mer ressurser enn tilgjengelig, bli triagert til grå (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9). Dette innebærer at pasienter med minimal sjanse for overlevelse ikke vil få hjelp, - selv om de fortsatt er i live på triageringstidspunktet. Wanger og Dahnke (2015) påpeker at behandlingen av denne pasientgruppen skal være begrenset til å smertestille pasienten, selv om behandlingen i seg selv vil kunne fremskynde døden (s. 4). I likhet med Wanger og Dahnke er også Helsedirektoratet (2020b) tydelig på at behandlingen kun skal ha et palliativt fokus (s. 10). En slik behandling vil for mange ikke gjenspeile respekt for pasientens liv og iboende verdighet, og kan derfor oppfattes som etisk

uansvarlig. Det anses likevel som rett og naturlig, at disse pasientene får hjelpen de trenger når ressurskapasiteten tillater det (Helsedirektoratet, 2020b, s. 9).

En annen utfordring, er å vite hvem som skal behandles først. Pasienten som ikke klarer å flytte seg vekk fra et usikkert område grunnet sjokk og/eller dissosiasjon? Eller pasienten som har en livstruende blødning i armen? Et relevant funn er at pasienter som har problemer med å flytte seg (uavhengig av grunnlag), skal få hjelp til evakuering etter at pasienter med livstruende blødninger er behandlet med turniké (Turner et al., 2016, s. 8). Med utgangspunkt i dette kan man forstå det slik at man først skal prioritere å stanse livstruende blødninger, og deretter evakuere pasienter som ikke klarer å evakuere seg selv grunnet sjokk eller dissosiasjon.

Hva da med pasienten med skuddsår/knivstikk i thorax, og som ikke tørr å la seg behandle grunnet utvidet frykt? Utfordringen for sykepleieren her er jo at de indre skadene kan være store, uten av man ser det med det blotte øyet. Dersom sykepleieren ikke klarer å skape tillit til pasienten og foreta videre undersøkelser, er det en fare for at pasienten kan ha ubehandlede skader som i verste fall kan bli livstruende. Dersom pasienten trenger flere ressurser for å igangsette tillitsskapende og livreddende tiltak, - skal man da hjelpe pasienten selv om det går ut over andre pasienter? Eller skal man la pasienten være? Bli dette en vurdering ut i fra ressurskapasiteten i triageringsøyeblikket? En mulighet er at pasienten må avvente frem til ressurskapasiteten tilsvarer at en tilstrekkelig mengde hjelpere kan bistå i arbeidet med pasienten. Dersom pasienten opplever utvidet frykt ovenfor hjelpere, er sjansen stor for at frykten blir større dersom antall hjelpere også øker. Spørsmålet blir da om et stort ressursbruk ovenfor denne typen pasienter vil være negativt både ovenfor den enkelte pasient, samtidig som det går utover andre pasienters mulighet til å få hjelp.

Funn fra Hugelius og Adolfsson (2019) viser at sykepleiere som jobber med katastroferammede bør kunne tilpasse sine vanlige prosedyrer, til de rammene som kreves under en katastrofe (s. 7). Ut i fra disse funnene kan det tenkes at sykepleiere som evner å tilpasse seg sin måte å jobbe på, kan med litt tid og tålmodighet klare å behandle pasienten alene. Men dette forutsetter da at sykepleieren evner å behandle de akuttmedisinske skadene samtidig som man iverksetter tillitsskapende tiltak. På en annen side kan man stille

seg kritisk til sannsynligheten for at sykepleiere møter pasienter som opplever utvidet frykt. Funnene fra Filkková et al. er basert på en situasjon der gjerningsmannen var ikledd politiuniform. Dette kan forklare noe av frykten ofrene hadde for hjelpepersonell, og man kan derfor stille seg kritisk til om hvorvidt disse funnene har en overførbarhet til andre situasjoner ved pågående livstruende vold. Likevel har man ingen garanti for at lignende metoder ikke vil bli brukt ved senere anledninger. Samtidig kan det tenkes at vissheten om utkleddning som strategi ved tidligere terrorhandlinger, også kan føre til generell skepsis ovenfor hjelpepersonell ved eventuelle andre, tilsvarende hendelser.

## 5.4 Valgets kvaler i alvorets time

Som sykepleier i møte med PLIVO er det flere momenter man må være seg bevisst på: Sikkerheten til en selv og pasientene, akuttmedisinske behov, psykososiale behov, frykt for hjelpeapparatet, ressursbegrensninger og ivaretagelse av pasienter som ikke kan reddes. Når pasientenes og egen sikkerhet er ivaretatt, er det likevel utfordrende å vite hvordan man som sykepleier rent konkret skal prioritere og gjennomføre akuttmedisinsk behandling. Grunnlaget for dette er at pasientens behov kan være mange og varierte, og arbeidsoppgavene til sykepleier strekker seg mellom alt fra palliativ behandling, trygging av pasienter, thorakocentese og binding av turniké.

Hugelius og Adolfsson (2019) anbefaler at sykepleiere har en holistisk tilnærming, hvor både psykososiale og somatiske behov blir vurdert og møtt samtidig (s. 7). Dette står i motsetning til Turner et al. sine funn som kun tar somatiske skader i betraktning for behandling. Travelbee (1996, s. 85) på sin side setter søkelys på relasjonsbygging, og påpeker at det er ethvert menneskes opplevelse av lidelse som bør danne grunnlaget for sykepleien. Dette kan forstås som at det er pasientenes subjektive lidelsestrykk som skal være førende for behandlingen. Likevel er det naturlig å tenke at det subjektive lidelsestrykket stiger synkront med skadeomfanget og omvendt. Dette er kombinasjonen av utvidet frykt og pneumothorax er et tydelig eksempel på.

Videre funn fra Hugelius og Adolfsson (2019, s. 7) viser at sykepleietiltakene som iverksettes ved katastrofer skal være livreddende, betryggende og ivaretagende. Ut i fra dette kan man

forstå det slik at de livreddende og psykososiale tiltakene skal gis samtidig i samme pasientmøte. Om man tar dette som utgangspunkt, skal man i så fall møte pasienter med omsorg, håp, forståelse, trygghet, sympati og empati (Baker & Cormier, 2015, s. 56; Brymer et al., 2006, s. 6; Helsedirektoratet, 2016; Hobfoll et al., 2007, s. 221; Travelbee, 2001, s. 29), samtidig som man behandler eksempelvis livstruende blødninger eller trykknemothorax. En slik pasientbehandling kan på sin side forventes under normale omstendigheter, men kan kreve mye for sykepleier når det pågår livstruende vold rundt en samtidig som man skal jobbe.

Å skulle tilpasse seg måten å jobbe på forutsetter en høy grad av kunnskap, evner og personlig styrke, og er også et krav for å kunne jobbe aktivt under slike omstendigheter (Hugelius & Adolfsson, 2019, s. 7). Oppsummert kan det tolkes slik at sykepleier skal kunne gi livreddende behandling samtidig som man møter pasientenes psykososiale behov.

## 6 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å finne ut hvordan man som sykepleier i ambulanse skal identifisere, prioritere og gjennomføre akuttmedisinske tiltak ved pågående livstruende vold (PLIVO). Det er mange hensyn som må tas, - både i forhold til egensikkerhet, pasientsikkerhet, evakuering og behandling.

Å identifisere alle pasientene med akuttmedisinske behov kan være utfordrende. Noen pasienter kan gjemme seg for innsatspersonell grunnet frykt, og det må derfor vært et samarbeid på tvers av nødetater for å finne alle som har behov for helsehjelp.

Ut i fra resultater fra litteratursøket og relevant teori kan det konkluderes med at riktig akuttmedisinsk tilnærming ved pågående, livstruende vold er å nøytralisere gjerningsperson(er), minimere risikomomenter og behandle livstruende blødninger. Man skal også sikre frie luftveier. Deretter skal man evakuere pasientene til evakueringspunktet, - før man behandler penetrerende skader, hypovolemisk sjokk, forebygger hypotermi og stabiliserer kritiske brudd. Samtidig som pasientene får behandling for skadene, skal de også bli møtt på sine psykososiale behov.

Pasienter som har mest mulig nytte av de tilgjengelige ressursene skal prioriteres først, mens pasienter som har liten sjanse for overlevelse må vente. Behandlingen har da et smertestillende og palliativt formål, før det eventuelt blir nok ressurser til å starte livreddende behandling.

Å hjelpe pasienter utsatt for pågående livstruende vold antas å være en krevende jobb for sykepleieren, noe som forutsetter høy grad av kunnskap, evner og styrke. Uansett bør de etiske prinsippene om barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene være styrende for all sykepleie, - også når nøden er som størst.

# Litteraturliste

Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

Baker, L. R & Cormier, L. A. (2015) *Disaster and Vulnerable Populations: Evidence-Based Practice for the Helping Professions*. Springer Publishing Company

Bjelland, B. & Nakstad, E. (2021). *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid* (2. utg.). Gyldendal

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E. & Watson, P. (2006) *Psychological first aid: Field operations guide* (2. etg) National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

[https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/PFA/PFA\\_V2.pdf](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/PFA/PFA_V2.pdf)

Carson, S. & Kosberg, N. (2011) *Etikk: Teori og praksis*. Cappelen Damm Akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Gyldendal Norsk Forlag

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregisteret

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet (HDIR) & Politidirektoratet (PDIR) (2015). *Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold: PLIVO*. Nasjonal prosedyre versjon 1.0.

<https://www.eidsvoll.kommune.no/SysSiteAssets/20-pdf-dokumenter/beredskap/nasjonal-prosedyre-for-nodetatenes-samvirke-ved-pagaende-livstruende-vold.pdf>

Dyregrov, A., Gilbert, M. & Bugge, R. (2018) *Umiddelbar og tidlig psykososial oppfølging*. Katastrofepsykologi (3. utg.). Fagbokforlaget



Felleskatalogen AS (2022). *Tranexamic acid: Stragen*. Felleskatalogen. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/tranexamic-acid-stragen-590698>

Filkuková, P., Hafstad, G. S., & Jensen, T. K. (2016). Who can I trust? Extended fear during and after the Utøya terrorist attack. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 512-519. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000141>

Grieg, N. (1936). *Til Ungdommen*.

Haugen, J. E. (2014) De første livreddende tiltakene. Haugen, L. E (red.) (3. utg.). *Akuttmedisinsk sykepleie - utenfor sykehus*. Gyldendal Akademisk

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsedirektoratet (2020a). *Helsetjenestens organisering på skadested* (IS- 2536).

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenestens-organisering-pa-skadested/Helsetjenestens%20organisering%20p%C3%A5%20skadested%20%E2%80%93%20Nasjonal%20veileder.pdf/\\_/attachment/inline/9ecfef15-cefc-434d-a37c-387d3f6f8707:8ce3cc0fd8bf3f3bea1d746bd68c1f71bcad47234/Helsetjenestens%20organisering%20p%C3%A5%20skadested%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenestens-organisering-pa-skadested/Helsetjenestens%20organisering%20p%C3%A5%20skadested%20%E2%80%93%20Nasjonal%20veileder.pdf/_/attachment/inline/9ecfef15-cefc-434d-a37c-387d3f6f8707:8ce3cc0fd8bf3f3bea1d746bd68c1f71bcad47234/Helsetjenestens%20organisering%20p%C3%A5%20skadested%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf)

Helsedirektoratet (2016). *Mestring, samholdighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* (IS-2428).

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bff1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bff1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)

Helsedirektoratet (2020b). *Nasjonal veileder for masseskadetriage* (IS-0380).

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf/\\_/attachment/inline/5f964973-5fb1-4075-a6a4-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf/_/attachment/inline/5f964973-5fb1-4075-a6a4-)

[7c0007896184:4f74d7c6b78f6322bf03dc5a96ba4bb776edfa43/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf](https://doi.org/10.1177/0885264517700007896184:4f74d7c6b78f6322bf03dc5a96ba4bb776edfa43/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf)

Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., Friedman, M., Friedman, M., Gersons, B., de Jong, J., Layne, C., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A., Pynoos, R., Reissman, D., Ruzek, J., Shalev, A. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70(4), 283-315.

<https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Holbæk, I. (2017). *Hva er dissosiasjon?* Psykologforeningen.no. Hentet 31.03.2022 fra

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-dissosiasjon-og-dissosiative-lidelser>

Hugelius, K. & Adolfsson, A. (2019). The HOPE-model for disaster nursing: A systematic literature review. *International Emergency Nursing*, 45, s.1-9

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.03.007>

Legevakthåndboken (2021). *Psykisk krise*. Legevakthåndboken: For leger i vakt.

[https://lvh.no/symptomer\\_og\\_sykdommer/psykiske\\_lidelser/kriser/psykisk\\_krise](https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/kriser/psykisk_krise)

Lund-Kordahl, I. & Jørgensen, J. (2019). *Presisering av prosedyren «Livreddende førstehjelp ved penetrerende skader- blodningskontroll»*. Nasjonal Kompetansetjeneste For Traumatologi. Hentet 31.03.2022 fra <https://nkt-traume.no/2019/05/presisering-av-prosedyren-livreddende-forstehjelp-ved-penetrerende-skader-blodningskontroll/>

Manchester Triage Group (2015). *Akuttmedisinsk triage* (2. utg). Gyldendal Akademisk

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) (2019)

*Masseskadetriage – en kartlegging av triagesystemer for håndtering av alvorlige hendelser og katastrofer.*

[https://www.nakos.no/pluginfile.php/23843/mod\\_forum/attachment/5997/Masseskadetriage-NAKOS.pdf?forcedownload=1](https://www.nakos.no/pluginfile.php/23843/mod_forum/attachment/5997/Masseskadetriage-NAKOS.pdf?forcedownload=1)

Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) (u.å). *Vitenskapelig*

*artikkel: Who can I trust? Extended fear during and after the Utøya terrorist attack.* Hentet

31.03.2022 fra <https://www.nkvts.no/vitenskapelig-artikkel/who-can-i-trust-extended-fear-during-and-after-the-utoya-terrorist-attack/>

National Association of Emergency Medical Technicians (2020). *PHTLS: Prehospital trauma life support* (9. utg). Jones & Barlett Learning

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter; Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget

Travelbee, J. (1996). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Pensumtjeneste

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Turner, C., Lockey, D. & Rehn, M. (2016). Pre-hospital management of mass casualty civilian shootings: a systematic literature review. *Critical care*, 20(1),  
<https://doi.org/10.1186/s13054-016-1543-7>

Youtube (u.å). Sang: «Til ungdommen»: Ingebjørg Bratland. Hentet 15.03.2022 fra  
<https://www.youtube.com/watch?v=d18fHlaV3UA>

VID vitenskapelige høyskole (2020). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå: APA 7*.

<https://www.vid.no/site/assets/files/7525/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk-vid-1.pdf?339g5q>

Wanger, J. & Dahnke, M. (2015). Nursing ethics and disaster triage: Applying utilitarian ethical theory. *Journal of emergency nursing*, 41(4), s. 300-306  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.11.001>

# Vedlegg



**POLITIET**

Politidirektoratet

Deres referanse:

Vår referanse:  
21/122551 - 2

Dato:  
12.11.2021

## Spørsmål ifm bacheloroppgave - Tilgang til PLIVO- prosedyre

Viser til din henvendelse om tilgang til PLIVO prosedyren.

PLIVO-prosedyren er unntatt offentlighet i henhold til offentlighetslovens §13 jfr. Politiregisterlovens §23, 2. ledd, jfr. §12 bokstav c.

Vi kan derfor ikke sende deg en kopi av prosedyren. En tidligere utgave av prosedyren som ikke var unntatt offentlighet skal ligge tilgjengelig på nett.

Med hilsen

*Saksbehandler*

*Dokumentet er elektronisk godkjent uten signatur.*

Politidirektoratet

Post: Postboks 2090 Vikta, 0125 Oslo  
E-post: [politidirektoratet@politiet.no](mailto:politidirektoratet@politiet.no)

Tlf: (+47) 23 36 41 00

Org. nr: 982531950  
[www.politiet.no](http://www.politiet.no)