

Att möta anhöriga vid ej HLR- beslut: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter

Dealing with family members when CPR is not performed: an interview study on nurses' experiences

Examensarbete för sjuksköterskeexamen och
kandidatexamen med huvudområdet omvårdnad

Grundnivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2026

Student: Ida Edshammar, Jessica Hillström,
Cassandra Kvist

Handledare: Cecilia Åberg

Examinator: Sophie Mårtensson

Sammanfattning

Titel:	Att möta anhöriga vid ej HLR-beslut: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter
Författare:	Edshammar, Ida; Hillström, Jessica; Kvist, Cassandra
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM552G, 15 hp
Handledare:	Åberg, Cecilia
Examinator:	Mårtensson, Sophie
Sidor:	26
Nyckelord:	Hjärt-lungräddning, HLR, beslut, kvalitativ intervjustudie

Bakgrund: Beslut om ej HLR (hjärt-lungräddning) innebär att avstå från livräddande åtgärder vid ett hjärtstopp. Beslutet fattas av ansvarig läkare där medicinska faktorer och etiska överväganden är avgörande. Sjukdomar, ålder och prognos vägs mot risken för lidande och en försämrad livskvalitet efter HLR. Vid beslutsfattandet strävar vanligtvis läkarna för att ge bästa möjliga vård till alla patienter men anhöriga kan tendera att acceptera beslutet olika. Teamsamverkan och tydlig kommunikation med patienten och anhöriga är viktigt, då beslut om ej HLR kan uppfattas som etiskt komplext och ett känsligt ställningstagande. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av anhörigas upplevelser i mötet kring ett ej HLR-beslut. **Metod:** Studien utgick från en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. I urvalet användes bekvämlighetsurval, där författarna hade koppling till deltagarnas arbetsplatser. Inklusionskriterierna säkerställde att deltagarna kunde bidra med relevant och reflekterande information. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide, där sju sjuksköterskor deltog. För att analysera intervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys där både latent och manifest innehåll analyserades. **Resultat:** Resultatet presenterades utifrån temana: Övergripande grunder för beslut kring ej HLR, emotionella reaktioner och kommunikationens betydelse vid förklaring av ett ej HLR-beslut samt dess subteman, vilket speglade hur sjuksköterskor erfor anhörigas upplevelser. Det framkom att de flesta anhöriga tog beslutet förståndigt och klokt, framförallt när informationen framkom i god tid och på ett tillmötesgående sätt. Deltagarna hade även mött situationer där beslutet inte accepterades, ofta på grund av skuld känslor och besvikelse hos anhöriga. **Konklusion:** Studien visade att beslut om ej HLR är både en medicinsk bedömning och en komplex process, där lidande kan ses vid beslutsfattande. Lidande kan delas upp i sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande vilket tas hänsyn till vid beslutet. Utifrån att patienten och anhöriga har förståelse för patientens lidande och livskvalité kan de tendera att acceptera beslutet.

Abstract

Title: Dealing with family members when CPR is not performed: an interview study on nurses' experiences

Author: Edshammar, Ida; Hillström, Jessica; Kvist, Cassandra

Department: School of Health sciences, University of Skövde

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

Supervisor: Åberg, Cecilia

Examiner: Mårtensson, Sophie

Pages: 26

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, CPR, decision, qualitative interview study

Background: A decision against CPR (cardiopulmonary resuscitation) means refraining from life-saving measures in the event of cardiac arrest. The decision is made by the responsible physician, with medical factors and ethical considerations playing a decisive role. Medical conditions, age and prognosis are weighed against the risk of suffering and a reduced quality of life following CPR. When making decisions, physicians typically strive to provide the best possible care for all patients, but family members may react differently to the decision. Team collaboration and clear communication with the patient and family members are essential, as a decision against CPR can be perceived as ethically complex and a sensitive issue. **Aim:** To describe nurses' experiences of encountering relatives' experiences during a decision not to perform CPR. **Methods:** The study was based on a qualitative interview design with an inductive approach. A convenience sampling was used, as the authors had connections to the participants' workplace. The inclusion criteria were designed to ensure that participants could contribute relevant and reflective information. Data collection was conducted using semi-structured interviews based on an interview guide, with seven nurses participating. Qualitative content analysis was used to analyze the interviews, including both latent and manifest content being analyzed. **Results:** The results were presented based on the following themes: General guidelines for decisions regarding no CPR, emotional reactions, and the importance of communication when explaining a no CPR decision, as well as their subthemes, which reflected how nurses perceived the experiences of family members. It became clear that most family members responded in a sensible and prudent manner, especially when information was provided well in advance and in a respectful way. The participants had also encountered situations where the decision was not accepted, often due to feelings of guilt and disappointment among family members. **Conclusion:** The study showed that a decision against CPR was not merely a medical assessment but a complex process, in which suffering may be a factor in the decision making process. Suffering can be divided into illness-related suffering, life-related suffering and care-related suffering, all of which are taken into account in the decision. When patients and their families understand the patient's suffering and quality of life, they are more likely to accept the decision.

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund.....	1
2.1	Hjärtstopp och hjärt-lungräddning (HLR)	1
2.1.1	Medicinsk innebörd.....	1
2.1.2	Kliniskt förlopp	1
2.1.3	Medicinska och etiska grunder för beslut om ej HLR.....	2
2.1.4	Information och etiskt beslutsfattande.....	2
2.1.5	Uppföljning, dokumentation och omprövning av beslut	2
2.2	Professionellt ansvar och förhållningssätt.....	3
2.2.1	Samarbete mellan läkare och sjuksköterska	3
2.2.2	Teamsamverkan	3
2.2.3	Sjuksköterskans stödjande och kommunikativ roll	3
2.2.4	Etiska principer och omvårdnadsarbete	3
2.2.5	Utmaningar för sjuksköterskor vid beslut om ej HLR	4
2.3	Anhörigas perspektiv.....	4
2.3.1	Definition av anhörig	4
2.3.2	Emotionella och etiska reaktioner	4
2.3.3	Betydelsen av kunskap och förförståelse	5
2.3.4	Patientens vilja och dess inverkan på acceptans	5
2.4	Omvårdnadsbegrepp.....	5
2.4.1	Lidande.....	5
2.4.2	Sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande	5
2.4.3	Komplikationer och ökat lidande efter HLR	6
3	Problemformulering.....	6
4	Syfte.....	6
5	Metod.....	7
5.1	Urval	7
5.2	Datainsamling	8
5.3	Analys	8
5.4	Etiska överväganden.....	10
6	Resultat.....	12
6.1	Övergripande grunder för beslut kring ej HLR	12
6.1.1	Medicinska bedömningar i patientens grundsjukdom samt informationens betydelse.....	12
6.1.2	Etiska svårigheter i mötet med anhöriga	13
6.2	Emotionella reaktioner.....	14
6.2.1	Anhörigas förförståelse och acceptans för beslutet.....	14
6.2.2	Motstånd, skuld känslor och exkludering i beslutet	16
6.3	Kommunikationens betydelse vid förklaring av ett ej HLR-beslut.....	17
6.3.1	Individanpassad och tydlig information	17
6.3.2	Bemötande och dialogens betydelse för förståelse och acceptans	18
6.4	Resultatsammanfattning.....	19
7	Diskussion.....	20

7.1	Metoddiskussion	20
7.2	Resultatdiskussion	22
7.2.1	Sjukdomslidande	22
7.2.2	Livslidande.....	23
7.2.3	Vårdlidande	24
7.3	Konklusion	25
7.4	Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	26
8	Generativ AI	27
9	Referenser	27
	Bilaga 1: Informationsbrev samt medgivningsblankett till enhetschef.....	31
	Bilaga 2: Informationsbrev samt samtyckesblankett till deltagare	33
	Bilaga 3: Intervjuguide	35

1 Inledning

Inom vården är det vanligt med bedömning om patienten vid ett hjärtstopp ska få hjärt-lungräddning (HLR) eller ej HLR, framför allt hos sjuka och äldre. Ställningstagandet innebär etiska och känslomässiga aspekter där patienten, anhöriga och vårdpersonal berörs. Anhöriga påverkas vanligtvis mycket vid beslutet och sjuksköterskor har som uppgift att stödja både patienten och anhöriga i deras känslor, acceptans och förståelse. I dessa situationer behöver sjuksköterskor ge tydliga förklaringar och förmedla trygghet för att bemöta anhöriga på ett professionellt och stödjande sätt. Forskning om hur sjuksköterskor erfar anhörigas upplevelse av ej HLR-beslut anses vara bristfälligt. Därmed finns ett behov av vidare forskning inom ämnet för att generera kunskap och utveckling, vilket kan bidra till stärkt stöd för patienten, anhöriga och vårdpersonal.

2 Bakgrund

2.1 Hjärtstopp och hjärt-lungräddning (HLR)

2.1.1 Medicinsk innebörd

Människans fysiologi är komplex och består av många samverkande beståndsdelar som möjliggör att hjärtat kan slå, vilket är en förutsättning för att kroppens olika organsystem ska fungera. Hjärtats funktion är att pumpa blodet runt i lung- och systemkretsloppet som finns i kroppen. För att nämna några exempel på beståndsdelar av hjärtat finns det förmak, kammare, klaffar och kranskärl. För att hjärtat ska fungera optimalt ingår tre huvuddelar vilket är hjärtat, blodet och blodkärlen som bildar kroppens cirkulationssystem. Cirkulationssystemets viktigaste uppgifter är att transportera syre, koldioxid och näringsämnen samt att transportera bort restprodukter från cellernas nedbrytning. Vid ett hjärtstopp är det hjärtats pumpförmåga som upphör (Aldskogius & Rydqvist, 2018). När ett hjärtstopp inträffar blir den drabbade medvetslös samt att andningen kan upphöra helt eller övergå i agonal andning. Agonal andning genererar inga riktiga andetag men upplevs som en långsam, oregelbunden andning där andetagen kan låta rosslande eller suckande (Wikström, 2024).

2.1.2 Kliniskt förlopp

Målet med HLR vid ett hjärtstopp är att återställa kroppens spontana andning och cirkulation. HLR innefattar bröstkompressioner för att pumpa runt blodet i hjärtat och ut i kroppen samt till lungorna, som kan få syretillförsel via inblåsningar. När hjälpmedel finns att tillgå används exempelvis hjärtstartare, syrgas och läkemedel för att skapa förutsättningar för att få igång hjärtats aktivitet igen. Vid ett hjärtstopp där patienten får tillbaka cirkulationen efter HLR och hjärtat pumpar normalt igen, behöver patienten mer avancerad

sjukhusvård då kroppens organ påverkas av ett hjärtstopp (Svenska Läkaresällskapet, 2021). Exempel på eftervård kan innefatta respiratorvård, kranskärlsundersökning och även ett tvärprofessionellt omhändertagande (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2023). När ett hjärtstopp inträffar och patienten överlever syns det vanligtvis skador på hjärnan vid en MR-röntgen. Hur stor omfattning av hjärnan som drabbats beror på bland annat individuella förutsättningar, hur fort HLR startar och vad hjärtstoppet beror på. Prognosen vid ett hjärtstopp beror på ovanstående faktorer samt patientens återhämtning, vilket är väldigt varierat (Wijman et al., 2009).

2.1.3 Medicinska och etiska grunder för beslut om ej HLR

Beslut om ej HLR utgår från medicinska beslut som medför etiska aspekter att ta hänsyn till i ställningstagandet. De som ansvarar för beslutet är ansvarig läkare, ofta i samråd med sjuksköterskor. De medicinska förutsättningarna i patientens aktuella hälsotillstånd ligger till grund för beslutet. Ställningstagandet tas utifrån patientens sjukdomshistoria och prognos för att kunna bidra med en meningsfull behandling. Patienten ska ges möjlighet att uttrycka sina önskemål och egna åsikter i den mån det går och anhöriga bör informeras och inkluderas i beslutet (Svenska Läkaresällskapet, 2021). Beslutet kan ske på olika sätt beroende på vilken vårdnivå beslutet bestäms inom. I akutsjukvården är det ofta begränsad tid, vilket kan leda till förhastade beslut. Inom primärvården sker det oftare beslut där läkare är välinformerade om patientens situation och beslutet bestäms då i ett lugnare skede (Krajnc et al., 2025).

2.1.4 Information och etiskt beslutsfattande

Att som läkare besluta om att inte utföra HLR upplevs påfrestande. Det finns olika sjukdomstillstånd som avgör om beslutet upplevs enklare eller svårare att besluta. Den etiska kompetensen hos beslutsfattande läkare är en bidragande del för beslutets grunder. Vid läkarens bedömning för beslutet finns en strävan efter att ge bästa möjliga vård till alla patienter och utifrån alla patienters lika människovärde. När en läkare har goda medicinska belägg för beslutet kan det anses som rätt sak att göra utifrån patientens tillstånd men det kan medföra att patienten och anhöriga inte ställer sig positivt till beslutet (Pettersson et al., 2018a). Patienten har rätt till information om det aktuella hälsotillståndet, vad det finns för möjliga behandlingsalternativ samt vad behandlingar och åtgärder kan medföra för risker eller komplikationer (SFS 2014:821, 4 kap. 1§).

2.1.5 Uppföljning, dokumentation och omprövning av beslut

Efter att läkare beslutar om ej HLR är det viktigt att patienten får information om beslutet och dess innebörd. Beslutet ska dokumenteras tydligt i patientens journal. Ifall patienten eller anhöriga motsätter sig beslutet om ej HLR, kvarstår ansvaret hos ansvarig läkare för det juridiska beslutet. Utifrån etiska och medicinska överväganden behöver läkare enligt riktlinjer inte tillmötesgå

patienten och anhörigas åsikter om de medicinska förutsättningarna är välbefogade. Respekt för patient och anhöriga ska beaktas i största möjliga mån för att bevara patientens autonomi och anhörigas synpunkter. Det ställer extra krav på god och tydlig kommunikation, samt tydliggörande om att de medicinska grunderna baseras på svensk lagstiftning. Ett beslut om ej HLR ska på nytt bekräftas eller prövas vid byte av vårdenhet som exempelvis byte av vårdavdelning, byte av sjukhus och byte av vårdcentral. Hur ofta ett beslut om ej HLR omprövas varierar mellan vårdnivåer och hälsotillstånd (Svenska Läkaresällskapet, 2021).

2.2 Professionellt ansvar och förhållningssätt

2.2.1 Samarbete mellan läkare och sjuksköterska

Sjuksköterskor och läkare anser att det inte alltid är möjligt att informera och inkludera patienten och anhöriga i beslut kring HLR. Tidigare forskning visar att läkare anser att principen om att inte skada är den som väger högst, medan sjuksköterskor anser främst att patientautonomin är det viktigaste. För att utveckla kunskap om ej HLR bör en öppen konversation mellan läkare och sjuksköterskor främjas. Att samtala och diskutera kring etiska aspekter leder till utveckling och djupare förståelse för besluten, vilket leder till att patienten och anhöriga gynnas (Pettersson et al., 2018b).

2.2.2 Teamsamverkan

För att kunna ge en god och säker vård krävs ett gott samarbete mellan olika professioner inom vården. Sjuksköterskor tillsammans med professioner som läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister behöver arbeta som ett team tillsammans med patienten och anhöriga. Teamsamverkan behövs för att kunna bidra med bästa möjliga kunskap ur olika perspektiv. Vidare bidrar god teamsamverkan till ett lärande för olika vårdprofessioner, vilket bidrar till en förbättrad vård för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

2.2.3 Sjuksköterskans stödjande och kommunikativ roll

Legitimerade sjuksköterskor ska genom ett etiskt förhållningssätt utföra omvårdnad utifrån mänskliga rättigheter, självbestämmande och värdighet. Dessutom ska sjuksköterskor bidra till att patienten upplever livskvalitet och välbefinnande fram till livets slut. Delaktighet är en viktig del i patientens vård, där sjuksköterskor ska ge förutsättningar för patienten och anhöriga att kunna vara delaktiga i sin vård. Sjuksköterskor ska ha förmåga att informera och kommunicera med patienten och anhöriga men även kunna samverka för att bidra till hög kvalitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

2.2.4 Etiska principer och omvårdnadsarbete

Sjuksköterskor ska förhålla sig till rättvisa och omsorg samt respektera varje individ utifrån patientens förutsättningar och begränsningar. Information ska

ges till patienten och anhöriga på ett förståeligt och begripligt sätt samt vid rätt tidpunkt för att möjliggöra delaktighet i beslutsfattande och inflytande i vården. Vidare ska sjuksköterskor fördela resurser likvärdigt mellan patienter, för att bemöta behovet av hälso- och sjukvård oavsett patientens bakgrund. Sjuksköterskor ska använda ett etiskt förhållningssätt och ansvara för en säker och god vård där det professionella omdömet blir avgörande för ansvar och förtroende (International Council of Nurses, 2022).

2.2.5 Utmaningar för sjuksköterskor vid beslut om ej HLR

När ett beslut om ej HLR tas är det vanligtvis olika tolkningar bland sjuksköterskor, vilket kan leda till att patientsäkerheten hotas trots att termen är beslutad. Oklarheter för vad som gäller när patienten är beslutad om ej HLR kan vara benämningar som exempelvis ej HLR eller behandla ej. På grund av otydlighet och oklara riktlinjer kan det leda till osäkerhet och konsekvenser. Vidare upplever sjuksköterskor att otydliga riktlinjer påverkar den kliniska omvårdnaden. Exempelvis kan det handla om när en patient med beslut om ej HLR blir försämrad, att de upplever ökad stress att vårda patienten när det råder oklarheter (Kelly et al., 2021).

Beslut kring ej HLR kan medföra svårigheter ur etiska aspekter. Att ge patienten och anhöriga möjlighet att vara inkluderade i besluten är något de flesta sjuksköterskor önskar. För sjuksköterskor framkommer rädsla av att göra fel i vetskapen om att patient och anhöriga inte varit delaktiga i beslutet. Enligt sjuksköterskor uppstår komplexa situationer utifrån olika erfarenheter om vad som är etiskt korrekt. Det skiljer sig i hur sjuksköterskor förespråkar HLR, beroende på vilken vårdenhet de är yrkesverksamma på. Exempelvis förespråkar operationssjuksköterskor HLR på samtliga patienter. Sjuksköterskor inom palliativ vård anses vara större förespråkare av att lindra lidandet hos patienten och framhäver det som mer etiskt försvarbart med beslut om ej HLR (Gül, 2022).

2.3 Anhörigas perspektiv

2.3.1 Definition av anhörig

En anhörig definieras som en ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna” (Socialstyrelsen, 2020). De anknytningarna som existerar mellan patienten och anhöriga utgör en central del av patientens livssituation. Anhörigas roll i vården kan handla om att ställa frågor, förtydliga patientens önskan samt bidra med information (Werling, 2006). Anhöriga kan variera i åldrar och är vanligtvis vuxna barn eller partner som ger stöd och hjälp till patienten (Socialstyrelsen, 2020).

2.3.2 Emotionella och etiska reaktioner

Beslut om ej HLR utifrån anhörigas perspektiv varierar mellan positiva och negativa attityder. Anhöriga kan uppleva att patienten får en fridfull bortgång genom att inte utföra HLR vilket leder till minskat lidande för patienten. Dilemmat för de anhöriga efter patientens bortgång där det inte utförts HLR

kan väcka skuld känslor av att låta patienten somna in. Anhöriga kan uppleva känslomässiga svårigheter med känslan av att ge upp på sin familjemedlem efter att ha accepterat beslutet. Många anhöriga vill göra allt för att ha patienten längre i livet. Om HLR utförs skulle flera anhöriga varit beredda att ta konsekvenserna av det, trots vetskapen om att det kan vara utsiktslöst i och med patientens tillstånd och förutsättningar (Tsai et al., 2025).

2.3.3 Betydelsen av kunskap och förförståelse

Patienter och anhöriga anses ha olika förförståelse och kunskap av vad ett ej HLR-beslut innebär. Kunskap om patientens förutsättningar för god livskvalitet efter utförd HLR anses vara bristfällig. När en patient beslutas om ej HLR väcker det blandade känslor hos de anhöriga. De anhöriga med kunskap och förförståelse kring ett ej HLR-beslut är ofta mer positivt inställda. I jämförelse med de anhöriga som inte har samma kunskap och förförståelse, tenderar de att inta en mer negativ inställning till beslutet. De anhöriga kan tycka att ett beslut om ej HLR kan kännas ovärdigt och kan därmed önska mer åtgärder för patienten (Ding et al., 2021).

2.3.4 Patientens vilja och dess inverkan på acceptans

Trots att patientens egen vilja i beslutet tillgodoses kan det påverka acceptansen hos anhöriga. Anhöriga kan tendera att motsätta sig beslutet, trots deras vetskap om att patienten inte önskar HLR vid ett hjärtstopp. Motsägelsen påverkas vanligtvis av känslomässiga faktorer. Etiska svårigheter framkommer ofta och de främsta faktorerna som diskuteras är lidande och hopp. Anhöriga och patienter behöver i högre utsträckning få mer kunskap och information om vad det innebär med HLR och ej HLR och dess för- och nackdelar (Lombard et al., 2025).

2.4 Omvårdnadsbegrepp

2.4.1 Lidande

Lidandet beskrivs som något essentiellt för människors liv och utveckling. Ett lidande går att lära sig att leva med och kan ses utifrån olika förutsättningar kopplade till hälsa. Det kan delas in i aktuell hälsa och potentiell hälsa. Aktuell hälsa innebär hur det uppfattas i stunden, medan potentiell hälsa innebär hur människan kan må utifrån kroppsliga och själsliga aspekter i välbefinnandet. Hälsan ökar när personen upplever framtidstro i sin vardag. Lidandet kan medföra känslor som kamp, smärta, hopplöshet och en känsla av hjälplöshet. Som anhörig är det naturligt att göra allt i största möjliga mån för att bidra till minskat lidande (Arman, 2022).

2.4.2 Sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande

Lidandet kan beskrivas utifrån Katie Erikssons vårdteori om sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidande innebär det lidande som

patienten upplever, såsom smärta och obehag kopplade till sjukdomen samt emotionella reaktioner som oro, ångest och rädsla. Livslidande relaterar till människors värdighet och självständighet vilket kan vara känslor som meningslöshet och skam. Förändringar i livssituationen såsom arbete, sociala nätverk och relationer, kan påverka hälsan och skapa ytterligare lidande. Vårdlidandet uppstår när vården orsakar lidande genom handlingar eller bristande vård och kan påverkas av faktorer som nonchalans, maktutövning och att inte bli tagen på allvar (Arman, 2022).

2.4.3 Komplikationer och ökat lidande efter HLR

Goda förutsättningar innan och efter ett hjärtstopp är en central del för att främja livskvalitet och därmed minskat lidande. Ungefär 30% av de som överlever ett hjärtstopp uttrycker att den mentala hälsan inte återhämtar sig till sitt habitualtillstånd, det vill säga patientens normala hälsotillstånd innan hjärtstoppet. Psykosociala komplikationer visar sig öka efter ett hjärtstopp i form av ångest och depression vilket medför svårigheter i det vardagliga livet. Patienter som skattar sin livskvalitet före och efter hjärtstoppet visar en skillnad med generellt sänkt livskvalitet i efterförloppet (Israelsson & Lilja, 2019).

Bröstkompressionerna vid HLR utsätter patientens bröstkorg för upprepade kraftiga tryck vilket ger skador på patienten. Frakturer av den karaktären kan förknippas med lidande för patienten (Schenderlein et al., 2025). Ett hjärtstopp medför ofta invärtes komplikationer. Av alla hjärtstopp som sker behandlas drygt 50% i efterloppet på en intensivvårdsavdelning. Efter utfört HLR där hjärtats aktivitet spontant kommer tillbaka kan patienten hamna i post cardiac arrest syndrome. Det är ett tillstånd som kan uppstå efter återupplivning vilket kan leda till en hjärnskada efter syrebrist samt skador på hjärtmuskeln. Syndromet kan ge symtom som liknar sepsis där koagulationsfaktorer och immunförsvaret aktiveras. Hjärtats funktion återhämtar sig vanligtvis inom två till tre dygn. De första tre dygnen är dock generellt mycket kritiska, då organen och cirkulationen kan vara så pass skadade att det leder till dödsfall (Lybeck et al., 2024).

3 Problemformulering

Beslut om att avstå från HLR innebär betydande etiska och kommunikativa utmaningar för sjuksköterskor, som förväntas stödja och informera anhöriga i emotionellt krävande situationer. Ett beslut om ej HLR kan väcka starka och varierande reaktioner hos anhöriga, vilket ställer höga krav på sjuksköterskors förmåga att bemöta känslor och skapa trygghet. Det finns därför ett behov av fördjupad kunskap om hur sjuksköterskor kan stärka sitt professionella arbete för att kunna stödja anhöriga i samband med besluten.

4 Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av anhörigas upplevelser i mötet kring ett ej HLR-beslut.

5 Metod

Studien använde sig av kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer som analyserades genom kvalitativ innehållsanalys för att kunna besvara syftet. Kvalitativ metod används för att beskriva, tolka, förstå eller belysa deltagarnas upplevelse av ett visst fenomen. Forskaren är intresserad av att deltagarens individuella aspekter tydliggörs, vilket utgörs av exempelvis intervjuer, berättelser eller observationer. Vidare beskrivs att en kvalitativ metod kan utgöras av en induktiv ansats, vilket innebär att studien utgår från empiri där författarna inte utgår från en teori (Henricson & Billhult, 2023). En induktiv ansats valdes då författarna fann brist på kunskap om ett fenomen, vilket skapade ett intresse av att utforska fenomenet vidare.

5.1 Urval

Inklusionskriterierna var att deltagarna var yrkesverksamma som sjuksköterskor med minst fem års yrkeserfarenhet, samt hade erfarenheter kring ej HLR-beslut. De två inklusionskriterierna grundades för att säkerställa att deltagarna kunde bidra med relevant och reflekterande erfarenheter kopplat till studiens syfte.

Att utföra ett bekvämlighetsurval betyder att personer rekryteras från exempelvis verksamheter där författarna arbetar eller studerar i, vilket anses vara personer som finns lättillgängliga (Engström & Juuso, 2023). Urvalet i studien bestod av bekvämlighetsurval och valdes då de möjliggjorde en effektiv rekrytering av deltagare med relevant erfarenhet inom området. Fem av sju deltagare rekryterades efter godkännande av enhetschef, där författarna tidigare varit yrkesverksamma eller genomfört verksamhetsförlagd utbildning. Tre av dessa fem deltagare valdes ut av enhetschefen, medan två deltagare tillfrågades direkt av författaren på sin arbetsplats. De resterande två deltagare rekryterades genom att författaren kontaktade en yrkesverksam person på Högskolan i Skövde, som i sin tur föreslog kliniskt aktiva sjuksköterskor på sjukhuset i Skövde.

Samtliga av deltagarna uppfyllde inklusionskriterierna, och ingen exkluderades. Antalet deltagare bedömdes tillräckliga för att uppnå variationsrika data i relation till studiens syfte. Alla deltagare var kvinnliga sjuksköterskor som var yrkesverksamma när studien genomfördes. Deltagarna hade varit yrkesverksamma mellan 8-24 år, och deras ålder var mellan 32-52 år. Deltagarna var verksamma på Alingsås Lasarett och Skaraborgs sjukhus Skövde, vilket är inkluderat i Västra Götalandsregionen. Anställning inom Västra Götalandsregionen var inget inklusionskriterium, dock var det inom den regionen som författarna hade möjlighet att utföra intervjuerna. Några av deltagarna hade en vidareutbildning som specialistsjuksköterskor. Författarna bedömde att deltagarna fortsatt var relevanta för studien, då de kunde besvara studiens syfte utifrån grundutbildade sjuksköterskors perspektiv.

5.2 Datainsamling

Information kring studien skedde skriftligt och muntligt. Ett informationsbrev om studien samt en medgivandeblankett (Bilaga 1) utformades till enhetschef. Efter godkännande från enhetschefer skickades informationsbrev och samtyckesblankett ut till deltagarna (Bilaga 2). Några av deltagarna skrev på samtyckesblanketten genom att acceptera via e-post, vilket gjordes i samband när tiden för intervjun bokades. Resterande av deltagarna fick information skriftligt och muntligt i samband med intervjun och skrev då på samtyckesblanketten.

Semistrukturerade intervjuer utgörs av en intervjuguide som grundas utifrån studiens syfte, där författarna även har möjlighet att följa upp det som sägs för att få djupare förståelse. Under intervjuer ska forskaren bidra med ett öppet förhållningssätt, vilket menas att forskaren är följsam och anpassbar (Engström & Juuso, 2023). Författarna kände ett behov av att ha en intervjuguide som stöd samt en vilja att kunna vidareutveckla de deltagarna berättade. Därför valdes semistrukturerade intervjuer med ett öppet förhållningssätt, för att kunna besvara syftet samt för att få möjlighet till fördjupning och ökad kunskap inom ämnet. För att säkerställa intervjufrågornas relevans och begriplighet utfördes interntestning där författarna intervjuade varandra vilket ledde till att fåtalet frågor omformulerades. Det genomfördes även en expertbedömning på totalt tre externa deltagare med kunskap och erfarenhet inom ämnet, vilket bidrog till en revidering och förfining av intervjufrågorna. Enligt Engström och Juuso (2023) används interntestning för att intervjuaren ska pröva frågorna och därmed ha möjlighet att formulera om intervjuguiden vid behov. Vidare förklaras att en expertbedömning innebär att personer som inte är inkluderade i studien, men som har kunskap inom området intervjuas för att granska och diskutera intervjuguiden i förhållande till studiens syfte.

Utifrån den färdigställda intervjuguiden (Bilaga 3) utförde varje enskild författare två till tre intervjuer var. Intervjuerna hölls på olika platser utefter hur deltagarna hade möjlighet. För fyra deltagare var intervjuerna möjliga att utföra på arbetstid på arbetsplatserna. Två av intervjuerna hölls över telefon då det var svårt att få till ett fysiskt möte och en av deltagarna bjöd in till intervju i hemmet. Intervjuerna spelades in med hjälp av ljudinspelning på författarnas privata mobiltelefoner där ljudfilerna namngavs till siffror istället för att namnge deltagarna för att behålla konfidentialiteten. Intervjuerna varierade mellan 25-60 minuter och genererade totalt 249 minuters inspelningstid.

5.3 Analys

För att besvara studiens syfte valdes kvalitativ innehållsanalys. Enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004) används kvalitativ innehållsanalys för att analysera data från exempelvis intervjuer där upplevelser eller erfarenheter inom ett visst ämne undersöks. Hällgren Graneheim et al. (2023)

beskriver att informationen kan analyseras genom abstraktion och/eller tolkning. Abstraktion används för att få en mer generell överblick och för att skapa en struktur. Tolkning kan utifrån en beskrivning användas för att utgå från det manifesta innehållet till att tolka det latent innehåll. Vanliga ord som används vid kvalitativ innehållsanalys är manifest och latent innehåll. Manifest innebär att data sorteras som textnära samt det specifika, utan egna tolkningar från författarna. Latent innebär data som är tolkande eller genom underliggande budskap. Kvalitativ innehållsanalys syftar även till att deltagarna blir förstådda och att informationen de lämnar förmedlas rättvist (Hällgren Graneheim et al., 2023). Genom att sortera data från intervjuerna där det manifesta innehållet synliggjordes fick författarna en övergripande förståelse. Samtidigt tolkades det latent innehåll för att få en djupare förståelse utifrån deltagarnas berättelser. Författarna förhöll sig till det manifesta och latent innehåll och var under analysens gång observanta på att inte blanda in egna åsikter eller känslor. Genom abstraktion kunde författarna se likheter och skillnader mellan de olika intervjuerna vilket diskuterades i gruppen. Enligt Hällgren Graneheim et al. (2023) utformas vanligtvis teman vid latent information vilket görs genom tolkning och abstraktion. Utifrån studiens analys framkom främst de latent innehåll med gemensamma begrepp och mönster, därav valde författarna att benämna resultatet med subteman och teman.

Enligt Hällgren Graneheim et al. (2023) fortsätter analysprocessen med dekontextualisering vilket menas att bryta isär texten som besvarar syftet i intervjuerna till mindre delar. Vidare delas de in i meningsenheter som kondenseras för att bli koder. Med rekontextualisering utformas de nya mönster där koderna sorteras beroende på skillnader och likheter för att kunna sättas i relation och jämförelse till varandra. Koderna sorteras sedan till subteman och teman.

Nedan redovisas steg för steg hur analysprocessen gick till:

Steg 1: Intervjuerna som hade audiorekordats transkriberades först genom "Sunet Scribe" vilket utgjorde ett utkast av text från intervjuerna. Det utfördes enskilt utifrån de olika intervjuerna som författarna hade genomfört.

Steg 2: Texten som hade utformats av Sunet Scribe granskades manuellt av varje enskild författare genom att lyssna och korrigera feltranskriberade ord eller meningar, för att få korrekt text. Ljudfilerna som laddats upp via Sunet Scribe lagrades i sju dagar innan automatisk radering.

Steg 3: Det färdigtranskriberade materialet lästes enskilt först igenom en gång och ledde till bortsällning av text som inte var relevant för syftet. Genom sällningen blev texten mer summerad med information som potentiellt kunde besvara syftet i resultatdelen. Därefter lästes det materialet igenom flera gånger för att få en fördjupad uppfattning av intervjuernas relevanta innehåll.

Steg 4: Varje författare dekontextualiserade enskilt den framställda texten utifrån de intervjuer som de själva utfört i en separat tabell. Meningsenheter

som besvarade syftet plockades ut och kondenserades som sedan skapade koder (Tabell 1).

Steg 5: Rekontextualiseringsprocessen började genom att författarna satt tillsammans i grupp och sorterade koderna i en gemensam tabellöversikt. Den gemensamma tabellöversikten användes för att få fram subteman och teman, vilket skapade en preliminär grund.

Steg 6: Rekontextualiseringsprocessen fortsatte sedan i resterande arbete där författarna tillsammans valde ut de mest relevanta citaten som svarade på syftet. För att besvara syftet och få en jämn fördelning på teman och subteman, ändrades de genom resultatets process. Huvudbudskapet från tabellöversikten användes men subteman och teman omformulerades utefter innehållet i texten. Alla subteman innehöll citat ifrån de intervjuade. Citaten användes för att belysa de fynd som framkom.

Tabell 1

Exempel från analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
[...] de flesta tar det väldigt bra och klokt....de flesta är ju mycket äldre, sköra, multisjuka[...]	De flesta tar de bra och klokt. De flesta är äldre och multisjuka.	Att förstå situationen	Anhörigas förförståelse och acceptans för beslutet	Emotionella reaktioner

5.4 Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen är utvecklad av World Medical Association (WMA) där etiska principer som involverar medicinsk forskning på mänskliga deltagare beskrivs. Deklarationen omfattar alla organisationer för att skydda alla forskningsdeltagare med respekt samt att belysa deras rättigheter. Deltagandet ska vara frivilligt, det ska ges informerat samtycke, deltagarna ska kunna avbryta studien vid önskemål samt finnas rutiner kring sekretess. Risker ska övervägas med nytta innan forskning påbörjas, vilket ska göras med en noggrann bedömning kring vad som anses lämpligt (World Medical Association, 2024). Empirisk forskning förhåller sig vanligtvis till lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Syftet med lagen var att respektera människovärdet vid forskning samt skydda den enskilda människan. Examensarbetet definierades inte som forskning och prövades därför inte enligt lagen. Studien förhöll sig till Helsingforsdeklarationen genom hela processen, vilket bidrog till tillförlitlighet och trovärdighet.

De fyra huvudkraven som benämns som de forskningsetiska principerna har grundats som riktlinjer mellan forskare och deltagare. Det första kravet benämns som informationskravet vilket innebär att forskaren har skyldighet att delge villkor samt vilka uppgifter som förväntas av deltagarna. Vidare

förklaras det andra kravet att i en studie har alla deltagare rätten att själva bestämma kring sin medverkan, vilket benämns som samtyckeskravet. Konfidentialitetskravet är tredje kravet som innebär att all information om deltagare ska skyddas från obehöriga. Sista kravet benämns nyttjandekravet vilket syftar till att de insamlade material som ingår i ett forskningsprojekt endast får användas i det syftet, det får alltså inte utlånas eller användas i något annat sammanhang (Vetenskapsrådet, 2002). Studien förhöll sig samt tog hänsyn till de fyra ovannämnda kraven under hela arbetet. Det påvisades genom skriftliga informationsbrev, muntlig information, samtyckesblanketter, konfidentiell förvaring av materialet samt att materialet hade gått till avsett ändamål.

Förförståelsen hos de tre författarna var blandad kring beslut om ej HLR. Förförståelsen var grundad utifrån arbetserfarenhet inom vården men också erfarenhet från tidigare placeringar på verksamhetsförlagd utbildning. Två av författarna hade tidigare utbildning som undersköterskor och arbetat på olika vårdavdelningar och därigenom mött beslut av ej HLR under olika situationer och omständigheter.

6 Resultat

Tabell 2

Resultatets teman och subteman från den gemensamma analysprocessen.

Tema	Subtema
Övergripande grunder för beslut kring ej HLR	Medicinska bedömningar i patientens grundsjukdom samt informationens betydelse
	Etiska svårigheter i mötet med anhöriga
Emotionella reaktioner	Anhörigas förståelse och acceptans för beslutet
	Motstånd, skuld känslor och exkludering i beslutet.
Kommunikationens betydelse vid förklaring av ett ej HLR-beslut	Individanpassad och tydlig information
	Bemötande och dialogens betydelse för förståelse och acceptans

6.1 Övergripande grunder för beslut kring ej HLR

Vid beslut om ej HLR tas det hänsyn till medicinska förutsättningar utifrån patientens grundsjukdom. Det är dock inte endast de medicinska grunderna som är avgörande, utan det finns även etiska svårigheter att ta hänsyn till i beslutet. En viktig del vid beslutsfattandet handlar om att informationen framkommer till patienten och anhöriga.

6.1.1 Medicinska bedömningar i patientens grundsjukdom samt informationens betydelse

Deltagarnas erfarenheter påvisar att ett ej HLR-beslut är väldigt komplext, där medicinska förutsättningar vid försämring av grundsjukdom är en avgörande faktor. Vid beslutsfattande tas hänsyn till patientens bästa för att minska lidande för patienten. När patienten är multisjuk sedan en tid tillbaka och anhöriga är väl insatta i patientens prognos har anhöriga ökad förståelse kring beslutet. "... vissa anhöriga ... som har äldre anhörig är mer jo, men jag förstår, hon har ju varit sjuk länge" (Informant 4). Deltagarna erfar även att anhöriga förstår i större utsträckning, att när patienten är multisjuk, kommer patienten att ha svårare för att uppnå livskvalité efter utförd HLR och därmed ökat lidande. Genom att anhöriga har förståelse för patientens prognos och patientens möjlighet till ett fortsatt värdigt liv leder det till att mötet med anhöriga förenklas.

Inom de flesta fall så förstår dem, speciellt då om patienten redan är multisjuk sen innan, så är dem väl medvetna om vad det är. Även om man kan rädda upp en patient från ett hjärtstopp, så vad är de man räddar upp dem till. Patienten kommer snarare troligtvis bli ännu mer sjuk av att komma tillbaka till livet efter ett hjärtstopp om man redan är multisjuk sen innan, så för de mesta förstående (Informant 5).

Problem som kan framkomma enligt deltagarnas erfarenheter är när anhöriga inte informeras om beslut kring ej HLR. En patient med bakomliggande grundsjukdom ska informeras av läkare angående beslutet, men det kan leda till att informationen inte vidareförmedlas från patienten till de anhöriga. Enligt deltagarnas erfarenheter finns ibland inte möjlighet att informera anhöriga förrän patienten har försämrats och det blir aktuellt med brytpunktssamtal. Den sena informationen bidrar till att anhöriga upplever situationen som överraskande, vilket påverkar mötet vid beslut kring ej HLR.

Väldigt många patienter är ju liksom hjärtkryssade utan att anhöriga vet om det. Patienten själv ska ju alltid informeras, men jag tror att läkaren är mycket sämre på att informera anhöriga. Utan det är ju kanske främst när de blir liksom palliativa eller när man har brytpunktssamtal eller någonting (Informant 7).

Enligt deltagarnas erfarenheter kan organisatoriska förhållanden påverka när beslutet framförs. De erfar att vårdens krav kan påverka att mötet med anhöriga inte tillgodoses i den utsträckning som önskas, därav kan beslutet ibland ges sent i sjukdomsförloppet.

6.1.2 Etiska svårigheter i mötet med anhöriga

En av de etiska aspekterna enligt deltagarnas erfarenheter är att beslutet strävar till att undvika lidande. Beslutet grundas utifrån patientens bästa och för att möjliggöra ett värdigt liv in i livets slut, vilket inte alltid stämmer överens med anhörigas vilja. Anhöriga har ibland en önskan att förlänga livet och att göra alla möjliga åtgärder för patienten. Deltagarnas erfarenheter påvisar skillnad i hur vårdpersonal och anhöriga ser på situationen, vilket påverkar mötet och bidrar till etiska svårigheter. HLR framhävs som en krävande situation för alla inblandade, framförallt erfar deltagarna att en etisk svårighet kan vara när ett HLR beslut omprövas efter anhörigas önskemål. Att överväga vårdpersonalens kompetens och medicinska bedömningar mot anhörigas önskemål anses som utmanande situationer.

Det är ändå en tuff situation.... för vårdpersonalen, för alla runt omkring. HLR är väldigt laddat och jobbigt. Så det känns inte alltid helt etiskt bra när vi har omprövat de besluten åt det hållet (Informant 6).

Förutsättningar i akuta situationer kan påverka mötet med anhöriga och är en etisk svårighet enligt deltagarnas erfarenheter. Beslutet sker vanligtvis väldigt hastigt där sjuksköterskor inte alltid har möjlighet att sitta ner och bemöta patient och anhöriga i beslutet. Ibland ses snabba beslut där informationen endast nämns till patient och anhöriga utan att förklara innebörden, framför allt när patienten är väldigt dålig. "... oftast inte så uppstyra möten, nästan lite på stående fot ibland, liksom såhär inne på akutrummet då, eller sådär att vi har beslutat utifrån vad vi har gjort och liksom våra erfarenheter ..." (Informant 4). Deltagarna erfar att när det inte finns möjlighet att avsätta tid för att informera anhöriga under lugnare

omständigheter är det viktigt att prioritera tydliga förklaringar i det korta mötet. Samtidigt påvisar deltagarnas erfarenheter att anhöriga oftast inte upplever beslut om ej HLR som det mest upprörande i akuta situationer. Vanligtvis är det fler frågor kring vad patienten drabbats av eller hur det kommer utvecklas.

Vanligtvis är det pressade förhållanden inom vården vilket är en stor del till att anhöriga inte får till sig beslutet. En av de etiska svårigheterna enligt deltagarnas erfarenheter är när det inte finns tid för att ge stöd och information, vilket kan riskera att anhöriga blir åsidosatta. Deltagarna erfar att när beslutet ges ut ska sjuksköterskan ta sig tid och tydligt förklara vad det innebär då alla anhöriga har olika åsikter och kunskaper, därav ska beslutet aldrig ges ut rutinmässigt.

Det får verkligen inte blir ett löpande band, även om man har varit med om de många gånger under sin sjuksköterskekarriär får man aldrig glömma att det här är en ny anhörig som aldrig någonsin stått inför det här beslutet innan och verkligen ta det därifrån (Informant 5).

Deltagarnas erfarenheter påvisar vikten av att anpassa bemötandet utifrån varje enskild anhörig, trots pressade och akuta situationer för att främja ett positivt möte. Genom att synliggöra och arbeta med etiska svårigheter erfar deltagarna är en viktig del i arbetet, där mycket grundas i att involvera och informera anhöriga.

6.2 Emotionella reaktioner

För anhöriga kan ett beslut om ej HLR orsaka emotionella reaktioner där anhörigas förförståelse påverkar upplevelsen kring ett beslut om ej HLR. Hur de anhörigas förförståelse kring beslutet är, påverkar hur beslutet accepteras eller inte. Alla anhöriga reagerar inte likadant vilket är en viktig aspekt att lyfta. Anhöriga kan reagera med motstånd och skuld känslor, ofta orsakat av exkludering i beslutsfattandet.

6.2.1 Anhörigas förförståelse och acceptans för beslutet

Utifrån deltagarnas erfarenheter kan ett beslut om ej HLR leda till missförstånd. När anhöriga möts av beslutet tror många anhöriga att beslut om ej HLR innebär att patientens behandlingar och vård avslutas. "Det är väl mer att det blir missförstånd, att de inte förstår riktigt vad det är man har förklarat för dem" (Informant 3). I mötet med anhöriga erfar deltagarna att det kan finnas behov av att behöva förtydliga innebörden för anhöriga. Det kan göras genom att förklara att om ett hjärtstopp väl inträffar är det inte till gagn för patienten att påbörja HLR. Behandlingen fortsätter, allt från god omvårdnad till mediciner och röntgenundersökningar utifrån patientens tillstånd och behov.

Många tror, när vi berättar att vi inte kommer göra HLR på deras föräldrar eller vad det nu kan vara, deras anhöriga, så

tror de att vi inte gör någonting mer alls. Alltså att man går över som i en palliation och det stämmer ju inte (Informant 6).

Deltagarnas erfarenheter är att anhöriga är mer pålästa på senare år. Efter Covid-19 pandemin har information om både HLR och ej HLR uppdagats mer i sociala medier och nyheter, vilket har lett till ökad förståelse hos anhöriga. Anhöriga har även fått ökad kunskap i att HLR kräver goda fysiska förutsättningar för att överleva. Den ökade informationen i samhället har bidragit till att beslut om ej HLR kan bemötas mer positivt och accepterat av anhöriga.

Vissa anhöriga är ändå väldigt bra pålästa. Jag upplevde att vi fick ett litet uppsving i det här när pandemin var. Det var många som såg på tv. Man pratade mycket om intensivvård och man pratade även mycket HLR. Efter det tycker jag att många anhöriga var lite mer pålästa och förstod vad det innebar... att man faktiskt behöver vara ganska pigg för att överleva HLR (Informant 6).

Deltagarna erfar att det finns anhöriga som varit med om tidigare situationer av ej HLR-beslut och fått ökad insikt av beslutets innebörd. Därmed kan anhöriga vara mer förberedda på att beslutet kan bli aktuellt om patienten behöver läggas in. "Det är så olika för en del anhöriga är på något sätt lite förberedda" (Informant 2). Patienten är oftast den som är mest insatt i sin egen vård och medveten om sin sjukdomshistoria, därför är patienten själv ofta mottaglig till att förstå beslutet. Deltagarnas erfarenheter är att anhöriga däremot kan tendera att inte ha samma insikt i patientens tillstånd för att kunna förstå att patienten är såpass sjuk som den är. Deltagarnas erfarenheter är att anhörigas önskemål om provtagningar och behandlingar in i det sista är mer för att lindra anhörigas känslor mer än vad det faktiskt gynnar patienten. Till en början kan beslutet upplevas överväldigande och landa i både positiva och negativa känslor i mötet av beslutet och varierar beroende på hur de anhöriga hanterar sina egna känslor.

Patienten är ju ofta införstådd i nämen jag förstår, eller gud jag kommer inte klara de, för dom har liksom fått jobba med tanken mycket längre än vad anhöriga kanske har vågat göra eller velat göra.... dom försöker hålla fast i sista, sista hoppet, men patienterna tenderar mera att fatta att de är färdigt nu (Informant 4)

Deltagarna erfar att beslutet kring ej HLR oftast bemöts väl och förstående av de anhöriga. "... majoriteten tar beslutet om ej HLR positivt... Men ibland så kan det ju bemötas med stor sorg och besvikelse" (Informant 1). Deltagarnas erfarenheter påvisar att de anhöriga som står patienten nära ofta själva märker att patientens tillstånd successivt försämras och att åldern påverkar patienten. "De är ju ändå positiva reaktioner, att dem litar på vårt omdöme" (Informant 4). När anhöriga tagit emot information om beslutet möts deltagarna oftast av positiva reaktioner som bekräftar att de förstår och att de anhöriga har tillit för

vårdpersonalens omdöme. De anhöriga som är väl insatta i patientens prognos, har visats ta emot information bra till skillnad från de som inte är lika insatta där beslutet inte tas emot lika positivt.

Ja, men jag tycker de flesta tar det väldigt bra och klokt. Och som sagt, de flesta är ju mycket äldre, sköra, multisjuka... Men jag upplever ändå att de man informerar tar det bra (Informant 7).

Även om beslutet tas emot positivt, kvarstår tunga känslor för sin anhörigas tillstånd. Många anhöriga är rädda att förlora patienten men har trots det visats förstå och acceptera beslutet.

6.2.2 Motstånd, skuld-känslor och exkludering i beslutet

När anhöriga inte tar emot beslutet på ett accepterat sätt, är deltagarnas erfarenheter att anhöriga kan reagera med ilska. "Jag har ju haft ilska som reaktion. Att man diskriminerar äldre och det här och att man minsann ska anmäla och de reaktionerna. Så där har det varit ilska att jobba med" (Informant 2). Reaktionen kan väckas hos anhöriga då de upplever beslutet som åldersdiskriminerande, då beslutet ofta ses i samband med hög ålder. Utifrån deltagarnas erfarenheter framkommer det att besluten inte är åldersdiskriminerande. "Jag tycker vi är bra på att inte åldersdiskriminera, utan det är ju ändå väldigt mycket de medicinska förutsättningarna patienten har" (Informant 6). Deltagarna styrker att beslutet inte endast baseras på patientens ålder utan att det främst är andra faktorer och tillstånd hos patienten som ligger till grund för beslutet.

Deltagarna har erfarenhet av situationer där beslut om ej HLR väckt starka reaktioner hos anhöriga. Situationerna där anhöriga motsätter sig beslutet kan ses när anhöriga inte haft kontakt med patienten under sista tiden. "... barn som kanske inte har varit så involverade, borta längre bort till exempel och blir väldigt arg och upprörd och det tror jag grundar sig mycket i skuld-känslor" (Informant 6). Deltagarnas erfarenheter är att det finns samband mellan anhörigas skuld-känslor och motsägelse av beslutet. Främst hos de anhöriga som inte varit närvarande under tiden patienten försämrats.

Deltagarna har erfarenheter om att anhöriga läst patientens journal och fått reda på beslutet därigenom. Anhöriga som får reda på beslutet på via andra informationsvägar har visats ställa sig negativt till beslutet. Andra situationer som kan väcka starka utåtagerande reaktioner kan vara när anhöriga fått besked utan att vara involverade i beslutet. När de anhöriga möter beslutet kan ilska uppstå som försvarsmekanism i en krisreaktion som kan orsakas av oro, sorg och besvikelse.

En anhörig hade varit inne i sin anhörigas journal och då tittat och sett att patienten har ett ej HLR-beslut taget som den inte höll med om och blev väldigt upprörd, väldigt arg på avdelningen... där och då var det helt omöjligt att komma fram till den här anhöriga... (Informant 6)

Hon började slänga stolar. Hon slängde kuddar på fönstret, hon var så arg. Och hon började slå på saker och ting. Och hon tyckte ju att vi var djävulen själva... hur kan ni fatta ett sådant beslut utan oss? (Informant 1)

De allra flesta anhöriga reagerar inte utåtagerande, utan de reagerar oftare med sorg över patientens tillstånd. Deltagarna har med sig erfarenheter av situationer som väckt starka utåtagerande reaktioner, men påtalar också att det inte sker vanligtvis, men värt att nämna då reaktionerna aldrig går att förutse.

6.3 Kommunikationens betydelse vid förklaring av ett ej HLR-beslut

Kommunikation är en central faktor vid förklaringen av ett ej HLR-beslut. De två subtemana tillsammans belyser att både kommunikativt innehåll och förhållningssätt är avgörande i mötet. Tydlig och individanpassad information bidrar till ökad förståelse, medan ett empatiskt och lyhört bemötande skapar förutsättningar för acceptans och delaktighet.

6.3.1 Individanpassad och tydlig information

Deltagarnas erfarenheter är att det kan uppstå missförstånd mellan vårdpersonal och anhöriga eller patienter. Orsaken kan bero på att informationen inte är anpassad till mottagaren. Deltagarna erfar att användning av kroppsspråk, gester eller visuella hjälpmedel, såsom att rita på ett papper och förklara utifrån bilden kan underlätta anhörigas förståelse. "Jag har varit med om att rita ibland. Ritat ett hjärta. Och så ett kryss på liksom. Att bara, om hjärtat slutar slå liksom. Så använder man gester" (Informant 1). Att använda sig av enklare ord och förklaringar istället för medicinska termer bidrar till förbättrad kommunikation. Utifrån deltagarnas erfarenheter framkommer det att språkförbistringar samt kulturella skillnader kan påverka hur anhöriga uppfattar informationen. Det anses även vara svårt att bedöma i vilken utsträckning informationen förstås när patient eller anhöriga inte talar svenska eller engelska. I mötet kan en tolk finnas med för att säkerställa att informationen förstås.

... anpassa informationen åt de anhöriga man har. Sen kommer vi till kulturella perspektiv... Anhöriga som inte kan prata svenska. Patienten kan inte prata svenska. Man har ingen tolk. Vilket gör också, har patienten ens förstått? (Informant 1).

Deltagarna erfar att det är viktigt att tydliggöra vad ett HLR-beslut innebär för patienten och anhöriga, samt vilken vård patienten kommer att få framöver. Beslut om ej HLR behöver inte betyda att patienten löper högre risk för ett hjärtstopp, utan att förutsättningarna för att överleva ett hjärtstopp inte är lika goda. "Många anhöriga förstår inte innebörden och frågar om patienten kommer att få mat/dricka eller mediciner" (Informant 3). Deltagarna erfar att

flera anhöriga accepterar och förstår innebörden av ett ej HLR-beslut när informationen kommuniceras på ett adekvat sätt.

6.3.2 Bemötande och dialogens betydelse för förståelse och acceptans

Utifrån deltagarnas erfarenheter framkommer de att anhörigas förståelse för ett ej HLR-beslut ökar när de ges möjlighet att ställa frågor, exempelvis om varför beslutet tillämpas och vad som kan förväntas framöver. Deltagarna erfar att dialogen är central för hur anhöriga uppfattar beslutet, där en god dialog möjliggör acceptans av situationen samt delaktighet i vården och att en tydlig kommunikation med anhöriga är av stor betydelse. Deltagarna erfar även att när de ser att patienten lider initierar de en diskussion med läkaren om beslut om ej HLR och därefter tas samtalet med patienten. Sjuksköterskor och läkare behöver ta sig tid att samtala med patienten och anhöriga samt förklara innebörden av beslutet. Tydliga förklaringar erfars bidra till en ökad förståelse för händelseförloppet och en mer positiv syn på beslutet.

Efter noggrant samtal när man förklarar rent medicinskt varför och varför de är mer lidande att sätta in vissa åtgärder, då brukar dom flesta förstå, upplever jag (Informant 4).

Val av ord har enligt deltagarnas erfarenheter en stor betydelse i mötet med anhöriga. Ett ord som framkom under intervjuerna var ordet skört, vilket ofta används för att förklara tillståndet hos patienten för de anhöriga. Deltagarna erfar att val av ord och sättet att förklara kan avgöra om anhöriga uppfattar beslutet som hoppfullt eller hopplöst.

... Man säger inte att det är kört. Man ingjuter lite hopp. Ordet skört, använder jag ofta, att det är väldigt, väldigt skört här nu... om hon får ett hjärtstopp så gör vi ingenting. Och då brukar de förstå, tycker jag (Informant 7).

Deltagarna erfar att utöver det verbala språket är bemötande, ärlighet och kroppsspråk betydelsefulla faktorer i mötet. De erfar även att det är viktigt att vara ärlig utan att försköna situationen, samtidigt som kommunikationen behöver präglas av empati och lyhördhet. "Jag tror det är viktigt att vi är ärliga. Nej, men att man säger det man vet ..." (Informant 7). Ärligheten bidrar till att skapa en trygghet och förtroende hos anhöriga.

"Trygghetsskapande är nog ett bra nyckelbegrepp i det här samt kommunikation och lyhördhet" (Informant 2).

Hur sjuksköterskor uttrycker sig både verbalt och icke-verbalt, kan påverka hur informationen tas emot. Ett medvetet och professionellt bemötande erfars därför som centralt. Utifrån deltagarnas erfarenheter nämns det att det finns förbättringspotential kring ämnet, allt från hur sjuksköterskor kommunicerar till hur vårt kroppsspråk uppfattas för anhöriga. "Att vi alla blir lite bättre på att vara medvetna om vad vi utstrålar och hur stor effekt vi har i ett samtal"

(Informant 2). Beroende på hur sjuksköterskor upplevs, kan informationen om beslutet tas emot på olika sätt enligt deltagarnas erfarenheter.

6.4 Resultatsammanfattning

Resultatet beskrivs utifrån tre huvudteman följt av totalt sex subteman (Tabell 2). I resultatet framkommer det att beslut kring ej HLR vanligtvis är etiskt komplext, där medicinska överväganden utgör beslutet vilket inkluderar patientens grundsjukdom och livskvalité. Att anhöriga får information kring beslutet anses vara en betydande faktor för acceptans, vilket anses vara bristfällig inom flera vårdenheter. Resultatet påvisar att upplevelserna hos de anhöriga varierar mellan acceptans, ilska och sorg. Samtidigt ses att de flesta anhöriga tar emot beslutet positivt med god förståelse och insikt för patientens tillstånd. Akuta situationer anses mer sårbara då det i stunden inte är besluten om ej HLR som är det mest upprörande, utan snarare fokuserar anhöriga mer på patientens prognos. Beroende på hur beskedet kommuniceras ut samt hur mycket förkunskap de anhöriga har kring ämnet, påverkar hur anhöriga upplever beslutet.

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Under intervjuerna erhöles ett medvetet och öppet förhållningssätt, vilket gjordes genom anpassning och flexibilitet för att förståelsen inte skulle påverka resultatet. För att exkludera förståelsen arbetade författarna genom hela arbetet med att inte lägga egna värderingar i varken intervju, resultat eller analysprocessen. Genom att inte ha ställt riktade frågor under intervjuerna, påverkades inte resultatet av egna uppfattningar. Under analysen tolkades det latenta innehållet utefter vad som framkom under intervjuerna, där författarnas förståelse och åsikter exkluderades genom att förhålla sig till det som deltagarna sagt.

Enligt Mårtensson och Fridlund (2023) kan bekräftelsebarhet användas vid olika ställningstagande under hela forskningsprocessen. För att öka studiens bekräftelsebarhet tog författarna ställning till urvalet genom att skapa inklusionskriterier om yrkesverksamma år samt yrkeserfarenhet inom ämnet. Det resulterade i att deltagarna hade marginellt längre erfarenhet än vad som efterfrågades. Att samtliga av deltagarna var kvinnor var inget inklusionskriterium utan ett slumpmässigt resultat av urvalsprocessen. Samtliga deltagare hade mycket erfarenhet av anhörigas upplevelse vilket möjliggjorde att studiens syfte kunde besvaras. Den begränsade tiden till förfogande bidrog till att ett bekvämlighetsurval valdes, vilket kan ha påverkat urvalet. Bekvämlighetsurvalet bidrog till att författarna hade koppling till deltagarnas arbetsplatser vilket ledde till minskad variationsbredd, något som författarna ansåg vara en möjlig svaghet. En ytterligare svaghet i urvalet kunde eventuellt ha varit att studien endast tillfrågade sjuksköterskor på sjukhus. Det bidrog till minskad bekräftelsebarhet samt försvårade överförbarheten till andra vårdkontexter som exempelvis vårdcentral och hemsjukvård. Enligt Mårtensson och Fridlund (2023) kan överförbarhet förklaras genom att examensarbetet kan överföras till andra grupper och kontexter. Vidare förklaras även att resultat ska vara tydligt beskrivet för att kunna öka överförbarheten till andra grupper, situationer eller kontexter. I studien tydliggjordes resultatet genom en tabell med teman och subteman för att få en enkel och effektiv överblick av vad som framkom i resultatet, vilket bidrog till förenklad överförbarhet av studien.

Att använda sig av triangulering vid metodinsamling bidrar det till ökad trovärdighet genom att problemet ses ur olika synvinklar. Vanligtvis används begrepp som källtriangulering samt observatörstriangulering för att säkerställa studiens trovärdighet. Dessa begrepp innebär att flera personer intervjuas som har olika kunskaper inom området, samt att forskare med olika professioner får delta i dataanalysen (Mårtensson & Fridlund, 2023). I studien deltog sjuksköterskor från olika vårdenheter vilket bidrog med ökad källtriangulering. Studien granskades flertalet gånger av handledare samt studiekamrater vilket ökade observatörstrianguleringen. Författarna fann en nackdel med intervjustudie som datainsamlingsmetod genom att intervjuer tar tid att utföra och därav kunde inte många deltagare inkluderas. Det kan ha påverkat studien negativt genom att inte få ta del av fler erfarenheter inom olika sjuksköterskeprofessioner. För att få ta del av fler erfarenheter kunde istället en kvantitativ studie utföras med enkätundersökning för att öka

studiens bredd men inte nödvändigtvis högre trovärdighet. Datainsamlingen genomfördes på några av deltagarnas arbetsplats, en av intervjuerna utfördes i deltagarens hem och några per telefon, utifrån deltagarnas önskemål.

Författarna ansåg inte att variationen eller platserna påverkade resultatet, då alla intervjuerna genomfördes ostört och transkriberades noggrant. De som utförde intervjuerna var författarna och som tidigare nämns hade författarna koppling till deltagarna. Dock ansågs det inte påverka datainsamlingen då författarna utgick från samma intervjuguide som var formad utifrån studiens syfte.

Vid arbete med analysprocessen ska den tydligt framställas, vara neutral och granskas av andra personer för att öka bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund, 2023). Kvalitativ innehållsanalys är en beprövad metod för att analysera texter. För att utveckla metodens trovärdighet ska det tydligt framgå i analysprocessen hur författarna gått tillväga och varför olika beslut tagits under forskningsprocessen (Hällgren Graneheim et al., 2023). Den kvalitativa innehållsanalysen gjorde att texten från intervjuerna kunde brytas ner för att finna det mest relevanta, vilket författarna upplevde som en passande metod. I studien har analysprocessen tydligt stegvis beskrivits vilket ökar studiens trovärdighet då processen kan genomföras på ett likadant sätt för andra. Samtidigt har flertalet utkast av studien skickats till studiekamrater samt handledare för granskning och återkoppling för ökad bekräftelsebarhet och trovärdighet. För att vidare öka bekräftelsebarhet och trovärdighet hade anhöriga kunnat intervjuas direkt vilket hade bidragit till att sjuksköterskors erfarenheter hade kunnat exkluderas. Informationen hade då kunnat analyseras direkt från anhöriga vilket kunde ha lett till ökad informationssäkerhet, men inte nödvändigtvis. Dock hade författarna ingen möjlighet att utföra studien på anhöriga på grund av tidsbrist samt etiska överväganden.

Att förhålla sig till förförståelsen som författare påvisas examensarbetets pålitlighet genom att tidigare erfarenheter och förståelse synliggörs. Genom förförståelse kan datainsamlingen och dataanalys påverkas av författarnas tidigare kunskap, vilket bör tas hänsyn till (Mårtensson & Fridlund, 2023). Studien har förhållit sig till förförståelse genom att tydliggöra den och vilka kunskaper författarna besitter. Studien utgick från induktiv ansats vilket innebar att studiens pålitlighet ökade då författarna utgick från empirin. Studien audiorekordades genom ljudinsamling på författarnas telefoner vilka sedan transkriberades med hjälp av verktyget Sunet Scribe. Författarna fann att viss information i transkriptionsverktyget försvann, därav valdes det att manuellt lyssna på intervjuerna och redigera informationen som saknades. Det ledde till att intervjuerna lyssnades på ett flertal gånger, vilket bidrog till en ökad pålitlighet då informationen granskades noggrant, vilket ledde till att författarnas egna åsikter inte påverkade studien.

Sammanfattningsvis bedömde författarna att studiens metod var lämplig för att besvara syftet. Det var inga etiska problem som framkom under studiens gång. Studien förhöll sig till de etiska övervägandena där bland annat enhetschefer samt deltagarna informerades om forskningsetiska principer. De fick information samt medgivnings och samtyckesblankett vilket alla besvarade och som bevarades konfidentiellt. I efterhand kunde författarna se att bekvämlighetsurvalet var en begränsning då variationen av deltagarna inte var bred, men tillräckligt för att utföra studien. För att få svar på syftet om

anhörigas upplevelse kunde anhöriga ha intervjuats istället för sjuksköterskor. Det hade lett till en omformulering av syftet, men samtidigt hade upplevelserna kunnat beskrivas direkt från primärkällan.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet från studien beskrivs utifrån tre huvudteman: Övergripande grunder för beslut kring ej HLR, emotionella reaktioner och kommunikationens betydelse vid förklaring av ett ej HLR-beslut (Tabell 2). De nämnda temana är de mest centrala delarna utifrån intervjuerna för att besvara studiens syfte. Arman (2022) beskriver Katie Erikssons vårdteori om sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Vårdteorin kopplas till studiens resultat och hur det kan förhålla sig till deltagarnas erfarenheter om anhörigas upplevelser. Resultatet sätts i relation och jämförelse till tidigare forskning.

7.2.1 Sjukdomslidande

Det framträder tydligt i studiens resultat att beslut om ej HLR i stor utsträckning baseras på patientens medicinska tillstånd, prognos och möjlighet till livskvalitet. Sjukdomslidandet kopplas till själva sjukdomen och konsekvenserna, där ett återupplivningsförsök riskerar att förlänga ett redan omfattande lidande snarare än att bidra till återhämtning. I studien synliggörs en strävan inom vården att minimera sjukdomslidande genom att avstå från åtgärder som inte gagnar patientens hälsa. Sjukdomslidande kan sättas i relation med Svenska Läkaresällskapet (2021), där sjukdomshistoria, prognos och aktuellt sjukdomstillstånd ligger till grund för beslutet. Studiens resultat visar att besluten förhåller sig till samma grunder både i teori och praktik, samt att dessa grunder för besluten används för att minska sjukdomslidandet.

Ålder ses inte vara avgörande för beslut om HLR eller ej HLR, utan trots hög ålder är det livskvaliteten som beslutet grundas på. En god livskvalité anses som en frisk person, låg ålder, självständighet samt ingen mental dysfunktion där HLR anses kunna bidra till ett värdigt liv efter. Minskad livskvalité kan ses som motsatsen, högre ålder, långvariga sjukdomar, psykisk funktionsnedsättning, beroende av familjen samt börda, vilket även visat att de personerna inte lika ofta vill bli återupplivade (Vandrevala et al., 2006). I studien framkommer det att beslutet vanligtvis är mer accepterat av anhöriga när patienten sedan tidigare är multisjuk, vilket är en likhet med Vandrevala et al. (2006). Studiens resultat belyser att anhöriga vanligtvis har en ökad förståelse och är mer förberedda på att patienten inte kommer att förbättras, framför allt när patienten uttrycker sjukdomslidande. Det framkommer även att HLR är mycket krävande, vilket anhöriga har större förståelse för när patienten har en bakomliggande sjukdom.

Vidare påvisas fynd från studien att sjukdom under en längre tid kan medföra svårigheter för anhöriga att få till sig beslutet. Patienten får oftast information när de samtalat med läkare, vilket kan göra att anhöriga inte blir informerade då patienten inte alltid berättat för de anhöriga. Ibland kan informationen framkomma vid brytpunktssamtal vilket leder till att anhöriga kan bli överraskade över att ha varit ovetandes kring beslutet. I studien framkommer det att när anhöriga är väl insatta i patientens prognos och sjukdomens allvar

har de ökad acceptans. Det kopplas till att anhöriga förstår att en lång tids sjukdom kan påverka patienten och sjukdomslidandet.

Sammanfattningsvis menar både tidigare forskning och studien att patientens livskvalitet, sjukdomshistoria samt förutsättningar ofta är grunden till beslutet. Anhöriga tenderar i de fallen att i högre grad acceptera besluten, både enligt Vandrevala et al. (2006) och studiens resultat. Enligt Arman (2022) handlar sjukdomslidande om när patienten upplever smärta och obehag orsakat av sjukdomen, där emotionella känslor som rädsla, oro och ångest förekommer. Det leder till att livskvaliteten hos patienten försämras och därmed ökat sjukdomslidande, vilket påverkar anhörigas upplevelser då de oftast får medlidande för patientens sjukdomslidande.

7.2.2 Livslidande

Pettersson et al. (2018b) menar att sjuksköterskor i större utsträckning fokuserar på patientens autonomi kring beslutet snarare än vad som skulle anses minska livslidandet. Enligt studien är det vanligt att sjuksköterskor introducerar frågan om ett ej HLR-beslut till ansvarig läkare då de träffar patienten mer i omvårdnaden. Det blir en skillnad gentemot tidigare forskning, där patientens autonomi framhävs som grunden medan i studien ses minskat livslidande som det avgörande, vilket kan gynnas av ett ej HLR-beslut. Vidare talar Svensk sjuksköterskeförening (2024) om att teamsamverkan mellan olika professioner krävs för att kunna ge en god och säker vård. Det kan relateras till studiens resultat, där teamsamverkan spelar stor roll för att undvika livslidande hos patienten. Sjuksköterskors kompetens om att initiera beslut om ej HLR visar sig skapa ett bättre samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. För de anhörigas upplevelse blir samarbetet gynnsamt då beslutet kan diskuteras i ett tidigare skede innan patienten blir kraftigt försämrad. Det öppnar upp möjligheten till en bättre bearbetningsprocess för både patienten och anhöriga genom minskat livslidande för patienten.

Skuldkänslor ses ofta i samband med att anhöriga gått med på beslutet om ej HLR men som senare väckt känslor efter patientens bortgång. Skuldkänslorna ses som en stor del av de anhörigas upplevelse när de själva förespråkar HLR istället för att se till de som gynnar patientens bästa. Många anhöriga vill oftast göra mer för sin anhöriga och accepterar därmed inte situationen, men trots det går med på att acceptera beslutet (Tsai et al., 2025). I jämförelse med studiens resultat påvisas de att skuldkänslor främst ses hos de anhöriga som inte varit involverade i patientens tillstånd den senaste tiden, vilket är en skillnad från tidigare forskning. De reaktioner och känslor deltagarna möts av är främst sorg men också ilska hos ett mindre antal anhöriga. Skuldkänslor efter patientens bortgång är inget som deltagarna i studien uppmärksammar. Att skuldkänslor inte framkommer efter patientens bortgång kan ha att göra med att de anhöriga har god förståelse för patientens livslidande.

Studiens resultat visar att majoriteten av de anhöriga upplever att de kan lita på läkares och sjuksköterskors gemensamma bedömning. Det har lett till att anhöriga tenderar att acceptera beslutet i större utsträckning och att det finns en tillit till ansvarig läkare och dess medicinska bedömning. Förståelsen om att läkare och sjuksköterskor eftersträvar god livskvalitet och ett minskat livslidande gör att beslutet uppfattas mer accepterat hos de anhöriga. Framför

allt i akuta situationer där anhöriga själva är med och ser att situationen kan vara kritisk. Samtidigt ses det i studien att anhöriga i vissa fall kan tycka att HLR ska påbörjas vid ett hjärtstopp. Vid okunskap hos de anhöriga om att HLR medför tuffa konsekvenser med hög risk för livslidande, kan de ses ha mindre insikt i patientens livslidande. Skillnader ses gentemot sjuksköterskors och anhörigas syn på livslidandet där sjuksköterskor har livslidandet i åtanke mer än vad de anhöriga visats ha.

Sammanfattningsvis är livslidande en central del i sjuksköterskors roll att ta hänsyn till i olika bedömningar och beslut. Enligt Arman (2022) berör livslidande hela livssituationen, allt från meningsfullhet till självständighet. I studiens resultat framkommer det att om patienten är väldigt sjuk och i ett potentiellt livshotande tillstånd, kan det ske snabba beslut utan att ha möjlighet att lyssna till patientens eller anhörigas åsikter kring beslutet. Det kan göra att patienten inte kan göra ett aktivt val om beslutet, vilket kan anses som minskad självständighet. Att anhöriga har förståelse för livslidandet har visats varierande utifrån studiens resultat, medan det tydligt framkommit att beslutet oftast tas utifrån patientens livslidande och livskvalité.

7.2.3 Vårdlidande

Att återuppliva en person från ett hjärtstopp kan orsaka mycket lidande för patienten, vilket bör tas hänsyn till vid beslutsfattande. Att utgå från livskvalitén baseras på individens hälsotillstånd, vilket ses som att en sjuk person inte har lika stor chans att överleva eller att återhämta sig till en god livskvalité efter hjärtstopp. Friska personer har större överlevnadschans samt högre statistik att återhämta sig till en god livskvalité (Vandrevala et al., 2006). Utifrån studiens resultat relateras det till Vandrevala et al. (2006) genom att det tydligt framkommer att livskvalitén är till stor del avgörande vid ett beslut om ej HLR, där medicinska och etiska faktorer spelar roll. Att öka anhörigas förståelse kring vad ett beslut grundar sig på, varför beslutet tas och att det beslutas för patientens värdighet, leder till en positiv syn på beslutet för anhöriga. Allt kring HLR är enligt studiens resultat en tuff situation. Det kan exempelvis handla om situationer när HLR utförts på patienten efter ett omprövat ej HLR-beslut enligt anhörigas önskemål. Det innebär att vården tagit ett beslut om ej HLR för att minska risken för vårdlidande, men när anhörigas önskemål har tillgodosetts har det istället bidragit till att skapa ett vårdlidande.

Alla vårdinsatser kräver en tydlig kommunikation oavsett vem som får informationen till sig, såsom patienten, anhöriga eller vårdpersonal. Vid beslutsfattande om ej HLR bör det ske i samråd med den berörda patienten då det är den som har rätt att bestämma kring sin vård. Dock finns det tillfällen där varken sjuksköterskor, patienten eller anhöriga har varit med i beslutet då ansvarig läkare konsulterar en annan läkare istället. Om kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor är otillräcklig kan det leda till frustation i teamet (Manias, 1999). I både Manias (1999) och studiens resultat framkommer det att kommunikationen är av stor betydelse. För att minska vårdlidandet för patienten är det av stor vikt att informationen delas vidare från vårdpersonal till anhöriga och patient. Anhörigas upplevelse kring beslutet påverkas dels av hur beslutet framkommer till anhöriga och hur vårdpersonalen beskriver och informerar om beslutet. I studien framkommer det att en del anhöriga tror att ett ej HLR-beslut betyder att patienten inte

kommer att få fortsatt vård eller behandlingar, vilket inte stämmer överens med sanningen. Vid ett ej HLR-beslut får patienten all fortsatt vård som upplevs som värdig för att inte skapa mer vårdlidande, vilket behöver förklaras tydligt för anhöriga.

Alla patienter har rätt till information, allt från hur hälsotillståndet är till vilka åtgärder som är möjliga (Patientlag, 2014:821, 4 kap. 1§). Därmed krävs det att vårdpersonal tillgodoser både patienter och anhöriga med tydlig information och anpassningar för att undvika missförstånd. Det kan handla om bland annat språkförbristningar eller kognitiv svikt där vårdpersonalen behöver individanpassa sitt språk. När informationen inte framkommer på ett tydligt sätt till patienten och anhöriga orsakar det oklarhet och osäkerhet. Bristande information och kommunikation samt exkludering i beslutet kan leda till vårdlidande. Kelly et al. (2021) menar att patientsäkerheten kan hotas när sjuksköterskor tolkar ett ej HLR-beslut. Det kan handla om att sjuksköterskor inte har kunskap om vad beslutet innebär, vilket kan leda till felaktig information. Studien framhäver vikten av tydlig information från vårdpersonal till anhöriga och patient vid ett beslut om ej HLR. Kopplat till vårdlidande är det av stor vikt att vårdpersonalen har god kunskap om beslutets innebörd för att minska risken för fel eller otillräcklig information.

Vidare framkommer det i studien att kroppsspråket har en stor roll i kommunikationen, vilket är något som vårdpersonalen inte alltid tänker på. Kroppsspråket kan påverka bemötandet genom exempelvis hur vi agerar och upplevs. Vid stressade situationer där personalen inte hinner bemöta anhöriga i den mån som önskas kan det orsaka att anhöriga känner sig åsidosatta, vilket kan orsaka vårdlidande. För att förbättra kommunikationen kan möjlighet till att ställa frågor och öppna upp för dialog främja anhörigas delaktighet. När patienten och anhöriga får tid för samtal med läkare och sjuksköterskor upplevs vanligtvis en mer positivare syn på beslutet och minskat vårdlidande. En annan aspekt för hur vårdlidande kan uppstå handlar om hur vården organiseras och hur kommunikationen genomförs. Genom bristande information till anhöriga eller sena besked om ej HLR kan det bidra till negativa upplevelser och missförstånd, vilket påverkar vårdlidandet.

Sammanfattningsvis kan vårdlidande enligt Arman (2022) ses som ett lidande orsakat av vården där det hade kunnat undvikas. Därav har kommunikation en stor betydelse för hur anhöriga upplever situationer. Efter omprövning av beslut kan vårdlidande också ses, om beslutet hade kvarstått från början hade det möjligen minskat vårdlidandet. Genom att tydliggöra, förklara och att grunda besluten på relevanta belägg, kan vårdlidandet begränsas.

7.3 Konklusion

Sammanfattningsvis visar studien att information, kommunikation och etiska övervägande har en avgörande roll för hur anhöriga upplever och kan acceptera beslutet. Studien påvisar att anhörigas upplevelse av beslutet påverkas av patientens sjukdomstillstånd och att sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande har en stor betydelse i samband med beslut om ej HLR. Sjukdomslidandet kopplas till ej HLR-beslutet genom att patientens grundsjukdom samt prognos är avgörande för om beslutet tas. Livslidande ses som något som påverkar livskvalitén, vilket är en av de aspekter som tas

hänsyn till vid beslutsfattande om ej HLR. Vårdlidandet kan ses när information, kommunikation och delaktighet brister i verksamheten. I studien framkommer det att anhöriga tenderar att acceptera beslutet när de har förståelse för patientens livskvalitet, samt besitter kunskap om att HLR kan orsaka lidande. Studien påvisar att kommunikationen har stor betydelse för att skapa delaktighet och minska missförstånd. Genom att vårdpersonal arbetar för att ge information, bemöta anhöriga med respekt samt förklara vad beslutet innebär kan lidandet minska. Studien visar därmed att beslut om ej HLR inte enbart handlar om bedömningar av patientens tillstånd, utan också om att minska lidandet i alla dess former. Fortsatt forskning kan bidra till utveckling genom förbättrade rutiner, förhållningssätt och kommunikationsstrategier gällande anhörigtöd vid beslut om ej HLR.

7.4 Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Författarna har uppmärksammat ett behov av att patientsautonomi blir tillgodosedd innan patienten försämras och därmed inte kan medverka i beslutet. För att tillgodose det kan digitalisering vara en bidragande hjälp. Utifrån digitalisering kan ett register utformas på likande vis som donatorregistret. Donatorregistret är enligt Socialstyrelsen (2026) ett register där personer frivilligt kan anmäla sin inställning till donation. Författarna menar att på liknande vis kan det göras en egen önskning om HLR eller ej HLR. Registret kan utformas genom att patienten kan registrera sin önskan i förväg baserat på sin livskvalitet och hälsa, som också kan ge möjlighet till att ändra sin önskan om livskvaliteten förändras. Patientens egen önskan kan då påvisas på ett enklare och mer synligt sätt. Författarna anser att läkaren fortsatt ska ha det medicinska ansvaret för beslutet men att registret kan stödja läkarna i beslutsfattandet. Registret kan ses som fördelaktigt i vissa patientgrupper. Framför allt för de patienter som sällan söker vård. De patienterna kanske inte har träffat läkare på många år och därmed inte diskuterat med läkare om sitt önskemål kring HLR eller ej HLR. Därför kan det vara värt att utveckla tillgängligheten genom ett register där patienten själv får möjlighet till att framföra sin önskan. För de anhöriga kan det upplevas som en lättnad att vara medveten om att läkaren då har inkluderat patientens egen vilja i beslutsfattandet.

Avslutningsvis framkommer det i studien att de anhöriga som har kunskap kring vad ett ej HLR-beslut innebär har ökad acceptans. Därav ser författarna ett behov av vidare forskning. Förslagsvis kan fortsatt forskning fokusera på hur anhöriga och patienter samtalar kring ej HLR i vardagliga livet. Resultatet av den fortsatta forskningen kan bidra till att identifiera behovet av informationens utsträckning. Vidare forskning kan ge möjlighet till ökad förståelse för både patient och anhöriga när ej HLR-beslut tas.

8 Generativ AI

I studien användes transkriberingstjänsten Sunet scribe som klassas som ett AI-verktyg. Utifrån intervjuerna som spelades in transkriberades de vilket ledde till ett utkast med text. Författarna uppmärksammade att verktyget inte gav 100 % korrekt transkribering. Därför valde författarna att lyssna igenom inspelningen ett flertal gånger för att sedan ändra i utkastet där information saknas eller var felaktigt. Den extra kontrollen gjorde att texten blev korrekt utifrån intervjuerna.

AI verktyget DeepL är ett översättningsverktyg som användes vid skrivande av abstractet. Det användes för att kontrollera att meningsuppbyggnader, grammatik och synonymer var korrekt översatt till engelska.

9 Referenser

- Aldskogius, H. & Rydqvist, B. (2018). *Den friska människan: anatomi och fysiologi* (1:a uppl.). Liber.
- Arman, M. (2022). Lidande och lindrat lidande. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (2:a uppl., s. 44-66). Liber.
- Ding, C.-Q., Jin, J.-F., Lan, M.-J., Zhang, Y.-P., Wang, Y.-W., Yang, M.-F. & Wang, S. (2021). Do-not-resuscitate decision making for terminally ill older patients in the emergency department: An explorative, descriptive inquiry of Chinese family members. *Geriatric Nursing*, 42(4), 843–849.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.021>
- Engström, Å. & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:e uppl., s. 151 -164). Studentlitteratur.
- Gül, S., Bağcivan, G. & Aksu, M. (2022). Nurses' Opinions on Do-Not-Resuscitate Orders. *Omega: Journal of Death & Dying*, 86(1), 271–283.
<https://doi.org/10.1177/0030222820969317>
- Henricson, M. & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:e uppl., s. 115-125). Studentlitteratur.
- Hällgren Graneheim, U., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2023). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:e uppl., s. 295–312). Studentlitteratur.
- Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve

trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

International Council of Nurses. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, Övers: Rev. utg.). Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf> (Originalarbete publicerat 1953/2021)

Israelsson, J. & Lilja, G. (2019). Uppföljning efter hjärtstopp – nu finns svenska riktlinjer. *Läkartidningen*, 116(12),
<https://lakartidningen.se/vetenskap/uppfoljning-efter-hjartstopp-nu-finns-svenska-riktlinjer/>

Kelly, P. A., Hodges, K. M., Lee, J. C., Baker, K. A., Lockwood, S. W. & Vuong, E. Y. (2021). Nurses' Perspectives on Caring for Patients with Do-Not-Resuscitate Orders. *AJN American Journal of Nursing*, 121(1), 26-36.
<https://doi.org/10.1097/01.naj.0000731652.86224.11>

Krajnc, M., Grošelj, U. & Zelko, E. (2025). Ethical aspects of limiting end-of-Life treatment of adult patients at the primary healthcare level in family and emergency medicine: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 24(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01807-1>

Lombard, J., Davidson, H. & Doody, O. (2025). Do not attempt cardiopulmonary resuscitation practice and policy in Ireland: a mixed-methods study of service user and advocacy group perspectives. *Health Research Policy & Systems*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01315-x>

Lybeck, A., Rubertsson, S. & Nordberg, P. (2024). Intensivvård efter hjärtstopp. *Läkartidningen*, 121, artikel 23141.
<https://lakartidningen.se/vetenskap/intensivvard-efter-hjartstopp/>

Manias, E. (1999). Australian nurses' experiences and attitudes in the "do not resuscitate" decision. *Research in Nursing & Health*, 21(5), 383-471.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199810\)21:5<429::AID-NUR6>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199810)21:5<429::AID-NUR6>3.0.CO;2-P)

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3:e uppl., s. 473-490). Studentlitteratur.

Pettersson, M., Hedström, M. & Höglund, A. T. (2018a). Ethical competence in DNR decisions -a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC Medical Ethics*, 19(63).
<https://doi.org/10.1186/s12910-018-0300-7>

Pettersson, M., Höglund, A. T. & Hedström, M. (2018b). Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology. *PLOS One*, 13(11), e0206550.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206550>

Schenderlein, A., Groh, J., Kern, F., Perl, M. & Schulz-Drost, S. (2025). CPR related injuries of the chest wall: direct and indirect fractures. *European Journal of Trauma and emergency Surgery*, 51(1), 1-8.

<https://doi.org/10.1007/s00068-024-02678-6>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 8 april, 2026, från

<https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som-sfs-2003-460/>

SFS 2014:821. *Patientlag*. Socialdepartementet. Hämtad 16 februari, 2026, från <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821-sfs-2014-821/#K3>

Socialstyrelsen. (2020, 1 december). *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer*. Hämtad 16 februari, 2026, från

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/29833c1feb23485b82b06dbc68ec48ec/2020-11-7045.pdf>

Socialstyrelsen. (2026, 2 mars). *Organ, vävnad, celler och blod*. Hämtad 15, april, 2026, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/organ-vavnad-celler-och-blod>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Rev. utg.).

<https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Svenska Läkaresällskapet. (2021). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning* (2:a uppl.). https://www.sls.se/media/muzkomoh/rev_etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning_andra_upplagan_2021_version_20_final-21-05-19-1.pdf

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2023). *Hjärtstopp inom sjukvården* (reviderad 31 januari 2023). HLR-rådet. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2023/02/Hjartstopp-inom-sjukvarden-2023-1.pdf>

Tsai, C.-Y. & Lai, F.-C. (2025). Exploring the Perceptions of Families and Nurses After Signing a Do-Not-Resuscitate Order for Patients in Respiratory Care Wards. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 42(8), 746–755. <https://doi.org/10.1177/10499091241285010>

Vandrevala, T., Hampson, E. S., Daly, T., Arber, S. & Thomas, H. (2006). Dilemmas in decision- making about resuscitation – a focus group

study of older people. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1579-1593.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.038>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Werling, M. (2006). Mötet mellan läkare, patient och anhöriga – två fallbeskrivningar. *Läkartidningen*, 103(36),
<https://lakartidningen.se/vetenskap/motet-mellan-lakare-patient-och-anhorig-ndash-tva-fallbeskrivningar/>

Wijman, C. A. C., Mlynash, M., Caulfield, A. F., Hsia, A. W., Eyingorn, I., Bammer, R., Fischbein, N., Albers, G. W. & Moseley, M. (2009). Prognostic value of brain diffusion-weighted imaging after cardiac arrest. *Annals of Neurology*, 65(4), 394–402. <https://doi.org/10.1002/ana.21632>

Wikström, J. (2024). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada* (4:e uppl.). Studentlitteratur.

World Medical Association. (19 oktober 2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants*. Hämtad 16 februari, 2026, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Bilaga 1: Informationsbrev samt medgivningsblankett till enhetschef



Till enhetschef/motsvarande:

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: *Att möta anhöriga vid ej HLR-beslut: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter.*

Information:

Vi är tre stycken sjuksköterskestudenter från Högskolan i Skövde som skriver vårt examensarbete. I examensarbetet vill vi beskriva sjuksköterskors erfarenheter av anhörigas upplevelser i mötet kring ett ej HLR-beslut. För att besvara syftet önskar vi intervjua två till tre sjuksköterskor med minst fem års yrkeserfarenhet. Varje intervju beräknas ta cirka 30 minuter vardera. Intervjuerna kommer vara helt anonyma och kommer inte heller gå djupare in på enskilda patientfall utan syftet är att beskriva erfarenheten i sin helhet.

Deltagandet i intervjun är frivillig och kan avbrytas när som helst utan att uppge skäl. Intervjun kommer att audiorekordas för att sedan transkriberas. Materialet från intervjuerna kommer att förvaras konfidentiellt, där inga obehöriga får tillgång till materialet. Det slutgiltiga resultatet kommer att redovisas på gruppnivå, det vill säga att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas på individnivå. Vid intresse av att ta del av studiens resultat, går det bra att höra av sig till någon av studenterna.

Vänligen besvara denna förfrågan om att sjuksköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke.

Studien ingår som examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar:

Sjuksköterskestudent
Ida Edshammar
Högskolan i Skövde

Sjuksköterskestudent
Jessica Hillström
Högskolan i Skövde

Sjuksköterskestudent
Cassandra Kvist
Högskolan i Skövde

Handledare
Cecilia Åberg
Högskolan i Skövde

BLANKETT FÖR MEDGIVANDE AV VERKSAMHETSCHEF ELLER MOTSVARANDE

Studiens titel: *Att möta anhöriga vid ej HLR-beslut: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter.*

Er anhållan:

Medgives

Medgives inte

Ort Datum

Underskrift

Verksamhetsområde

Bilaga 2: Informationsbrev samt samtyckesblankett till deltagare



Till deltagande sjuksköterska: *Att möta anhöriga vid ej HLR-beslut: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter.*

Information:

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Vi har kontaktat din enhetschef som har givit sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Vi som skriver detta examensarbete är tre sjuksköterskestudenter från Högskolan i Skövde. I examensarbetet vill vi beskriva sjuksköterskors erfarenheter av anhörigas upplevelser i mötet kring ett ej HLR-beslut. För att besvara syftet önskar vi intervjua dig. Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter, vilket genomförs på plats efter överenskommelse. Intervjun kommer att vara helt anonym och kommer inte heller gå djupare in på enskilda patientfall utan syftet är att beskriva erfarenheten i sin helhet.

Ditt deltagande i intervjun är frivillig och kan avbrytas när som helst utan att uppge skäl. Med din tillåtelse kommer intervjun att audiorekordas för att sedan transkriberas. Materialet från intervjuerna kommer att förvaras konfidentiellt, där inga obehöriga får tillgång till materialet. Det slutgiltiga resultatet kommer att redovisas på gruppnivå, det vill säga att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas på individnivå. Vid intresse av att ta del av studiens resultat, går det bra att höra av sig till någon av studenterna.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post och då kan vi bestämma en tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället. Studien ingår som examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar:

Sjuksköterskestudent
Ida Edshammar
Högskolan i Skövde

Sjuksköterskestudent
Jessica Hillström
Högskolan i Skövde

Sjuksköterskestudent
Cassandra Kvist
Högskolan i Skövde

Handledare
Cecilia Åberg
Högskolan i Skövde

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om: *Att möta anhöriga vid ej HLR-beslut: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter.*

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

Ort Datum

Underskrift

Bilaga 3: Intervjuguide

- Inled samtalet genom att informera hur detta kommer att genomföras.
- Berätta om vår studie, syftet och varför vi valt detta.
- Förklara att intervjun är anonym, vi kommer inte att skriva ut några namn.
- Informera om att vi inte kommer att riskera patientsäkerheten, då vi inte tar uppgifter på ett visst patientfall.
- Förklara att den är frivillig och kan avbrytas när som.
- Be om samtycke till ljudinspelning.
- Informera om att det finns möjlighet att få resultatet när studien är färdig.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av anhörigas upplevelser i mötet kring ett ej HLR-beslut.

Bakgrundsinformation:

- ❖ Ålder:
- ❖ Kön:
- ❖ Yrkesverksamma år:

1. a. Kan du berätta kort om din arbetsplats och roll som sjuksköterska och din erfarenhet till beslut om ej HLR? (*T.ex beroende på avdelning/arbetsplats, situationer som akut/inlagd*)

b. Hur ofta möter du anhöriga vid dessa beslut i din kliniska vardag? (*T.ex hur ofta pratar du med anhöriga om detta, hur ofta får du frågor kring det*)

c. Om du har jobbat inom andra verksamheter, har du mött det mer eller mindre där? (*T.ex inom hemsjukvård eller annan avdelning*).
2. a. Hur brukar situationer kring ej HLR se ut på din arbetsplats? (*T.ex beslutets grunder, hur går det till på din avdelning?*)

b. Hur och när uppfattar du att informationen framkommer till anhöriga? (*T.ex efter beslutet är taget, efter bortgång? I vilken utsträckning framkommer informationen, har de fått reda på det?*)

c. Hur upplever du att anhöriga förstår innebörden av ett beslut kring ej HLR? (*T.ex har anhöriga förståelse om varför och att vissa åtgärder görs, exempel förstår anhöriga att patienten kommer vårdas vidare? Få mat eller mediciner*)

- d. Vad är din erfarenhet av anhörigas behov av stöd efter ett ej HLR-beslut? (*T.ex läkarkontakt, kurator*)
3. a. Vad är din erfarenhet av hur anhöriga reagerar när de får information om ett ej HLR-beslut? (*T.ex positivt/negativt, känslor, sorg, acceptans*)
- b. Vilken betydelse erfar du att förklaringen av beslutets grunder har för anhörigas upplevelse? (*T.ex ändrad uppfattning, förståelse, acceptans, förtroende*)
4. a. Kan du beskriva en situation där ett ej HLR-beslut var positivt eller negativt mottaget av anhöriga, och hur upplevde du deras känslor och reaktioner? (*T.ex om patienten önskat beslutet, om patienten är svårt sjuk, om anhöriga vill göra åtgärder. Kunskapsbrist, oro, skuld?*)
- b. Kan du berätta om en erfarenhet där en anhörig motsätter sig beslutet om ej HLR? Berätta kort kring situationen. (*T.ex möjliga orsaker till motstånd*)
- c. Hur upplever du att oenigheter om ej HLR mellan anhöriga och vårdgivare respekteras i praktiken? (*T.ex kan beslutet omprövas när de motsätter sig.*)
5. a. Finns det något mer du tänker är viktigt att belysa kring anhörigas upplevelser av ej HLR som vi inte har pratat om?
- b. Vad anser du skulle kunna förbättras i vården för att bättre möta anhörigas behov vid ej HLR-beslut? Vilka brister ser du i din verksamhet?