

**SJUKSKOTERSKANS
UPPFATTNINGAR AV ATT HA
NÄRSTÅENDE NÄRVARANDE
VID HJÄRT-LUNGRÄDDNING**
- En litteraturöversikt

**NURSES' PERCEPTIONS OF
HAVING RELATIVES
PRESENT DURING
CARDIOPULMONARY
RESUSCITATION**
- A literature review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2016

Författare: Cecilia Forslin
Ida Karlsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskans uppfattningar av att ha närstående närvarande vid hjärt-lungräddning - En litteraturöversikt
Författare:	Forslin, Cecilia; Karlsson, Ida
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Kjellsdotter, Anna
Examinator:	Hammarlund, Kina
Sidor:	24
Nyckelord:	Hjärt-lungräddning, Närstående, Närvaro, Sjuksköterska, Uppfattningar

Bakgrund: Tidigare har närstående inte tillåtits att närvara vid hjärt-lungräddning (HLR) men diskussionen har ökat i omfattning. European Resuscitation Council och American Heart Association förespråkar närståendes närvaro men trots detta tillåter många länder inte detta. Sveriges sjukhus inrapporterade 2586 hjärtstopp år 2014. Närstående upplever lidande när en nära blir sjuk, vilket kopplas till familjefokuserad omvårdnad där de närstående och patienten ska ses som en helhet. Här läggs det vikt vid socialt stöd som har betydelse för en individs hälsa, en sjuksköterska kan vara lämplig som stödjande person. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva sjuksköterskans uppfattningar av att ha närstående närvarande vid HLR. **Metod:** En litteraturöversikt har gjorts innehållande 12 vetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats. **Resultat:** Sjuksköterskor känner oro för hur närstående påverkas av att bevittna HLR, att de ska ingripa i återupplivningsarbetet. Sjuksköterskor uppfattar stöd till närstående som väsentligt för att möjliggöra närvaro vid HLR. Närstående uppfattas påverka den sociala och fysiska miljön. Riktlinjer för sjuksköterskor behövs. **Konklusioner:** Sjuksköterskor uppfattar att det saknas förutsättningar för närstående att närvara vid HLR. Med en stödperson för de närstående och tydliga riktlinjer kan detta främjas. Däremot finns det hinder så som arbetsmiljö som försvårar möjligheten för närståendes närvaro.

ABSTRACT

Title: Nurses' perceptions of having relatives present during cardiopulmonary resuscitation - A literature review

Author: Forslin, Cecilia; Karlsson, Ida

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Kjellsdotter, Anna.

Examiner: Hammarlund, Kina

Pages: 24

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, Nurse, Perceptions, Presence, Relatives

Background: Earlier, relatives' weren't allowed to be present at cardiopulmonary resuscitation (CPR) but nowadays the topic is highly relevant. European Resuscitation Council and American Heart Association recommends this practice. However, many countries don't allow this. In 2014, 2586 cardiac arrests were reported in Swedish hospitals. Relatives are suffering when loved ones becomes ill, which is linked to family-centered care where relatives and patient should be seen as a whole. This places emphasis on social support which's important to peoples health. A nurse may be suitable as a support person. **Purpose:** The purpose of this literature review was to describe nurses' perceptions of having relatives present during cardiopulmonary resuscitation. **Method:** A literature review was made containing 12 scientific articles with both quantitative and qualitative approach. **Results:** Nurses are concerned about how relatives are affected by witnessing CPR, that they may interfere in the resuscitation efforts. Nurses perceive that support for the relatives are essential. Relatives are perceived to have impact on the social and physical environment. Guidelines for nurses are needed. **Conclusions:** Nurses perceive that with staff who can support the family and with the availability of guidelines and a well-functioning work environment it's possible to have relatives present during CPR.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtstopp.....	1
Sjuksköterskans roll vid hjärt-lungräddning	2
Hjärt-lungräddning och dess riktlinjer	2
Närstående.....	3
Att vara närstående till akut sjuk patient på sjukhus.....	3
Stöd	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval.....	6
Datainsamling	6
Analys	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
RESULTAT	8
Stöd till närstående uppfattas som viktigt	8
Miljön och organisationen påverkar de närståendes möjlighet till närvaro	9
Oro för vilken inverkan hjärt-lungräddning får på de närstående.....	10
De närstående påverkar sjuksköterskans professionalitet	11
Närståendes närvaro uppfattas ha betydelse för patienten	12
Sammanfattning	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion.....	15
Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning.....	18
Konklusion	19
REFERENSER	20

BILAGA 1. Sökschema

BILAGA 2. Artikelöversikt

BILAGA 3. Granskningsmallar

BILAGA 4. Temaöversikt

INLEDNING

Det sker cirka 2600 hjärtstopp på svenska sjukhus varje år och knappt hälften av dessa överlever. Av de som överlever ett hjärtstopp är enbart cirka 30 procent vid liv 30 dagar senare (Svenska Hjärt-lungräddningsregistret, 2015). Sjuksköterskor står ofta villrådigas när närstående till en akut sjuk patient önskar vara närvarande under hjärt-lungräddning (HLR). Det förekommer många diskussioner kring att ha närstående närvarande när vårdpersonal utför HLR och uppfattningarna kring detta skiljer sig. Tidigare var närstående inte tillåtna att närvara vid dessa situationer men frågan har väckts och många närstående i dagens moderna vård önskar att finnas där för sin familjemedlem/vän/partner i en sådan akut situation. Tydliga riktlinjer saknas angående närståendes närvaro vid HLR och åsikterna står delade hos vårdpersonal. Även om sjuksköterskor anses vara den grupp i vården som har mer positiv inställning till att ha närstående närvarande vid HLR än andra yrkesgrupper så präglas ändå deras upplevelser av rädsla, osäkerhet och oro. Sjuksköterskor är dessutom ofta den yrkesgrupp som har mest kontakt med de närstående. För att öka tryggheten hos sjuksköterskor i deras förmåga att bemöta närstående på ett bra sätt är det av vikt att ta reda på deras uppfattningar av närståendes närvaro vid HLR.

BAKGRUND

Hjärtstopp

De vanligaste sjukdomstillstånden som orsakar uppkomst av hjärtstopp är de som klassas som akuta koronara syndrom (AKS). Här ingår ST-höjningsinfarkt (STEMI), icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och instabil angina pectoris. Dock finns det flera andra sjukdomstillstånd som kan leda till hjärtstopp. Patofysiologin och symtomen skiljer sig inte nämnvärt mellan varandra. Vanligen debuterar symtom som centralt belägen bröstsmärta med utstrålning samt andningspåverkan. Symtombilden kan skilja sig från de vanligaste symtomen vid AKS främst hos kvinnor, diabetiker eller äldre personer. Symtomen beror på rupturer av aterosklerotiskt plack i hjärtats kranskärl som helt blockerar blodflödet i kranskärlat vilket leder till ischemi och nekros av hjärtmuskulaturen runt det drabbade området, eller så förekommer fortfarande ett visst blodflöde i kärlet (Ericson & Ericson, 2013; Nikolaou et al., 2015). Efter enbart 5-15 minuter påverkas kroppen så pass allvarligt av syrebristen som uppkommer vid ett hjärtstopp orsakar obotliga skador och oavsett insatser som sätts in kommer personen med största sannolikhet att avlida (Nationellt register för hjärtstopp, 2011).

På svenska sjukhus är det vanligast att hjärtinfarkt samt arytmier föregår hjärtstopp, det är också vanligare att hjärtstopp sker på vårdavdelningar än på intensivvårdsavdelningar. Medelåldern för de som drabbas av hjärtstopp ligger runt 71 år och fler män än kvinnor drabbas. Från de sjukhus i Sverige som rapporterar hjärtstopp till Svenska Hjärt-lungräddningsregistret sågs år 2014 att sammanlagt 2586 stycken hjärtstopp hade inrapporterats. Mindre än hälften av alla som drabbas av hjärtstopp på svenska sjukhus

överlever själva hjärtstoppet och endast 28 procent av dessa är fortfarande vid liv efter 30 dagar (Svenska Hjärt-lungräddningsregistret, 2015).

Sjuksköterskans roll vid hjärt-lungräddning

Enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskan bemöta och vårda alla människor lika, visa respekt, vara mottaglig för individers behov, visa empati och ta hänsyn till individens integritet samt vårda så att mänskliga rättigheter, religion och värderingar respekteras hos enskilda individer, familjer och allmänheten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskans arbete ska baseras på en humanistisk människosyn och hen ska följa etiska koder, sjuksköterskan är skyldig att erbjuda information till patienter och närstående om insatser och förväntat resultat av vårdinsatser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2009).

Idag har sjuksköterskors roll vid HLR ökat i omfattning vilket beror på ett antal faktorer. Först och främst ingår nu sjuksköterskan i återupplivningsteam, tillsammans med läkare från olika specialiteter, som rycker ut över hela sjukhuset för att hjälpa till vid hjärtstopp. De har även mer inflytande vid beslut av att sätta så kallad ej-HLR, alltså att inte sätta in livsuppehållande insatser vid hjärtstopp, samt i beslutet att avsluta pågående HLR. Rollen att ansvara för kontakten med närstående om dessa är närvarande faller ofta på sjuksköterskor (Terzi, 2011). I allmänhet upplever sjuksköterskor att deras roll under HLR handlar om att utföra kompressioner, defibrillering, skapa fri venväg och andra viktiga medicinska uppgifter men även att utgöra ett stöd åt familj och närstående. Denna upplevelse av ansvar skiljer sig något mellan olika sjuksköterskor. En del sjuksköterskor upplever i mindre grad att det är deras uppgift att utgöra stöd åt närstående (O'Donoghue et al., 2015) medan andra upplever att det främst ligger just på sjuksköterskor att ta hand om närstående (McLaughlin, Melby & Coates, 2013). I högre grad tenderar sjuksköterskor än läkare vara mer positiva till att ha närstående närvarande vid HLR, dock inte alls i den grad som närstående själva önskar (Critchell & Marik, 2007; Leung & Chow, 2012). Många sjuksköterskor vill kunna erbjuda närstående bra stöd och information men få upplever sig ha tid för de närstående under akuta omhändertaganden (McLaughlin et al., 2013). Tidigare forskning visar på att det råder omfattande diskussioner kring att ha närstående närvarande vid HLR och vårdpersonal har många åsikter kring ämnet vare sig de har erfarenhet av en sådan av situation eller inte. Vårdpersonal känner ofta rädsla och oro för att närståendes närvaro skall leda till negativa konsekvenser för dem själva, för vårdpersonal men också patienten (Walker, 2007; Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2013). Det finns ofta en avsaknad av lokala riktlinjer gällande närståendes närvaro vid HLR (Sak-Dankosky et al., 2013; Critchell & Marik, 2007; Doolin, Quinn, Bryant, Lyons & Kleinpell, 2009) trots de rekommendationer som ERC och AHA ger om detta (European Resuscitation Council, 2015; American Heart Association, 2015).

Hjärt-lungräddning och dess riktlinjer

Det är viktigt att HLR startas så fort som möjligt efter ett hjärtstopp och det är speciellt viktigt att bröstkompressionerna görs rätt. Vid HLR på en vuxen person är takten 30:2 – trettio kompressioner och två inblåsningar. Kompressionerna ska ske i takten 100 stycken per minut och det är avgörande att kompressionerna görs med tillräckligt djup, cirka fem

centimeter ned i bröstkorgen. Efter trettio kompressioner ska två inblåsningar göras, detta upprepas. Medvetande och andning ska kontrolleras och sedan ska larmning ske och hjärtstartare hämtas, föredragsvis av en annan person så att HLR kan påbörjas så snabbt som möjligt. Efter två minuter försämras kvaliteten på HLR och det bästa är därför att den som gör HLR byts av varannan minut. HLR kan avslutas om individen visar uppenbara tecken på liv så som rörelse, normal andning eller öppnar ögonen (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2010).

Enligt Etiska riktlinjer för HLR (Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening & Svenska Rådet för Hjärt-lungräddning, 2013) så ska all hälso- och sjukvårdspersonal genast starta HLR på en person som plötsligt fått hjärtstopp så länge det inte finns ett ställningstagande om att HLR inte får utföras, vilket en ansvarig läkare bedömer i förhand. Om en patient har förmågan att fatta egna beslut och förstår konsekvenserna av sitt beslut så har patienten alltid rätt att själv välja om denne vill att HLR ska utföras om det skulle behövas. Varje individ har alltid rätten att avstå från HLR även fast överlevnadschansen är stor och patienten inte befinner sig i ett palliativt skede. Rimliga anledningar till att besluta att avstå från HLR kan vara att patienten inte vill ha HLR, att en läkare anser att patienten inte har någon chans att överleva trots HLR eller att HLR inte skulle vara till någon fördel för patienten även fast det finns chans till överlevnad. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är det krav på att den svenska hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och dennes integritet.

Närstående

Enligt Socialstyrelsens termbank finns en skillnad mellan begreppen närstående och anhöriga. Begreppet närstående innebär en person som inte nödvändigtvis behöver vara besläktad, utan någon som den enskilde individen anser att denne har en nära relation med (Socialstyrelsens termbank, 2015a). Begreppet anhörig syftar istället till en person i familjen eller på annat sätt nära besläktad med den enskilde individen (Socialstyrelsens termbank, 2015b).

Enligt Dahlberg och Segesten (2011) är den närstående en individ som patienten själv definierar som närstående och som dessutom själv också betraktar sig som detta, det kan röra sig om exempelvis familjemedlemmar, släkt eller vänner. De närstående har därmed inte nödvändigtvis något med släktband eller familj att göra, därför går det inte att anta att en individ har en traditionell familj som denne känner stöd och stabilitet i. Det kan vara mycket viktigt att fokus läggs, förutom på patienten, även på de närstående för att öka patientens möjlighet till hälsa och välbefinnande (a.a.). Aktuell forskning visar att de närstående ska ses som en viktig tillgång eftersom sjukdom i hög grad är ett socialt fenomen (Honoré, 2012). I denna litteraturöversikt kommer begreppet närstående att användas och inkludera både familjen och andra personer som står patienten närmast.

Att vara närstående till akut sjuk patient på sjukhus

Närstående upplever ofta lidande i samband med att nära och kära insjuknar i allvarliga tillstånd eller vid plötslig död. I och med detta framkommer betydelsen av familjefokuserad omvårdnad som bygger på vikten av att inkludera närstående i patientens

omvårdnad, att de närstående och patienten tillsammans ska ses som en helhet. Detta kan vara avgörande för patientens återtagande av hälsa och välbefinnande när de närståendes hälsa och välbefinnande också har fastställts (Dahlberg & Segesten, 2011).

Många närstående har en stark önskan att få vara med och stödja patienten under olika vårdinsatser, särskilt föräldrar till barn ser det som viktigt att få vara nära sitt barn för att kunna erbjuda tröst och stöd (Isoardi, Slabbert & Treston, 2005). Tidigare forskning antyder att närstående generellt är mer positivt inställda till att närvara vid HLR än vårdpersonal, oavsett om de närstående tidigare varit med om en sådan upplevelse eller inte (Leung & Chow, 2012). Tidigare har närstående inte tillåtits att närvara vid HLR (American Heart Association, 2015) men sedan 1980-talet då närståendes närvaro vid HLR började komma på tal har fler och fler länder accepterat det som en metod för familjefokuserad vård. De flesta närstående som har fått chansen att närvara vid HLR har varit mycket tillfreds med detta. Trots att metoden har visat mycket positiva resultat genom åren så finns det ändå många länder som inte tillåter att närstående närvarar vid HLR, knappt en tredjedel av de europeiska länderna tillåter detta. European Resuscitation Council (ERC) och American Heart Association (AHA) förespråkar närståendes närvaro vid HLR, med kultur och sociala förhållanden i åtanke, på grund av fördelarna det får både de närstående och patienten. ERC och AHA förespråkar därmed att olika instanser skapar lokala riktlinjer för att ha närstående närvarande vid HLR (European Resuscitation Council, 2015; American Heart Association, 2015).

Att närvara vid kritiska situationer uppfattas som en rättighet men också en skyldighet av många närstående (Maxton, 2008; McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007). Många närstående uttrycker också att deras närvaro påverkar patienten positivt, men att situationen kan bli komplicerad om de sedan tidigare inte har en bra relation till patienten (Hung & Pang, 2010). Önskan att få vara närvarande vid kritiska situationer kan också kopplas till känslan att misstro och inte lita på personalen (Hung & Pang, 2010; McGahey-Oakland et al., 2007). Närstående lyfter också uppfattningen om att de känner att de kanske kommer vara i vägen, stör personalen med sina frågor samt inte har tillräckligt med kunskap för att klara av situationen (Weslien, Nilstun, Lundqvist & Fridlund, 2006).

Stöd

Thorstensson (2012) beskriver att begreppet stöd som helhet innebär att ett samspel sker mellan individer som leder till ett främjande av individernas förmåga att kunna hantera svåra situationer. Förmågan att ge och förmågan att ta emot stöd avgörs av en mängd olika faktorer som ålder, livserfarenheter och socialt nätverk. Det är av vikt att skilja på socialt stöd och professionellt stöd. Socialt stöd kan mottas från relationer i individens egna sociala nätverk medan det professionella stödet endast kan ges från professionella och är begränsat av den professionella kunskapen och kräver inte någon ömsesidighet i relationen som det sociala stödet gör. Det finns också så kallat uppskattande stöd som innebär att hjälpa en individ med granskning av sig själv och ge denne bekräftelse på sina förmågor.

Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2014) definierar socialt stöd som tre dimensioner, vilka är emotionellt stöd, instrumentellt stöd och praktiskt stöd:

- Informativt stöd; betyder att ha tillgängligheten av personer som kan vägleda, ge råd samt ge information
- Instrumentellt stöd: betyder att ha tillgång till personer som kan erbjuda praktisk hjälp
- Emotionellt stöd: betyder att ha tillgång till personer som individen har nära relationer till

Det emotionella stödet kan anses vara den viktigaste dimensionen av stöd för att få en positiv erfarenhet, vilket är av stor vikt för att användandet ska få nedslag (Thorstensson, 2012). Det emotionella stödets syfte är att lindra oro, osäkerhet, hopplöshet och depression (Fingfeld-Connett, 2005). Stödet kan bestå av att göra tröstande handlingar, som en hand på en individs axel, det kan också bestå av att bara finnas där för en individ. Fysisk närvaro är inte ett krav för att kunna utgöra emotionellt stöd men det är en fördel. Muntligt utbyte är heller inte ett krav för emotionellt stöd och är dessutom inte alltid nödvändigt. Den här typen av stöd innebär också att kunna ta bort fokus från problemen i en situation och exempelvis använda humor för att uppnå detta (a.a.). Att ge stöd kan orsaka rädsla hos givaren eftersom det finns oro för att orsaka skada hos den som behöver stöd, detta gör att människor ibland tvekar inför att ge stöd (Thorstensson, 2012).

Stöd till patienter kan bestå av att utföra åtgärder som främjar det sociala nätverket, samtala om sjukdom, behandling och svåra beslut, lyssna, ge motiverande samtal, hjälpa patient att hantera sin sjukdom, vara närvarande och uppmuntra patienten (Ehnfors et al., 2014) En väsentlig del i vården är att ge stöd till patienten och de närstående så att dessa ska kunna använda sina förmågor och bli så självständiga som möjligt. Stöd till närstående är en mycket viktig åtgärd (a.a.). Enligt Socialstyrelsen (2016) kan stöd till närstående och familjer bestå av att ge information om att stöd finns, ge information angående sjukdom, funktionsnedsättning och prognos, ge möjlighet till enskilda samtal/samtal i grupp, ge utbildning, eller exempelvis ge möjlighet till ekonomisk ersättning. I familjefokuserad omvårdnad läggs det stor vikt vid socialt stöd som har stor betydelse för en individs hälsa (Ehnfors et al., 2014; Fingfeld-Connett, 2005).

En sjuksköterska kan vara lämplig som stödjande person eftersom sjuksköterskor i allmänhet oftare tar på sig den här rollen än annan vårdpersonal och är ofta dessutom är mer tillgängliga än annan vårdpersonal. Vid HLR har sjuksköterskan den praktiska kunskapen kring området samtidigt som hen är en del av återupplivningsarbetet. En stödjande person bör vara fullt tillgänglig för de närstående, detta är avgörande för att kunna erbjuda bästa möjliga stöd (Cottle och James, 2008).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare var det inte accepterat för närstående att vistas i återupplivningsrummet men frågan uppmärksammas mer och mer, och det finns önskemål från närstående att få vara med. Sjuksköterskor är ofta den yrkesgrupp som har ansvar för kontakten med de närstående om dessa är närvarande och spelar därför en viktig roll för både patientens och de närståendes vårdupplevelse. Sjuksköterskor känner ofta osäkerhet, oro och rädsla inför att ha närstående närvarande vid HLR. För att få ökad kunskap och fördjupad förståelse för de uppfattningar som kan förekomma hos sjuksköterskor angående att ha närstående

närvarande vid HLR behöver ämnet uppmärksammas och tydliga riktlinjer behöver införas för att öka tryggheten hos sjuksköterskor och deras förmåga att bemöta närstående på ett bra sätt.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskans uppfattningar av att ha närstående närvarande vid hjärt-lungräddning.

METOD

Metoden för detta arbete är en litteraturöversikt, vilket innebär att redan framtagen forskning används för att skapa en större helhet och ökad kunskap inom ett visst forskningsområde. Genom att arbeta med så kallad beskrivande data skapar detta en sammanställning av det problematiserade området. För att en litteraturöversikt ska ses som trovärdig måste ett kritiskt förhållningssätt utgöra grunden under hela processen (Friberg, 2012). Som analysmetod har en innebördsanalys gjorts som gör det möjligt att förstå en människas, i det här fallet sjuksköterskans, livsvärld (Dahlberg, 2014).

Urval

Till litteraturöversikten analyserades både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. Urvalskriterier var att de skulle vara peer reviewed, publicerade mellan 2005-2016 för att få tillgång till så aktuell forskning som möjligt, samt skrivna på engelska. Artiklarna skulle beskriva sjuksköterskors uppfattningar av att ha närstående närvarande vid HLR som sker på sjukhus. Ingen geografisk avgränsning gjordes.

Datainsamling

Data består av vetenskapliga artiklar inom ämnet omvårdnad. Datainsamlingen har skett genom att söka efter vetenskapliga artiklar i databaser som CINAHL, MEDLINE och PubMed. Sökord som återkommande använts är "*cardiopulmonary resuscitation*", "*nurse*", "*attitudes*", "*experiences*" och "*family presence*" för att ringa in det valda problemområdet. I sökprocessen användes trunkering (*) och begeppen "AND" och "OR" för att koppla ihop eller isär sökorden och därmed ytterligare avgränsa sökresultatet (Östlundh, 2012). För sökschema, se bilaga 1. Abstract lästes av de artiklar som hade lämplig titel utifrån denna litteraturöversikts valda syfte, i denna process valdes många artiklar bort eftersom flertalet artiklar inte uppfyllde de valda kriterierna. Vidare lästes kvarvarande artiklar igenom fullständigt med fokus på resultatdelen. Flertalet artiklar föll bort även i denna fas på grund att de inte svarade på det valda syftet. De artiklar som ansågs ha ett användbart resultat gick vidare till att kvalitetsgranskas.

Kvalitetsgranskning

Resultatet utgörs av 12 vetenskapliga artiklar (bilaga 2). Kvaliteten på dessa bedömdes genom att använda två olika granskningsmallar, en för kvalitativa artiklar och en för kvantitativa artiklar (Friberg, 2012), se bilaga 3. Kvalitetsgranskningen har genomförts genom att ställa ett antal frågor till varje artikel för att bedöma graden av vetenskaplig kvalitet, artiklarna kunde bedömas enligt skalan som låg-medel-hög. Två stycken artiklar bedömdes ha låg kvalitet, dessa exkluderades ur litteraturöversikten på grund av att de till exempel inte svarade på syftet. Övriga artiklar hade tydliga problemformuleringar och välformulerade metodavsnitt. Artikeln som bedömdes som medel redovisade bara den kvalitativa delen av sitt resultat, den kvantitativa delen av resultatet fanns att hitta i en separat artikel.

Analys

Analys har gjorts med grund i Dahlbergs (2014) definition av beskrivande innebördsanalys, detta gör att förståelse fås för fenomenet. En kvalitativ beskrivande innebördsanalys har gjorts där materialet bearbetats genom att gå från helhet, till delar, till helhet igen (a.a.). Detta innebär att de vetenskapliga artiklarna har lästs igenom flera gånger av båda författarna för att få förståelse för innehållet samt skapa en helhet som båda författarna känner väl. En skriftlig sammanställning skapades av de utvalda artiklarnas huvudfynd, därefter söktes det efter likheter och skillnader. Detta i sin tur gjorde att olika meningsenheter tog form. Dessa markerades och grupperades med liknande meningsenheter. För att säkerställa att dessa meningsenheter handlade om samma fenomen, lästes styckena i sin helhet igen, för att på så sätt garantera att inget betydande innebörd försvann eller misstolkades rent språkmässigt. Dessa grupperingar medförde till sist att en ny helhet bildades och olika innebördsteman tog form utifrån de delar i artiklarnas resultat som var relevanta för syftet. Se bilaga 4 för översikt av hur de olika innebördsteman har använts.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Begreppet oredlighet innebär att en författare med avsikt förvränger eller förfalskar material i ett vetenskapligt arbete (Kjellström, 2012). Materialet som har använts i detta arbete har inte på något sätt förvrängts, förfalskats eller uteslutits för att det inte stödjer teorin i litteraturöversikten. På så sätt hålls ett kritiskt förhållningssätt och resultatet har inte manipuleras utifrån tidigare förväntningar eller förhoppningar (Kjellström, 2012). Arbetet med litteraturöversikten genomsyrades på så sätt av ett etiskt och kritiskt förhållningssätt för att undvika att förfalskning eller förvrängning av materialet skedde. Artiklarna som använts i arbetet innehöll även någon form av etiskt resonemang och innehar godkännande från en etisk kommitté.

RESULTAT

Analysen av artiklarna resulterade i fem innebördsteman. Dessa teman är följande; *Stöd till närstående uppfattas som viktigt, Miljön och organisationen påverkar de närståendes möjligheter till närvar, Oro för vilken inverkan hjärt-lungräddning får på de närstående, De närstående påverkar sjuksköterskans professionalitet samt Närståendes närvaro uppfattas ha betydelse för patienten.*

Stöd till närstående uppfattas som viktigt

Många sjuksköterskor uppfattar att stöd till de närstående som bevittnar HLR är väsentligt för att möjliggöra en bra upplevelse för de närstående och för att personalen ska kunna utföra ett bra arbete i återupplivningsrummet (Al-Mutair, Plummer & Copnell, 2012; Fulbrook, Albarran & Latour, 2005; James, Cottle & Hodge, 2010; Knott & Kee, 2005; Köberich, Kaltwasser, Rothaug & Albarran., 2010; Lowry, 2012; McClement, Fallis & Pereira, 2009; Miller & Stiles, 2009; Monks & Flynn, 2014; Perry, 2009) Stödandet av närstående i situationer där dessa bevittnat hjärt- och lungräddning kan visa sig på olika sätt, enligt Monks och Flynn (2014) åstadkommer sjuksköterskor stöd genom fysisk beröring både mellan sjuksköterska och närstående samt sjuksköterska och patient. Sjuksköterskor uppfattar att detta bevisar deras omsorg både för de närstående men även patienten (a.a.). Det framkommer även att sjuksköterskor uppfattar att de är stödjande mot de närstående genom att trösta, men också genom enklare uppgifter som att hämta något att dricka eller ställa fram en stol för den närstående att sitta på (Lowry, 2012). Genom att skapa band med de närstående innan, under och efter återupplivningsförsöket kan sjuksköterskor och de närstående komma varandra närmre och sjuksköterskorna bli ett större stöd för de närstående (Miller & Stiles, 2009). Genom att de närstående får vara nära och har möjligheten att fysisk röra vid patienten uppfattar sjuksköterskor detta som stödjande i sig. Efter återupplivningsförsök som lett till dödsfall uppfattas det som viktigt att de närstående får tid tillsammans med den avlidne och en sjuksköterska om så önskas och att detta har en stödjande effekt (James et al., 2011).

När ett antal tyska intensivvårdssjuksköterskor tillfrågats instämmer de flesta med påståendet att det skall finnas en person från personalen som enbart är på plats för att ta hand om de närstående och möta deras behov under ett återupplivningsförsök (Köberich, et al., 2010). Detta styrks även av Fulbrook et al. (2005) som menar att sjuksköterskor anser att en person från återupplivningsteamet skall finnas på plats för att ge emotionellt stöd till de närstående men också finnas på plats för att förklara de interventioner som sker och leda de närstående genom processen. Sjuksköterskor som arbetar på en intensivvårdsavdelning är de som starkast uttrycker att detta är en nödvändighet (a.a.). Enligt Perry (2009) anser nästan alla sjuksköterskor att för att kunna låta närstående, i detta fall föräldrar till sjuka barn, närvara vid hjärt- och lungräddning behöver en erfaren stödperson finnas tillgänglig. Sjuksköterskor uttrycker dock att de till viss del saknar den nödvändiga kompetensen och erfarenheten för att utföra denna roll (a.a.).

Sjuksköterskor uppfattar det som viktigt av att ha en stödperson på plats för de närstående som väljer att bevittna ett återupplivningsförsök, detta visar sig återkommande (James et al., 2011; Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009). Denna person skall finnas på plats

för att förbereda de närstående på vad de kommer få se samt under tiden förklara vad som sker och att detta kan göras på ett förståeligt vis (Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009). Sjuksköterskor med denna roll uppfattar dock att det är svårt att förbli stödperson efter att återupplivningsförsöket är över på grund av att de inte har möjligheten att ta sig den tiden som behövs för att stödja närstående då andra arbetsuppgifter kallar på dem (James et al., 2011). På en akutmottagning, där sjuksköterskor utgår från ett speciellt protokoll för situationer där närstående närvarar vid hjärt- och lungräddning, beskrivs det hur en närstående inte får närvara såvida en stödperson finns på plats. Denna persons uppgift är att informera innan de närstående går in till patienten om vad som kommer hända, förklarar utrustningen och patientens skick, samt att fungera som ett stöd under hela processen för de närstående (Lowry, 2012).

Vid ett återupplivningsförsök hanterar närstående det potentiella överhängande faran att förlora en person de älskar. Sjuksköterskorna måste samtidigt hantera tankarna och känslorna kring risken att förlora ett liv (Knott & Kee, 2010). Andra sjuksköterskor uppfattar att när de finns på plats vid ett återupplivningsförsök som stöd för närstående och får tillfälle att skapa ett slags band med dessa, uppstod en situation som beskrevs som emotionellt påfrestande för sjuksköterskorna. Faktorn som gjorde att sjuksköterskorna uppfattar att detta trots allt blev en positiv upplevelse var att de skapade en mellanmänsklig kontakt med de närstående (Miller & Stiles, 2009). Sjuksköterskor som haft den stödjande funktionen för de närstående vid ett återupplivningsförsök menar på att det är viktigt att det finns ett stöd även för dem att luta sig tillbaka på eftersom det främjar sjuksköterskornas egen förmåga att stödja de närstående. Sjuksköterskor beskriver att de i sin yrkesroll saknar stödmekanismer och istället använder sig av så kallade informella stödmekanismer som de finner i sina egna närstående eller kollegor (James et al., 2011). Enligt McClement et al. (2009) uppfattar sjuksköterskor att de har copingmekanismer som de använder vid ett återupplivningsförsök men att dessa inte uppfattas som passande när de har närstående närvarande, som exempelvis humor. Al-Mutair et al. (2012) belyser vikten av att sjuksköterskorna har ett slags system för att ge varandra stöd när närstående har närvarat vid hjärt- och lungräddning om detta skulle implementeras i praktiken.

Miljön och organisationen påverkar de närståendes möjlighet till närvaro

Ett vanligt fysiskt hinder som sjuksköterskor anger som argument mot att ha närstående närvarande vid HLR är brist på utrymme i återupplivningsrummet. Köberich et al. (2010) menar att basala behov för att möjliggöra närståendes närvaro vid HLR ofta inte kan uppfyllas, exempelvis är ofta utrymmet mellan sjukhussängarna alldeles för dåligt för att närstående ska kunna vistas nära patienten. Det är vanligt att det rent allmänt är trångt vid HLR, därmed kan närståendes närvaro medföra bekymmer för personalen som utför HLR (McClement, et al., 2009). En del sjuksköterskor vill inte låta närstående vara närvarande just på grund av bristen på utrymme, dessutom är det mycket personal kring patienten vid HLR att detta i sig gör att närstående inte får plats och kan vara i vägen för vårdpersonalen (Knott & Kee, 2005). Enligt Fulbrook et al. (2005) uppfattar ett överhängande antal sjuksköterskor att utrymmet hos patienten inte räcker till för både vårdpersonal och närstående. James et al. (2010) beskriver också problemet med små utrymmen samtidigt som sjuksköterskor vill kunna erbjuda närstående att vara nära patienten, vilket också

oftast är vad de närstående önskar. Detta kan vara svårt då det är avgörande att de närstående inte är i vägen eller på något sätt försvårar återupplivningsarbetet (James et al., 2010).

Sjuksköterskor anger inte bara att det är brist på utrymme utan även på personal för att det ska fungera att ha närstående närvarande och så att dessa får bra stöd i den traumatiska upplevelsen (Köberich, et al., 2010). Enligt Günes och Zaybak (2008) uppfattar ett stort antal sjuksköterskor att det inte finns tillräckligt med personal för att utgöra ett gott emotionellt stöd för de närstående. Köberich et al. (2010) menar att det speciellt är brist på erfaren personal som tidigare varit med om att stödja närstående vid HLR. Andra resurser som oftast är svåra att tillgå är tid. Det kan ofta vara brist på både personal och tid under HLR av en patient för att sjuksköterskor ska kunna ha förmågan att utgöra stöd till närstående och är därför begränsade i sin roll som stödjande personer (James et al., 2010). Många sjuksköterskor anger också att deras huvudfokus ligger på att rädda patienten och anser inte att det är möjligt för dem att både finnas till för närstående och patient samtidigt (Tudor, Berger, Polivka, Chlebowy & Thomas, 2014).

De flesta instanser saknar riktlinjer för att ha närstående närvarande vid HLR, i en europeisk studie (Fulbrook et al., 2005) anger endast ett fåtal sjuksköterskor att de har riktlinjer för att ha närstående närvarande vid HLR där de arbetar. Liknande resultat kan ses där sjuksköterskor identifierat att de saknar skrivna protokoll och riktlinjer (Köberich et al., 2010; Al-Mutair et al., 2012; Günes & Zaybak, 2008). Lowry (2012) rapporterar att sjuksköterskor som arbetar på instanser där det arbetas med väl etablerade riktlinjer känner sig tryggare med att ha närstående närvarande vid HLR och bjuder in närstående till återupplivningsrummet automatiskt. Sjuksköterskor är där noggranna med att närstående stöds och informeras under hela processen och låter närstående vänta utanför återupplivningsrummet i fall det finns något i återupplivningsrummet som inte är lämpligt för närstående att se, exempelvis katetersättning eller att det finns mycket blod runt patienten. De flesta av dessa sjuksköterskor anger att de har en positiv inställning till att ha närstående närvarande vid HLR (a.a.). Fulbrook et al. (2005) anger dock att sjuksköterskor, trots avsaknad av riktlinjer, ändå ställer sig positiva till att ha närstående närvarande vid HLR.

Oro för vilken inverkan hjärt-lungräddning får på de närstående

En ständig oro hos många sjuksköterskor under HLR av en patient är att närstående ska ingripa eller störa återupplivningsarbetet (Köberich et al., 2010; Knott & Kee, 2005; McClement et al., 2009; Tudor et al., 2014). Många har också uppfattningen att närstående ska argumentera med återupplivningsteamet (Fulbrook et al., 2005; Günes & Zaybak, 2008). En anledning till att sjuksköterskor uppfattar detta är för att de tror att närstående ska missförstå de interventioner som görs under HLR eller på något annat sätt missförstå vad som händer under HLR och att detta kan leda till att närstående betar sig eller agerar på ett visst sätt, vilket gör att sjuksköterskor ibland önskar hålla närstående utanför återupplivningsrummet (Günes & Zaybak, 2008; Köberich et al., 2010). Det framkommer också att sjuksköterskor, i samband med stödjandet av närstående stöd och närståendes valfrihet att närvara vid HLR, anser att det är viktigt att kunna ta ifrån de närstående sin valfrihet i fall de stör återupplivningsarbetet eller blir för påverkade av att bevittna HLR (James et al., 2010).

En mycket vanligt förekommande uppfattning hos sjuksköterskor har visat sig vara oro för att närstående ska drabbas av emotionellt trauma av att bevittna HLR (Al-Mutair et al., 2012; Günes & Zaybak, 2008; Knott & Kee, 2005; Köberich et al., 2010; McClement et al., 2009; Tudor et al., 2014;). Lowry (2012) beskriver att en del sjuksköterskor spekulerar kring eventuella negativa upplevelser för närstående fastän de inte har erfarenhet av någon sådan händelse men en oro finns ändå hos dem. Monks och Flynn (2014) beskriver att sjuksköterskor uppfattar sig som ansvariga för det hemska de närstående får se och de upplever att de inte kan skydda de närstående från den skakande verklighet som HLR innebär.

Genom att de närstående får närvara vid HLR uppfattar sjuksköterskor generellt att de närstående har lättare att acceptera ett eventuellt dödsfall genom att se att personalen har gjort allt i sin makt för att rädda patientens liv (Fulbrook et al., 2005; James et al., 2011; Knott & Kee, 2010; Köberich et al., 2010; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Miller & Stiles, 2009). Bland turkiska sjuksköterskor visar det sig istället att majoriteten av deltagarna inte uppfattar att närstående får det enklare att acceptera ett eventuellt dödsfall trots att de haft möjligheten att bevittna det (Günes & Zaybak, 2009). I andra fall visar det sig att sjuksköterskorna uppfattar att de närstående får ett sorts avslut, samt att detta kom enklare och fridfullare för de närstående efter att ha närvarat vid hjärt- och lungräddning där återupplivningsförsöken inte haft god utgång (Knott & Kee, 2010; Miller & Stiles, 2009; Tudor et al., 2014). Möjligheten att få vara i närheten av patienten i dess sista stund i livet uppfattas av sjuksköterskor som positivt och främjande för de närstående att ta sig genom sin sorgprocess effektivare (Fulbrook et al., 2005; Knott & Kee, 2010; Tudor et al., 2014).

De närstående påverkar sjuksköterskans professionalitet

Vid närståendes närvaro under HLR känner många sjuksköterskor sig osäkra i sin roll, genom att de närstående bevittnar allt sjuksköterskorna gör så uppfattar många sig som otillräckliga (McClement et al., 2009). Många känner press av att någon ser allt de gör och även kommenterar och ifrågasätter arbetet (a.a.). Genom att de uppfattar sig som ”övervakade” av närstående blir sjuksköterskorna självkritiska och väldigt självmedvetna (Knott & Kee, 2005) och många känner en emotionell stress genom att ha närstående närvarande (Al-Mutair et al., 2012; Perry, 2009) Sjuksköterskor kan uppfatta ängslan kring att närstående ska tolka deras ageranden och åtgärder runt patienten som felaktiga, sjuksköterskor upplever då oro för att bli anmälda fastän de inte gjort något fel (Lowry, 2012).

Närståendes närvaro påverkar också återupplivningsteamets beteende, teamet använder sig ofta av humor för att hantera den stress de arbetar i. Humorn främjar samarbete, kommunikation och lättar på den tryckta stämningen i återupplivningsrummet (McClement et al., 2009). Sjuksköterskor uttrycker en oro för att detta ska missförstås av de närstående som kan bli sårade (a.a.). Detta gör att teamet känner sig begränsade kommunikationsmässigt och mer stressade (McClement et al., 2009; Knott & Kee, 2005). Många sjuksköterskor uttrycker att teamet kan störas av närståendes närvaro, både fysiskt och mentalt (Al-Mutair et al., 2012). Sjuksköterskor uppfattar att deras och teamets beteende förändras när närstående är närvarande, de beskriver att de tappar fokus från

patienten och blir minst lika fokuserade på de närstående eftersom de uppfattar att de måste visa de närstående tydligt att de gör allt de kan för patienten (Knott & Kee, 2005). Dessa sjuksköterskor har uppfattningen att de blir mer osäkra med närstående närvarande och blir rädda för att närstående skall ifrågasätta dem i fall livsuppehållande åtgärder inte skulle fungera (a.a.). En del sjuksköterskor uppfattar att genom närståendes närvaro undermineras deras profession och kunskap i fall de medicinska åtgärderna inte fungerar, sjuksköterskorna uppfattar att de närstående anklagar dem för att ha misslyckats (Monks och Flynn, 2014). Detta gör enligt Knott och Kee (2005) att sjuksköterskor agerar mer försiktigt och blir mer vaksamma. Dessutom uppfattar sjuksköterskor att teamet inte kan prata med varandra på samma sätt med närstående närvarande av rädsla för att säga något okänsligt, vilket sjuksköterskorna uppfattade ledde till att det blev tyst i återupplivningsrummet (a.a.).

Den positiva påverkan som sjuksköterskor uppfattar att närståendes närvaro har på dem själva är att de får de en tydligare humanistisk syn på situationen, samt en ökad förmåga att se sitt eget agerande och detaljer i hjärt- och lungräddningsprocessen (Monks & Flynn, 2014). Enligt McClement et al. (2009) uppfattar sjuksköterskor att det blir enklare att se patienten först och främst som en person och inte enbart ett objekt eller ett sjukdomstillstånd. Flertalet sjuksköterskor uttrycker dock en svårighet att behålla sin professionalitet under de tillfällen då närstående hade närvarat under ett återupplivningsförsök, detta beror på att situationen blev emotionell på ett sätt som inte sker när en patients närstående inte är på plats (Monks & Flynn, 2014). Samma sjuksköterskor menar också att de blir osäkra på sina teoretiska och praktiska färdigheter och kunskaper (a.a.). Uppfattningen finns att inte vara tillräckligt kompetent eller att inte kunna lita på sina kunskaper (McClement et al., 2009). Detta är tydligare uttryckt av sjuksköterskor med liten erfarenhet av HLR eller som är nyligen examinerade sjuksköterskor.

Närståendes närvaro uppfattas ha betydelse för patienten

Enligt Knott och Kee (2005) har sjuksköterskor uppfattningen att det är positivt att ha patientens närstående närvarande vid ett återupplivningsförsök då det hjälper personalen att ta beslutet att avsluta HLR. Möjligheten för de närstående att vara nära patienten under ett återupplivningsförsök uppfattas av sjuksköterskor enligt Monks och Flynn (2014) som positivt då de närstående kan stödja och måna om patienten. Detta styrks av Miller och Stiles (2009). Utöver detta uttrycker sjuksköterskor att de uppfattar att de kan få ytterligare information från de närstående under ett återupplivningsförsök som kan vara av vikt för att rädda livet på patienten, samtidigt som de närstående kan vara avgörande för att inte förlänga HLR hos patienter där läget anses resultatlöst. Enligt Köberich et al. (2010) uppfattar sjuksköterskor även att de närstående själva kan uttrycka en vilja att personalen skall avsluta HLR innan de blivit tillfrågade. Enligt Fulbrook et al. (2005) har sjuksköterskor uppfattningen att närståendes närvaro vid HLR påverkar patienten, dock är inte sjuksköterskor ense om huruvida påverkan är positiv eller negativ för patienterna.

Majoriteten av intensivvårdssjuksköterskor, enligt Günes och Zaybak (2008), uttrycker att närståendes närvaro vid HLR inte påverkar patienten. Denna uppfattning delas även av sjuksköterskor verksamma i Saudi Arabien (Al-Mutair et al., 2012). Enligt Tudor et al. (2014) uppfattar sjuksköterskor att de närståendes närvaro skall påverka och inskränka

patienternas välbefinnande, värdighet och integritet. Sjuksköterskor, enligt Miller och Stiles (2009), uppfattar även att vid närståendes närvaro finns en risk att de närstående skall insistera på att hjärt- och lungräddningen skall fortsätta trots att insatserna inte ger något resultat och skapar ytterligare lidande för patienten.

Sammanfattning

Sjuksköterskor har uppfattningen att det behöver finnas en stödperson tillgänglig för de närstående om de skall närvara vid HLR, detta för att kunna informera och förklara för de närstående vad det är som händer och varför. Detta anser sjuksköterskor behövs för att de närstående ska känna sig trygga men också för att minimera risken att de närstående ska störa återupplivningsarbetet. Många sjuksköterskor känner oro för att ha närstående närvarande vid HLR just för rädslan att de närstående ska bli så emotionellt påverkade att de stör återupplivningsarbetet genom att exempelvis argumentera med personalen eller rent fysiskt vara i vägen för det arbete som utförs. En annan uppfattning som många sjuksköterskor har är att arbetsmiljön rent allmänt inte är lämpad för det antal personer det kan bli med närstående närvarande, det är trångt och närståendes närvaro försvårar situationen. Många sjuksköterskor menar också att bristen på personal och dessutom bristen på riktlinjer angående ämnet gör att sjuksköterskor står villrådiga till hur de ska agera och möjliggöra närståendes närvaro vid HLR. Sjuksköterskor har visat sig ha olika uppfattningar gällande huruvida närståendes närvaro gynnar patienten eller inte.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskans uppfattningar av att ha närstående närvarande vid HLR. Valet att undersöka just sjuksköterskans uppfattning av fenomenet skedde för att kunna använda artiklar som handlade om sjuksköterskor som upplevt situationen. Det valdes också för att kunna spegla uppfattningarna hos sjuksköterskor som inte har befunnit sig i en situation där närstående närvarat vid HLR.

I det här examensarbetet har både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar använts, som sedan analyserats och en ny helhet byggts upp genom att tolka data som framkommer och utifrån det skapa nya slutsatser i form av innebörder (Dahlberg, 2014). Metodvalet att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar medför både bredd och djup i resultatet men gör det svårare att skapa den kvalitativa sammanställning som gjorts i detta arbete. Genom att utföra en beskrivande innebördsanalys kan beskrivningar göras som leder till förståelse av ett fenomen (Dahlberg, 2014). Efter sökandet av vetenskapliga artiklar syntes det tydligt att underlaget i de kvalitativa artiklarna inte hade räckt för att få en bra grund att skriva examensarbete på, därför har även kvantitativa artiklar använts. De kvalitativa artiklarna erbjöd en djupdykning ner i fenomenet och hur deltagarna uppfattade den eftersökta situationen medan de kvantitativa artiklarna erbjöd en bredd i sina resultat eftersom dessa artiklar hade vänt sig till större grupper. När artiklarnas innehåll hade sammanställts framträdde ett mönster, de kvalitativa artiklarna visade på en mer positiv syn hos deltagarna om att ha närstående närvarande vid HLR jämfört med de kvantitativa. Detta kan bero på att de kvantitativa artiklarna lyfte fram uppfattningar hos sjuksköterskor som inte upplevt närståendes närvaro vid HLR.

Valet att avgränsa artiklarna till åren 2005-2016 gjordes för att se till att så aktuell forskning som möjligt användes till denna litteraturöversikt. Det ska dock tas i åtanke att endast två artiklar som utgör resultatet i denna litteraturöversikt är från 2005, resterande är från 2008 och framåt. I och med detta är majoriteten av de använda artiklarna aktuella i tid. Ingen geografisk avgränsning gjordes då de initiala sökningarna visade på mindre mängder tidigare forskning inom området. Det hade varit av intresse att endast använda publicerad forskning utförd i eller i närheten av Sverige för att få en så säker bild av hur fenomenet ser ut här.

Arbetet indikerar ett rimligt resultat. Tolkningen av data, och överensstämmelsen mellan de skapade innebördsteman, har diskuterats med handledaren för arbetet vilket gör arbetet mer trovärdigt. I artiklarna som ingår i arbetets resultat refererar dessa författare ofta till varandra vilket ökar trovärdigheten men visar också på brist på forskning inom området. En av författarna till artiklarna hade själv utformat ett frågeformulär för vårdpersonal att besvara om just närståendes närvaro vid HLR. Enligt författaren ökade validiteten för frågeformuläret då det baserades på tidigare forskning som fanns publicerat inom området. Detta frågeformulär använde sig flera av de andra författarna av i sina artiklar vilket kan anses vara en styrka då författarna undersöker samma fenomen.

Att resultatet består av artiklar gjorda i flera olika länder ger denna litteraturöversikt en bredd och variation, vilket kan ses som en styrka. Nackdelen med detta är att resultatet inte går att överföra generellt men kan användas som ny forskning som kan komma till användning inom området. De länder som finns representerade är Kanada, USA, Tyskland, Storbritannien, Sverige, Norge, Danmark, Turkiet och Saudi Arabien. Detta visar på en majoritet av moderna utvecklade länder och resultatet är därmed möjligt att tillämpa i Sverige, inom detta område, men kan inte överföras rent allmänt.

Genom arbetets gång har författarna tagit hänsyn till sin förståelse genom att hela tiden vara kritiska till det resultat som kommit fram och inte göra mer av det än det faktiskt visar vilket gör resultatet pålitligt. Ett problem i arbetet är svårigheten att hitta stringensen i de innebördsteman som framkommit eftersom dessa hör samman och går in i varandra i hög grad. En styrka är dock den tematabell som gjorts för att se vilka teman som omfattas av vilka vetenskapliga artiklar, detta medför en god översikt över hur resultatet använts.

För att nå resultatet som framkommit i detta examensarbete skulle författarna, istället för vetenskapliga artiklar, kunnat använda sig att skriva berättelser eller intervjuer med personer utifrån samma parametrar som utgjort urvalet i detta arbete. Intervjuer skulle exempelvis ge möjligheten att inkludera den icke-verbala kommunikationen, så som ansiktsuttryck, samt ge möjligheten att ställa följdfrågor som skulle kunna leda till ett resultat med mer djup i. Detta hade dock tagit längre tid och det går även att diskutera huruvida resultatet hade blivit detsamma, då erfarenhet att arbeta på detta sätt saknas hos författarna.

För att se vilken ny forskning som kommit inom området efter arbetet med resultatet i denna litteraturöversikt gjordes en ny artikelsökning utefter de tidigare sökord och databaser som använts (Henricson, 2014). Det visade sig att det kommit ut en del ny forskning inom detta område, vilket gör att resultatet i denna litteraturöversikt inte redogör för området så som det ser ut idag. Författarna menar att eftersom detta är ett högaktuellt område så är det rimligt att ny forskning publiceras och behöver inte nödvändigtvis sänka resultatets kvalitet men läsaren bör ha i åtanke att ny forskning existerar som inte finns representerad i denna litteraturöversikt.

Resultatdiskussion

Resultatet i den här litteraturöversikten visar sig som fem innebördsteman som besvarar syftet att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av att ha närstående närvarande vid HLR. Dessa innebördsteman är; *Stöd till närstående uppfattas som viktigt, Miljön och organisationen påverkar de närståendes möjlighet till närvaro, Oro för vilken inverkan hjärt-lungräddning får på de närstående, De närstående påverkar sjuksköterskans professionalitet samt Närståendes närvaro uppfattas ha betydelse för patienten.* Stöd till närstående är något som många sjuksköterskor uppfattar som väsentligt i situationer där närstående närvarar vid HLR, en stödperson behövs för de närstående under hela återupplivningsarbetet. Sjuksköterskor uppfattar att en stödperson skulle kunna informera, trösta, och finnas där för de närstående under återupplivningsarbetet som sjuksköterskorna anser vara en traumatisk upplevelse att bevittna för utomstående. Denna typ av stöd uppfattas skapa band mellan sjuksköterska och närstående. Resultatet visar återkommande på att sjuksköterskor uppfattar att personalen sällan räcker till för att utgöra tillräckligt

emotionellt stöd till de närstående. Det stöd som sjuksköterskor ger för att bistå de närstående kan främst klassas som just emotionellt stöd, vilket anses vara den viktigaste typen av stöd (Thorstensson, 2012). Det emotionella stödets syfte är att lindra oro, osäkerhet, hopplöshet och depression (Fingfeld-Connett, 2005) och kan ha betydelse för en individs allmänna hälsa (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2014; Fingfeld-Connett, 2005). Annan forskning visar på fördelarna med en god stödjande miljö med väl fungerande kommunikation med de närstående, detta ger bättre förutsättningar för sjuksköterskor att ge gott emotionellt stöd (Turner, Chur-Hansen & Winefield, 2005).

Av resultatet framgår det tydligt att många sjuksköterskor uppfattar att en stödperson behöver finnas tillgänglig för de närstående. Denna stödperson kan förslagsvis utgöras av just en sjuksköterska som i regel har lättare att ta på sig en stödjande roll än andra yrkesgrupper i vården (Cottle & James, 2008). Sjuksköterskor har också den medicinska kunskapen som är nödvändig för att kunna informera närstående om de interventioner som sker (a.a.). I en sammanställning av tidigare forskning inom området framgår det att varje team med vårdpersonal bör ha en stödperson som endast finns till för de närstående och inte förväntas delta i återupplivningsarbetet (Agard, 2008). Det bör alltid finnas stödpersoner tillgängliga dygnet runt så att det går att garantera en positiv och givande upplevelse för både närstående och vårdpersonal. Stödpersonen bör ha som uppgift att kunna avgöra vilka närstående som kan klara av att närvara vid HLR och vilka som inte kan det, det handlar om att exkludera närstående som är aggressiva eller så kraftigt emotionellt påverkade att de stör återupplivningsarbetet (a.a.). Detta är faktorer som även sjuksköterskorna i resultatet känner oro för, vilket ytterligare visar på vikten av en stödperson.

Enligt resultatet uppfattar en del sjuksköterskor också att de själva skulle behöva stöd, just för att kunna vara där för närstående på ett bra sätt. Många sjuksköterskor använder sig av olika stödmekanismer och coping-strategier för att hantera den stress och emotionella påfrestning som HLR kan innebära men många uppfattar det som problematiskt att använda dessa strategier när närstående är närvarande.

Sjuksköterskor har blandade uppfattningar kring att ha närstående närvarande vid HLR visar resultatet men generellt sett anser många att det finns brister i vården som gör att närståendes närvaro vid HLR orsakar vissa svårigheter. Centralt i sjuksköterskors uppfattningar kring ämnet är att många uppfattar sig som begränsade av organisationen, vilket rör sig om faktorerna personalbrist, tidsbrist, brist på utrymme i återupplivningsrummet samt avsaknad av riktlinjer. Detta bekräftas även av annan forskning (Agard, 2008; Sak-Dankosky et al., 2013; Walker, 2007). Enligt Walkers (2007) sammanställning av forskning framkommer det dock att sjuksköterskor generellt ställer sig något mer positiva till att ha närstående närvarande vid HLR än annan vårdpersonal.

Den uppfattade personalbristen kan kopplas till sjuksköterskornas tankar om behovet av stöd till närstående. I resultatet framkommer det att sjuksköterskorna uppfattar att personalen inte räcker till för att utgöra tillräckligt emotionellt stöd till de närstående. Samtidigt visar också resultatet att sjuksköterskor anser att stöd till de närstående är väldigt viktigt. Detta skulle kunna innebära att fler sjuksköterskor kanske skulle ställa sig mer positiva till att ha närstående närvarande vid HLR i fall de kände att det fanns tillräckligt med resurser för det, alltså personal som kan stödja de närstående. Detta överensstämmer

med Turners et al. (2014) artikel där sjuksköterskorna beskriver att hinder för att ge gott stöd till närstående kan bestå av kulturella skillnader, språksvårigheter och brist på utbildning i hur stöd skall ges. I artikeln kopplas bristen på tid, personal och bristen fysiskt utrymme som en faktor till svårigheter att ge stöd (a.a.). Detta är faktorer som sjuksköterskorna i resultatet också tar upp genomgående som hinder för att ha närstående närvarande vid HLR.

Bristen på riktlinjer är ett återkommande hinder för att ha närstående närvarande vid HLR och resultatet visar på att sjuksköterskor på platser där väl etablerade riktlinjer finns känner sig mer trygga med, och positiva till att ha närstående närvarande vid HLR. Majoriteten av sjuksköterskorna i denna litteraturöversikt resultatet uppfattar att avsaknaden av riktlinjer bidrar till att det inte uppfattas fungera riktigt med att ha närstående närvarande vid HLR. I och med detta går det att anta att det skulle underlätta för återupplivningsteamet i fall det fanns tydliga riktlinjer överallt för hur det ska gå till i fall närstående är närvarande.

Ur resultatet framkommer det att flertalet sjuksköterskor uppfattar en oro för hur närstående skall reagera och hur HLR inverkar på dem. Främst är det oron för att de anhöriga skall utsättas ett emotionellt trauma samt missförstå de interventioner som personalen genomför vid HLR som framkommer. Detta överensstämmer även med studier utförda av Sak-Dankosky et al. (2013) samt Walker (2007). Att de närstående skulle drabbas av ett emotionellt trauma vid HLR är något som kan jämföras med andra situationer där patienter avlider på annat sätt. Efstathiou och Walker (2014) menar att när patienter avlider på annat vis än hjärtstopp, där interventioner avslutats, upplever sjuksköterskor istället att de närstående skall få all möjlighet att vara närvarande. Dessa sjuksköterskor menar att deras huvudsakliga uppgift istället är att se till att de närstående och patienten får spendera den sista tiden tillsammans (a.a.). Närstående har uttryckt tankar om att risken finns att de kommer störa personalen eller inte klara av att hantera en situation där deras nära och kära går igenom ett återupplivningsförsök (Weslien, Nilstun, Lundqvist & Fridlund, 2006). Sjuksköterskornas oro för vilken inverkan HLR får på de närstående kan därför anses som befogad.

Utöver detta visar även resultatet att sjuksköterskor uppfattar att de närståendes närvaro vid HLR kan ha en terapeutisk funktion, vilket kan hjälpa de närstående att få ett avslut och fortsätta i sin sorgprocess när en patient har gått bort efter HLR. En studie visar att närstående som har fått möjligheten att närvara vid HLR gynnas psykologisk av detta som fortsätter att öka efter ett år (Jabre et al., 2014).

Resultatet indikerar att närståendes närvaro vid HLR påverkar sjuksköterskans professionalitet både positivt och negativt. Sjuksköterskorna uppfattar att de får en ökad humanistisk syn på patienten som ligger framför dem. Sjuksköterskans arbete skall utgå från en humanistisk syn på människan (Svensk Sjuksköterskeföring, 2009) och på så sätt har de närståendes närvaro vid HLR en positiv påverkan på sjuksköterskan då de uppfattar att de får just en ökad humanistisk syn på patienten vilket resultatet visar. Å andra sidan uppfattar sjuksköterskorna i resultatet att de blir osäkra i sin roll, förlorar fokus på patienten och ser mer till de närstående, de ifrågasätter sin kompetens och uppfattar att återupplivningsteamets struktur och beteende förändras. Många sjuksköterskor anser att det är deras ansvar att ta hand om de närstående vid HLR (Terzi, 2011) och kan därmed vara en teori till varför sjuksköterskorna i resultatet uppfattar att de tappar fokus på

patienten. Trots detta så ställer sig ändå sjuksköterskor mer positiva till att ha närstående närvarande vid HLR än till exempelvis läkare (Critchell & Marik, 2007; Leung & Chow, 2012). Tidigare studier visar även att sjuksköterskor uppfattar att närståendes närvaro skapar negativa konsekvenser för vårdpersonalen (Walker, 2007; Sak-Dankosky et al., 2013).

Av resultatet framgår det att sjuksköterskor uppfattar att närståendes närvaro har inverkan på situationen ur patientens perspektiv. De uppfattningar som sjuksköterskor har som visar på att närståendes närvaro kan ses som positivt för patienten är att patienten genom detta kan få stöd och bli omhändertagen av sina nära och kära. Sjuksköterskor menar också att närstående kan hjälpa till att avbryta HLR när det är uppenbart lönlöst, vilket skonar patienten och dennes integritet. De uppfattningar som pekade på att närståendes närvaro skulle vara negativ för patienten visar på att de närståendes närvaro skulle kunna kränka patientens välbefinnande och värdighet och risken finns att de närstående förlänger återupplivningsarbetet trots resultatlösa insatser.

De närstående spelar en viktig roll i den heltäckande vården av en patient. De närstående upplever ofta lidande i samband med att en nära insjuknar i allvarliga och akuta tillstånd och de närståendes hälsa och välbefinnande påverkar patientens egna återtagande av hälsa och välbefinnande, därför är det av vikt att inkludera närstående i patientens omvårdnad, att de närstående och patienten tillsammans ska ses som en helhet (Dahlberg & Segesten, 2011).

Annan forskning visar på att närstående själva är mycket positiva till att närvara vid HLR eftersom de får chansen att ta farväl och finnas där för patienten (Agard, 2008) vilket också framkommit i sjuksköterskors uppfattningar i den här litteraturöversiktens resultat. Agard (2008) menar att sjuksköterskor har förmågan att skapa ökade möjligheter för närstående att närvara vid HLR genom att ta fram program och riktlinjer och erbjuda stöd till de närstående som har stort behov av just detta under återupplivningsarbetet av patienten.

Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning

Att ha närstående närvarande vid HLR har i resultatet framkommit som något många sjuksköterskor inte är vana vid och som de har många olika uppfattningar av. Därför är detta ett område som idag behöver diskuteras öppet inom den svenska sjukvården. Om en avdelning skulle vilja implementera detta arbetssätt i klinisk verksamhet har några olika punkter lyfts som viktiga som de bör arbeta utifrån. Först och främst behövs tydliga riktlinjer utarbetas på de avdelningar där detta arbetssätt är tänkt att implementeras. Detta behövs för att inte den individuella sjuksköterskan står som ansvarig för att besluta huruvida de närstående skall få närvara eller inte, samt för att all personal skall arbeta med detta utifrån samma premisser. Även vikten av stöd både för de närstående och sjuksköterskorna själva lyfts som viktigt. För att sjuksköterskor skall kunna agera som en bra stödperson för de närstående under ett återupplivningsförsök behöver sjuksköterskan stöd från sina kollegor. Detta är något som en avdelning behöver tillgodose för att alla sjuksköterskor skall kunna vara ett gott stöd för de närstående vilket gynnar alla parter, så som patienten, närstående och sjuksköterskan. Detta arbete visar att i vissa fall uppfattar sjuksköterskorna att de närstående får det enklare att gå vidare efter ett

återupplivningsförsök där patienten avlidit när de har varit närvarande, detta är något som den svenska sjukvården bör sträva efter att hjälpa de närstående med.

Fortsatt forskning bedöms behövas inom området då ”fakta” saknas för hur de närstående uppfattar dessa situationer samt hur det har påverkat dem efter händelsen. Även ytterligare kvalitativ forskning angående faktiska upplevelser från sjuksköterskor som befunnit sig i sådana här situationer saknas för att kunna ge en bredare förståelse. Det behövs också liknande forskning genomförd i Sverige för att kunna beskriva situationen så som den uppfattas här och för att kunna finna likheter eller skillnader mellan olika vårdkulturer världen över.

Konklusion

Denna litteraturöversikt bidrar med en bredd av kunskap angående sjuksköterskors uppfattningar av att ha närstående närvarande vid HLR. Det har framkommit att uppfattningarna skiljer sig markant vilket gör att mer kunskap behövs kring ämnet och varför sjuksköterskor tycker som de gör. Okunskap inom området verkar leda till förutfattade meningar och framför allt rädsla hos sjuksköterskor. Lokala riktlinjer angående ämnet behöver införas för att möjliggöra trygghet och kunskap för sjuksköterskor och annan vårdpersonal men också för att garantera närstående och patient en bra vård. En stödperson för de närstående har visat sig vara väsentligt, detta är något som behöver införas i sjukvården för att möjliggöra närståendes närvaro vid HLR. Resultatet visar också på hinder från arbetsmiljön och organisationen förekommer som försvårar att ha närstående närvarande vid HLR, författarna ser att om dessa faktorer åtgärdas så har närstående en ökad möjlighet att få närvara vid HLR. Det har visat sig att närståendes närvaro kan ha en positiv inverkan på situationen. Detta genom att ge förslaget att avbryta HLR i situationer där detta varit resultatlöst, vilket skonar både patient och närstående. Närstående kan finnas som en förlängd arm till patienten eftersom deras närvaro, enligt sjuksköterskor, gör patienten mer mänsklig och ses inte bara som ett vårdobjekt. Detta ser författarna som positivt för vården.

Det har genom arbetet med denna litteraturöversikt visat sig vara brist på kvalitativ forskning om sjuksköterskors uppfattningar av att ha närstående närvarande vid HLR, vilket gör att viktiga faktorer förbises som människors tankar, avsikter, beteenden och drivkrafter, vilka är väsentliga för att få ökad förståelse för det här fenomenet.

REFERENSER

Referenser markerade med asterix * ingår i resultatet

Agard, M. (2008). Creating advocates for family presence during resuscitation. *MEDSURG Nursing* 17(3), 155-160.

*Al-Mutair, A. S., Plummer, A. & Copnell, B. (2012). Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. *Nursing in Critical Care* 17(2), 90-98.

American Heart Association. (2015). *Part 3: Ethical issues*. Hämtad 9 februari, 2016, från <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-3-ethical-issues/>

Anhörig. (2015b). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 17 november, 2015, från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=273>

Cottle, E. & James, J. (2008). Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standard* 23 (9), 43-47.

Critchell, C. & Marik, P. (2007). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 24(4), 311-317.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande* (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2011). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Doolin, C., Quinn, L., Bryant, L., Lyons, A. & Kleinpell, R. (2009). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 23(1), 8-14.

Efstathiou, N. & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experience of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 23, 3188-3196.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A & Thorell-Ekstrand, I. (2014) *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur

Ericson, E. & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

European Resuscitation Council. (2015). *Section 11: The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*. Hämtad 8 februari, 2016, från <http://www.cprguidelines.eu/>

- Finfgeld-Conett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship* 37(1), 4-9.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats* (2:a uppl., s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- *Fulbrook, P., Albarran, J. W. & Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies* 42, 557-568.
- *Günes, Ü. Y. & Zaybak, A. (2009). A study of Turkish critical care nurses' perspective regarding family-witnessed resuscitation. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2907-2915.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Honoré, K. (2012). Att vara anhörig. I A-M. Graubæk (red.), *Patientologi - personcentrerad vård i teori och praktik* (1:a uppl., s. 230-261). Stockholm: Natur & Kultur.
- Hung, M. & Pang, S. (2010). Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing* 67(1), 56-67.
- Isoardi, J., Slabbert, N. & Treston, G. (2005). Witnessing invasive pediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: A parental perspective. *Emergency Medicine Australasia* 17, 244-248.
- Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S. W., Belpomme, V., Jacob, L. ... Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assesment. *Intensive Care Medicine* 40(7), 981-987.
- *James, J., Cottle, E. & Hodge, D. (2010). Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing* 27(1), 19-26.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- *Knott, A. & Kee, C. C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research* 18, 192-198.
- *Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care* 15(5), 241-250.

Leung, N. Y. & Chow, S. (2012). Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2083-2093. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.0413.x

*Lowry, E. (2012). "It's Just What We Do": A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-established Family Presence Protocol. *Journal of Emergency Nursing* 38(4), 329-334.

Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* 17, 3168-3176.

*McClement, S. E., Fallis, W. M. & Pereira, A. (2009). Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspective. *Journal of Nursing Scholarship* 41(3), 233-240.

McGahey-Oakland, P. R., Lieder, H. S., Young, A. & Jefferson, L. S. (2007). Family Experiences During Resuscitation at a Children's Hospital Emergency Department. *Journal of Pediatric Health Care* 21(4), 217-225.

McLaughlin, K., Melby, V. & Coates, V. (2013). Family-centered care during resuscitation events. *Emergency Nurse* 21 (3), 28-34.

*Miller, J. H. & Stiles, A. (2009). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures: The Nurse Experience. *Qualitative Health Research* 19(10), 1431-1442.

*Monks, J. & Flynn, M. (2014). Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive & Clinical Care Nursing* 30(6), 353-359.

Nikolaou, N. I., Arntz, H-R., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L. & Cariou, A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes. *Resuscitation* 95(2015), 264-277.

Närstående. (2015a). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 17 november, 2015, från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=272>

Nationellt register för hjärtstopp. (2011). *Årsrapport 2011*. Stockholm: FLISA, HLR-rådet. Hämtad 17 november, 2015, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Hjartstoppregistret-Arsrapport-2011.pdf>

O'Donoghue, S., DeSanto-Madeya, S., Fealy, N., Saba, C., Smith, S. & McHugh, A. (2015). Nurses' perceptions of role, team performance and education regarding resuscitation in the adult medical-surgical patient. *MEDSURG Nursing* 24 (5), 309-317.

*Perry, S. E. (2009). Support for parents witnessing resuscitation: nurse perspectives. *Paediatric Nursing* 21(6), 26-31.

Sak-Dankosky N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. & Kvist, T. (2013). Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing* 70(5), 957-974.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 26 februari, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Stöd till anhöriga, anhörigstöd. (2016). *Socialstyrelsen*. Hämtad 3 februari, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/stodtillanhoriga>

Svenska Hjärt-lungräddningsregistret. (2015). *Årsrapport 2015*. Stockholm: FLISA, HLR-rådet. Hämtad 7 november, 2015, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Svenska-HLR-radet-HLR-registret-arsrapport-2015.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Genève: International Council of Nurses. Hämtad 6 februari, 2016, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2009). *Sjuksköterskans profession*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 6 februari, 2016, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Sjukskoterskans-profession/>

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2010). *Riktlinjer i HLR 2010/2011*. Hämtad 6 november, 2015, från: <http://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/riktlinjer-2011/>

Svenska läkarsällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2013). *Etiska riktlinjer för hjärt- och lungräddning*. Hämtad 3 november, 2015, från www.sls.se/Global/etik/riktlinjer20maj.pdf

Terzi, A-B. (2011). Nurse's role in the modern resuscitation era. *Hospital chronicles* 7(1), 25-31.

Thorstensson, S. (2012). *Professional support in childbearing, a challenging act of balance*. (Doktorsavhandling). Örebro: Örebro universitet.

*Tudor, K., Berger, J., Polivka, B. J., Chlebowy, R. & Thomas, B. (2014). Nurses's Perceptions of Family Presence During Resuscitation. *American Journal of Critical Care* 23(6), 88-96.

Turner M., Chur-Hansen, A. & Winefield, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of Clinical Nursing* 23, 3156-3165.

Walker, W. (2007). Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of Advanced Nursing* 61 (4), 348-362.

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2006). Narratives about resuscitation – Family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5(1), 68-74.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl., s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Sökschema.

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar före kvalitetsgranskning	Valda artiklar efter kvalitetsgranskning
MEDLINE	nurs* AND resuscita* AND famil* Årtal: 2005-2016	428	25	14	6	5
CINAHL	nurs* AND resuscita* AND famil* AND experienc* Årtal: 2005-2016 Research Peer-reviewed	60	9	6	5	4
CINAHL	nurs* AND resuscitation AND experience Årtal: 2005-2016 Research Peer-reviewed	148	12	3	2	2
MEDLINE	nurs* AND resuscitation AND experienc* AND famil* Årtal: 2005-2016	97	10	2	1	1

BILAGA 2

Översikt över analyserade artiklar

Titel, författare, tidskrift, årtal	Problem och syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad & Studiedesign
<p>Titel: Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses perspective. Författare: McClement, S., Fallis, W. & Pereira, A. Tidskrift: Journal of Nursing Scholarship Årtal: 2009</p>	<p>Att beskriva vad sjuksköterskor ser för framträdande problem gällande ämnet att ha närstående närvarande vid HLR</p>	<p>Enkät skickades ut via internet till sjuksköterskor medlemmar i Canadian Association of Critical Care Nurses med möjligheten att ge kvalitativa svar. 242 av 450 gav kvalitativa svar. I den här artikeln redovisas endast de kvalitativa svaren från enkäten.</p>	<p>Resultatet består av fyra teman; uppfattade fördelar för närstående, uppfattade nackdelar för närstående, uppfattade fördelar för vårdpersonal samt uppfattade nackdelar för vårdpersonal när närstående är närvarande vid HLR. Många sjuksköterskor upplevde att närstående skulle drabbas av psykologiskt trauma, men också få chansen att ta avsked</p>	<p>Medel kvalitet. Det kvantitativa resultatet har ej publicerats samtidigt. Kvaliteten sänks något. Kvantitativ studie med kvalitativa svar, deskriptiv studiedesign</p>
<p>Titel: Nurses perceptions of family presence during resuscitation. Författare: Tudor, K., Berger, J., Polivka, B., Chlebowy, R. / Thomas, B. Tidskrift: American Journal of Critical Care Årtal: 2014</p>	<p>Utforska sjuksköterskors kunskaper, attityder, erfarenheter och upplevelser av att ha närstående närvarande vid HLR, utforska nyttan vs riskerna med detta samt sjuksköterskor självförtroende i dessa situationer</p>	<p>En tvärsnittsstudie genomfördes i form av en enkät med 63 frågor. Denna enkät fanns dels tillgänglig på internet men också fysiskt i sjuksköterskornas lunchrum. 154 sjuksköterskor svarade på enkäten.</p>	<p>Sjuksköterskors självförtroende korrelerade starkt med positiva uppfattningar kring närståendes närvaro vid HLR. Många upplevde att den största fördelen med att ha närstående närvarande var att de närstående förstod att man gjort allt man kunnat för patienten. Många upplever oro för att orsaka psykologiskt trauma hos närstående</p>	<p>Hög kvalitet Kvantitativ studie</p>
<p>Titel: Support for parents witnessing resuscitation: nurse perspective. Författare: Perry, S. Tidskrift: Pediatric Nursing Årtal: 2009</p>	<p>Identifiera kunskap och upplevelser angående att ha närstående närvarande vid HLR hos sjuksköterskor som arbetar med barn.</p>	<p>Enkäter skickades ut via internpost till ett sjukhus. Enkäten innehöll strukturerade frågor samt några öppna frågor. 32 sjuksköterskor svarade.</p>	<p>Två tredjedelar av respondenterna uttryckte en positiv attityd till att ha närstående närvarande vid HLR. De flesta hade varit med om en situation där HLR utförts på ett barn, de upplevde att en erfaren stödperson var nödvändig att ha med.</p>	<p>Hög kvalitet Kvantitativ studie</p>

<p>Titel: Family witnessed resuscitation experience and attitudes of German intensive care nurses.</p> <p>Författare: Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. & Albarran, J.</p> <p>Tidskrift: Nursing in Critical Care</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Utforska upplevelser och attityder hos tyska intensivvårdsköterskor angående närståendes närvaro vid HLR.</p>	<p>En enkät gavs ut till 394 intensivvårdssköterskor under en kongress i Tyskland, 166 sjuksköterskor svarade.</p>	<p>65 % av de sjuksköterskor som hade erfarenhet av att ha närstående närvarande vid HLR upplevde detta som negativt. De flesta anser att närstående ej ska bli erbjudna att närvara vid HLR, många upplever oro för att närstående ska ingripa eller argumentera med återupplivningsteamet</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Kvantitativ studie</p>
<p>Titel: A study of Turkish critical care nurses perspective regarding family witnessed resuscitation.</p> <p>Författare: Günes, Ü. & Zaybak, A.</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2008</p>	<p>Att fastställa turkiska sjuksköterskors erfarenheter, attityder och upplevelser kring närståendes närvaro vid HLR.</p>	<p>En enkät med 43 frågor skickades ut till sjuksköterskor arbetandes på två universitetssjukhus i Turkiet. 135 sjuksköterskor svarade på enkäten.</p>	<p>22 % hade erfarenhet av att ha närstående närvarande vid HLR, 67 % av dessa hade upplevt en eller flera sådana situationer som negativa. Nästan alla sjuksköterskor upplevde att det inte finns tillräckligt med vårdpersonal för att utgöra bra stöd till de närstående och många upplever oro för att närstående ska drabbas av långvariga emotionella effekter</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Kvantitativ studie</p>
<p>Titel: Nurses's beliefs about family presence during resuscitation.</p> <p>Författare: Knott, A. & Kee, C. C.</p> <p>Tidskrift: Applied Nursing Research</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Att undersöka tron om och erfarenheten hos sjuksköterskor som ger vård till alla åldrar och inom olika vårdavdelningar. Saknar dock koppling till närstående och HLR i själva syftet.</p>	<p>En deskriptiv kvalitativ metod, där urvalet var fokuserat kring sjuksköterskor som de kunde tänka sig ha varit med vid HLR där närstående varit närvarande. Sedan hölls intervjuer med deltagarna, 10 st deltagare.</p>	<p>Belyser både positiva och negativa aspekter kring ämnet. Exempelvis upplevs oro för närståendes beteende vid HLR, att dessa ska störa under pågående HLR. Upplever att det är hjälpfullt att ha närstående närvarande för att få närstående att besluta om HLR ska avslutas eller ej.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Kvalitativ studie</p>
<p>Titel: Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role</p>	<p>Att konstatera sjuksköterskors och prästers upplevelser att vara stödperson till närstående under HLR.</p>	<p>Fenomenologisk metod. Forskningsteamet bestod av olika professioner för att se till att professionella synpunkter hölls</p>	<p>Uppfattar det som viktigt att närstående får närvara, få information om vad som händer och vara i närheten av patienten så länge det inte påverkar återupplivningsarbetet.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Kvalitativ studie</p>

<p>during family witnessed resuscitation. Författare: James, J., Cottle, E. & Hodge, D. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing Årtal: 2010</p>		<p>objektiva. 4 sjuksköterskor och 3 kaplaner deltog i studien. Deltagarna fick informationsbrev och bokade sedan tid för intervju. En ur forskningsteamet genomförde alla intervjuer. Endast sjuksköterskornas svar användes i denna litteraturöversikt.</p>	<p>Upplever att de inte har tillräckliga stödmekanismer för att riktigt klara av ansvaret för de närstående.</p>	
<p>Titel: Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. Författare: Al-Mutair, A. S., Plummer, A. & Copnell, B. Tidskrift: Nursing in Critical Care Årtal: 2012</p>	<p>Identifiera attityder hos sjuksköterskor gentemot att ha närstående närvarande vid HLR.</p>	<p>Deskriptiv metod där de använt sig av enkäter som skickats ut till traumaenheter på två stora sjukhus i Saudi Arabien. 132 sjuksköterskor svarade.</p>	<p>Upplever att det inte gynnar patienten att närstående är närvarande. Många anser att det är en traumatisk upplevelse för de närstående att bevittna HLR. Uppfattar att närståendes närvaro stör återupplivningsteamet. Många tycker att riktlinjer behövs angående ämnet.</p>	<p>Hög kvalitet Kvantitativ studie</p>
<p>Titel: Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. Författare: Miller, J. H. & Stiles, A. Tidskrift: Qualitative Health Research Årtal: 2009</p>	<p>Utforska sjuksköterskors levda erfarenhet av att ha närstående närvarande vid HLR och andra interventioner/i nvasiva procedurer på sjukhus.</p>	<p>Fenomenologisk metod. 17 sjuksköterskor rekryterades, intervjuer genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats, i hemmet, en kyrka, bibliotek och över telefon. Semistrukturerad intervju med intervjuguide. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p>Många positiva upplevelser. Uppfattar att både patienten och personalen gynnas av närståendes närvaro vid HLR. Gav möjlighet att skapa band med de närstående, positiv upplevelse för sjuksköterskorna.</p>	<p>Hög kvalitet Kvalitativ studie</p>
<p>Titel: Care, compassion and competence in critical care: a qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed</p>	<p>Att utforska levda upplevelser hos sjuksköterskor, som arbetar med intensivvård, av att ha närstående</p>	<p>Fenomenologisk metod, genomförd på en kardio-thorax avdelning där sex sjuksköterskor deltog. Individuella intervjuer hölls med alla deltagare. Semi-strukturerade intervjuer</p>	<p>Upplever det svårt att balansera det humanistiska och det professionella, de blir själva väldigt berörda av situationen. Upplever känsla av ansvar att leda de närstående genom en traumatisk situation och att ett band bildas mellan de</p>	<p>Hög kvalitet Kvalitativ studie</p>

<p>resuscitation. Författare: Monks, J. & Flynn, M. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing Årtal: 2014</p>	<p>närvarande vid HLR.</p>	<p>med ämnesguide. Intervjuerna spelades in och transkriberades, anteckningar togs också under intervjuerna. Alla sjuksköterskor som någon gång varit med om HLR där närstående närvarat tillfrågades att vara med.</p>	<p>närstående och sjuksköterskorna vilket sjuksköterskorna upplevde som positivt och fungerade som professionell coping-strategi.</p>	
<p>Titel: "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. Författare: Lowry, E. Tidskrift: Journal of Emergency Nursing Årtal: 2012</p>	<p>Att se hur sjuksköterskor som aktivt jobbar utifrån riktlinjer som främjar närståendes närvaro vid HLR upplever detta</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv metod. 14 sjuksköterskor deltog. Demografisk data samlades in, sedan hölls semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in samt transkriberades, och anteckningar togs.</p>	<p>Känner trygghet med att ha närstående närvarande vid HLR. Uppfattar att deras roll är ge stöd till de närstående och tycker det är viktigt att närstående får se att personalen gör allt de kan för att rädda patienten. Uppfattar det som viktigt att närstående får möjligheten att se hur patienten tillstånd förändras över tid.</p>	<p>Hög kvalitet Kvalitativ studie</p>
<p>Titel: A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. Författare: Fullbrook, P., Albarran, J. W. & Latour, J.M. Tidskrift: International Journal of Nursing Studies Årtal: 2005</p>	<p>Utforska sjuksköterskors erfarenheter och attityder kring närståendes närvaro vid HLR.</p>	<p>Enkäter skickades ut under konferensen European Federation of Critical Care Nursing Associations i Paris. Sjuksköterskor från Storbritannien, Sverige, Norge och Finland svarade på enkäterna. Totalt 124 sjuksköterskor räknades in i studien.</p>	<p>58 sjuksköterskor har varit med om närstående som närvarat vid HLR, av dessa hade 31 sjuksköterskor haft positiva upplevelser av detta. Upplever oro för att bryta sekretess med närstående närvarande, oro för att närstående ska argumentera med återupplivningsteamet. Många anser att beslut om att tillåta närstående att närvara bör tas gemensamt. De flesta anser att det bör finnas någon ur personalen vars roll endast är att utgöra stöd för de närstående.</p>	<p>Hög kvalitet Kvantitativ studie</p>

BILAGA 3

Frågor kvalitetsgranskning s. 138-139 i Friberg (2012)

Frågor för granskning av kvalitativa studier

- Finns ett tydligt problem formulerat? Hu är detta i så fall formulerat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det någon metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?

Frågor för granskning av kvantitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts? (T.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)
- Hur har data analyserat? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Finns det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. gällande generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

BILAGA 4

Tabell över artiklar som berör vilket tema.

Artikel	Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5
Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses perspective.	X	X	X	X	
Nurses perceptions of family presence during resuscitation.		X	X		X
Support for parents witnessing resuscitation: nurse perspective.	X			X	
Family witnessed resuscitation experience and attitudes of German intensive care nurses.	X	X	X		X
A study of turkish critical care nurses perspective regarding family witnessed resuscitation.		X	X		X
Nurses's beliefs about family presence during resuscitation.	X	X	X	X	X
Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation.	X	X	X		
Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses's attitudes from two Saudi hospitals.	X	X	X	X	X
Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience.	X		X		X
Care, compassion and competence in critical care: a qualitative exploration of nurses's experience of family witnessed resuscitation.	X		X	X	X

<p>”It’s just what we do”: a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol.</p>	X	X	X		
<p>A European survey of critical care nurses’ attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation.</p>	X	X	X		X